

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y LA CULTURA
CONVOCATORIA 2009-2011**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES
CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**POLITIZACIÓN DE LO ETNICO Y EL GÉNERO:
El “parto culturalmente adecuado” y la construcción de sujetos.**

ALEXANDRA PAULINA QUISAGUANO MORA

FEBRERO 2012

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE GÉNERO Y LA CULTURA
CONVOCATORIA 2009-2011**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES
CON MENCIÓN EN GÉNERO Y DESARROLLO**

**POLITIZACIÓN DE LO ÉTNICO Y EL GÉNERO:
El “parto culturalmente adecuado” y la construcción de sujetos.**

ALEXANDRA PAULINA QUISAGUANO MORA

ASESORA DE TESIS: SUSANA WAPPENSTEIN, Ph.D.

LECTORAS: DRA. LISSET COBA

MSC. ANDREA PEQUEÑO

FEBRERO 2012

DEDICATORIA

A las mujeres que luchan cotidianamente por la reivindicación de sus significados.
Al lado humano de la práctica médica.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de la maestría aprendí que las personas son sujetos en construcción y por eso se transforman para seguir descubriéndose. Quiero agradecer a las personas que contribuyeron para finalizar la investigación. En especial a mi profesora, maestra y amiga Susana Wappenstein, que con su fuerza, comprensión y soporte teórico, me acompañó durante la maestría y la tesis, y gracias a ello, ahora entiendo que “no existe un trabajo perfecto, el trabajo terminado es el perfecto”...

A mi profesora y maestra Ana María Goetschel por su apoyo incondicional, su confianza y la sororidad compartida. A Carito Páez por ayudarme a resolver inquietudes sobre el trabajo de campo y darme la oportunidad de conocer otros espacios de investigación. A Mónica Astudillo por el apoyo y tiempo compartido.

También quiero agradecer de manera especial a Flacso, por confiar en la tesis y haberme hecho una de las acreedoras de las becas para el trabajo de campo.

A la Dra. Myriam Conejo por su apertura y confianza en el MSP, para realizar el trabajo de investigación. Al personal médico y administrativo del Hospital San Luis de Otavalo por brindarme las facilidades de acceso y contribuir al estudio. A las parteras del Hospital San Luis de Otavalo por compartir su valiosa experiencia. A las mujeres que me permitieron presenciar sus partos y compartir con ellas emociones y palabras de aliento.

A Santiago, mi compañero de camino, gracias por creer en éste proceso tan profundo y ser mi apoyo incondicional.

A mi familia que me apoyó sin medir tiempo y espacio... A mis abuelas Luisita y Judith, a mi madre Mercedes, a mi padre Bolívar, a mi hermana Andrea, a mis hermanos Fernando, Juan Carlos y Panchito. A mis cuñadas Sofi y Lore. A mi sobrino Juan Sebastián. Ana, Manuel, Patricia, Soledad, Rodrigo, gracias por sus palabras de ánimo.

A María Rosa Cevallos por compartir y entender dudas, inquietudes y emociones durante y fuera del proceso de investigación

A mis compañeros del taller de tesis, en especial a Ricardo Méndez, Andrea Miño, Nati Trejo y María Rosa Cadena.

A Cristina, Virginia, Magaly y Priscila, mil gracias por todo queridas amigas.

Y finalmente, a mi Bunbury que me acompañó durante noches largas de escritura...
gracias por devolverme la magia de la vida...

INDICE

ÍNDICE

RESUMEN	9
CAPÍTULO I:	
ESTADO, DISCURSOS CULTURALES Y MUJERES INDÍGENAS	11
Introducción.....	11
Antecedentes.....	13
Lineamientos Teóricos.....	16
Estado y Políticas Públicas.....	17
Discursos Culturales y de Género.....	21
Mujeres Indígenas y Lucha por Significados.....	24
Metodología.....	28
Sinopsis de los capítulos.....	30
CAPÍTULO II:	
LA CONSTRUCCION DE UNA POLITICA PÚBLICA	32
Del Documento: “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.....	32
-Estadísticas Ausentes en los temas de Salud de las Mujeres Indígenas.....	37
Hospital San Luis de Otavalo (HSLO): Referente del Nuevo Modelo de Atención con Enfoque Intercultural.....	40
-¿En qué consiste el Modelo de Salud Intercultural?.....	41
-Casa Materna.....	43
-Ubicación de la Sala de Partos en el HSLO.....	43
-Sobre la Sala de Parto Culturalmente Adecuado.....	46
-Sobre la Atención de los Partos.....	47
Actores que construyen la Política Pública.....	47
-Instituciones y personal técnico del MSP.....	47
-Personal Médico, Parteras y Parturientas.....	50
-De los Organismos de Desarrollo Internacional.....	52
Conclusiones.....	54
CAPÍTULO III:	
LUCHA POR SIGNIFICADOS	55
Cuerpos que se construyen ¿Cómo comportarse?	60
-Acto de Parir.....	63
Tamaños de Salas: diferencias de espacio y uso.....	66
-Respecto a la Casa Materna.....	70
Médicos vs. Parteras: “es el médico quien atiende y la partera sólo acompaña”.....	73
-Sobre las parteras.....	80
Conclusiones.....	83

CAPÍTULO IV:	
CONSTRUCCIÓN DE SUJETOS CULTURALES: ¿Cómo se produce al sujeto mujer indígena?	85
Expectativa y exigencia de “prácticas culturales”.....	87
-La normativa del PCA y las prácticas culturales.....	87
-¿Qué piensa el personal médico sobre el PCA?.....	89
-Parturientas indígenas y el PCA.....	95
Otros espacios en que se piensa al sujeto mujer indígena.....	97
Diferenciación en el trato.....	103
Conclusiones.....	109
CAPÍTULO V:	
CONCLUSIONES.	111
BIBLIOGRAFÍA	115
ENTREVISTAS	118

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1: Niveles de de los Servicios de Salud según el MSP.....	35
Gráfico Nro. 2: Ubicación de las Salas de Partos en el Hospital San Luis de Otavalo.....	45
Gráfico Nro. 3: Quirófano del Hospital San Luis de Otavalo.....	67
Gráfico Nro. 4: “Lugar de parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo.....	68
Gráfico Nro. 5: La Casa Materna en el Hospital San Luis de Otavalo.....	71

RESUMEN

En esta investigación, analizo cómo las mujeres indígenas han sido incluidas en la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) y cómo ésta política pública influye o no para producir discursos estatales que reducen y remarcan “lo cultural” como predominio exclusivo de lo indígena y ancestral. Hago el análisis a través del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) como una expresión de prácticas culturales que se implementan en el Hospital San Luis de Otavalo.

Los procesos culturales que se construyen en y desde el estado, producen sujetos y políticas que implican nuevas reconfiguraciones de las relaciones de poder en el tema étnico y además están imbricadas con la formación de sujetos a partir de otras categorías, significativamente el género.

La normativa del PCA tiene una forma característica de entender la construcción cultural de las poblaciones indígenas a partir de ciertas prácticas culturales que identifican al sujeto como cultural e indígena. Las prácticas culturales de las mujeres indígenas son reconocidas en la normativa pero la aplicación del PCA en Hospital San Luis de Otavalo (HSLO) produce fuerzas de poder para mantener una representación significativa en la institución médica.

En el momento en que se institucionaliza el parto a través del PCA existe una lucha por significados entre los actores que participan del proceso: por un lado, las mujeres indígenas como las parteras consideran que el “parto arrodillada o parada” es una práctica que beneficia la salud de las mujeres y garantiza el ejercicio de las prácticas culturales como ancestrales, es decir que las parteras se convierten en esos agentes que mantienen la “cultura” pero que a la vez cuestionan las relaciones de poder en la institución médica. Por otro lado, el personal a través del discurso médico, considera que la partera es personal de apoyo y debe someterse a las reglas institucionales de un sistema de salud establecido. Y por último, instituciones como el Ministerio de Salud y las organizaciones internacionales,

considera que el PCA es un proyecto que necesita ser implementado para cumplir con las metas anuales instauradas para las poblaciones indígenas.

Frente a este escenario de luchas por significados para mantener el reconocimiento de las prácticas culturales en la institución médica, las prácticas, los discursos y las instituciones que se producen alrededor del PCA, construyen a un sujeto mujer indígena que se incluye en los discursos culturales del estado.

CAPÍTULO I
ESTADO, DISCURSOS CULTURALES Y MUJERES INDÍGENAS
INTRODUCCIÓN

El interés por este tema de investigación nace a partir de la observación que hice en el Hospital San Luis de Otavalo (HSLO), en el área de partos. Necesitaba entender cómo la normativa del Parto Culturalmente Adecuado (PCA), en base a un documento se concreta en el hospital. Cuando ingresé a la sala de labor por sugerencia de una partera, también necesitaba entender qué es el “parto culturalmente adecuado” y en quiénes se encarna. Una mujer indígena de 40 años, a quien llamaremos María, estaba en labor de parto de su octavo embarazo y decidió parir de forma vertical en el hospital. La partera le acompañó con los masajes en la espalda y las aguas medicinales, además se encargaba de la traducción para que la obstetrix pueda hacerle los chequeos continuos. Cuando María estaba en la etapa del “expulsivo” es decir cuando el bebé estaba a punto de salir, la obstetrix le llevó al “lugar de parto vertical o parto culturalmente adecuado”. María se puso sobre la colchoneta, se agarró de unas barandas o unos tubos que se encontraban impregnados en la pared. La enfermera trajo todo el instrumental para el parto, la obstetrix prendió el calefactor y la lámpara, la partera le acompañaba a la parturienta dándole masajes en la espalda y preguntándole en kichwa lo que necesitaba. María tenía mucho dolor, se paraba, se arrodillaba, no se acomodaba en un solo lugar, hasta que se sujetó de los tubos, se arrodilló, pujó y se rompió el “agua de fuente”. La obstetrix se agachó y en un segundo pujo de María, apareció la cabecita del bebé y salió llorando. Enseguida el médico residente en pediatría le cogió al niño para tomarle los signos vitales y dar el informe oportuno. La obstetrix sugirió a María que se frote los pezones para que salga la placenta y la partera le comunicó a María en quichua. La auxiliar en enfermería acercó la camilla a la parturienta, le subieron, le taparon con una cobija y le trasladaron al pasillo para dejarle en observación y le entreguen a su bebé, que por cierto el médico que le revisó le informó que era muy grande y estaba con un buen peso. Al salir la obstetra del “lugar del parto vertical”, se dirigió a mí y dijo “esto es el parto culturalmente adecuado”.

Para ingresar a la sala de partos, las enfermeras encargadas del PCA, me querían dar la vestimenta del personal médico, yo acepté, pero en el momento en que supe que se iba a dar un parto vertical o PCA con una mujer indígena, una partera me dio la vestimenta de familiar, desde ahí utilicé la vestimenta que usan los familiares para pasar desapercibida como observante pero también corrí mucho riesgo de maltrato por parte de algunas enfermeras. Con ello entendí que la vestimenta, entre muchas otras marcas y señas, es estratégica para evidenciar las relaciones de poder entre el personal médico, las pacientes y las parteras (Diario de campo, 27 de marzo del 2011).

El relato que hago en función de la primera observación que realicé en el hospital, me ayuda a entender que existen prácticas y discursos que se producen en las instituciones y construyen a los sujetos. Los discursos de la normativa del PCA se producen alrededor del parto vertical y se concretan en un lugar específico como es el Hospital San Luis de Otavalo (HSLO), que junto a los discursos y las prácticas del personal médico de la institución van construyendo al sujeto mujer indígena como sujeto cultural. Sin embargo, me quedaba la gran duda: ¿en qué se diferencia el parto que acababa de observar con los otros partos que se realizaban en el quirófano? Si bien es cierto, la investigación no tiene como propósito hacer una comparación entre el parto vertical y el parto horizontal, pero las diferencias que miraba entre el uno y el otro tipo de parto, eran en función de los espacios que se utilizaban para los partos y en las posiciones de los cuerpos de las mujeres. Es decir, existían otros elementos como el análisis en la lucha por significados y las relaciones de poder, para comprender la construcción del sujeto mujer indígena y su inclusión en el discurso institucional.

Por lo tanto, en la investigación necesitaba responder de qué forma la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado ha permitido la inclusión de las mujeres indígenas en el discurso estatal, tomando en cuenta la reforma constitucional de un estado que se denomina como pluriétnico y multicultural, en un lugar concreto en que se implementa la normativa como es el Hospital San Luis de Otavalo (HSLO).

Mi objetivo general fue conocer y analizar cómo las mujeres indígenas han sido incluidas en los discursos culturales del estado a través de la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) para entender la producción del sujeto mujer indígena. Dentro de los objetivos específicos fue necesario conocer cómo se construyó la normativa del PCA, analizar los discursos de los actores de la normativa, entender la lucha por significados que se da alrededor del PCA y finalmente cómo se produce el sujeto mujer indígena.

Antecedentes

En América Latina desde mediados de los años 90 se vienen implementando procesos de reformas constitucionales que incluyen la diversidad cultural. Algunas constituciones de varios países latinoamericanos, entre ellos Ecuador, Colombia Bolivia, Venezuela han reconocido el carácter multicultural de sus sociedades como una forma incluyente de las prácticas y saberes de los grupos indígenas.

En el Ecuador, la constitución del 2008 respaldó las concepciones sobre la interculturalidad en la salud de las poblaciones indígenas. El movimiento indígena ecuatoriano se visibilizó políticamente a partir de la marcha nacional de 1990. La participación de los grupos indígenas en la sociedad civil evidenció demandas sociales y económicas frente al reconocimiento de una diversidad cultural que garantice un estado pluricultural y multiétnico. Producto de ese reconocimiento, en el 2002, el estado ecuatoriano logró resolver la creación de un departamento en el Ministerio de Salud Pública para articular las demandas de los grupos indígenas. La Dirección Nacional de Salud Indígena (DINASI)¹ se crea con el objetivo de garantizar las necesidades de los pueblos indígenas frente a sus prácticas y saberes (Baeza, 2009). De ahí que el estado ha construido una serie de planes y acciones en la salud para darle cabida al sujeto indígena.

¹ La DINASI desde el 2007 se denomina Subproceso de Medicina Intercultural.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador elaboró la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado como una de las normativas del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, que tiene como objetivo reducir la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35%, a nivel nacional (MSP, 2008). La normativa del PCA es un instrumento técnico y normativo que permite mejorar la atención del parto y posparto de la mujer embarazada y el recién nacido, adaptando los servicios a las necesidades, costumbres y tradiciones culturales de las poblaciones indígenas y rurales del país. El documento explica de la siguiente manera:

La presente guía plantea la necesidad de introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a fin de que la atención en salud contemple normas y procedimientos de acuerdo a las necesidades culturales de la población, que sean aplicados por el personal de los niveles I y II de atención de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, y que permitan satisfacer a mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde la barrera de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil (MSP, 2008:11).

El documento asume que el acceso a los servicios de salud son un impedimento o una barrera que determinan la morbilidad y la mortalidad materna infantil. Para la sistematización del documento, algunas instituciones de salud pública, realizaron aplicaciones de investigación, entre ellos el Hospital San Luis de Otavalo que con el apoyo financiero del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), implementaron un proceso de investigación mediante una encuesta dirigida a las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud y al personal del hospital. La encuesta se aplicó en función del trato institucional y el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud. Algunos de los resultados son los siguientes: el 82% de personal de salud cree que existen barreras culturales para que las mujeres indígenas acudan al hospital, el 59% de usuarias manifiestan que la posición ginecológica durante el parto es incómoda y el 75% de mujeres conocían otra forma de parir como la posición arrodillada.

El estado reconoce que existe un acceso insuficiente de los servicios de salud con características “culturales” para la población indígena y la normativa del PCA se convierte en un medio de acercamiento propuesto por el estado hacia el sujeto indígena para disminuir la mortalidad de madres e infantes. Sin embargo, el tema de la mortalidad materno infantil en la población indígena queda como un supuesto porque el no acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud no registran los datos estadísticos sobre la mortalidad materna indígena.

El estado intenta relacionar el problema de la mortalidad materna infantil con la cobertura de los servicios de salud. Según los indicadores de la Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil 2004 (ENDEMAIN) en poblaciones como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas el 40% de mujeres dieron a luz en su casa, al igual que el 30% de las mujeres de toda la región Amazónica. Según este estudio sobre el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud, las razones porque no dieron a luz en su casa fue por los procedimientos que mantiene el orden hospitalario puesto que no son los apropiados para las mujeres indígenas como por ejemplo: rasura del pubis, aplicación de enemas, realización de tactos vaginales o de episiotomías, baño en agua fría y ellas prefieren mantener sus prácticas originarias y ancestrales.

La situación descrita según la fuente ENDEMAIN, se debe más bien a una situación de trato institucional con un modelo hospitalario que responde a un vaciamiento de lo cultural en las instituciones de salud. En este caso, la institución se presenta como un ente “sin cultura” en donde lo científico permanece como conocimiento dominante y los conocimientos ancestrales y originarios del sujeto indígena son saberes subordinados y tradicionales que están cargados de “cultura”. Es decir que la institución va normando sujetos y prácticas que les hacen ver como que no tienen cultura pero en realidad hay una construcción cultural que se vacían en el momento de institucionalizarse.

La normativa del PCA, como parte de una política pública, trata de visibilizar los conocimientos ancestrales de las mujeres indígenas y campesinas, demostrando que el estado es multicultural porque toma en cuenta una “práctica ancestral y originaria” de los pueblos indígenas. El documento lo explica de la siguiente manera:

El reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país (ibíd.: 11).

En qué medida la institucionalidad estatal va construyendo el conocimiento occidental como lo opuesto al saber indígena entorno a un sujeto, si en ese intermedio existen otras manifestaciones culturales que no son indígenas ni occidentales en sí y conciernen a procesos de identidad cultural mucho más complejos. Si hablamos de lo occidental como modelo médico inmediatamente existe una apelación de diferencia con otro modelo, que en este caso sería lo no occidental, ubicado como lo alternativo, lo ancestral, lo no formal. Los dos modelos se intersecan pero la institucionalidad, incluido el PCA, presenta esa dualidad de lo occidental y lo no occidental permanentemente a través de prácticas y discursos. Identificar prácticas específicas como exclusivamente occidentales o no occidentales no hacen más que esencializar las prácticas. Parecería que el discurso de lo occidental y lo no occidental forman parte de una dinámica cultural o lo que Néstor García Canclini (1995) habla de una “hibridación cultural” como un interflujo o combinación entre lo tradicional y lo moderno.

Lineamientos teóricos:

El estado ecuatoriano a través de la implementación de la normativa del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) como política pública, construye a la mujer indígena como sujeto cultural en donde se le asigna el rol de “guardiana de la cultura” (Radcliffe, 2008) y vincula los temas de salud sexual y reproductiva en torno a un cuerpo culturalmente reproductivo. La normativa del PCA es una política pública focalizada para

las mujeres indígenas y responde a una alta tasa de mortalidad materna infantil que se ha diagnosticado en las poblaciones indígenas y rurales del Ecuador. La limitación de la política del PCA como política pública focalizada es que resalta la “diferencia cultural” pero la sociedad civil aún mantiene ciertos estigmas que también son remarcados a partir de la idea de que “lo cultural” corresponde solamente a “lo indígena”. Es posible que la normativa del PCA como política pública responda a un problema diagnosticado o que en realidad obedece a un diagnóstico de pobreza con género que no se ha logrado resolver. Entonces, ¿cómo el estado construye una política pública para ciertos sectores en este caso para el sujeto indígena y cómo el argumento cultural que el estado utiliza construye sujetos, en este caso, a través de la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado para incluirles en discurso estatal?

Estado y políticas públicas.

El estado como un conjunto de instituciones (McDowell, 2000: 254) y prácticas intervienen en el cuerpo de las mujeres indígenas a través del PCA para darle cualidades culturales que se convierten en representaciones simbólicas fijadas en los discursos esencialistas sobre etnia. Es decir que las mujeres indígenas son asumidas por el estado como cuerpos indígenas que representan lo cultural y por lo mismo se deben crear espacios con prácticas adecuadas.

La normativa del PCA es una política pública y según Meny y Thoening (1992: 101) políticas públicas son “los actos y los no actos comprometidos de una autoridad pública frente a un problema o en un sector relevante de su competencia”, además agrega que “es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder pública y de legitimidad gubernamental”. Las políticas se presentan en diversos órdenes, van desde reglamentaciones, prohibiciones, sanciones, y otras no tan explícitas como discursos, campañas en medios de comunicación que son orientadas por determinadas autoridades públicas. Las políticas de diverso orden, en definitiva se presentan como un programa

gubernamental, que se lleva a cabo en un sector específico y espacio geográfico de la sociedad. Es necesario considerar a la política pública como un “sistema de acción pública” (Meny y Thoening, 1992) porque genera un impacto que determina intereses políticos y relaciones de poder, es decir que las políticas no son neutrales ni presentan objetivos ingenuos.

Las políticas públicas que construyen las instituciones del estado, responden a un problema específico de la población para generar un cambio social. De ahí que, existe una figura legítima, autoridad legal o responsable público que hace cumplir la política pública. Los discursos de los “responsables públicos” informan la manera como se supone que una política pública transforma el tejido social (Meny y Thoening, 1992). Es decir que, si la política pública responde a un problema específico, los discursos de los responsables públicos generan un serie de aciertos o sesgos frente a una situación identificada como problema para intervenir.

La política pública como una solución ante un problema identificado, caracteriza al sujeto indígena como un sujeto cultural para constituirse como merecedor de atención y acciones por parte del estado. Grassi (2008: 30) explica: “[...] el estado [...] establece los alcances de su propia intervención y define al/los sujeto/s que justifican o son la razón de tales intervenciones”.

En la construcción de las agendas institucionales las demandas que tienen las mujeres no son replanteadas como una categoría de análisis. Guzmán (1998:56) explica que “las desigualdades de género y la discriminación contra la mujer no ha sido tradicionalmente consideradas como tema de la agenda institucional del Estado, ni son reconocidas como problemas por los funcionarios públicos”. De ahí que existen los indicadores de género que proporcionan información útil a los formuladores de políticas pero que no garantiza la focalización del problema para la elaboración de la política. Es un

problema exigir a las instancias estatales, los criterios con los que se recogen, elaboran y procesan la información para establecer indicadores (Guzmán, 1998).

Al definir al sujeto indígena como un sujeto cultural, la normativa del PCA se convierte en una política focalizada para la mujer que es madre e indígena. La política focalizada por actuar con características determinadas sobre una población específica, corre el riesgo de estigmatizar al sujeto de intervención. A pesar de que no todas las mujeres somos iguales y tenemos diferencias, en este caso se estigmatiza a la mujer indígena como sujeto tradicional con prácticas “ancestrales y originarias” que son diversas al conjunto de la población. La “diferencia cultural” es importante pero en la forma en que se utiliza, se reduce lo cultural a lo indígena, es decir que sigue remarcando las condiciones de racismo y exclusión de los sujetos indígenas en lugar de generar procesos de “interculturalidad” como presenta el estado a través de sus constituciones. Y Grassi (2008: 37) lo plantea de la siguiente manera: “Las diferencias son, así, un recurso ideológico de dominación que, con tal, se desbarata en la lucha y en la argumentación política, sin que con ello contravenga un principio estructurante de las sociedades capitalistas”.

El estado a través de la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado (2008: 27) tiene una forma de entender la cultura y define de la siguiente manera: “todo lo que crea el hombre [sic] al interactuar con sus medio físico y social y que es adaptado por toda la sociedad como producto histórico [...] desde este punto de vista, no hay culturas superiores frente a otra inferiores. Simplemente hay culturas diferentes”. Ese “simplemente” no es un proceso simple, al contrario es un proceso que está enmarcado en contextos históricos y culturales que jerarquizan a las culturas y reproducen ciertas relaciones de poder. Desde esa forma diferenciada de entender la cultura hay una posición dominante en que se sigue remarcando a “la cultura” como una categoría de subordinación e inferioridad de los sujetos indígenas.

El análisis que los “tecnócratas” o personas con conocimiento técnico científico (Silva, 1997), construyen alrededor de la normativa del PCA, es un análisis construido e interpretado tanto de las ONG’s, del Ministerio de Salud Pública, como de las organizaciones indígenas. Y precisamente la definición que se tiene sobre cultura como lo exclusivo para el sujeto indígena, es una limitación para que el parto vertical llegue a ser una política pública universal. El argumento cultural que tiene la política pública determina actitudes cotidianas y lo más probable es que el racismo aumente a través del rechazo o la negación del parto vertical como una práctica dominante en las instituciones médicas. Es decir, que los “impactos” de las políticas públicas inciden socialmente según las concepciones de los tecnócratas y puede ser una limitante para la implementación de la política pública (Yves Meny y Jean-Claude Thoening 1992).

La normativa (2008: 16) plantea que

[...] la cultura juega un rol importante como componente de calidad. [...] por lo tanto, para incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional es necesario mejorar la calidad de atención interpersonal y el nivel de satisfacción de las usuarias de los servicios obstétricos de salud, adecuándolos a las necesidades culturales de la población.

Según esta lógica, el argumento de la “cultura” en los servicios de salud es adecuado para el sujeto indígena pero en realidad no soluciona en su totalidad la mortalidad materna infantil de las mujeres indígenas, porque el documento intenta resolver los problemas del “trato” en las instituciones de salud. Con la implementación de “prácticas culturales” y las capacitaciones del personal médico se intenta promover un “buen trato” para acercarse a la población indígena. Alrededor de las mujeres indígenas se construyen “discursos culturalistas” sobre la maternidad, el parto, la crianza como manifestaciones culturales originarias y propias, que recalcan la relación del discurso cultural con lo indígena, lo originario, lo ancestral.

Posiblemente estas relaciones culturales impiden desarrollar una fluidez cultural dentro del discurso de la política pública como una forma de construir a los sujetos a través de varios esencialismos culturales. Atrás de los discursos culturalistas existen fuerzas que

disputan un control político, justamente por los procesos de reconocimiento e identidad cultural de los grupos étnicos que no logran trascender en una acción participativa y se quedan en lo cultural como parte de las políticas multiculturales del estado, y las formas dominantes logran, a su vez, re inscribirse en cuerpos, prácticas, instituciones.

La política del PCA, si no responde a un diagnóstico del problema, es probable que estemos hablando de un diagnóstico de pobreza con género que intenta disfrazar a la cultura con prácticas ancestrales y originarias. Precisamente porque estamos hablando de mujeres indígenas que aparte de ser doblemente discriminadas por ser mujeres y por ser indígenas, el sistema sigue mirando a la mujer como un cuerpo reproductivo y no se promueven aún en “las agendas de equidad de género la justicia económica y social” (Schild, 2000) para disminuir la pobreza de las mujeres más que enfocarse en los “cuerpos culturalmente reproductivos” (Radcliffe, 2008).

Discursos culturales y de género.

El estado como un conjunto de representaciones, construye a los sujetos con clase, raza, etnia y sexo y precisamente el género es una marca primaria que se manifiesta en aquellas relaciones significantes de poder (Scott, 1994).

En las construcciones de poder, el estado a través de las prácticas, discursos e instituciones, le asigna a la mujer la maternidad como un hecho esencial y natural, que marca e identifica al cuerpo como femenino. El embarazo, el acto de parir, la lactancia son “hechos naturales” que marcan al cuerpo de la mujer como femenino y maternal para “naturalizar las funciones femeninas [y] hacerlas parte de una entidad biológica diferenciada de la masculina” (Mannarelli, 2001: 92). Esta asignación de la maternidad hacia las mujeres es un reflejo de los discursos que se construyen en relación al género y precisamente se construyen en medio de una constelación de fuerzas de poder a través de las instituciones, lo simbólico y lo subjetivo. Por ejemplo, el parto vertical que es asignado

a las mujeres indígenas y no forma parte del conocimiento médico y el parto no vertical o institucionalizado que es asignado a las mujeres no indígenas y que forma parte del conocimiento científico.

Es decir que las relaciones de poder también se encuentran en la institucionalidad y se reproducen en los discursos, imaginarios y construcciones sociales (Scott, 1994). Entender al género desde las “relaciones significantes de poder”, es abrir espacios para comprender cómo el estado se ha vinculado con las instituciones para construir subjetividades y símbolos culturales en el sujeto. La política pública posiblemente tiene la intención de visibilizar una práctica ancestral pero no deja de representar ese proceso de naturalización en el cuerpo de la mujer que de alguna manera refuerza la imagen de la madre indígena al servicio del estado (Lavrin, 2005).

El estado-nación le otorga la responsabilidad a la mujer para que cuide a sus infantes como “ciudadanos sanos y productivos” (Clark, 2001: 186). Las naciones están situadas en momentos históricos específicos y también son construidas por “discursos nacionalistas” que delegan el sentido de pertenencia a los sujetos y genera procesos para fomentar una identificación entre subjetividad y nación a través de políticas públicas. Radcliffe y Westwood (1999: 250-51), explican la construcción de subjetividad y nación de la siguiente manera:

Mediante ideologías y prácticas de género auspiciadas por el Estado para controlar la expresión de la sexualidad y las relaciones, el Estado nacional determina la reproducción de la población nacional, utilizando su política de educación y ciertas biopolítica [...] para influir en las subjetividades de los ciudadanos.

Precisamente el estado se enfoca en los roles más naturalizados de las mujeres como reproductoras biológicas de personas que constituyen la nación a través de sus roles en las construcciones culturales. De alguna forma las mujeres han sido construidas como dependientes siempre en relación a un otro, en este caso la mujer indígena es regulada en

función de su hijo/a. En relación a la ciudadanía, las mujeres indígenas están incluidas en el cuerpo general de los ciudadanos y siempre hay normas, regulaciones y políticas que son específicas para ellas que se les determina constantemente como reproductoras y cuidadoras de un otro y de sus prácticas culturales (Yuval-Davis, 2004).

Las políticas también están atravesadas por discursos que van construyendo subjetividades e imaginarios en la población para dar lugar a determinadas prácticas que son naturalizadas y asumidas como procesos culturales, es decir que el estado-nación también genera dispositivos de identificación nacional que se van convirtiendo en procesos y manifestaciones culturales (Radcliffe y Westwood, 1999). Entonces, los discursos nacionales de identidad que se desarrollan en la población son parte del biopoder que ejerce el estado mediante sus instituciones. El sentido de pertenencia a una nación tiene relación con las subjetividades que se desarrollan en torno a los procesos identitarios que continuamente están interactuando con la clase, etnicidad, género y sexualidad.

El discurso de la política pública también construye valores culturales alrededor de la mujer y su rol reproductivo. Por lo tanto, asigna un rol específico a la mujer indígena como “guardiana de la cultura”, para proteger los conocimientos o saberes ancestrales y literalmente “dar a luz” a su cultura (Radcliffe, 2008). Es decir, que aparentemente el estado se presenta como un ente incluyente que valida las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas para ocultar los espacios reducidos de participación política que el estado otorga a los grupos minoritarios (Postero y Zamosc, 2005).

Dentro de las políticas públicas, la sexualidad de las mujeres indígenas es disciplinada y controlada, a través del cuerpo. Por lo mismo Radcliffe (2008) habla de un “multiculturalismo como biopolítica” como una forma de involucrar los temas de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas en la agenda pública, pero no se hace más que institucionalizar los cuerpos porque en realidad no existen criterios de inclusión más allá del ámbito reproductivo. La mujer indígena como tal es velada en la normativa, lo que

sobresale es el sujeto indígena madre porque implícitamente se le asigna un “rol de protección y cuidado” (Facundo, 2006).

El estado asume parcialmente a los grupos indígenas por la diferencia y la diversidad cultural, porque existe una constante fuerza de choque entre el estado por mantener las prácticas culturales dominantes y los grupos minoritarios por visibilizar las prácticas culturales diversas o subalternas. El estado- nación influye en la formación de las identidades culturales de todos los grupos sociales y sus instituciones se ha encargado de validar las prácticas culturales dominantes. Es decir que estamos hablando de un estado nación que crea discursos sobre las prácticas dominantes y prácticas subalternas a través de sus políticas, y que en cierta medida involucra a esas minorías en el orden del discurso a los sujetos indígenas como sujetos culturales.

Mujeres indígenas y luchas por significados

La acción política del estado y las expresiones culturales aparecen entrelazadas en las luchas por el poder tanto del sujeto indígena como de las instituciones estatales. En la correlación de fuerzas entre el estado y el sujeto indígena, en este caso, existe una lucha por la igualdad cultural que también se libra a nivel de las prácticas cotidianas de la sociedad civil.

En esa lucha por el reconocimiento de significados culturales existen relaciones de fuerza que generan estados de poder. El poder como bien lo dice Foucault ([1977] 2002: 113), “no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia que la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada”. El poder opera sin sujeto en una forma dispersa que a través de las relaciones de poder/saber instauradas en prácticas, discursos e instituciones, el poder produce sujetos y en este caso produce sujetos culturales. Los discursos culturalistas de las políticas multiculturales se convierten en las grandes narrativas que ocultan relaciones de poder y generan “efectos hegemónicos sostenidos continuamente por la intensidad de todos

esos enfrentamientos” que se producen en las fuerzas de poder. El poder no se impone desde lo alto con prohibiciones, sino como una fuerza que opera desde abajo, y Foucault, lo denomina “biopoder”, para significar la importancia del control corporal. El control del cuerpo no sólo procede del control estatal sino que también proviene de la autovigilancia de la conducta corporal, porque “las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida” (Foucault, [1977] 2002: 168-169). El control del cuerpo de las mujeres indígenas y la regulación de sus prácticas culturales generan un proceso de auto reconocimiento en la mujer indígena como sujeto cultural a través de las prácticas, discursos e instituciones.

En el momento en que el estado ecuatoriano se afirma como estado pluricultural y multiétnico, el sujeto indígena es visibilizado como sujeto ciudadano pero las instituciones del estado y sus discursos le piensan como un sujeto sin participación. Postero y Zamosc (2005:35) plantean el rol de la institucionalidad frente al sujeto indígena de la siguiente manera:

En teoría, las instituciones políticas de todos los países latinoamericanos plantean que se basan en el modelo universalista-igualitario del estado. En la práctica, sin embargo, los derechos sociales, políticos y culturales de los grupos nativos han sido rutinariamente negados a través de una discriminación sistemática.

Pero también existen tensiones sobre el “reconocimiento de la cuestión indígena o ciudadanía” en los grupos indígenas” (ibíd.: 2005), puesto que exigen al estado el reconocimiento de la diferencia cultural pero la mujer indígena no es visible en su autonomía. Las agrupaciones indígenas construyen el discurso de la complementariedad para mantener sus prácticas culturales que originan discriminación hacia las mujeres indígenas. Aunque las poblaciones indígenas también han sido excluidas del sistema dominante, parecería que las prácticas excluyentes y las relaciones de poder se naturalizan entre los sujetos indígenas (Pequeño, 2009).

Según Molyneux (2003:256), “la ciudadanía depende del contexto y es el Estado-Nación quien legitima estos procesos de ciudadanía a través de la formulación de las políticas que gobierna, legisla y ejecuta”. Aunque las instituciones del estado son construidas supuestamente desde el principio de la igualdad, mantiene un principio universal que en definitiva es excluyente y no logra reconocer a los grupos indígenas o minoritarios. Es una controversia determinar la igualdad y la diferencia en el estado-nación para la construcción de derechos y políticas, pero no deja de ser importante los procesos de transformación que pueden tener las manifestaciones culturales a través de la agencia de los sujetos. A pesar de que el tema de la ciudadanía ha sido debatido tanto por el principio de igualdad (principio universal) como por el principio de la diferencia (condición de mujer), el reconocimiento individual de los sujetos convierte a la mujer indígena como un sujeto de derechos.

El proceso de “reconocimiento individual” en el espacio privado cuestiona la estructura comunitaria/familiar (que en el mundo andino se maneja desde la lógica de la complementariedad) y trata de transformar las relaciones sin romper su orden establecido aparentemente. Es decir, existiría una interacción y transformación cultural mediante el discurso de los derechos humanos que permitiría de alguna manera el reconocimiento de las identidades (Pequeño, 2009:165). Entonces, los procesos culturales no son esenciales en sí mismos, pueden ser traspasados para generar culturas dinámicas y la idea de la “cultura ancestral” como propia de las mujeres indígenas se puede transformar en un proceso cultural dinámico que visibilice a la mujer indígena como sujeto humano.

Fraser (1997) plantea que la lucha por el reconocimiento se está convirtiendo rápidamente en la forma paradigmática de conflicto político en los últimos años del siglo XXI. Actualmente, las luchas contra la injusticia requieren a la vez de reconocimiento y redistribución. La redistribución se refiere a la injusticia socioeconómica, arraigada en la estructura político-económica de la sociedad, pues incluye la explotación, la marginación económica, y la privación de los bienes materiales indispensables para llevar una vida digna. El reconocimiento se refiere a la injusticia cultural, esto implica que se tenga que

hacer una re evaluación cada vez mayor de las identidades irrespetadas y de los productos culturales de grupos menospreciados. Tanto la injusticia socioeconómica como la injusticia cultural están arraigadas en procesos y prácticas que sistemáticamente ponen a unos grupos de personas en desventaja frente a otros. Fraser lo explica de la siguiente manera:

Las normas culturales injustamente parcializadas en contra de algunos están institucionalizadas en el estado y la Economía [...] las desventajas económicas impiden la participación igualitaria en la construcción de la cultura, en las esferas públicas y en la vida diaria (Fraser, 1997: 23).

Fraser (1997) considera que las soluciones alternativas de redistribución y reconocimiento, se denominan “afirmación” y “transformación”, respectivamente. Para referirse a las afirmativas - que son asociadas históricamente con el estado liberal benefactor- sostiene que son soluciones dirigidas a corregir los resultados inequitativos de los acuerdos sociales, sin afectar el marco general que los origina. Por el contrario, las soluciones transformativas –que son históricamente asociadas con el socialismo-, están dirigidas a corregir los resultados inequitativos, precisamente mediante la reestructuración del marco general implícito que los origina.

Nancy Fraser (1997: 15) también explica que “la injusticia económica social y cultural están muy estrechamente vinculadas, las prácticas discursivas se sostienen sobre bases materiales y las instituciones económicas funcionan a través de marcos culturalmente significativos”. En el caso de la normativa del PCA, existe un reconocimiento de la diferencia en la población indígena, por ser una política focalizada que garantiza las expresiones culturales a través del parto, pero la distribución a través del financiamiento en la implementación del PCA en las instituciones médicas parecería que no es una prioridad de la institución estatal. Nancy Postero (2009) argumenta que concentrarse solamente en el reconocimiento de los derechos culturales antes que en los derechos económicos es muy peligroso, porque se corre con el riesgo de estancarse en la subordinación de los procesos hegemónicos.

Metodología

La investigación tiene un carácter cualitativo a través de las siguientes técnicas: análisis de texto, entrevistas semi-estructuradas y observación participante. Para llevar a cabo la investigación y obtener los permisos correspondientes, realicé cartas de presentación y protocolos de autorización para adquirir y manejar la información proporcionada por las autoridades de salud, el personal médico, las parteras y las parturientas. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección del Subproceso de Medicina Intercultural, notificó mediante un oficio, a la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, el apoyo y autorización para desarrollar la investigación en el Hospital San Luis de Otavalo (HSLO). La Dirección del HSLO facilitó el contacto con el personal de salud encargado del PCA y el acceso a las salas de parto.

La investigación realicé durante el año 2011 en el Ministerio de Salud, en Quito y en el Hospital San Luis de Otavalo. En el Ministerio de Salud, desde el mes de enero, hice entrevistas semi-estructuradas a la directora de Salud Intercultural, a una técnica que conoció de cerca el proceso de construcción de la normativa. Como parte de la institucionalidad del estado también entrevisté a la coordinadora de Salud Intercultural de Imbabura y a la directora del HSLO.

En el Hospital San Luis de Otavalo, desde el mes de febrero, llevé a cabo el trabajo de campo, como un espacio físico concreto para mirar la presencia de la normativa del PCA. El proceso de observación continua realicé en la sala de partos y en el consultorio de ginecología del hospital por el tiempo de un mes. Decidí hacer una ruta de atención con las parturientas, es decir, observé desde el momento en que la parturienta ingresaba a la sala de partos, acompañé su proceso de parto, entrevisté a al personal médico que atendió el parto y al siguiente día en el piso de ginecología conversaba con la paciente sobre su experiencia.

Hacer esta ruta de atención facilitó la relación con la parturienta y disminuyeron los niveles de tensión para generar la información. Con el personal médico la estrategia ayudó para conversar de casos concretos y ampliar la información requerida. En un primer momento sólo me interesó observar partos verticales, pero luego empecé a observar que no sólo las mujeres indígenas también decidían tener parto horizontal. Lo mismo pasó con las mujeres mestizas que decidían tener parto vertical y no sólo era una decisión exclusiva de las mujeres indígenas. Observé 38 partos pero hice el seguimiento o la ruta de atención de 23 mujeres, de las cuales 8 partos fueron verticales y 15 horizontales. En los partos verticales cinco fueron de mujeres indígenas y 3 de mujeres mestizas. De los partos horizontales, 11 partos fueron de mujeres mestizas y 4 partos en mujeres indígenas. De pronto en la investigación no influye demasiado el número de partos verticales y horizontales tanto en mujeres indígenas como mestizas, pero me ayudó a entender que el parto en sí no es una cuestión étnica/racial sino de cómo las mujeres deciden sobre sus propios cuerpos, ahí se desmitifica que las mujeres indígenas sólo prefieren el parto vertical y las mujeres mestizas sólo el parto horizontal, que posteriormente analizaré en uno de los capítulos. Conjuntamente, realicé entrevistas semi estructuradas al personal de salud como médicos ginecólogos, médicos residentes, obstetrices, enfermeras y parteras.

Transversalmente realicé el análisis del documento Normativa del PCA, que me ayudó a ubicar las características, los discursos culturales, los discursos médicos que utiliza la normativa como política pública.

En esta tesis se utilizó seudónimos para el personal médico, parteras, parturientas y lideresas indígenas, excepto los funcionarios con cargos públicos, como una forma de mantener la confidencialidad en la información. Las parturientas tienen una identificación étnica ya que parte del argumento de la tesis se enfoca en el reconocimiento de la diferencia cultural en los discursos y las prácticas.

Sinopsis de los capítulos

Esta tesis contiene cinco capítulos que tiene como objetivo introducirnos a la problemática de cómo se definen las políticas públicas para solventar las necesidades de las poblaciones indígenas, en este caso la mortalidad materna infantil. Siendo que no existen estadísticas específicas en cuanto a la mortalidad materna infantil en las poblaciones indígenas. Hago un recorrido de las circunstancias en que se define la creación del documento o la normativa del PCA como una política pública focalizada para la población indígena. La investigación define los procesos de hegemonía como el racismo y el sexismo, alrededor de los discursos que construyen y producen los sujetos culturales.

En el capítulo II contextualizo la normativa del PCA como política pública. Hago una descripción del contenido del documento y pongo a consideración las estadísticas que no existen en los temas de salud de las mujeres indígenas y que pese a ello, el estado construye políticas focalizadas para la población indígena. Como segundo eje, me centro Hospital San Luis de Otavalo, como espacio concreto de investigación de campo y explico en qué consiste el Modelo de Salud Intercultural según el MSP. Hago un acercamiento al hospital como espacio físico y hago una descripción de cómo está conformada la Casa Materna, cómo se ubican las Salas de Parto en el HSLO y específicamente la ubicación de la Sala de Parto Culturalmente Adecuado. También hago referencia a la atención que tiene el hospital en los partos tanto horizontales y verticales. En el tercer eje, analizo los actores que construyen la política pública o la normativa del PCA, por lo mismo hago un acercamiento a los discursos que tienen las instituciones y el personal técnico del MSP sobre el PCA. Describo la forma en que participan concretamente en la construcción de la normativa, el personal médico, las parteras y las parturientas. Y, por último, describo la participación de los organismos internacionales. Como cuarto eje llego a las conclusiones.

En el capítulo III analizo la presencia de una lucha por significados que producen las prácticas discursivas específicamente en el HSLO, a partir de lo que dice el documento

o la normativa del PCA. Hago un acercamiento analítico a los cuerpos que se construyen a partir de las formas en que se tienen que comportar en la institución y en el proceso del parto, el personal médico y las parturientas. Por lo mismo el acto de parir es una escena en que se visibiliza las tensiones de lo que la institución trata de normar en el cuerpo de la mujer, pero ella también ejerce una agencia. Como segundo eje analizo los tamaños de las salas de partos - tanto del parto horizontal y del parto vertical o PCA-, para entender la importancia de los espacios que se nombran y que se suponen que tiene que ser usados. En este eje también hago referencia de la Casa Materna como un espacio que existe para las parturientas y las mujeres indígenas, pero que sigue administrado por el discurso médico. En el tercer eje analizo la presencia de los médicos o el personal médico y las parteras en el hospital; y, con ello, las relaciones de poder que se establecen a partir del conocimiento. En el cuarto eje llego a las conclusiones.

En el capítulo IV analizo la construcción de sujetos culturales que produce la normativa del PCA. En el primer eje defino la exigencia y las expectativas de prácticas que se determinan como culturalmente adecuadas a través de los discursos que manifiestan la normativa del PCA, el personal médico y las parturientas indígenas. En el segundo eje analizo los “otros espacios” en que se piensa a la mujer indígena como una forma de entender el acceso a ciertos espacios de acuerdo a la percepción de la etnia. En el tercer eje pongo en constancia la diferenciación en el trato a través de las observaciones de campo en el hospital. Como cuarto eje están las conclusiones.

Finalmente en el capítulo V llego a las conclusiones y aportes de la investigación.

CAPÍTULO II

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA

En este capítulo abordaré el contexto de la normativa del parto culturalmente a través de los discursos, los espacios y los actores que construyeron la política pública. Los discursos que se generan en el documento y las estadísticas son apreciaciones del estado sobre la salud, el género y la etnia. Los espacios en que se construye o se aplica la normativa, son concreciones específicas para producir sujetos y discursos alrededor del PCA. Y los actores en donde se puede visibilizar las tensiones de un discurso encarnado.

Del documento: “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado”

La normativa del PCA (2008:28) propone que el parto vertical es una forma ancestral y originaria de parir que tienen las mujeres indígenas. De ahí que las prácticas del parto culturalmente adecuado son: el acompañamiento de un familiar, aguas calientes, alimentos (dieta), abrigo, información, ritual, como elementos característicos propios de la cultura indígena y que no son compatibles con el modelo hospitalario. Según la normativa, estos elementos culturales caracterizan al PCA como parte de la cultura indígena y no responden a un simple parto vertical. Es decir, que la normativa está dirigida hacia las mujeres indígenas y campesinas en el ámbito de la salud, de las subjetividades y prácticas culturales.

El documento (2008, 21-23) identifica algunos elementos que ayudaron a distinguir la situación, la cobertura y el acceso de los servicios en salud materna de las poblaciones indígenas, como son:

- ◆ la Constitución de 1998, que reconoce al Ecuador como un estado multiétnico y pluricultural, y garantiza el desarrollo de prácticas alternativas para la atención de la salud en la población.

- ◆ los planes de reducción de muerte materna y neonatal del 2002 y 2003, que implementaron acciones para mejorar la calidad de los servicios médicos e investigar las causas de la muerte materna.
- ◆ la última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004) que tiene indicadores sobre la cobertura de los servicios en salud materna infantil y las mujeres indígenas no son favorecidas porque sólo el 30% de las mujeres indígenas tuvieron atención del parto institucional.
- ◆ el Plan Nacional para el Buen Vivir (2007-2010), que planificó la disminución de la mortalidad materna infantil en un 30% pero asume que la atención del parto en el sector rural tiene determinaciones culturales y los servicios de salud no están preparados para entender esas determinaciones.
- ◆ la Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI 1994), que promovió y operativizó legalmente temas en relación a la salud materna y reproductiva.
- ◆ y, organizaciones como UNFPA y el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) que apoyaron con financiamiento e investigaciones para implementar algunos centros de atención médica con el modelo intercultural del PCA.

En la construcción y sistematización del documento de la normativa del PCA (2008:16-24) intervinieron varias organizaciones nacionales, internacionales y comunidades indígenas como: la Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbíos (FONAKISE), Albergue “Payas Huasy” (Hospital de Puyo), Jambi Huasi (Casa de Salud) de Otavalo, el Área de Salud de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), Hospital Alternativo Chimborazo, Hospital San Luis de Otavalo, Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) de Tungurahua. También participaron las parteras, los agentes de salud tradicional y las mujeres usuarias de los servicios de salud de Tungurahua y Otavalo.

Los técnicos del MSP, entre ellos médicos, obstetrices, enfermeras, parteras, agentes de la medicina tradicional, usuarias y personal académico intervinieron en el análisis y

construcción de la normativa del PCA, el documento (2008: 11) lo explica de la siguiente manera:

[...] la Dirección Nacional de Normatización del Sistema Nacional de Salud y el Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural en consenso con los miembros del Sistema Nacional de Salud y el Subproceso de Normatización de Medicina Intercultural en consenso con los miembros del Sistema Nacional de Salud, conformaron una comisión interdisciplinaria de expertos médicos, obstetras, wachachik/pakarichik mamay taita [partera o partero], antropólogos, usuarias; académicos, personal de servicios, organizaciones de base y organismos de cooperación, con quienes se llegó a consensuar criterios para construir ésta guía de atención del parto con un enfoque de interculturalidad, género, derechos y equidad, a fin de contribuir a mejorar la calidad y la cobertura de la atención materno-infantil en el país (MSP, 2008: 11).

El documento a parte de explicar los antecedentes, con su respectivo marco conceptual y sus ámbitos de acción, contiene la normativa de atención culturalmente adecuada del parto y el protocolo de atención del parto culturalmente adecuado. En los antecedentes del documento aborda 7 puntos que deberían tomarse en cuenta en la “adecuación cultural de la atención del parto” (2008: 28): el trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares, el acompañamiento durante la atención del parto, posición del parto, abrigo/vestimenta, alimentación, información y entrega de la placenta.

Referente a los ámbitos de acción, el documento especifica su aplicación en determinadas unidades de salud, “[é]sta normativa para la atención del parto culturalmente adecuado es de aplicación nacional en establecimientos de salud públicos y privados de I y II nivel, tanto en el área urbana como rural” (MSP, 2008: 39). Las unidades de salud del nivel I son a los centros de salud, subcentros de salud, dispensarios y policlínicos. Las unidades del nivel II hacen referencia a los hospitales básicos, hospitales generales, clínicas (Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008). El PCA se implementa en el HSLO que corresponde a ser un hospital básico y eje del Área de Salud Nro. 4 de Otavalo.

Gráfico Nro. 1: Niveles de de los Servicios de Salud según el MSP.

SERVICIOS INSTITUCION	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
MINISTERIO DE SALUD	 P.S.  S.C.S.  C.S.	 HOSP. BASIC.  HOSP.GEN.	 HOSP.ESP.  HOSP. ESPEC.
SEGURIDAD SOCIAL	 D.S.S.C.  Un.ALA  C.ALA	 HOSP. NIV. I  HOSP. NIV. II	 HOSP.TERCER NIV.
FUERZAS ARMADAS	 DISPENSARIO  POLICLINICO	 CLINICA  HOSP.BRIGADA	 HOSP. GENERAL
POLICIA	 S.C.S.  C.S.	 HOSP. PROV.	 HOSP. NAC.
MUNICIPIO	 DISPENSARIO  C.S.	 HOSP. PATRONATO	
ORGANISMOS NO GUBERNAMENT.	 DISPENSARIO  COMITE	 HOSP. LOCAL	 HOSP.ESP.  HOSP. ESPEC.
SERVICIOS PRIVADOS	 CONSULTORIO  C. MEDICO	 CLINICA-POLICLIN.	 HOSPITAL  CLIN. ESPEC.

JCU/36-11-05

P.S.	Puesto de Salud	Un.ALA.	Unidad de Atención Ambulatoria
S.C.S.	Subcentro de Salud	HOSP. ESP.	Hospital de Especialidades
C.S.	Centro de Salud	HOSP. ESPEC.	Hospital Especializado
C.ALA.	Centro de Atención Ambulatoria		

Nota: 1.- En el MSP, Consejo Provincial y algunos municipios disponen de unidades móviles para la prestación de atención ambulatoria y son homologables a S.C.S.
2.- La Junta de Beneficencia y SOLCA se incluyen dentro de las organizaciones no gubernamentales

Fuente: Componente Normativo Materno, MSP, Agosto 2008.

En el ámbito de acción existen tres componentes: el rol de los agentes sociales, componentes de organización y componente de provisión. El énfasis del rol de los agentes sociales, clarifica el rol de las parteras en la unidad de salud como apoyo emocional, mediadoras del idioma kichwa, adecuación de los espacios institucionales de salud para que las parteras puedan atender a las usuarias con sus saberes tradicionales y el cumplimiento de turnos institucionales de las parteras y parteros acreditados (MSP, 2008: 39-40).

En los componentes de organización que se plantean dentro de los ámbitos de acción existen dos elementos: recursos humanos y recursos materiales. En el recurso humano proponen un equipo de salud conformado por médico general, obstetrix, enfermera y la partera calificada por el MSP. En los recursos materiales que son los insumos, equipos, o medicamentos, existe el material quirúrgico propio del parto, colchoneta, taburete, cama, batas de algodón para la parturienta, estantería de plantas medicinales, utensilios, incubadoras, fuentes de calor o calefactores (MSP, 2008: 40-41). En el componente de provisión la elaboración del plan de parto y la recepción de la gestante y su acompañamiento forman parte del “conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud, la familia y la comunidad brindan a la parturienta durante el trabajo de parto, parto, post parto y al recién nacido” (MSP, 2008: 41). La normativa de atención culturalmente adecuada del parto como sección escrita, contiene 5 aspectos en los que indica la forma adecuada que debe tratar el personal de salud a las pacientes, y lo expresa de la siguiente forma:

El primer contacto entre el personal médico y la paciente es de suma importancia, ya que determinará la confianza y colaboración de la paciente y sus acompañantes en las diferentes etapas del parto durante su permanencia en la institución (MSP, 2008: 42).

En cuanto al Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado existen una serie de indicaciones que el personal de salud debe cumplir en el proceso del parto, es decir, en labor de parto, expulsivo, nacimiento y alumbramiento. En el diagnóstico y medidas

iniciales del protocolo existe la sugerencia de cómo tratar a las pacientes y lo expresa de la siguiente forma:

Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender (MSP, 2008:45).

Estadísticas Ausentes en los temas de salud de las mujeres indígenas

Los datos estadísticos en la salud de las mujeres indígenas no son visibles en los registros institucionales, tanto del MSP como en organismos similares del sector público. En relación a la mortalidad materna indígena no existen estadísticas a nivel país que visibilicen las diferencias étnicas y las dificultades de acceso a los servicios de salud. El documento “Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador” expresa de la siguiente manera:

Con relación a la mortalidad materna, el país no cuenta con datos para la población indígena. La razón de muerte materna en el país alcanza al 57 por cien mil nacidos vivos, datos del Ministerio de Salud. Sin embargo, se reconoce que los promedios esconden importantes diferencias regionales relacionadas con inequidades de género, barreras de acceso e inadecuada calidad de atención obstétrica y neonatal (MSP, 2010c:22).

UNPFA, Health Care Improvement Project (HCI), Family Care International (FCI) son organismos internacionales que tienen acercamiento con las estadísticas de mortalidad materna indígena debido a los proyectos que manejan en las distintas comunidades y organizaciones indígenas pero aún así los datos estadísticos no son específicos a nivel país, más bien hay un acercamiento comparativo a nivel de América Latina. Según las Naciones Unidas, en su documento sobre los Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio:

Los indicadores muestran que la tasa de mortalidad materna se triplica a nivel nacional. En general los países con mayor presencia indígena

presentan los niveles más altos de mortalidad materna en la región. Tal es el caso de Guatemala (2005) y Bolivia (2005) con 290 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, o de Perú o Ecuador con tasas de muerte materna de 240 y 210 respectivamente en el 2005 (Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, ONU, 2009:6).

El Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013) afirma que existen 90 muertes maternas por 100 mil nacidos a nivel nacional y las provincias como Chimborazo, Cotopaxi, Cañar, Sucumbíos y Bolívar presentan entre 132 hasta 175 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos. Conjuntamente con los datos registrados presentan una alta mortalidad materna, también se caracterizan por tener altos niveles de pobreza, mayor ruralidad y deficiencias en los servicios básicos.

En realidad los datos estadísticos sobre salud indígena no están registrados a nivel nacional: con algunas aproximaciones estadísticas las instituciones del estado asumen que la mortalidad materna indígena es alta, pero no es cuantificada como tal. Carlos Rojas, asesor del MSP, considera que la mortalidad en las zonas rurales es más alta, pues es cinco veces más alto al promedio nacional, pero apenas es un supuesto y no responde a un estudio y dato concreto (El Telégrafo, 09 Sept. 2010).

Pacha Cabascango, mujer indígena de Otavalo, gerente del Proyecto de Pueblos Indígenas y Afroandinos de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) manifiesta: “existe una disconformidad con las cifras oficiales que no indican con claridad cuántos indígenas habitamos en la región andina y cuál es la situación de salud de las comunidades más alejadas” (Chirapaq, s/f.).

De la misma forma, Gracia Subiría representante de UNFPA Perú (2009: s/d), indicó que aún no se cuenta con estadísticas confiables en el tema de la mortalidad indígena e infantil. Fabiana del Popolo, representante de la División de Población de la CEPAL (2009: s/d), afirma que:

Los países de América Latina aún no han incluido el enfoque étnico en la realización de sus censos. Existe una demanda de parte de los pueblos indígenas de saber quiénes son, cuántos son, dónde están y cómo viven. En el caso de la salud reproductiva la ausencia de información sobre la situación de la salud y los perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas son el gran obstáculo para la construcción de políticas o programas de Estado efectivos.

En el país, las líneas de base de las poblaciones indígenas están en construcción y el apoyo financiero se debe a organizaciones internacionales. La Dra. Myriam Conejo, Directora de Salud Intercultural del MSP, en su ponencia, explica: “un problema que nosotros [población indígena] hemos tenido es que no teníamos líneas de base y que ahora hemos hecho el esfuerzo de tener”.

Actualmente el MSP, a través de Salud Intercultural, construye instrumentos para recolectar información sobre la implementación del PCA y que sea debidamente organizada a nivel nacional.

[...] cada provincia hizo de manera espontánea su implementación de su modelo pero nosotros hemos tratado de trabajar y bueno con la ayuda de varias agencias de Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas mismo nos ayudó mucho, hemos tratado de mirar, de hacer sistematizaciones de las experiencias, estamos tratando de estandarizar instrumentos a nivel nacional y eso es lo que no me permite indicarles a ustedes por ejemplo cómo estamos en los 33 servicios culturalmente adecuados porque cada provincia preparó su matriz entonces no coinciden siempre en las variables pero ahorita estamos tratando de estandarizar ese tipo de instrumentos para poder hacer uso de esa información (Dra. Myriam Conejo, Salud Intercultural MSP, ponencia, mayo del 2011).

A pesar de que con la Normativa del PCA, existe un esfuerzo para visibilizar datos y estadísticas hay casos concretos que a nivel de un sistema nacional las estadísticas de las coberturas indígenas no son reconocidas, por ejemplo, según los registros que se llevan en la Dirección Provincial de Imbabura, Mercedes Muenala, Coordinadora de Salud Intercultural de Imbabura (entrevista, febrero 2011) afirma que en el 2009 hubo 467 partos verticales y 147 partos verticales en el 2010. Sin embargo, dentro del sistema nacional no

se visibiliza la presencia del parto vertical a pesar de que las parteras registran el número de partos verticales en sus cuadernos, se presentan las estadísticas a nivel de la provincia pero a nivel nacional no existe ese reconocimiento. Muenala lo manifiesta de la siguiente manera:

Dentro de la estadística no hay una diferencia para el plan nacional por ejemplo en el Hospital de Otavalo no dice que han atendido 460 partos en parto vertical, unos mil en parto horizontal, no dice, sino que dice que todo es parto y no hay esa diferencia que tiene que considerarse siempre por la diversidad (entrevista, febrero del 2011)

Hospital San Luis de Otavalo (HSLO): referente del Nuevo Modelo de Atención con Enfoque Intercultural

En el área de Salud Nro. 4 de Otavalo, formado por el hospital básico que es el HSLO, diez subcentros de salud, tres puestos de salud y la Casa de Salud Jambi Huasi (MSP, 2010), se registraron diez casos de muerte materna entre el año 2001 y 2005. A partir de éste hecho el cantón fue calificado como “área de alto riesgo de muerte materna y tétanos neonatal” (MSP, 2010:14). Entre las causas de riesgo para la muerte materna se consideró

la brecha cultural existente, la concepción de la salud de la población indígena, y la atención que esperan en el cuidado del embarazo, parto, el postparto, y la atención del recién nacido, distinta de la que se practica o se concibe en los servicios estatales de salud (Diseño Curricular de la formación de prestadoras ancestrales de salud-parteras del Cantón Otavalo, 2007: s/r citado en MSP, 2010c: 14).

En el 2007, el personal administrativo del HSLO “inicia una propuesta piloto para la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, [y] brindar una mejor atención a las mujeres indígenas que no tenían acceso a la salud [...]” (MSP, 2010c: 16). Además, debido a “las bajas coberturas de salud reproductiva, especialmente [de] las mujeres indígenas” (MSP, 2010c:17), el Ministerio de Salud Pública apoyó la

incorporación de la salud intercultural en el HSLO a través de la adaptación de normas, dotación de presupuesto y personal. El modelo de atención en salud reproductiva con enfoque intercultural en el HSLO tiene un apoyo técnico y financiero por medio del UNFPA, en coordinación de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, el MSP, el Municipio de Otavalo y el Jambi Huasi (MSP, 2010c).

¿En qué consiste el Modelo de Salud intercultural?

El modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural – Parto Culturalmente Adecuado tiene un propósito y es responder a las necesidades de las mujeres indígenas, es decir, que los servicios de salud se acerquen más a las usuarias indígenas,

Una premisa para implementar los cambios fue responder a las necesidades de las usuarias de los servicios de salud, conocer mejor su cosmovisión, su cultura, sus prácticas sanitarias y proponer un diálogo e intercambio cultural entre la medicina occidental y la medicina indígena y transformar el sistema de salud, acercándolo a la realidad cultural de los/las usuarios/as (MSP, 2010c: 64).

Precisamente el modelo consta de seis enfoques:

- Enfoque de derechos, en donde se garantiza la atención de la salud sin ninguna discriminación.
- Enfoque centrado en las necesidades de las usuarias de los servicios, que vigila las expectativas y cosmovisión de las personas
- Enfoque de complementariedad entre las medicinas, que garantiza la confluencia de la medicina alopática, ancestral y alternativas.
- Enfoque basado en evidencias, es decir, demostrar la relevancia beneficios/dificultades en la aplicación de una u otra medicina
- Enfoque intercultural o un enfoque que considere la cultura, cosmovisión y necesidades de los pacientes para mantener un diálogo entre saberes y prácticas.

- Enfoque de género que determina las pautas culturales a través de la relación entre hombres y mujeres, y, las prácticas y costumbres de las mujeres indígenas (MSP, 2010c: 66-67).

A partir de la fase de diagnóstico que se realizó con personal médico, parteras y usuarias en el HSLO, precisamente para la construcción del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural, las autoridades pensaron en una serie de cambios como:

- La desagregación de información en el registro de nacimientos, en donde se añadió la variable étnica, la posición del parto, la edad, procedencia en el libro de recién nacidos para desagregar las estadísticas en el hospital.
- El curso básico de kichwa para el personal de salud del hospital.
- La señalización del hospital tanto en kichwa como en castellano.
- Capacitación y entrenamiento para el personal de salud en el PCA.
- La implementación de la sala de PCA en el que consta de insumos, equipo y materiales.
- La opción para que la mujer escoja la posición durante el parto.
- La participación de la partera en el servicio de la sala de PCA en el hospital.
- El ingreso del esposo, familiar o parteras en el proceso del parto.
- La ropa abrigada y apropiada para la parturienta, alimentación antes del parto y después del parto, el uso de la infusión de las plantas medicinales durante la labor de parto.
- La “Casa de Espera Materna” en donde las mujeres descansan y esperan hasta el momento del parto con el fin de disminuir los partos domiciliarios de riesgo y puedan ser monitoreados por el personal de salud en el caso de que las mujeres vivan muy lejos (MSP, 2010c : 67-86).

Casa Materna

La Casa Materna se encuentra en el Hospital San Luis de Otavalo y está distribuida con la sala de espera, los dormitorios, los baños, un lugar para calentar agua, una cocina pequeña. En la sala de espera hay un televisor. En la entrada de la casa a la izquierda hay un dormitorio que rotula “Trabajadora Social”. Todos los dormitorios tienen rotulaciones en quichua y en castellano. La Casa Materna es un lugar para “descansar” como me supo decir una mujer que estaba saliendo del lugar. Pues el lugar en donde iba a parir era en la sala de partos que se encuentra al ingresar por la emergencia y la casa materna es el lugar en el que las mujeres que están en el proceso de dilatación del cuello uterino, descansan hasta que lleguen a la etapa del “expulsivo”, que es el acto en sí de parir. Todo el proceso de descanso que tiene la parturienta está bajo la prescripción y vigilancia médica.

Ubicación de las Salas de Parto en el HSLO

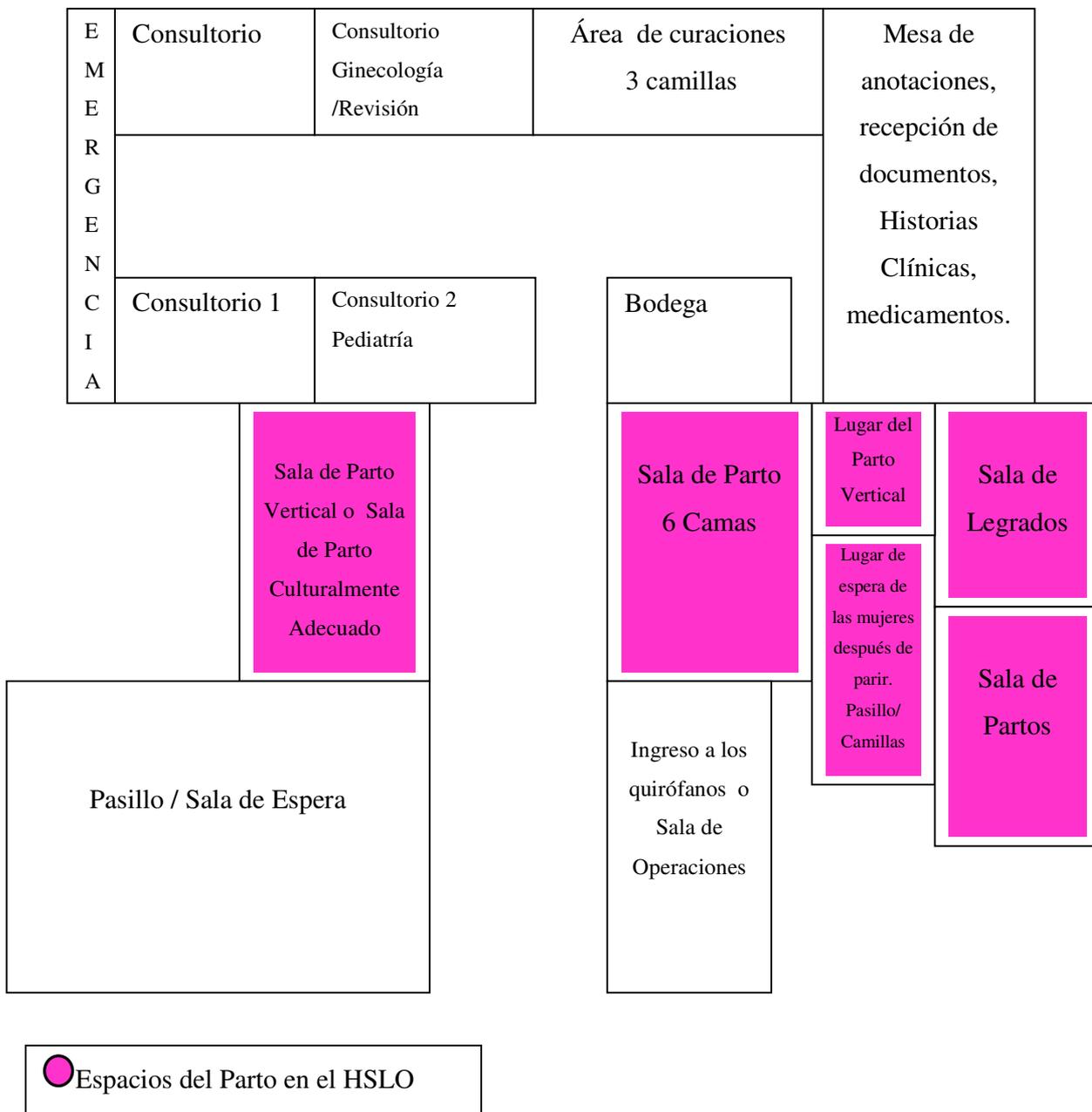
Es más fácil ingresar por el área de emergencias para ubicar las salas de parto que existen en el HSLO. Existen cuatro consultorios, en uno de ellos hay la atención de ginecología en donde las mujeres ingresan para que el médico les haga una revisión y diagnostique la etapa de su labor de parto. Si el médico determina que la mujer está en el proceso de labor de parto, comunica a las enfermeras para que le preparen con la vestimenta y pueda ingresar a la sala de partos. Ahí se hace un monitoreo a la parturienta con todo el instrumental médico. El monitoreo consiste en registrar los latidos del corazón del feto para determinar su estado. Las enfermeras preparan a la parturienta acerca de cómo tiene que llevar el parto; le anuncia si desea parir acostada o arrodillada. Dependiendo de la decisión de la mujer y de una apreciación médica, la mujer es atendida en la Sala de Partos en donde pare de forma horizontal o acostada en la camilla gineco-obstétrica con la ayuda técnica del médico, el apoyo de la enfermera y la partera; o es ubicada en el lugar de parto vertical o PCA, en donde la mujer pare arrodillada o parada en una colchoneta con la ayuda técnica del médico o la obstetrix, el apoyo de la partera y la enfermera.

Para ingresar a la sala de partos hay unas puertas grandes de metal, detrás de las puertas hay una cortina de color tomate. Las personas que ingresan tienen que hacerlo con la vestimenta adecuada, es decir con botas y gorro porque la zona es esterilizada. El personal ingresa con la vestimenta apropiada, las parteras tienen batas desechables celestes, las parturientas ingresan con las batas de algodón o desechables y los familiares ingresan con una bata de tela de color azul marino. Además, en la sala de partos, existen seis camas de metal con cubrecamas de tela, una cobija gruesa de algodón y un par de sábanas rosadas. Cada cama está separada por unas cortinas de color crema. La sala de labor es abrigada porque tiene un techo de madera que mantiene el calor del ambiente y no se compara en nada con el quirófano que es más amplio y un poco frío.

Después de que la mujer termina su labor de parto, es ubicada en la camilla del pasillo, hasta que le entreguen a su hijo/a y el personal médico pueda monitorear y estabilizar los signos vitales para luego pasarle al piso o sala de descanso. Además, el objetivo de estar en el pasillo es que el personal médico tome los datos personales y gineco-obstétricos de la parturienta y el recién nacido para el registro del hospital (Diario de campo, marzo 2011).

La sala de Parto Culturalmente Adecuado, se encuentra al frente de la Sala de Partos, y ahí se encuentra la partera de turno, hace un chequeo a las mujeres que piden la atención de la partera. Generalmente no se hacen los partos verticales en la sala excepto cuando hay mucha demanda de parturientas. Junto a la sala de legrado existe un espacio que se utiliza para el parto vertical o PCA, el espacio tiene una colchoneta, unas barandas para que las mujeres puedan sostenerse y puedan parir paradas o arrodilladas. Además existe un calefactor eléctrico, una lámpara, implementos para el parto y el espacio de parto vertical se distingue del resto del pasillo por una cortina (Diario de campo, marzo 2011).

Gráfico Nro. 2: Ubicación de las Salas de Partos en el Hospital San Luis de Otavalo.



Fuente: Elaboración propia en base a la investigación de campo. Febrero 2011.

Sobre la Sala de Parto Culturalmente Adecuado

En el HSLO se implementó un espacio para el PCA que se encuentra al frente de la Sala de Partos “la sala está ubicada justamente frente a la sala de partos a la manera occidental y en caso de cualquier emergencia tiene acceso a todos los recursos y servicios del hospital” (MPS, 2010 c: 73). La sala de PCA es un espacio que se adaptó en el hospital,

[e]stá organizada en una sala independiente dividida en dos ambientes, un cubículo interno para la atención del parto y un ambiente en forma de “L” donde se encuentra el escritorio con los libros de registro, un cuaderno de registro de atención prenatal de la partera, recetas y otros (MSP, 2010 c: 73).

Además, “en la parte lateral se halla una estantería empotrada donde se encuentran un tiesto pañales y plantas medicinales, una cocina de leña con función más bien decorativa; una cama con estera donde hasta el momento se da atención prenatal” (ibíd.: 73). En el cubículo interno para la atención del parto existe también una cama, una soga para que la mujer pueda agarrarse si quiere parir sentada, una silla de madera para el parto que tiene una abertura en el centro, también existen unos tres tubos pegados a la pared para que las mujeres se agarren en el momento del parto.

En la sala del PCA existe un ambiente familiar muy parecido al estilo de una casa o de un hogar, por lo mismo “se utilizó acabados mixtos (madera y baldosa), se adaptó una chimenea artificial con un calefactor, y un espacio para la preparación de infusiones medicinales” (ibíd.: 73).

La sala del Parto Culturalmente Adecuado también es un lugar de atención de las parteras en donde chequean el embarazo de las mujeres que necesitan su diagnóstico. El chequeo no tiene costo, excepto el aporte voluntario de las pacientes.

Sobre la atención de los partos

En el 2008 que se implementó el PCA en el HSLO se prestó mucho interés por cómo la cantidad de partos verticales aumentaban o disminuía en relación a los partos horizontales. Existen variantes en la producción de partos entre el año 2008, 2009, 2010 y 2011. Según los datos estadísticos del hospital en el 2008 se dieron 128 partos culturalmente adecuados, en el año 2009 se dieron 470 partos verticales. En el año 2010, se produjeron 384 y en el 2011 se dieron 81 partos culturalmente adecuados².

Magdalia Hermosa, directora del HSLO (entrevista, marzo 2011), considera que la institución asiste diariamente alrededor de siete partos verticales y que de los 140 partos mensuales el 30% son verticales. Por ejemplo, según el departamento de estadísticas del HSLO, en el 2008, de los 1687 partos en general, esto es entre partos horizontales, verticales y cesáreas, 128 son PCA. En el 2009 de los 1709, 470 son verticales. En el 2010 de los 1872, 384 son verticales y en el 2011 hasta el mes de febrero de los 328, 81 son verticales.

Actores que construyen la política pública

Alrededor de la normativa del PCA existen actores y actoras que influyen en la construcción de la política pública como son el personal técnico del MSP, el personal técnico de las organizaciones internacionales, las parteras del HSLO, el personal médico del HSLO y las pacientes o mujeres parturientas.

Instituciones y personal técnico del MSP

El personal técnico del MSP entiende al PCA como una forma de respetar las costumbres de las mujeres indígenas en el momento de parir. Sofía Pozo, técnica del MSP, (entrevista,

² Los datos estadísticos del 2011 hacen referencia hasta el mes de febrero, que me proporcionaron la información y se registraba en el Departamento de Estadística del HSLO.

marzo 2010), considera que el PCA “no es sólo la posición del cuerpo sino que nace a raíz de las prácticas indígenas”.

El Dr. José Terán, ex director del HSLO, considera que para abarcar todo el tema del PCA en el documento, tomaron en cuenta el aspecto cultural o de las prácticas culturales de los pueblos y nacionalidades indígenas en el proceso del parto.

[...] vimos de que habían muchos componentes [en el parto culturalmente adecuado], no sólo era la posición del parto sino que alrededor del parto se ven muchos componentes especialmente en la población indígena inclusive eso se definió cuando realizamos la línea base, el diagnóstico que se realizó aquí. Pensando en las mujeres indígenas se vio que era necesario implementar y complementar otras prácticas más, ya que la posición, incluso se volvió un poco secundaria, la mujer es la que tenía que decidir la posición del parto pero venían los componentes adicionales de encaderamiento, de posición (cuando el bebé está en mala posición) o “acomodar” como dicen nuestras compañeras parteras, como también los rituales que le hacen al recién nacido cuando nace. Entonces se vio muchos componentes para tomar en cuenta la parte cultural, de cómo vamos a implementar (Dr. José Terán, entrevista, abril 2011).

El elemento o la variable cultural que menciona el Dr. Terán hace alusión al conjunto de las prácticas culturales que la población indígena reconoce como propias, porque lo han venido aprendiendo durante algún tiempo que va más allá de la posición de la mujer en el momento de parir. Y dentro de esas prácticas culturales identifica a la partera como gestora y promotora de la variable cultural en el PCA.

El PCA por ser un parto “alternativo” está relacionado con la medicina ancestral y el parto medicalizado por mantener un conocimiento científico comprobado forma parte de la medicina occidental. La medicina occidental es el conocimiento médico formal que es institucionalizado y reconocido. La medicina ancestral es el saber que tienen los pueblos indígenas y son transmitidos por generaciones. Y esa es la tensión que manifiestan tanto las parteras como el personal médico de las instituciones de salud. Silvia Mendoza, enfermera encargada el PCA en el HSLO, (entrevista, marzo del 2011), confirma que “hay un divorcio entre la salud ancestral y la salud occidental, porque no entendemos a las poblaciones indígenas”.

El PCA a más de mantener prácticas culturales y costumbres de las mujeres indígenas también hace referencia al buen trato. Myriam Conejo, Directora de Salud Intercultural, considera que el buen trato en el servicio hospitalario a través de procesos de sensibilización-capacitación, es importante para que exista una alta cobertura de acceso sobre todo de las mujeres indígenas en el PCA.

Me parecen que si son el 74% [de mujeres] indígenas en el aumento de cobertura a los servicios, la demanda de las mujeres indígenas sí está respondiendo al tema de la sensibilización- capacitación porque [...] el primer indicador para saber si esto funciona o no funciona el tema es la presencia de las mujeres indígenas. Si hubiera maltrato, como antes yo creo que había, ya no hubiera mujeres indígenas en el servicio (Dra. Myriam Conejo, entrevista, enero 2011).

Según Conejo la sensibilización y capacitación que debería tener el personal médico es un medio para considerar las prácticas culturales de los pueblos y nacionalidades indígenas. El PCA se relaciona con el tema del buen trato y no sólo de las prácticas culturales, es más se debería partir del buen trato para entender la interculturalidad.

El tema de sensibilización- capacitación es muy importante porque a través de eso la idea es que conozcan la cosmovisión de los pueblos y nacionalidades indígenas y a través de ello hacer una diferenciación que conozcan de qué se trata la interculturalidad de salud y la otra es que conozcan la realidad en que viven las mujeres indígenas y a través de ese conocimientos puedan ellos [personal médico] entender [...]Para nosotros el trato el servicio del buen trato no tiene que ver con que haya una buena cama, unos buenos sillones sino en el cambio de actitud del personal, puede ser la cama más dura pero si el personal le trata bien, el paciente se va a sentir más en confianza y más segura pero puede ser la mejor camilla y lo más elegante pero si les tratan mal la gente va a sentirse con miedo, con inseguridad y sin muchos ánimos de ir a ese servicio o quedarse en ese servicio (ibíd., enero 2011).

Vemos que se conjugan el tema del buen trato con las prácticas culturales en el servicio de salud para entender en su totalidad de lo que se trata el PCA. Conejo asume que la interculturalidad también es una cuestión de actitud por parte del personal médico en los servicios de salud para mejorar y dar acceso a las mujeres indígenas en la atención e intervención médica.

Personal médico, parteras y parturientas

En el servicio del PCA hay una enfermera que recibe a las pacientes y les toma los signos y los datos para dar paso al médico residente en ginecología u obstetricia. El médico revisa y conversa con la paciente embarazada para darle un diagnóstico. Si está en el proceso de labor de parto, la paciente es remitida a la sala de parto. La enfermera se encarga de prepararle a la paciente, es decir le da las instrucciones para el momento del parto y le da la vestimenta. En la sala de parto se encuentra la auxiliar que le explica cómo debe actuar en el momento de las contracciones. Mediante el monitoreo se registra los latidos del corazón del bebé que indica su estado. La enfermera está pendiente del proceso de las contracciones de la paciente y cuando está en dilatación 10 es el momento del “expulsivo”, es decir, cuando el bebé empieza a salir.

En ese momento la auxiliar avisa al médico residente o a la obstetrix, el médico indica si debe o no pasar a la sala de partos. En ese lapso la partera está con la paciente dándole masajes, dándole aguas, es decir en asistencia continua del proceso del parto.

En mujeres indígenas las parteras se convierten en apoyo de traducción, es decir que indican a los médicos cómo se siente la paciente y qué necesita. Durante el parto, la enfermera ayuda al médico con el instrumental y la partera le acompaña a la paciente; a veces la enfermera también cumple con ese rol y la partera también ayuda al médico a pasarle algún instrumental.

Después del parto, cuando el bebé nace, otro médico residente de pediatría acoge al niño y le revisa para dar un diagnóstico del estado del bebé. Terminado el parto, la enfermera se encarga de pasar a la parturienta a la camilla con ayuda de la partera. La paciente descansa en el pasillo hasta que le pasen a su bebé y le pueda dar de lactar. La partera también está pendiente de la lactancia del bebé al igual que la enfermera.

Indistintamente tanto la enfermera como la partera se encargan del aseo después que ha sucedido un parto. Los médicos, tanto el encargado en ginecología como el encargado en pediatría, se acercan a la paciente para preguntarle los datos personales, además los médicos registran el proceso del parto de cada una de las pacientes. El médico residente, la

obstetriz, las auxiliares en enfermería y las parteras cumplen un rol en el proceso del parto que es determinado por el procedimiento y el saber médico.

El personal médico asume que tiene ansiedad y desesperación para acercarse a las mujeres indígenas, porque a veces no les entienden. Algunas enfermeras expresan que generalmente los esposos de las parturientas son los que hablan y ellas se quedan calladas, algo que el personal médico no entiende es que todavía las mujeres indígenas son kichwa-hablantes y el castellano no logran hablar y generalmente el hombre es el que domina el castellano. Así que un término que utiliza el personal médico es que el idioma es una “barrera cultural”, porque no logran llegar a la gente. Incluso planteaban que deberían darles algunas clases de kichwa para dominar las palabras básicas. Otras enfermeras decían que no basta eso, porque incluso hay que conocer las prácticas culturales del mundo andino.

En el HSLO hay 13 parteras “certificadas por el MSP” (MSP, 2008:40), es decir, que han recibido cursos de capacitación para ingresar al servicio de salud institucional. Las parteras son mujeres indígenas que están entre los 40 y 65 años de edad que tuvieron un proceso de calificación, en un primer momento las comunidades debían reconocer y aprobar su práctica, justamente el presidente o representante de la comunidad dio un aval para que la partera pueda ser reconocida como oficial. Luego las parteras avaladas por las comunidades se presentaron a una serie de capacitaciones impartidas por el MSP y organizaciones internacionales, en este caso el UNFPA. Finalmente son 13 parteras que son reconocidas por el MSP en la provincia de Imbabura, de ahí que las mismas parteras se han organizado y forman un colectivo denominado Asociación de Parteras de Imbabura, en el que la Sra. Margarita Morales es su representante. Además un día de cada mes las parteras se reúnen para tratar analizar temas sobre la salud sexual reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, primeros auxilios organizados por el Área de Salud Intercultural de Imbabura.

Las parturientas son mujeres indígenas y mestizas las que se hacen atender en el hospital. Muchas de ellas están alrededor de los 16 a 40 años de edad. Ellas deciden la forma en que quieren parir cuando les preguntan, las que saben cómo parir son las mujeres indígenas pero quienes han tenido dos o tres hijos. Las mujeres indígenas jóvenes paren de forma vertical porque en su familia les han sugerido, especialmente las madres o las suegras. Muchas de las mujeres que deciden parir de forma vertical en el momento del alumbramiento deciden parir de forma horizontal. Las mujeres mestizas no se quejan del trato en el hospital pero las mujeres indígenas tienen observaciones alrededor del trato de las enfermeras (Diario de campo, marzo 2011).

De los Organismos de Desarrollo Internacional

Los organismos de desarrollo internacional tienen una fuerte influencia en los sectores en donde el estado no ha prestado mayor atención y que por supuesto los niveles de pobreza han aumentado enormemente. No es mera coincidencia que justo los sectores más empobrecidos son los sectores en donde habitan las poblaciones indígenas. La presencia de los organismos de desarrollo internacional puede tener dos interpretaciones: como una estrategia de apoyo a los gobiernos locales y nacionales, o como la necesidad de que el estado se vaya ausentado de ciertas temáticas y poblaciones.

El HSLO, a través de las autoridades, logró hacer convenios con los organismos internacionales para sostener el proyecto del PCA. El apoyo fue netamente económico y técnico para gestionar el proyecto a través de capacitaciones tanto a los médicos como a las parteras, la construcción de la Casa Materna, la implementación de la sala del PCA,

La apertura de los organismos de cooperación para apoyar cambios es importante. En este caso, el Fondo de Población de Naciones Unidas, (UNFPA), acompañó técnica y financieramente desde el inicio de éste proceso en el nivel local y lo articuló a nivel central. Facilitó el intercambio de experiencias entre el país y al interior del país. Los organismos de cooperación pueden abogar por políticas públicas interculturales, fortalecer las capacidades en el nivel central y local,

apoyar la sistematización y difusión de las experiencias (MSP, 2010 c: 96).

Los organismos internacionales siempre han estado apoyando en la gestión de la medicina ancestral. Desde el año 2000 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha sido un puntal muy fuerte en el apoyo económico y financiero de la salud intercultural en Imbabura. En una alianza con la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI) implementaron el Jambi Wasi o Centro de Salud de Otavalo que se convierte en referente de la salud intercultural en Imbabura. Y logra posicionar el enfoque intercultural en los servicios de salud para incidir en la construcción de las políticas públicas de salud, en este caso la implementación del PCA en el HSLO y la construcción del documento. Así reafirma Magdalia Hermosa (entrevista, marzo 2011) “el fondo inicial con el que arrancamos aquí en el hospital fue apoyado por el Fondo de Población por UNFPA, comenzamos a sustentar el proyecto, tuvimos el apoyo fuerte y ahora tenemos una norma nacional”. Además las organizaciones internacionales gestionaron y financiaron la observación de otras experiencias similares sobre el PCA en América del Sur.

Para conocer de cerca otras experiencias en salud intercultural, implementadas en la región, UNFPA facilitó una pasantía de tres personas a Perú, en la que participaron el Director del hospital, el Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia y la Coordinadora de Salud Intercultural de la provincia de Imbabura, quienes visitaron los servicios de salud interculturales del MISA en Cuzco (MSP, 2010 c: 64).

Según Mercedes Muenala (entrevista, febrero 2011) la observación que hicieron en el Perú no tenía ninguna diferencia en relación con las parteras de Otavalo pero reconoció que en el Cuzco, la sala del parto vertical estaba mejor equipada. El Dr. Terán (entrevista, abril 2011) también comentó que no tenía nada de extraordinaria la experiencia porque en el Ecuador ya se venía gestionando la implementación pero necesitaban del apoyo y reconocimiento del estado y que por situaciones coyunturales del actual gobierno la propuesta se llevó a cabo.

Conclusiones:

La política pública es construida desde varias voces como el personal técnico del MSP y de las organizaciones internacionales, personal médico, parteras y parturientas del HSLO, se practica desde un espacio específico y es aplicada a un tipo de sujetos en este caso las mujeres indígenas. En éste capítulo hice un recorrido de cómo se construyó la normativa del PCA a partir de los discursos que el documento contempla. La política pública tiene apoyo de documentos estatales para complementar la variable cultural. Vimos en este caso que, las estadísticas no son el mejor referente para la construcción de la política pública, puesto que no existe mayor acercamiento a las problemáticas de la salud de las mujeres indígenas y específicamente de la mortalidad materna infantil en las poblaciones indígenas. A nivel país se distinguen las provincias con altos porcentajes de mortalidad materna pero es sólo una aproximación más no una intervención como tal a pesar de que se construyó la normativa pensando en reducir la mortalidad materna infantil.

Luego ubiqué la normativa del PCA en los espacios concretos en que teje o se construye el PCA, espacios concretos como el HSLO y el modelo intercultural de salud que se implementa como un elemento que refuerza los cambios en la atención de la salud en la población indígena.

Finalmente identifiqué los actores que participaron en el PCA, actores que diseñaron el documento y analizaron el tema, el personal de salud que cotidianamente vive lo que es el PCA junto con las pacientes y las parteras, los organismos internacionales que se convierten en el apoyo técnico y financiero del proyecto.

CAPÍTULO III

LUCHA POR SIGNIFICADOS

El PCA tiene un proceso que se construye con varias actoras y actores desde la organización civil y los representantes de la institucionalidad del estado. Por el momento no existen registros escritos unificados sobre el proceso de construcción del parto vertical en Otavalo pero de acuerdo a los testimonios de los personajes logré identificar los momentos coyunturales.

El proceso del PCA en Otavalo constituye un referente de las relaciones de poder entre la insitucionalidad del estado y las diferentes organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo en el inicio del proceso, la Dirección Provincial de Salud de Imbabura a través de Salud Intercultural, durante los años 2004-2005, apoyó con las capacitaciones en las organizaciones indígenas de primer, segundo y tercer grado. Las mujeres indígenas de las comunidades se quejaban con el equipo de Salud Intercultural, porque recibían maltrato por parte del personal de salud y el descontento en las comunidades era generalizado; las mujeres indígenas no acudían a los sitios de salud pero las novedades fueron socializadas con el equipo provincial de salud para generar una solución frente al tema (Muenala, entrevista, febrero 2011). El área de Salud Intercultural de la Provincia de Imbabura está conformado por un equipo de mujeres indígenas que tienen experiencia en la Medicina Indígena e incluso fueron dirigentes de sus procesos comunitarios, y ésta situación les permitió tener acercamientos directos con la realidad de las comunidades, sobre todo en el tema de salud.

El proceso del PCA también inicia en base a un Comité de Usuarías de la Ley de Maternidad Gratuita, que fortalecieron los procesos de veedurías para la asignación y gestión local de recursos financieros en las instituciones de salud. Y con ello, se ejecutó un proyecto de Supervivencia Materna con Family Care International (FCI), en el que se

registró un alto índice de mortalidad materna en la provincia de Imbabura; se presentaron 10 muertes maternas en la provincia durante el período 2001- 2005. El objetivo con el proyecto era identificar a las comunidades con mayor número de muertes maternas y establecer una estrategia para disminuir aquellas muertes. Una de las recomendaciones del proyecto fue determinar el vínculo operativo entre el hospital y las unidades de salud puesto que se trabajaba aisladamente. El diagnóstico proporcionado por la organización internacional ayudó a identificar las falencias institucionales y de alguna forma ayudó a pensar en el tipo de enfoque que necesitaban las instituciones de salud (Conejo, entrevista, enero 2011).

En el 2007, en el Gobierno del Presidente Rafael Correa, la Ministra de Salud Caroline Chang, nombra por primera vez a un médico indígena: el Dr. José Terán, como director del Hospital San Luis de Otavalo (HSLO). En esa coyuntura, surge la idea de impulsar y llevar a cabo el proyecto del Parto Culturalmente Adecuado en el HSLO, generar el vínculo con las unidades operativas de salud y ampliar la cobertura de atención tanto en la zona urbana como en la zona rural. Con el proyecto del PCA en el hospital se intenta

[...] establecer una propuesta que el ministerio tome como suya, en cuanto a cómo debería ser un servicio que responda a la diversidad, la finalidad de trabajar sobre el PCA en una entidad pública era que pudiéramos dar paso de lo privado a lo público y de repente garantizar la sostenibilidad de ese proceso. Eso se planteó con el Fondo de Población y ellos estuvieron muy de acuerdo puesto que la idea era apoyarle al nuevo director que era indígena y se inicie todo este proceso (Conejo, entrevista, enero 2011).

El hecho de nombrar a un médico indígena como director de una institución de salud, implica el protagonismo del sujeto indígena en la institución del estado, para sostener procesos tanto en la política multicultural como en las demandas de las organizaciones indígenas y de manera particular, de las mujeres indígenas. Los cargos institucionales que son dirigidos por actores indígenas se convierten en una estrategia para ganar espacio y canalizar los procesos de participación de los sujetos indígenas. Sin embargo, la estructura

dominante se manifiesta en las relaciones de poder a través de los discursos, los espacios y los mismos actores.

En el HSLO también se encontraron aliados que tenían afinidad con el proyecto del PCA y que apoyaron la gestión,

[...] de alguna manera habían dos o tres personas sensibilizadas en el hospital o por lo menos que se identificaban con éste tipo de temática, una de ellas era la Lic. Magdalia Hermosa, quien es la directora actual del hospital y fue un apoyo muy importante para el Dr. Terán y que eso ha posibilitado para que no se debilite el proceso en el HSLO (ibíd., enero 2011).

Fue importante mantener un equipo técnico para fortalecer la propuesta, en vista de que en periodos anteriores al Dr. Terán, existieron intentos en la implementación del PCA a través de capacitaciones al personal de salud, sobre todo en cosmovisión indígena e interculturalidad, pero no se concretaron acciones. Es decir, existían ideas e incluso pequeños proyectos para la implementación del parto vertical, pero sin las condiciones y las coyunturas políticas era difícil que el proyecto ingrese en la institución de salud.

En febrero del 2007 se establecen diálogos entre el Movimiento Indígena Ecuatorunari, Ministerio de Salud Pública, UNICEF y la Universidad Central del Ecuador para generar una propuesta institucional sobre el “Parto Tradicional” como una alternativa. Entre uno de los ejes de de la propuesta que corresponde a la Universidad Central, está la revisión del pensum de estudios de la Escuela de Obstetricia en la cátedra de Gineco-Obstetricia, para incluir el parto tradicional y algunos conocimientos sobre interculturalidad (Ecuatorunari, 2007). El convenio fortaleció de alguna manera la agencia institucional del HSLO, porque las estudiantes de obstetricia realizan en la actualidad sus prácticas profesionales en la institución. Además, el hecho de que el parto vertical ingrese como tema, en uno de los contenidos curriculares de la Escuela de Obstetricia, da lugar a que el conocimiento científico sea interpelado y se generen nuevas formas de relación con las pacientes.

En el hospital se implementa el PCA como un modelo de atención con enfoque intercultural, que obedece a un proceso de diagnóstico y evaluación de la institución en general. El personal médico, las parteras y las usuarias fueron actores principales para obtener información, generar cambios e impulsar el proyecto. Se dieron una serie de capacitaciones tanto al personal médico como a las parteras, que se convirtieron en zonas concretas de choque frente a las prácticas, saberes y conocimientos alrededor del parto. El diagnóstico y proceso previo para la implementación del PCA se desarrolla durante el 2007 y se inaugura la sala de PCA el 4 de abril del 2008.

El apego a las leyes, decretos o reglamentos también influyó para que el parto vertical se legitime en la institución médica,

[...] una vez que entré en la dirección del hospital, empezamos a hablar del tema, de la parte cultural y así como marco legal, tuvimos que ir buscando para sostenernos y defendernos porque era algo nuevo [PCA] [...] dentro del sistema del Ministerio de Salud Pública. Entonces una norma del mismo ministerio, creo que es del 95, no me acuerdo exactamente ya decía una norma pequeñita, que las madres pueden tomar la posición más adecuada, o sea pueden decidir las madres. Y al mismo tiempo con unos documentos de la constitución anterior es lo que empezamos a trabajar para defender la parte legal del proyecto (Dr. Terán, entrevista, abril 2011).

De alguna manera, el apego a las leyes implica una validación oficial que garantiza el cumplimiento del proceso, estén o no estén de acuerdo. El personal de salud todavía no estaba convencido de la implementación del PCA en el hospital y el ingreso de las parteras al quirófano desestabilizaba los procedimientos y las concepciones hegemónicas sobre el ejercicio de la medicina en la institución.

El viernes 5 de Septiembre del 2008 se realiza el lanzamiento oficial del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, en el que consta en uno de sus capítulos normativos la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. El PCA es reconocido a nivel nacional e institucional a partir de la normativa que se incluye como una política multicultural del estado. Es decir que ya no

es una alternativa la aplicación del parto vertical en el hospital sino que su aplicación se convierte en una norma, en donde el Ministerio de Salud, como ente rector formulará registros, necesitará estadísticas de la aplicación del PCA y las incidencias de reducción de la mortalidad materna infantil.

En todo éste proceso las parteras recibieron capacitaciones impulsadas por el Ministerio de Salud y organismos internacionales para identificar los riesgos obstétricos y evitar las muertes maternas. Además con la certificación de parteras calificadas recibieron un carnet de identificación para poder ejercer su labor en el hospital. Tanto el carnet como las capacitaciones se convierten en un poder simbólico que legitiman el ingreso de las mujeres indígenas en el hospital.

El proceso del PCA se convierte en un proceso de lucha porque a partir de las coyunturas políticas, las mujeres indígenas han logrado ingresar en la institución de salud pública. Hemos visto que tanto los representantes de las instituciones públicas, los organismos internacionales como las organizaciones indígenas se han convertido en actores del proceso. Sin embargo, el impulso más elemental es el que viene desde abajo, es decir el de las mujeres indígenas junto con el personal médico que cuestionan los discursos y los espacios dominantes desde la cotidianidad.

Existe una lucha por mantener espacios simbólicos aún cuando los discursos son dominantes, por ejemplo en el hospital incluso cuando el discurso médico es el dominante en las prácticas de salud y atención al parto, las parteras transgreden a través de la aplicación de un parto no médico o parto vertical en la institucionalidad médica. Las parteras no sólo luchan por los significados también son las parturientas las que deciden sobre la posición de su cuerpo en el momento de parir.

En la lucha por significados se evidencia el cómo debería comportarse la paciente, el personal médico, las parteras según las normativas construidas desde la institución del

estado. El tamaño de las salas de parto y los discursos que giran alrededor de las parteras y el personal médico.

La lucha por los significados no sólo hace referencia al acceso de poder político y el poder interpretativo, también hace referencia al acceso de poder político e interpretativo para generar procesos de identidad en las instituciones que se negocian con las estructuras de poder (Lind, 2005). La lucha de significados que se genera alrededor de lo que produce el parto culturalmente adecuado a través de los discursos, las prácticas y las instituciones en el sujeto mujer indígena, da lugar a mantener un análisis frente al cómo comportarse (construcción del cuerpo a partir de la normativa del PCA), los roles de las parteras versus roles de los médicos y los tamaños de las salas de parto es decir los espacios, que se dan en un lugar determinado, en este caso en el Hospital San Luis de Otavalo.

Cuerpos que se construyen: ¿cómo comportarse?

La guía del PCA tiene una normativa de atención culturalmente adecuado del parto que forma parte del ámbito de acción del documento. En la normativa que propone el documento existen 15 puntos dirigidos para el personal médico y describe la forma en que deberían mantener un acercamiento con las parturientas. En uno de los puntos hace referencia al trato, a la interacción, a la explicación que necesita la parturienta y al respeto en la elección del modo en que la mujer decida parir. Como por ejemplo “No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad” (MSP, 2008: 42). Sin embargo por situaciones de mayor comodidad para el personal médico y rapidez para atender por la cantidad de parturientas que se atiende al instante, no siempre existe tal decisión de las mujeres en el momento del parto, es más a veces pesa más las metas dictadas por el MSP en cuanto al número de partos verticales que debe cumplir el personal médico. El médico residente del hospital comentó al respecto

En los pocos partos verticales que he atendido, no me atraía mucho el parto vertical, a pesar de los beneficios, por la incomodidad que le contaba, pero más uno se va hacia el empujón que el ministerio le obliga atender los partos verticales. Porque uno está bien, viene la paciente y no se le dice [sobre la posición vertical], no pierdo nada, no gano nada, si la paciente da parto horizontal es más cómodo para mí y me evito estar en esas, pero ya el ministerio pone metas que usted deba atender tantos partos horizontales y tantos verticales (Médico residente, entrevista, marzo 2011).

El documento da una guía de atención al personal médico pero éste lo acoge más por la presión institucional que obviamente el Ministerio de Salud ejerce sobre el personal médico para cumplir un determinado número de metas en relación al parto vertical. Si bien han subido los porcentajes del parto vertical en el HSLO pero el personal médico no está convencido o no toma en cuenta la decisión que tiene la mujer en el momento del parto, más que por cumplir con una meta anual del MSP.

El Ministerio de Salud pone como base el número de partos verticales y horizontales que las áreas de salud deben cumplir como metas anuales; y que, de alguna manera, ayuda a registrar si la normativa del PCA tiene vigencia para generar más recursos. Pero si el número es un indicador, ¿qué pasa con el registro de los partos de mujeres indígenas o mestizas? Posiblemente hay un interés por el cumplimiento de un número de partos verticales para justificar una política y los recursos que el estado genera alrededor del PCA. Ante las metas que pone el MSP, el médico residente comenta:

Hoy que se hizo anual [las metas del MSP], porque antes era por seis meses, entonces nos ponen metas en cuanto a la producción anual anterior que se ha tenido y eso califica la SENRES, para éste año tenemos 100 partos horizontales y 200 verticales que tenemos que hacer más o menos en once o diez meses que tiene el año de trabajo, independientemente que sean indígenas o mestizas. Son 200, haciendo cuentas más o menos que tenemos que hacer entre 2 o 3 partos verticales en cada turno. Yo lo hago porque ya tengo una meta que cumplir, intento hacer porque antes no, me evito estar incómodo y eso le atrae porque aunque obligadamente usted ve los beneficios que es mejor [el parto vertical], el bebé sale rápido, hay poco sangrado, en los que he atendido yo no ha habido desgarros, entonces se ve que si es mejor (Dr. Esteban, entrevista, marzo del 2011).

El estándar de metas que determina la institucionalidad, en este caso el MSP, se convierte en un mecanismo de presión sobre el personal médico para visibilizar el aumento porcentual de los partos verticales y generar recursos para justificar la implementación de la política pública aunque no tenga incidencia en la aplicación del personal médico del hospital.

Es importante tomar en cuenta la “incomodidad” que el médico manifiesta cuando atiende el parto vertical, es incómodo para el médico pero posiblemente es una posición que la mujer decidió sobre su cuerpo. El tema de la incomodidad es muy recurrente en el personal médico, pero también hace referencia a las jornadas laborales que cumple sobre todo el personal médico residente y eso hace que el desgaste sea aún más fuerte y que el trato cordial con la paciente se agote. Estamos hablando de un tema de trato a la paciente y del trato que la institución tiene sobre el personal médico. Es decir que el trato institucional que recae sobre el personal médico residente no es lo suficiente bueno como para que el personal médico residente reproduzca ese trato en las pacientes.

Entre las normativas del documento también hay una referencia a la información que debería dar el personal de la salud a las parturientas. La información es alrededor de la anticoncepción, asepsia con su cuerpo y el del bebé, lactancia materna y los chequeos que debería realizar la parturienta después del parto (MSP, 2008). Generalmente las enfermeras son las encargadas de transmitir la información a las pacientes pero hay una permanente acentuación en la asepsia. Una expresión de las enfermeras cuando empecé a entrevistar a las parturientas en el piso de ginecología fue:

[las mujeres indígenas] tienen que bañarse, que tiene que venir con su maletita lista, con jabón... las mujeres indígenas vienen sin bañarse, tienen que indicarles que vengan bañadas con jabón, con todo listo, ese problema del aseo tienen más las indígenas que las mestizas (Marlene, enfermera auxiliar, marzo 2011).

A pesar de los cursos de capacitación y sensibilización que ha recibido el personal médico frente al PCA y el contexto de las mujeres indígenas, existe un imaginario de la asepsia y la

no asepsia, que no sólo es delegada a las pacientes en general sino que existe una diferencia entre el aseo de las mujeres indígenas y las mujeres mestizas, y más aún cuando el PCA es considerado como “sucio” por el personal de enfermería en su mayoría. Con las enfermeras que pude conversar, me supieron manifestar que no les gusta atender el parto vertical porque la parturienta mancha todo, la defecación, la sangre y todo se da ahí mismo, no es por separado como se hace el parto horizontal, en donde la sangre y la defecación cae en el balde y no mancha casi nada. Después que se dio un parto vertical en el “lugar del parto vertical o PCA”, una de las enfermeras, comentó “eso no me gusta de éste parto [refiriéndose al parto vertical] no es bonito como en el horizontal que todo es limpio, mientras que aquí todo se ensucia”. A esto también se le agrega el hecho de que las enfermeras son las que limpian y estar en contacto con aquello que mancha y ensucia les causa molestia. Pero, ¿qué causa molestia lo que tienen que limpiar o que las mujeres indígenas ensucien? En el parto horizontal igual tienen que limpiar, se manchan los “campos” o las telas de quirófano, tienen que limpiar los baldes con sangre y heces. En el parto vertical los campos o telas quirúrgicas también se manchan, no hay diferencia entre manchar en el parto horizontal y el parto vertical.

El problema visiblemente es que el personal de enfermería aún relaciona el parto vertical con las mujeres indígenas y considerar al parto vertical como “sucio” es considerar a la mujer indígena como un sujeto que carece de asepsia. Pues “la idea de que los indígenas y todo lo que les rodea es sucio contribuye a mantener las diferencias étnicas” (Martínez, 1998: 106) entre el sujeto mujer indígena y el personal médico en éste caso la enfermera.

Acto de de parir

El acto de parir implica la forma en cómo interviene el personal médico sobre el cuerpo de la parturienta y también la decisión que tiene la mujer, de alguna manera, sobre su propio cuerpo para parir. Como en el capítulo II señalé, las mujeres cuando ingresan a la emergencia para hacerse chequear por el personal de la salud, reciben indicaciones de cómo

comportarse frente a las contracciones del útero o a los dolores de parto. La enfermera auxiliar de uno de los turnos en mi trabajo de campo le dijo a la parturienta “sáquese la ropa, el calzoncito (ropa interior) también, nosotros ya le ponemos la toallita, póngase la bata, sáquese los aretes, joyas todo lo que tenga”. Éstas fueron las indicaciones antes de que la parturienta ingrese a la sala de partos. La parturienta cumplió con todo lo que le dijo la auxiliar, pero no contó con que sus uñas estaban un poco largas y con tierra. La enfermera le dijo “haber deje ver sus uñas... están largas y sucias, ya le traigo un cortaúñas”. Cuando la auxiliar trajo el cortaúñas le entregó al esposo de la parturienta para que le corte.

Hago una breve descripción de éste caso porque la forma de preparación que tiene la auxiliar con la parturienta, recae sobre el cuerpo de la mujer paciente, que determinan las indicaciones que debe seguir para ingresar a la institución médica y con ello regirse al proceso en el acto de parir. El desprenderse de su ropa para utilizar ropa más ligera propia del hospital, cortarse las uñas, sacarse joyas son elementos normativos que indican a la paciente las reglas para ingresar a un área de salud.

La paciente de la emergencia es trasladada a la sala de partos en donde esperan hasta que el cuello del útero se dilate, mientras tanto en el transcurso de la dilatación las contracciones o el dolor aumenta. La auxiliar de la sala de partos le recibe a la parturienta, le designa una cama y le dice:

[...] tiene que estar tranquilita, tiene que respirar y darle aire a su bebé, cuando venga el dolor no grite, tiene que respirar hondo y soltar el aire, cuando le venga las ganas de orinar o hacer la caquita no importa se hace no más... (Diario de campo, 2011).

En la sala de partos el personal de enfermería continúa dando indicaciones de cómo la paciente debería comportarse cuando le vengán las contracciones. Muchas de estas indicaciones son una ayuda sobre todo para las mujeres que son primigestas o que por primera vez tienen un parto. Las indicaciones de la auxiliar son parte del protocolo que se tiene que seguir en el proceso del parto, es decir que el personal de salud va guiando o normando el comportamiento de la mujer para que se desarrolle el proceso del parto.

Pero las relaciones del personal de enfermería con la paciente se transforman constantemente, porque la parturienta en algún momento ejerce decisión y dominio sobre su propio cuerpo. Muchas de ellas ya no hacen lo que la auxiliar le dice sino lo que su cuerpo le pide. Esos son momentos de tensión porque tanto la auxiliar como la parturienta quieren ejercer el control sobre un mismo cuerpo: la auxiliar sobre el cuerpo de la paciente y la parturienta sobre su mismo cuerpo. La enfermera le dice a la parturienta “haber mamita no grite así, tome aire por la nariz y suelte por la boca, si grita se le va el pujo y no le da aire a su bebé”. La parturienta en su contracción y con dolor de por medio avanza a decir llorando “es que no puedo, ya no avanzo...”. La enfermera le contesta “si avanza mamita, sea valiente”. Y la parturienta le dice “a usted no le duele, a mí sí...”. La parturienta no se acomodaba por el dolor, se paraba, se acostaba boca arriba, boca abajo, se puso en cuatro en la cama y se cogió de la cabecera de la cama y recién ahí logró acomodarse para continuar con las contracciones. En un primer momento pidió al médico parir de forma vertical pero en el momento en que el médico verificó que estaba en “dilatado 10 cm, borramiento 100% y en III plano” o “expulsivo”, la mujer pidió parir acostada o de forma horizontal. Después del parto comentó:

Me siento adolorida, adolorida yo sentí que me iba a morir. Y ya me daba ganas de quitarle [la mano] al doctor, cogerle la mano y hacerle a un lado y no me dejó, ya no avanzaba. Justo que viene el dolor ahí me dice puje, puje a la fuerza y entonces ya no tenía respiración, no podía hacer fuerza, por eso pedí que me lleven a la camilla porque ya no quería parir de rodillas (Martha, parturienta indígena, entrevista, marzo 2011).

El personal de enfermería también asume que el momento en que las pacientes dicen lo que sienten cuando están con las contracciones, generalmente tienen un comportamiento ofensivo hacia las auxiliares y como respuesta utilizan la amenaza para generar control sobre las acciones que la parturienta genera en ese estado de dolor.

[...] hasta ahora no ha habido ningún problema pero a veces son groseras [las pacientes], bueno por el dolor mismo, dicen que “no me toque”, que “no me haga esto”, entonces una tiene que ponerse ya seria y decirle señora me va a colaborar o no me va a colaborar, se le pone las cosas, se le dice lo que va a pasar si ella no colaboran (Pamela, enfermera auxiliar, entrevista, marzo 2011).

Tamaños de salas: diferencias de espacios y uso

En el gráfico Nro. 2 del capítulo II, que corresponde a la ubicación de las salas de partos del HSLO, observamos que existe una Sala de Parto Culturalmente Adecuado y al frente la Sala de Partos. La Sala de Parto Culturalmente Adecuado es utilizada por las parteras para realizar sus respectivos chequeos a las mujeres que requieren de un diagnóstico sobre el proceso del embarazo. Al frente de la sala de PCA está la Sala de Partos, en donde ingresa el personal médico, las parteras, las parturientas que están en labor de parto y los familiares de las pacientes. Saliendo de la sala de partos existe un pasillo que conecta a la Sala de Legrados y junto a ésta se encuentra la Sala de Partos que es el quirófano en donde atienden a la mayoría de mujeres que paren de forma horizontal. Saliendo de la Sala de Labor, en la parte izquierda del pasillo, existe un espacio que denomino el “lugar del parto vertical o PCA” porque es un espacio que no tiene nombre para el personal médico pero que simbólica y espacialmente saben que es un área en donde las mujeres paren de forma vertical. Como indiqué anteriormente, en aquel lugar hay una colchoneta con una sábana rosada, sobre la colchoneta hay tres tubos impregnados en la pared para que las mujeres puedan sujetarse en el momento del parto. Hay un calefactor y una lámpara eléctrica. El espacio está separado del pasillo por una cortina tomate. Es un espacio muy reducido que resulta incómodo el ingreso de más de cuatro personas.

En el quirófano o sala de partos hay una camilla gineco- obstétrica y a su alcance está todo el instrumental médico para realizar los partos, hay una silla de metal para que el médico pueda suturar si hubo episiotomía, la lámpara es muy grande impregnada desde el techo del lugar. El quirófano está revestido de baldosa verde. Pueden ingresar cinco o seis personas, porque la sala es muy grande.

Gráfico Nro. 3: Quirófano del Hospital San Luis de Otavalo.



Fuente: Parto Cultural: Protocolos del Rol de las Parteras en la Atención del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo, MSP, Mayo 2010. Pág. 18

La implementación de las salas de parto también determina la comodidad del personal médico. En la sala de parto o quirófano el médico está parado por un momento, hasta que el bebé y la placenta salgan y toma asiento cuando tiene que suturar a la parturienta. Mientras que en el parto vertical el médico se arrodilla en el suelo o se apoya en la colchoneta para recibir al bebé y sacar la placenta, el médico tiene que esperar de rodillas el proceso del parto. De la forma en cómo se implementan las salas y cómo se dan los partos en los espacios, los médicos asumen la incomodidad o comodidad para atender los partos, y para el personal médico, el parto vertical no se realiza de la forma más cómoda.

[...] atender el parto vertical y estar en esa posición (de rodillas junto a la paciente), se cansa rápidamente, y es como que le hostiga el parto vertical. Atender uno y otro parto al mismo tiempo es cansado, y con la paciente en el piso ya no me doy. Como vio ahora, fue más fácil atender a la paciente en la cama y ahí pude atender uno y enseguida atender el otro parto. Entonces, obviamente uno se cansa menos y puede atender más partos verticales que un solo parto que se atendió muy abajo, en el suelo (Dr. Esteban, médico residente, entrevista, marzo 2011).

Entonces si atender el parto vertical es incómodo para el personal médico, es posible que la prioridad para atender los partos no sea exclusivamente de forma vertical excepto la paciente necesite parir verdaderamente de esa forma. El médico entrevistado confirma que realiza partos verticales pero en las camas de las sala de labor y de esa forma garantiza la atención de otros partos verticales. Sin embargo, la implementación del “lugar del parto vertical” sigue siendo un conflicto para el personal médico, porque el problema no es el parto vertical en sí, sino el lugar en que se realiza el parto vertical, es decir en la colchoneta y eso es lo que le hace incómodo.

El “lugar de parto vertical” aparte de ser estrecho en relación al quirófano es incómodo para el personal médico por su implementación. El quirófano o sala de partos es diseñado para la comodidad del médico y el “lugar de parto vertical” es improvisado para que las mujeres puedan parir de forma vertical.

Gráfico Nro. 4: “Lugar de parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo³.



Fuente: Hacia la construcción de un nuevo modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo- Ecuador, MSP- UNFPA, julio 2010. Pág. 57.

³ La imagen intenta explicar el lugar en que se realiza el parto vertical. En la actualidad, como es un lugar adaptado para el parto vertical, en el piso se encuentra la colchoneta y en la pared están las barandas para que las mujeres puedan sujetarse cuando pujan.

Tanto la sala de partos o quirófano como el “lugar de parto vertical” están dentro de un área esterilizada, pero no están situados en igualdad de condiciones físicas y simbólicas. Existe un lugar designado, reconocido y apropiado para realizar el parto horizontal, es decir que tiene un nombre y un espacio determinado. Mientras que el “lugar de parto vertical” no tiene un nombre, el personal médico sabe que es un espacio para realizar el parto vertical si la paciente lo pide, pero no está implementado en las mismas condiciones físicas que un quirófano. Es un lugar provisional, es un lugar adaptado para el parto vertical y se utiliza como una necesidad para que las mujeres se puedan trasladar de forma rápida en el momento del expulsivo, eso es lo que explicó una de las obstetrices del hospital en la entrevista.

El parto vertical tiene un espacio en el hospital pero tiene un espacio en el pasillo. Operativamente el “lugar del parto vertical” se encuentra ubicado en un lugar estratégico, las parturientas en el momento del parto pueden trasladarse de inmediato y el personal médico puede atender rápidamente si se dan dos o tres partos al mismo tiempo, pero no es un espacio planificado y pensado para el ejercicio del parto vertical o del parto culturalmente adecuado. El personal médico también sabe que el “lugar del parto vertical” es muy reducido y considera que es una limitación, así explica una de las obstetrices en la entrevista

Una limitación puede ser el espacio físico porque a pesar de que se ha adecuado para las usuarias hay días en que hay mucha la afluencia de las pacientes, entonces no se les puede hacer ingresar a todos los familiares, a pesar de que se trata de hacer todo lo mejor posible el espacio es una de las limitaciones que se tiene aquí en el hospital (Obstetrix Priscila, entrevista, marzo 20011).

Hay una inclusión del “lugar del parto vertical” en el espacio médico de hospital, lo que determina que sigue prevaleciendo el quirófano como un espacio dominante de la institución y las prácticas médicas. La desigualdad de los espacios y los tamaños de las salas de parto reafirma una vez más la incorporación de las relaciones de poder/saber en la institución de salud.

Respecto a la Casa Materna

La función de la casa materna, como describí en el capítulo II, es hacer descansar a la mujer que se encuentra en labor de parto, para evitar que regrese a su vivienda y se genere una complicación mayor, es decir que si la mujer que ingresa a la casa materna es con un previo diagnóstico del médico y bajo la vigilancia del personal médico. Entonces, ¿cómo funciona la Casa Materna?, Silvia Mendoza, enfermera encargada de la Sala de Partos explicó en la entrevista:

[...] la casa materna funciona de la siguiente manera: en emergencia el médico residente de ginecología o la obstetrix, decide si la paciente se va a la casa o se queda en observación. Si la paciente decide irse a la casa, porque vive por los alrededores se va a la casa, pero hay pacientes primigestas que tienen mucho temor de regresar a la casa así vivan a media cuadra del hospital, por lo tanto, se les brinda aquí un cuarto en donde pueden quedarse hospedadas hasta que se realice su parto. Cuando está cerca del parto baja nuevamente a emergencia y se la ingresa a sala de labor. Mientras tanto puede quedarse acompañada tanto de la madre o del esposo o de sus hijos.

Hay capacidad de tres personas en la habitación. Además de eso tiene la casa amoblada, entonces tenemos como para que el familiar cocine si desea, tiene todos los utensilios de cocina, lo único que tiene que traer son los alimentos porque según las costumbres no podemos saber qué costumbres tienen qué es lo que cocinan allí. Es gratuito, es totalmente gratis, además de eso, la paciente, el médico residente de ginecología, o la partera o la enfermera, estamos cada dos horas pendientes de la paciente de venir a revisar si la paciente se está adelantando más con los dolores si ya tiene sangrado o de la mucosa.

De todo eso está pendiente el personal de salud y la partera. Además aquí no se han realizado partos porque ya se está pendiente de la paciente si está con dilatación cinco o seis se le baja a emergencia para que sea ingresada a la sala de labor.

El ingreso que se hace aquí de la paciente se registra es en éste formulario que tenemos, la fecha, la edad, la etnia, la procedencia, el nombre del acompañante, el número de la habitación. (Silvia Mendoza, enfermera, marzo, 2011).

Gráfico Nro. 5: Casa Materna del Hospital San Luis de Otavalo.



Fuente: Hacia la construcción de un nuevo modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo- Ecuador, MSP- UNFPA, julio 2010. Pág. 85

La Casa Materna se convierte en un espacio de espera para la parturienta. La estructura de la casa materna se asemeja más a una vivienda de hospedaje que a un centro hospitalario, y ese ambiente determina que la parturienta desarrolle la labor de parto junto a sus familiares. Según el criterio de una de las mujeres indígenas que es líder en Otavalo, la casa materna se construye con el fin de que las mujeres estén más seguras cuando les vengan las complicaciones y enseguida les lleven a la sala de partos. Pero no todas las mujeres son acogidas en la Casa Materna

Una de las preocupaciones de nosotros, como le digo es que esa casa materna para lo que fue implementada se ocupa a medias, usted puede hacer una relación cuántas personas han dado a luz y cuántas [mujeres] han sido hospedadas, pocas han estado ahí, con eso puede relacionarse. Las propias compañeras parteras pueden contar eso porque hacen regresar y las propias mujeres nos cuentan que hacen regresar a la casa [...] funcionar sí funciona pero no como uno se quiere, eso es la casa materna (Tania, lideresa indígena, entrevista, febrero 2011).

El hecho de que las mujeres descansen en la Casa Materna hasta que se desarrolle la labor de parto también tiene una intención: como ya indiqué, es evitar que las mujeres regresen a sus comunidades y surja alguna complicación en el transcurso. Es decir, que la intención es prevenir la muerte tanto de la madre como del bebé. Romel Arias, coordinador del

departamento de estadística del hospital (entrevista, abril 2011), expresó “[...] la Casa Materna ayuda a prevenir la muerte materna porque es un lugar en donde se diagnostica, está en observación [la parturienta] y está valorada por el médico, es como estar en un hotel y la enfermera le monitorea”. Sin embargo son expectativas que no se cumplen, Mendoza (entrevista, marzo 2011), enfermera del hospital, explicó que después de la valoración médica, la parturienta decide quedarse o no en la casa materna. Mientras que Tania, la lideresa indígena (entrevista febrero, 2011) mencionó que existen mujeres que les hacen regresar y que no coinciden con los registros del número de partos y el número de mujeres hospedadas en la casa materna. Más allá de la diferencia de criterios o formas de entender cómo funciona la casa materna es visibilizar la función que cumple como espacio en una zona urbana rodeada de comunidades rurales con distancias considerables para trasladarse.

Myriam Conejo (entrevista, enero, 2011) considera que el personal médico necesita reflexionar la realidad de las mujeres indígenas en cuanto a las distancias de sus comunidades

[...] entonces hacer ese tipo de reflexión con el personal de salud de manera que ellos puedan entender y mirar cuál es la realidad también, porque las mujeres indígenas han optado por buscar ayuda en el hospital, resulta que llegan y les dice “no, falta” y les dicen que “regrese más tarde, después de unas cuatro horas, mañana” y las mujeres no están en condiciones de regresar porque sus comunidades son lejanas, incluso por eso se previó el uso de la casa materna (la casa materna se construyó también como una estrategia de acercar a las mujeres indígenas al modelo hospitalario, además como una estrategia de buen trato....) con la finalidad que puedan quedarse. En vez de que les regresen a la casa puedan quedarse ellas en la casa materna hasta el momento en que les toque dar a luz y puedan ir al hospital San Luis de Otavalo (Entrevista, enero, 2011).

Si tiene una función específica la casa materna y hay dificultades en cumplir con las funciones para las que fueron construidas, se puede considerar que el espacio existe pero no

es reconocido porque su uso no es el propicio, y al igual que en el “lugar del parto vertical”, el personal médico sigue determinando el uso y designación de los espacios.

Médicos vs. Parteras: “es el médico quien atiende y la partera sólo acompaña”

[...] al inicio había una serie de barreras con la partera porque venía ella con sus costumbres, quería coger todo, no sabía qué parte es estéril, hasta dónde ella podía tocar, entonces ellas venían le cogían a uno con las partes estériles, cogían con las manos todo, pero poco a poco se fueron capacitando y uno también les iba indicando lo que tenían que hacer. Lo que se pensaba al inicio es que las parteras iban a atender los partos y que el médico iba a ser un expectante, que en el caso de que la partera si tenía alguna complicación en la atención del parto iba a entrar el médico, pero no, las cosas cambiaron y es el médico quién atiende y la partera sólo acompaña (Dr. Esteban, entrevista, marzo del 2011).

Tanto los médicos como las parteras forman parte del equipo de salud para la intervención del parto, pero cada uno cumple funciones diferentes marcadas por la formación académica que poseen y que la institución les acredita. Las tensiones surgen a partir de la jerarquización del personal en cuanto a los rangos de profesión y conocimiento, entre ellos están el médico ginecólogo o especialista, el médico residente, la obstetrix, la enfermera, la auxiliar en enfermería y la partera.

En el servicio de gineco- obstetricia del hospital generalmente está el médico residente encargado de ginecología, el médico residente de pediatría, la obstetrix, la enfermera encargada de la sala de partos, la auxiliar de enfermería y la partera (MSP, 2010 b). Los profesionales que ejecutan el expulsivo y reciben al recién nacido, tanto en los partos verticales como horizontales, son los médicos residentes de ginecología y las obstetricas. Las enfermeras y auxiliares en enfermería están pendientes del proceso de labor del parto de las parturientas y las parteras acompañan a la parturienta en su labor de parto a través de masajes, aguas medicinales. Tanto las auxiliares en enfermería como las parteras se encargan de la limpieza del lugar después de que se haya realizado el parto (Diario de campo, marzo 2011). En el proceso jerárquico funcional que tiene la institución para

atender el parto existen las opiniones tanto de los médicos como de las parteras frente a su estado en la institución médica.

Uno de los médicos especialistas en ginecología, considera que las parteras por estar en una institución médica tienen que regirse a ella,

Yo pienso que las parteras tienen mucha sensibilidad en las manos de tal manera que pueden determinar fácilmente ciertas cosas que nosotros difícilmente podemos: posición, presentación, es decir todo lo que significa la valoración de las maniobras del liópodo. Tienen ciertos conocimientos con respecto a la versión externa que significa rotar un feto desde una posición sentada o una posición de cabeza o de vértice pero definitivamente mientras están en el hospital deberán someterse a cierto tipo de situaciones que son los avances medianamente de lo que significa lo científico, es decir si una paciente tiene una presentación pelviana, está en embarazo a término, está con labor de parto y es primigesta por más que se haga una versión externa ese feto no se va a dar la vuelta [...] mientras las parteras estén en una institución como se deben acoplar a ésta [...] La fase de la labor de parto de ciertas horas, la fase del expulsivo de más de una hora, está a la expectativa de nosotros [los médicos] como vigilantes del proceso (Dr. Mauricio, entrevista, marzo 2011).

Según el especialista en ginecología, aunque la partera tenga ciertas facilidades intuitivas o saberes a partir de su experiencia, no debería atender un parto en la institución médica porque carece de conocimientos científicos, por lo tanto le corresponde exclusivamente atender a al médico porque tiene acceso al conocimiento y está capacitado si en algún momento surge dificultades durante el proceso del parto.

Una médica residente de ginecología, confirma que la acción de las parteras en una institución de salud debe ser limitada porque pueden suceder situaciones arriesgadas en relación a la vida de la madre y el bebé, si es que la partera empieza a valorar sin algún diagnóstico médico que pruebe verdaderamente la situación del bebé

Me parece muy bueno el apoyo de las parteras durante el parto porque ellas están directamente involucradas con el PCA, ellas igual siguen con las tradiciones de darles agua durante el parto, o darles los masajes en la parte lumbar, sí o sea me parece bueno. Pero siempre desde mi punto de

vista debe ser limitada, o sea si ya está en una casa de salud [la parturienta] está siendo atendida por un profesional. Y debe ser limitada [la acción de la partera] en el caso de, doy un ejemplo si el médico residente de turno valora a una paciente y se da cuenta de que el niño está podálico, es decir, el niño está sentado y no está de cabeza y si es una paciente primigesta, que va a ser muy complicado, muy arriesgado ese parto porque puede haber muerte fetal, se le tiene que transferir a la paciente para hacerle una cesárea. Pero si la señora partera habla con los familiares y les dice que ella puede darle la vuelta al niño, me parece que es muy arriesgado que es algo que no lo deben hacer, debe ser limitada la acción de ellas, si ya está en una casa de salud debe ser limitada la acción y no dar información que no están autorizadas para hacerlo. Si y de ahí que trabajen con la paciente que está para un PCA o para un parto horizontal me parece muy bueno, porque es de mucho apoyo (Roxana, entrevista, marzo 2011).

Frente a explicaciones científicas se le designa un estatus de conocimiento tanto a la partera como al médico: en éste caso al médico - por el acceso al conocimiento médico- se le designa como el especialista y a la partera -por su no acceso al conocimiento médico- se le designa como la no especialista y toma el rango de apoyo en el proceso del parto.

Sin embargo, las tensiones surgen cuando las parteras tienen mayor credibilidad con la gente de sus comunidades. Y ese el caso que le sucedió a la médica residente entrevistada, cuando tuvo que enfrentarse a una familia para explicarles que el bebé estaba sentado y necesitaba realizarse una cesárea, pero la partera informó a los familiares que ella le puede acomodar para que se realice un parto normal. La médica residente continúa narrando

[...] muchas veces los familiares se van contra el médico, porque confían mucho en las parteras, además es su medio, su vínculo. [Los familiares] dicen, “pero si la señora partera me dice que está de cabeza y que si puede dar a luz normal”, entonces se va contra del médico y hay problemas. Yo creo que sí es de mucha ayuda [el apoyo de las parteras] pero tiene que ser limitada la acción (ibíd., marzo 2011).

La partera es conocida como la mujer que “acomoda” la situación del bebé; es decir, si el bebé está de cabeza la partera le puede acomodar o realizar el “manteo” con el fin de evitar una cesárea sobre todo en las mujeres indígenas. Margarita Morales, representante de las parteras que trabajan en el HSLO, explica que las mujeres indígenas son mujeres de campo,

por hacer mucho esfuerzo en el campo la cesárea les debilita y es un impedimento para trabajar con la misma fuerza,

No quiero dejar a las madres embarazadas que corten la barriga, nosotras las indígenas vivimos en el campo, tolamos, aramos y cargamos choclo y si le cortan la barriga ya no hay fuerza para que la mujer siga trabajando (entrevista, marzo 2011).

Las parteras ayudan a las mujeres para que sus partos sean normales a través del “manteo”, que es un procedimiento que realiza la partera para acomodar al bebé durante la labor de parto y de esa manera no realizar la cesárea (MSP, 2010 b), que responde a una lógica de vivencia cotidiana que tienen las mujeres, sobre todo las mujeres indígenas. La partera desde sus saberes, cuestiona el diagnóstico médico como una forma de garantizar algún tipo de posición en la institución médica. La posición podálica que narró la médica entrevistada es peligrosa, no hay duda, pero que ese diagnóstico sea cuestionado por una partera tensiona aún más las jerarquías del personal médico y el status de conocimiento asignado. Y al parecer se debe a un posicionamiento que las parteras van construyendo en el hospital como un escenario de lucha de significados y reconocimiento de esos significados. Margarita Morales (entrevista, marzo 2011) comenta: “Como voluntarias estamos trabajando aquí [en el hospital], no dejamos porque ya ganamos éste espacio, esto yo no quiero dejar porque por nosotros [mujeres indígenas] este espacio tenemos”.

Un médico residente explica la razón por la que existen tensiones entre médicos y parteras, que en el fondo obedece a una situación institucional y estructural,

Obviamente no somos tan bien vistos por las parteras. Hay diferencias entre las parteras y los médicos, porque la partera viene acá y sólo a esperar el parto. No recibe un salario. Se le ocupa en cosas que ella tal vez no debe hacer, qué se yo la limpieza. Hay barreras y no somos tan bien vistos por las parteras. Hay cosas como hablarle duro a la paciente, decirle que puje o utilizar estrategias que no son usadas por ellas, y que no se sienten cien por ciento confiables con el médico. Ya se hizo institucional el parto, pero limitándole a la partera en lo que hacía en su comunidad (Dr. Esteban, entrevista, marzo 2011).

La explicación del médico sitúa a la partera en la institución médica y la sitúa como un sujeto en desigualdad de condiciones respecto al personal médico de la institución. Menciona la ausencia del salario de la partera que condicionan sus actividades, por lo mismo le caracteriza como espectadora en una institución médica que limita aparentemente sus actividades. Sin embargo, el médico residente reconoce que la presencia de las parteras en la institución es una ayuda para el personal médico, así lo manifiesta:

El apoyo de las parteras en el parto es una parte esencial para que el parto sea horizontal o vertical porque es una forma de que la paciente vea a alguien de su comunidad, sea o no indígena, junto a ella que le apoye y que le esté diciendo las cosas que debe hacer. Son un gran apoyo y la lengua tiene mucho que ver: nos ayudan a traducir lo que uno le intenta decir a la paciente. Ayudan de igual manera con sus técnicas que tienen, tienen la técnica de estarle sobando el abdomen, la cadera y hay cosas que la materna siente como comfortable y ahí ayudan en el parto. Yo me guío por la partera cuando estoy tan a full aquí, porque ellas saben cómo se da el parto, yo a veces le pregunto a la partera y le digo que está ya o no, y me dicen no está fría todavía o vienen y me dicen ya doctor ya está caliente, la paciente se calienta o empieza a sudar cuando ya va dar a luz, son una guía también (ibíd., marzo 2011).

La partera ejerce su rol en la institución cuando se convierte en apoyo de los médicos al igual que ejerce o cumple el rol las auxiliares en enfermería, porque cuando la partera opina sobre un hecho gineco- obstétrico carece de validez para el personal médico y surgen las tensiones. Sin embargo, el hecho de que los médicos reconozcan las estrategias de apoyo que utiliza la partera con las parturientas, generan espacios para visibilizar la agencia de estas en el espacio institucional médico.

Ahora las obstetrices tienen una forma diferente de entender el rol de las parteras en la institución y es precisamente porque las obstetrices del HSLO fueron capacitadas en la implementación del PCA, entonces tienen una visión alterna sobre la función de la partera en el hospital,

Las señoras parteras no sólo están en el momento del parto, sino en todo su trabajo de parto. Ellas son las que están en compañía [de las parturientas] dándoles agüitas, masajes y en el momento del parto son fundamentales porque ellas, como le decía, ayudan en la traducción del quichua. Pues el idioma es un limitante del personal, hay bastantes pacientes que no entienden todavía el español, hay otras que en cambio sí

manejan los dos idiomas, entonces ellas nos ayudan bastante en lo que es la lingüística, en lo que es explicarles a las pacientes lo que nosotras tratamos de decir pero en mejores términos tanto que les ayudan mucho en su parte espiritual, en su parte de los masajes, o sea son muy importantes [las parteras] en el parto (Obstetrix Priscila, marzo 2011).

En las entrevistas realizadas las actividades que más destacan de las parteras son los masajes que les dan a las parturientas y la preparación de aguas medicinales. Y, según la obstetrix entrevistada, el trato de las parteras con las pacientes no tiene una lógica de médico-paciente sino que se acerca a una relación de mujer parturienta a mujer partera, que pueden ser una de las garantías de los saberes desde la cotidianidad de la experiencia.

Las obstetrices que aplican y conocen sobre el PCA, tienen una agencia y también se consideran parte de la lucha simbólica que tienen las parteras en el hospital, aunque existen otros miembros del personal, como los médicos especialistas y algunos médicos residentes entrevistados, que consideran al PCA como una posición que necesita ser estudiada y practicarse con cierta cautela. El discurso de la obstetrix va dirigido desde los derechos humanos, desde cómo se concibe al sujeto como persona para darle un lugar y ser atendido en la institución.

Hay que continuar con la lucha, [el PCA] no es que alguien se le ocurrió o que nació así porque sí, si ustedes revisan en las páginas de Internet y experiencias de personas que han venido de Europa es algo que allá se lo realiza habitualmente. Ellos tienen camillas para modificar el parto como ellas lo deseen. Lo fundamental es seguir y hacer que esto no se quede sólo aquí en el Área 4, sino hacer que practique a nivel nacional y no sólo la posición, sino más bien brindar una calidad y calidez a la persona que va a dar a luz porque es un ecuatoriano más, es una persona más que al salir de acá del hospital es igual que nosotros. Todos somos humanos, todos somos personas y que hay que seguir mejorando lo que es la atención de la calidad del usuario (ibíd., marzo 2011).

Claramente la obstetrix tiene una formación configurada desde los derechos humanos y, por lo mismo con una visión hacia el buen trato con el paciente. Parecería que la formación profesional tanto de médicos y obstetrices difieren. Sin embargo hay una observación por parte de los médicos, en especial de los médicos residentes que determina en la relación

médico-paciente: el médico residente trabaja 24 horas cada cuatro días en dos servicios a la vez que puede ser emergencia y ginecología, y las obstetrices trabajan con horarios rotativos de seis horas sólo en el área de ginecología. Pero la diferencia de horas en el trabajo laboral no es el único elemento de discusión entre médicos y obstetrices, también influye el conocimiento y la praxis médica: un médico residente tiene 8 años de formación médica en todas las áreas y una obstetrix tiene seis años de formación sólo en el área de obstetricia, estos rangos de diferencia hacen que el médico residente tenga mayor posibilidad de decisión, ejecución y autoridad frente a los conocimientos de la gineco-obstetricia en la institución médica. Y aunque los partos son atendidos por médicos residentes, existe una tendencia para que los partos verticales sean una preferencia de las obstetrices. Esta puede ser una razón por la cual las obstetrices que entrevisté en el hospital tienen mayor sensibilidad frente al parto vertical y las parteras y de alguna manera han seguido un proceso de capacitación en el tema del PCA. Uno de los médicos especialistas o tratantes considera que el parto vertical debería ser atendido exclusivamente por las obstetrices

[...] si bien es cierto que el parto como parto es una prioridad en cuanto de las señoritas obstetrices y de los médicos residentes, y yo soy médico tratante, considero que deberían atender directamente el parto vertical las señoritas obstetrices (Dr. Mauricio, entrevista marzo 2011).

Es verdad que en el hospital, las obstetrices con las que conversé tienen experiencia en la aplicación del parto vertical o PCA pero, los médicos residentes también practican según la decisión de las parteras. No obstante, el tema del cansancio o la incomodidad sigue siendo un tema recurrente. Las obstetrices mencionan que el parto vertical es más cómodo para las parturientas y es incómodo para el personal médico, “el [parto] horizontal es cómodo para los médicos pero no para las señoras que no les gusta así, mientras que el vertical es un poco incómodo para nosotros los profesionales pero para las señoras es más cómodo” (Obstetrix Natalia, abril, 2011). Mientras que uno de los médicos residentes, menciona, “[...] que sea más cómodo el parto vertical para nosotros también, que sea no en el suelo

sino un poco más arriba para tener una visión completa de la parte anatómica de la paciente y evitar complicaciones” (Dr. Esteban, entrevista, marzo 2011).

Desde la perspectiva del personal médico hay limitaciones que tiene el parto vertical, porque aunque es una posición cómoda para las mujeres también es una posición incómoda para el personal. Estamos hablando del personal que a diario atiende entre 10 y 15 partos y eso genera un desgaste y un cansancio que tienen consecuencias en la relación médico paciente. Es decir, desde la atención pública porque existe mucha afluencia, el personal médico también tiene limitaciones para atender y considerar las situaciones personales de cada paciente. De todas formas también cuentan los puntos de vista de los médicos y de las obstetras en el momento del parto: para los médicos el parto vertical es incómodo y para las obstetras la posición de la mujer debe ser respetada. No tanto así con las enfermeras que exaltan los niveles de asepsia entre el parto vertical y el horizontal que lo mencioné anteriormente.

Sobre las Parteras

Tanto las parteras como las mismas autoridades reconocen que existió maltrato para las pacientes en el hospital, especialmente para las mujeres indígenas y a partir de aquello es que las parteras van proponiendo un trato diferente en la institución. De alguna forma ésta situación, cuestiona el trato a las mujeres indígenas en la salud y logra introducir el PCA en el hospital como propuesta no sólo de rescate de la “cultura”, sino también de buen trato hacia las mujeres en general. Es un logro, que por causa o por la luchas de las mujeres indígenas, el parto vertical se haya institucionalizado: “nosotras estamos aquí para ver que no sigan maltratando a las mujeres indígenas, esa es nuestra lucha y aunque no nos paguen no vamos a dejar que éste espacio nos quiten, nosotras luchamos duro para llegar al hospital”, son las palabras de Magdalena, una de las parteras (entrevista, abril 2011) que identifica la presencia de las mujeres indígenas en el hospital como un reto que moviliza y pone en juego las relaciones de poder/saber que se manifiestan en la institución de salud. A

esto la partera (ibíd., abril 2011) añade: “Muchas veces no nos valoran porque somos analfabetas pero de éstas analfabetas el hospital atiende a varias mujeres, por nosotras las mujeres vienen”.

Hay 13 parteras que son capacitadas de la cuales dos se están arrepintiendo y quieren salir del servicio de salud porque no les pagan por sus servicios. Las parteras no reciben salario, el convenio que hicieron con el Municipio de Otavalo se terminó a inicios del 2011 y no les están pagando. Muenala (entrevista, febrero 2011) añade que “los maridos de las parteras les reclaman que vienen de gana al hospital porque no les pagan nada”. Las parteras consideran que por ellas el dinero entra en la institución pero ellas no ven que ese dinero llega a ellas. Sin embargo, las 11 parteras restantes están seguras de estar en el hospital porque consideran que durante muchos años han luchado para estar allí. Esta es una lucha por el reconocimiento de conocimientos, es una posición que visibiliza una lucha simbólica por parte de las parteras para ejercer un reconocimiento de sus prácticas y saberes en la institución médica.

Las parteras todavía sienten que su conocimiento y su práctica no son valorados específicamente por los médicos. Muchas de ellas sienten que hay discriminación y racismo y no les dan el lugar que corresponde en el hospital. Una muestra de ello es que aún no les pagan a las parteras: tienen una bonificación que no se equipara al salario de un médico. La Dra. Miryan Conejo (entrevista, enero 2011), explicó que es muy difícil medir los niveles de conocimiento en las parteras así que se las contrata por la experiencia en los partos y aún así eso no garantiza que la partera no tenga equivocaciones en el momento del parto. Además la institución como tal, no reconoce los saberes de las parteras, la institución reconoce los títulos académicos y esto hace que a nivel de los roles de ingreso la partera conste apenas como promotora comunitaria. Pero este problema surge por el sistema de salud, ¿cuál es la importancia que la institución le da al PCA, siendo que la partera es el personaje principal del proyecto? ¿Cómo es que se implementa el PCA sin designar a las parteras una contribución económica para sostener el proyecto?

El Dr. Fernando Calderón, ex director del Subproceso de Medicina Intercultural del MSP considera:

[...] el reconocimiento efectivo de las parteras como prestadoras de servicios dentro de la LMGYAI habría requerido de mayor decisión política de las instancias a cargo de su funcionamiento, y mayor abogacía y apoyo desde entidades involucradas en su gestión, como el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU)⁴, con el fin de superar las trabas burocráticas y los controles estatales a los que se ha visto sometida la remuneración de los agentes de medicina tradicional. [...] Lo ideal sería que se destine un presupuesto para pagar a las parteras como promotoras interculturales, que es lo que ellas mismas han demandado en algunas ocasiones (MSP, 2010 a: 38).

Según el Comité de Usuarias de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia hicieron la demanda correspondiente para que las parteras tengan un reconocimiento económico, exigiendo: “Que el estado pague las prestaciones que brindan las parteras, como se pagan las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita; ese es el inicio del reconocimiento de la contribución que ellas hacen a las cuentas nacionales del Sistema de Salud” (LMGYAI, abril 2009). El protocolo de la guía técnica menciona que la práctica de la partera u otros:

prestadores de servicios tradicionales no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto (MSP, 2010 a: 39).

Es decir que la partera es un elemento constitutivo dentro del PCA para darle esa característica de “cultural” al parto, pero a nivel de recursos no entra en la institución porque carece de conocimientos científicos y de un título profesional que avalice una trayectoria académica.

El MSP habla del ahorro para el estado la aplicación del PCA en el HSLO, “Hasta el momento se han realizado 1.080 controles de parto con atención intercultural en el Hospital

⁴ El CONAMU está en un proceso de transición según el decreto ejecutivo de mayo del 2009.

San Luís de Otavalo y se atendieron, con la ayuda de parteras, 1.541 partos, lo que ha significado un ahorro de \$1.579.450 a la población” (MSP, boletín de prensa, 2011). Entonces si la implementación es causa de ahorro con ayuda de las parteras,  qu  sucede con su retribución económica que aún no se resuelve?

Conclusiones:

En el capítulo III analizo la lucha por significados que se dan a partir de los discursos y las prácticas que se generan concretamente en el HSLO. En el hospital logr  distinguir tres ejes o escenarios claves como son los cuerpos que se construyen, los tamaños de las salas de partos tanto del parto horizontal como del parto vertical y las relaciones de poder entre médicos y parteras.

El personal médico, las parteras y las parturientas se construyen en base a una normativa que dirige las formas de comportarse en relación al parto institucional. Sin embargo, la normativa sólo va dirigida para el personal médico que cumple con un protocolo de atención para la paciente, que norma, indica y dirige a la parturienta cómo debe actuar en el momento del parto. El personal médico ejerce poder sobre la paciente, pero la parturienta también ejerce poder sobre su propio cuerpo en el acto de parir y trastoca de alguna manera las relaciones de poder que ejerce el personal médico sobre su cuerpo y su comportamiento frente al parto. En el ejercicio de poder que mantiene el personal médico, las enfermeras son las que generan los discursos de asepsia y no asepsia de las mujeres en relación al parto.

En cuanto a los tamaños de las salas de partos realicé una descripción y un análisis del uso de los espacios tanto del parto vertical como del parto horizontal. El “lugar de parto vertical” y la Casa Materna no son considerados por el personal médico como indispensables, porque salen de la estructura médica institucional. Y de alguna manera los espacios son usados y reconocidos desde la mirada del médico, es decir que se acomodan a

su práctica médica, pero no es una cuestión intencional por parte del personal médico, sino que se construye a partir de lo que la institución espera de los espacios, no le da mucha importancia aunque estén ahí físicamente para las mujeres y las mujeres indígenas.

Las relaciones de poder entre médicos y parteras se construyen a partir del acceso al conocimiento médico que tiene el personal de salud. La jerarquización profesional y el estatus de conocimiento determinan el reconocimiento tanto de los médicos y las parteras en la institución. No obstante, las parteras cuestionan la praxis del conocimiento médico a partir de los saberes aprendidos por su experiencia cotidiana. Según los médicos, las parteras deben tener una acción limitada en la institución médica y es reconocida mientras cumple con la función de apoyo en el proceso del parto. Las obstetrices reconocen las prácticas de las parteras y generan un cierto tipo de alianza, pero de igual forma las personas que ejecutan el parto en la institución siguen siendo los profesionales médicos. Las parteras, aunque formen parte de la institución médica, no son reconocidas económicamente por el MSP y de esta manera se convierten en un mecanismo de acercamiento entre la salud institucional y la población indígena.

CAPÍTULO IV

CONSTRUCCIÓN DE SUJETOS CULTURALES: ¿CÓMO SE PRODUCE AL SUJETO MUJER INDÍGENA?

El parto vertical es relacionado con las mujeres indígenas porque con las indígenas se aplica este parto, son ellas, las parteras, las personas de la comunidad indígena que aplican aquí [en el hospital], y éste por ser un pueblo indígena es en donde más partos verticales ha habido porque en otras zonas donde no hay tanta población indígena no se ve mucho (Médico residente, entrevista, marzo 2011).

Existe un proceso en que se delegan ciertas prácticas a sujetos: en éste caso, el parto vertical - como una práctica- es delegada a la población indígena y exclusivamente a las mujeres indígenas. Los discursos y las prácticas que se generan en las instituciones construyen a los sujetos mujeres indígenas como sujetos culturales. En la construcción de sujetos culturales, las relaciones de poder “pueden ser el resultado de un previo o permanente consentimiento pero no el resultado de la manifestación de un consenso” (Foucault, [1983] 2001: 252). El consentimiento de ser sujetos culturales se manifiestan en acciones concretas a través de los discursos y las prácticas que se generan sobre lo que se piensa y se actúa alrededor de lo que es “lo cultural”. En éste caso el parto vertical, a pesar de ser una práctica cuestionada por pertenecer a las mujeres indígenas, es una práctica cultural, asumida y apropiada como indígena que disciplina a un cuerpo y éste cuerpo se autodisciplina como sujeto mujer indígena. No sólo los cuerpos de las mujeres indígenas son disciplinados, las poblaciones indígenas también son reguladas a través de “mecanismos globales, para obtener estados globales de equilibrio, de regularidad” (Foucault ([1976] 1992:176).

La población indígena es regulada a través de políticas que intervienen en el control de la mortalidad materno - infantil y la higiene pública. La normativa del PCA es una política pública que a través de “previsiones, estimaciones estadísticas, medidas globales” controlan el “problema de la morbilidad” e intentan “optimizar un estado de vida”. La

asepsia que la institución de salud exige en las parturientas, parteras y personal médico del hospital responde a un proceso de higienización de las poblaciones indígenas, que tiene un efecto de regulación sobre la población para asegurar la vida. De alguna manera las prácticas culturales del parto en el hospital se modifican porque cumplen con niveles de asepsia que no sólo exige la institución sino que también exige la normativa. En éste caso la normativa del PCA se convierte en la “norma” que se aplica tanto al “cuerpo que se quiere disciplinar, como a la población que se quiere regularizar” (Foucault, [1976] 1992). En nombre del bienestar de la población, el “saber técnico” interviene en las problemáticas poblacionales, lo que según Foucault sería la “gubernamentalidad” como una forma específica de las relaciones de poder cuyo objetivo es la población a partir de los mecanismos de seguridad que optimizan la vida (Foucault, [1984] (1999).

Las políticas focalizadas se convierten en mecanismos de seguridad para regular la población. La normativa del PCA es una política multicultural que pone su atención en las poblaciones indígenas y específicamente en la salud de las mujeres indígenas. Frente al multiculturalismo y la interculturalidad existen diferencias: el multiculturalismo es “un hecho jurídico - político en nombre de la diferencia cultural [,] una de las expresiones del multiculturalismo son las políticas de Estado” (Restrepo, s/f: 37). Mientras que la interculturalidad es “práctica política y contrarrespuesta a la geopolítica hegemónica del conocimiento” (Walsh, 2005: 47), que nace de los movimientos indígenas y cuestionan disciplinas y estructuras dominantes para construir diferentes estructuras, instituciones y relaciones. Es decir que la interculturalidad tiene un objetivo utópico y se construye en el proceso, mientras que el multiculturalismo es una producción del gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, como el análisis también se centra en una política pública, considero enfatizar que el multiculturalismo es una producción discursiva por parte del estado para intervenir en poblaciones específicas y generar procesos de autocontrol de los sujetos y autorregulación de las poblaciones. Las políticas multiculturales a pesar de los procesos de inclusión también contribuyen a la producción de sujetos indígenas que aparecen en una función subordinada dentro del proyecto hegemónico del estado.

En el capítulo anterior se evidenció que son múltiples los significados que se encuentran en disputa, pero que no todos los significados tienen el mismo peso; y, a pesar de una lucha constante de significados, hay nociones que son dominantes. Por lo tanto, en este capítulo intento responder cómo se construye a un sujeto mujer indígena a través de tres ejes: las exigencias y expectativas de ciertas prácticas que se determinan como propias de las mujeres indígenas, el acceso a ciertos espacios de acuerdo a la percepción de la etnia y la diferenciación en el trato de las mujeres indígenas.

Exigencia y expectativa de “prácticas culturales”

Tanto el documento o la normativa del PCA, el personal médico del HSLO como las parturientas entienden y ejercen de alguna manera las “prácticas culturales” que se dan alrededor del PCA. A través de los discursos del documento, del personal médico, las parteras y las parturientas entenderemos la exigencia o la expectativa de prácticas que son asumidas como culturales o propias de las mujeres indígenas.

La normativa del PCA y prácticas culturales

Cuando hicieron el estudio diagnóstico a las poblaciones indígenas y campesinas del país para evidenciar la incidencia de la salud institucional en las mujeres indígenas, la población clave era obviamente la mujer indígena de la sierra ecuatoriana. Los planes pilotos se concentraron específicamente en Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo e Imbabura que son poblaciones con mayor densidad poblacional indígena (MSP, 2010 a). Consecuentemente, la guía o normativa está enfocada para resolver el parto institucional e implementar el PCA en las zonas con mayor población indígena.

El documento de la normativa del PCA determina que “la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico” (MSP, 2008: 30), de ahí que son importantes elementos como el trato interpersonal hacia las

usuarias y sus familiares, el acompañamiento durante la atención del parto, la posición del parto, abrigo/vestimenta, alimentación, información, entrega de la placenta.

La normativa del PCA constituye el primer ejercicio institucional de normar la atención del parto con un “enfoque intercultural”, que definen las prácticas culturales en la atención del parto, una de las sugerencias del documento para el personal médico es

Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender [...] Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) qué es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes [...] Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto [...] Permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre como realizar el jadeo si ella lo acepta [...] Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad [...] Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada” (MSP, 2008:45 -51).

En cuanto a la posición para parir, el documento también sugiere “El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida [...] o la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura” (ibíd.:50). Las posiciones sugeridas son verticales pero hay especial atención en cuclillas, sentadas, semisentadas, de rodillas cogidas de una soga, de pies (MSP, 2008).

El hecho de “normar” o estandarizar una serie de procedimientos para relacionarse con la paciente mujer indígena le constituye al sujeto como proveedor de prácticas que le hace verse como “diferente”, en este caso como indígenas o como sujetos con prácticas distintas que le confirman que sigue siendo indígena por sus prácticas. Pero más allá de ser sujetos con prácticas distintas, la guía del PCA describe de mejor manera una serie de instrucciones para que la mujer se sienta menos violentada en el momento del parto. Por ejemplo, el no rasurar es una práctica de respeto al cuerpo no sólo de las mujeres indígenas

sino del cuerpo en sí. Uno de los médicos especialistas del hospital (entrevista, abril 2011), considera que a partir de la implementación del PCA, ciertas prácticas han dejado de realizarse como “no enema, no rasura, muchas de las pacientes no episiotomía porque la episiotomía se debería realizar cuando el periné es muy rígido”. Entonces eso significaría que el PCA se convierte en un instrumento que intenta violentar menos a la paciente y a la parturienta indígena. Si la normativa sugiere prácticas menos violentas es una ganancia, porque durante mucho tiempo el buen trato para las mujeres indígenas en las instituciones de salud, no ha sido una característica, pero ¿por qué esas prácticas menos violentas o humanizadas se destinan al PCA y no al parto en general? El PCA sigue siendo cultural y adecuado por las prácticas culturales de las mujeres indígenas que se implementan más que por mantener prácticas menos violentas. Posiblemente las instrucciones que el documento enuncia sean menos violentas o nocivas para las parturientas, pero existen otras prácticas que son violentas y que a simple vista pareciera que se naturalizan en la praxis cotidiana de las instituciones médicas. Más adelante analizaré detenidamente el trato diferenciado que el personal de salud tiene con las mujeres indígenas, mientras tanto es necesario entender las concepciones que tiene el personal médico sobre el PCA.

¿Qué piensa el personal médico sobre el PCA?

La denominación “Parto Culturalmente Adecuado”, también es una construcción a partir de que se empieza a institucionalizar el parto de las mujeres indígenas. El Dr. Terán (entrevista, marzo 2011) explica que le denominan “cultural” porque las mujeres indígenas paren en la casa y eso concierne una serie de prácticas propias de las mujeres indígenas; y, “adecuado”, porque se trata de acomodar el parto de las mujeres indígenas en una institución hospitalaria, en donde el médico atiende el parto y no la partera.

Una de las parteras de turno, explica que el término PCA es una nueva denominación, porque en la comunidad conocen al parto vertical como “parto de rodillas o parada”,

Aquí [refiriéndose al hospital] dicen Parto Culturalmente Adecuado, nosotros en las comunidades damos de rodilla a luz y eso es lo que dicen

parto culturalmente adecuado, nosotros de rodilla damos a luz y depende según el bebé también, hay algunos bebés que quieren que [sus madres] se acuesten a descansar y sale bien el guagua pero hay otros bebés que no, cuando están paradas [las madres] dilatan más rápido (Magdalena, partera, entrevista, abril 2011).

Si bien la denominación “parto culturalmente adecuado” tiene que ver con el parto de rodillas o parada, las denominaciones son construidas a entendimiento de los técnicos y del personal médico que están pensando el proyecto del PCA. Y las mujeres indígenas o parteras tienen que acoplarse a las denominaciones consensuadas entre los que “saben”. Una de las dirigentes indígenas (entrevista, febrero 2011) explica que la normativa del PCA debería llamarse “adecuación cultural del parto”, porque hay prácticas culturales propias de las mujeres indígenas que se están aplicando en el hospital y en HSLO “poco se implementa porque no hay apoyo de los médicos, nuestras prácticas no son valoradas, ellos no acogieron lo nuestro”. Si las parteras y las mujeres indígenas no se sienten representadas en las denominaciones y en lo que sus prácticas implican, es porque existe un modelo de parto institucional que es dominante aunque el PCA esté diseñado exclusivamente para las mujeres indígenas. Más allá de las denominaciones del parto vertical, que pueden tener sus lógicas, lo que interesa es que el personal médico explica y presenta el PCA como un parto institucional pero las mujeres o por lo menos la representación de una de las organizaciones indígenas no está de acuerdo con la institucionalización del parto.

El Dr. Terán (entrevista, marzo 2011) considera que el PCA no puede ser igual que el parto en casa, porque el hospital tiene otras estructuras no sólo de asepsia sino de mayor demanda y necesitan que el PCA se mantenga dentro de la institución médica para evitar los riesgos gineco-obstétricos que suelen presentarse en algunos casos. El Dr. Esteban, explica las razones por las cuales el MSP intenta adaptar el parto vertical de las mujeres indígenas en la institución médica,

[...] el objetivo del ministerio es que esos partos [parto vertical o PCA] sean institucionales y cómo, adaptándose a ellos [población indígena]. Antes la paciente, obviamente más indígenas, por lo que se rechaza a la paciente, o se le trata mal no busca la atención en el hospital sino da a luz

en su casa con la partera. Lo que hace el ministerio es adaptar lo que tienen allá en el campo, aquí, entonces traen a su partera, vienen con la familia, con el ambiente de la casa si es posible tranquilamente para que dé aquí y evitar las complicaciones que se da en casa (entrevista, marzo 2011).

Adaptar el parto vertical con las prácticas culturales de las poblaciones indígenas en la institución médica, responde también a evitar posibles complicaciones que se dan en los partos domiciliarios. Existe una validación de lo que es el parto institucional porque tiene intervención médica, mientras que el parto en casa siempre va a tener sus riesgos desde la mirada médica.

A pesar de que el Ministerio de Salud, a través del documento va definiendo las prácticas culturales de las mujeres indígenas alrededor del parto vertical, los médicos o el personal médico tienen diversas formas de entender y practicar el PCA. Uno de los médicos, explica cómo desde la praxis médica, el parto vertical es sustituido por el parto horizontal,

Yo me enteré antes de venir acá a trabajar, ya sabía que estaban haciendo el proyecto sobre el parto vertical. Al leer las normas, en el parto vertical no le dicen el por qué, y quién se inventa eso, por qué las parteras lo hacen. Sin embargo la historia cuenta que un anestesiólogo fue quien inició el parto horizontal, que las madres en la antigüedad sólo daban vertical, o arrodilladas o paradas, y que a partir de lo que se inventa la anestesia y para quitar el dolor del parto, la paciente es acostada, de ahí viene el parto horizontal. El parto vertical tiene sus beneficios como hemos ido viendo, tiene la lógica de la fisiología de la mujer, mientras que estando acostada, en el parto horizontal, el bebé comprime ciertas estructuras que van a hacer que la paciente se canse al pujar acostada. En el parto vertical, el efecto de la gravedad, del pujo hacia abajo es mejor y como se ha visto el sangrado no es mayor (Dr. Esteban entrevista, marzo 2011).

De acuerdo a la cita anterior, el parto vertical como tal tiene explicaciones lógicas para ser practicado por los beneficios de posición y fisiología de la mujer, incluso se le entiende como un hecho natural que fue reemplazado por el parto horizontal en la historia médica. Algunos médicos sugieren que la posición que la mujer tiene en el momento del parto, no

es la que determina un PCA, existen otros elementos que le caracterizan como cultural y adecuado. “Para mí el parto culturalmente adecuado no sólo involucra la posición en que la mujer quiera dar a luz sino más bien es el respeto que se tiene hacia las mujeres [...] es impartir un buen trato a las usuarias (Obstetriz Priscila, marzo 2011). La obstetriz identifica que una de las formas de buen trato es respetar el pudor de la parturienta, acceder a que tengan la compañía de un familiar o la partera durante el parto y no restringirles de la alimentación. Más allá de la posición que la mujer elija para parir, en el PCA, debe existir el buen trato como uno de los elementos característicos y las prácticas que identifica la obstetriz son prácticas humanas que en cualquier institución médica necesitan mantener con la parturienta. El PCA por pertenecer a las mujeres indígenas debe caracterizarse por el buen trato, que es totalmente legítimo, pero no debería ser por ser mujeres indígenas sino porque son mujeres humanas.

Alrededor del PCA existen varias prácticas que lo determinan como cultural y adecuado. Otro de los médicos residentes, considera que el PCA se relaciona demasiado con el parto vertical pero también un parto horizontal puede ser PCA,

Más bien vertical vendría a ser parte de lo culturalmente adecuado porque como usted ve hay ocasiones en que se hace culturalmente adecuado pero no necesariamente tiene que ser vertical, sino que está la partera, el esposo, el ambiente de casa pero la paciente decide dar horizontal. O sea no necesariamente culturalmente adecuado es dar vertical sino que también puede ser horizontal. (Dr. Enrique, entrevista, marzo del 2011)

Lo que caracteriza al parto como cultural y adecuado es la presencia de la partera, de los familiares y el ambiente de confianza que se le puede dar a la parturienta. Entonces si el PCA no se le atribuye únicamente a la posición de la mujer en el momento del parto y se le atribuye al buen trato y al ambiente familiar que se le debe dar a la parturienta, ¿por qué las salas y los espacios están diseñados para que las mujeres puedan parir de forma vertical? El mismo documento o normativa induce a respetar la posición de la mujer en cuclillas es decir de forma vertical, como una posición corporal legítima del PCA.

Las concepciones de los médicos pueden variar en cuanto a cómo entienden el PCA, pero existen espacios y documentos que reafirman las prácticas culturales en las mujeres indígenas. Y si el personal médico reconoce que el PCA no corresponde solamente a la posición vertical sino que también al buen trato que debería tener la institución médica con la parturienta, entonces ¿qué sucede con las prácticas médicas que son dominantes y le caracterizan a la mujer como parturienta indígena en particular?

El personal médico reconoce que en el PCA, la partera es un agente de salud que debe estar en el proceso del parto sea horizontal o vertical. Es más la partera se convierte en la representante de la población indígena para que el parto se posicione como PCA. Sin embargo una de las parteras entrevistadas, Gloria (marzo 2011), expresó “las parteras estamos de adorno en el hospital para atraer a la gente”. Si uno de los elementos característicos del PCA es la presencia de la partera para que las mujeres indígenas puedan acercarse a la institución médica es posible también que la “atracción” de la que habla la partera tenga una connotación de atracción turística o folklórica. Es decir, si para las mujeres indígenas, la partera se convierte en una seguridad para ser atendidas en el hospital, para las mujeres no indígenas, la partera se convierte en una opción o alternativa que el hospital propone porque la mayor población del lugar es indígena. Una justificación para presentar al PCA como accesible para todas las mujeres y no sólo para las mujeres indígenas es que si el hospital presenta dos opciones de parir, les informan a las mujeres para que ellas puedan escoger la posición o el parto más conveniente,

Al inicio que se implementó aquí el parto vertical las pacientes mestizas creían que sólo era para las indígenas el parto, todas querían horizontal pero últimamente con lo que se escucha obviamente la gente comenta de que el parto vertical tiene sus beneficios y es mejor, entonces ellas también ya buscan y piden o uno se les comenta que den acá y se les explica los beneficios, se le dice que tiene la posibilidad de dar acostada o arrodillada y ahí obviamente ellas preguntan cuál es mejor (Dr. Enrique, entrevista, marzo 2011).

El acceso de las mujeres mestizas al PCA se da por la información o la promoción que el personal médico pueda brindar a la parturienta. Las enfermeras están encargadas de

explicarles pero se desvanece tal situación en las jornadas de velada que tiene el personal médico, no les dan mayores elementos para elegir, en la mayoría de veladas observadas, el médico aplica el parto horizontal. Y lo aplica por factores como cansancio del personal médico, demanda de pacientes o ahorro de tiempo. Sin embargo, cuando las mujeres mestizas piden tener un parto vertical, los médicos y las obstetrices se dan cuenta que el PCA no es exclusividad de las mujeres indígenas,

Yo pensaba al principio que el parto vertical estaba relacionado con las mujeres indígenas porque se supone que ellas son las pioneras, que ellas practicaban en mayor parte este parto, pero ahora se ha visto en estadísticas reales que la mayor parte de mujeres que dan su parto vertical son mestizas. O en anteriores meses que se vio que era el 50% de mujeres mestizas y 50% de mujeres indígenas que practicaban el parto vertical, o sea no es sólo de mujeres indígenas, cualquier mujer se puede acomodar como ella desee en el momento del parto (Obstetriz Natalia, entrevista, abril 2011).

El acceso de las mujeres mestizas al parto vertical a parte de la información, guía o promoción que el personal de salud pueda dar a la paciente, también se da porque el médico o la obstetriz, como personal experto en la materia, atiende el parto o recibe al bebé. A pesar de que las parteras sean un medio de “atracción”, el médico o el personal médico es quien da la credibilidad o la seguridad de que cualquier parto, sea horizontal o vertical, se desarrolle en las “mejores condiciones”. Rebeca, una parturienta mestiza (entrevista, marzo 2011) que parió de forma vertical comentó, “la presencia de la partera me ayudó, me dio masajes con sus manos suavitas pero el médico es el que debe atender el parto, así me siento más segura porque él sabe si mi bebé está bien o mal”. Otra parturienta indígena que parió de forma horizontal dijo,

[...] las parteras si saben ellas también, del guagüito que está recto y todo eso, si saben, si se pueden dar cuenta ellas también, pero igual hasta la hora no pueden medir, aquí [hospital] creo que miden, a las doce ya me llevaron allá [al quirófano]. Entonces aquí [hospital] no le dejan hacer fuerza antes de hora, más bien estamos ahorrando la fuerza. Pero en la casa, nosotros como parimos en la casa, las parteras como no saben la hora, hacen dar con fuerza antes de hora, entonces se acaba la fuerza y al momento en que toca parir ahí peor se acaba la fuerza, por eso más que

todo a mí me gusta venir al hospital (Isabel, parturienta indígena, entrevista, abril 2011).

Según los relatos, el médico o la obstetrix son las personas capacitadas para atender el parto vertical o el horizontal en una institución médica porque aparte de que las mujeres sean indígenas o mestizas y decidan tener un parto horizontal o vertical, el personal médico se va legitimando como el sujeto que sabe a través de la credibilidad o la confianza que manifiestan las parturientas. Las parteras son sujetos que mantienen las prácticas culturales de las mujeres indígenas, ellas son las que dan masajes, dan aguas medicinales y son personal de apoyo durante la labor de parto pero no son más que agentes que transmiten “prácticas culturales” en una institución médica.

Parturientas indígenas y el PCA

Como lo he venido mencionando, la normativa del PCA adapta un lugar para que las mujeres indígenas puedan parir en un lugar “adecuado” o parecido al que tienen en las comunidades. Se atribuye que las mujeres indígenas necesitan parir en una posición determinada, en este caso en posición vertical, pero no es la posición la que determina que sean indígenas o no, sino es cómo las mujeres se asumen dentro de sus prácticas en general. Las mujeres se asumen como indígenas por sus costumbres, por su vestimenta, por su idioma, por su forma de vida, y por el hecho de parir acostadas en el quirófano o en cuclillas en el “lugar de parto vertical”, no dejan de ser indígenas o les hace más indígenas. En el momento del parto, se desvanece lo “cultural”, porque las mujeres sean indígenas o mestizas no paren según su tradición o prácticas culturales sino según cómo se acomodan.

En la sala de labor está una mujer indígena que ingresó con 7 de dilatación, se acomoda cada que le viene el dolor, ella piensa parir parada, se siente más cómoda. Cada vez las contracciones son más fuertes y se acomoda, pidió que le lleven a la sala de PCA, está lista para parir arrodillada, pero ya no tiene fuerzas, pide a la médica residente que le lleve a la camilla o quirófano porque ya no tiene fuerzas en sus piernas. Le ayudan a subir en la camilla y en cinco minutos nace su cuarta hija (Diario de campo, marzo 2011).

En el capítulo anterior vimos que por el dolor de las contracciones, las mujeres adoptan la posición más cómoda para parir, más allá de que sean indígenas o mestizas. Las inseguridades y los miedos también forman parte de las mujeres cuando se enfrentan al acto de parir. Así, las mujeres mestizas cuando se acomodan para parir verticalmente lo hacen por comodidad o porque lo han escuchado de sus madres y ese vínculo afectivo les ayuda a disminuir de alguna manera el dolor. Explica una de las parturientas,

Escogí la posición del parto arrodillada porque mi mamá me dijo que es mejor y en mi anterior hijo le parí así, de manera vertical, entonces yo vi conveniente dar de igual manera [...] me sentí mejor arrodillada porque el bebé puede salir más rápido, lo que de la otra manera [parto horizontal] tiene que curvarse un poco para salir (Lucía, parturienta mestiza, entrevista, marzo 2011).

Las mujeres indígenas entrevistadas escogieron la posición del parto vertical porque ya lo habían hecho en sus partos anteriores o también aprendieron de sus madres. E incluso algunas de ellas, fueron al hospital por sugerencia de la partera certificada quien hizo el seguimiento del embarazo. Otras mujeres indígenas escucharon la forma de cómo les atendieron a otras parturientas y algunas mujeres fueron al hospital, porque en el control del embarazo les dijeron que tenían algún riesgo. Uno de los relatos de las parturientas, explica de la siguiente forma,

Para mí es más cómodo parir acostada porque la cama es baja y sí hay como hacer fuerza. Arrodillada me duelen las rodillas. A mis tres hijas he parido arrodillada en mi casa, éste hijito he dado a luz en el hospital porque me dijeron que era cesárea pero no. Aquí en el hospital quería dar arrodillada, sí hice la prueba, pero no sé por qué no pude hacer fuerza. Ya no soportaba el dolor. Acostada me parece mejor porque tengo más fuerzas para pujar, más fuerzas hay (Teresa, parturienta indígena, entrevista, marzo 2011).

En los relatos de las parturientas, independientemente de que sean mestizas o indígenas, una vez más, rescatan la posición de sus cuerpos en el momento de parir y no identifican las prácticas culturales como un elemento clave para desarrollar el parto. Sin embargo en ese proceso en que aparentemente se desvanece “lo cultural” en el momento del parto o en la

posición que las mujeres adoptan para parir, se construye un parto institucionalizado que va más allá de ser un parto horizontal o vertical, es un parto que se practica en una institución médica y por lo tanto es dominante así tenga todas las características de un PCA. El ejercicio de ese parto institucionalizado hace que tanto las mujeres indígenas como las mujeres mestizas tengan un acceso similar no sólo para el parto vertical, sino también para el parto horizontal. Es decir que las mujeres sean indígenas o mestizas escogen un parto institucional ejercido y practicado por el personal médico.

Otros espacios en que se piensa al sujeto mujer indígena

A parte del hospital que es un lugar concreto para pensar al sujeto indígena y cultural como un discurso que se construye, existen otros espacios como es el documento o la normativa del PCA a través de la implementación y el financiamiento estatal y de organizaciones internacionales que proponen para el PCA. A lo largo de la investigación he venido relacionando el documento con los discursos, prácticas e instituciones, pero ésta vez me interesa explicar cómo la normativa se convierte en un espacio institucional legitimado por el estado para pensar al sujeto mujer indígena en relación con el PCA.

La normativa o el documento se convierte en un instrumento concreto para socializar lo que significa el PCA y direcciona en el cómo se debería intervenir con las mujeres, además se convierte en una herramienta para implementar los modelos interculturales de atención en las unidades de salud del país, de ahí que la institución necesita un documento por escrito para que el tema discutido o propuesto, en este caso el PCA, tenga un lugar, un espacio y todos los materiales que implica para la implementación del PCA. Obviamente los recursos son importantes porque si es parte de una agenda del estado se tiene que cumplir con metas físicas, económicas y políticas para evidenciar el impacto de la política en la población indígena y en este caso en las mujeres indígenas.

Una de las formas concretas para pensar al sujeto indígena y cultural es la implementación del PCA, mediante la adecuación de la infraestructura física de las unidades, la adquisición de insumos, materiales y equipos necesarios, como por ejemplo, colchonetas, muebles adaptados, etc., con fondos de las oficinas de Salud Intercultural a nivel provincial. La implementación surgió en un contexto marcado por las experiencias piloto de varias unidades operativas del MSP donde algunas agencias de desarrollo venían trabajando temas de adecuación cultural de los servicios (Sofía Pozo, entrevista, marzo 2010).

Oficializar las prácticas culturales e intervenciones alrededor del PCA, tiene importancia institucional, porque hay una serie de reconocimiento por parte de las instituciones del estado para aplicar lo normado y generar réplicas frente a cómo debería comportarse el personal médico con las parturientas y entender de alguna manera lo que constituye el PCA. Sofía Pozo, técnica del área de normatización del MSP, explica de la siguiente manera:

La necesidad como institución de trabajar esta Guía es que como estamos trabajando en unidades operativas del MSP, obligadamente teníamos que hacer una normativa porque todo programa funciona con normas. Si no teníamos una normativa, con las actitudes que tiene el personal de salud, era imposible trabajar, hacer cambios solamente diciendo que era un proyecto o una investigación, y no se permitía hacer intervenciones concretas y ver resultados. Debido a ello se hizo la normativa para de alguna manera obligar al personal a que trabaje sobre este tema. De esta manera, la formulación de normas se establece como estrategia para fortalecer el compromiso del personal de salud con un cambio de enfoque, evidenciando el hecho de que normalizar ciertos procesos resulta clave para la articulación real de un enfoque intercultural en determinados contextos como el ecuatoriano (MSP, 2010 a: 56).

De alguna manera la oficialización de la guía del PCA sirve también como herramienta de obligación para que el personal médico logre incorporar en su actitud y praxis médica, un enfoque intercultural a través de la capacitación al personal de la salud,

Actualmente se está difundiendo en qué consiste la normativa. Los Equipos provinciales de Salud Intercultural de cada DPS (Dirección

Provincial de Salud), están realizando talleres de socialización. Cuando se va a socializar la normativa, no solo se abordan sus contenidos, sino todo un proceso de sensibilización sobre la interculturalidad en salud, el rol de las parteras dentro de su comunidad, cómo queremos trabajar con las parteras y coordinar el trabajo con la institución de salud, etc., y presentar el objetivo de la normativa, presentar algunas experiencias locales, pues de acuerdo a la demanda de diversidad cultural hay muchas experiencias locales que sirven para sensibilizar al personal y es una necesidad de la población (Sofía Pozo, entrevista, marzo 2010).

El asunto es que con la rotación del personal médico en el área del PCA del HSLO, hay una discontinuidad: recibieron en un inicio las capacitaciones, pero en el transcurso dejaron de llevar un sistema de talleres. La sugerencia de la mayoría del personal médico entrevistado es que necesitan talleres de socialización para entender lo que es el PCA y entablar una relación más cercana con las parteras del hospital. El tema de la sensibilización a través de capacitaciones es una prioridad para los técnicos del MSP, porque el personal médico aún pone duda el PCA y las prácticas que conllevan. La Dra. Myriam Conejo (entrevista, enero 2011) considera que las capacitaciones son importantes tanto para el personal médico como para las parteras, porque de esa forma se puede entender las prácticas de las mujeres indígenas y algunas situaciones de buen trato en la institución. La socialización del PCA que lleva el MSP a través de las direcciones provinciales de salud debe ser permanente porque todavía es un proyecto que se está iniciando, a pesar de que en el HSLO llevan tres años de implementación.

El tema del financiamiento es muy sensible, se habla de los organismos internacionales que apoyan con recursos técnicos y económicos pero no se habla de una cantidad específica. La guía del PCA se financia a través del MSP y la gestión de sus direcciones en alianza de las organizaciones internacionales. La guía del PCA se financia mediante los fondos asignados al Subproceso de Medicina Intercultural, con el fin de adquirir insumos y materiales como colchonetas, batas, cafeteras, etc., o realizar adecuaciones físicas, requeridas para aplicar la normativa y desarrollar talleres de capacitación. Estos fondos son distribuidos desde el nivel central hacia las direcciones provinciales de salud de acuerdo al interés demostrado por los equipos locales de salud para

implementar la adecuación cultural del parto. Existe apoyo financiero de UNFPA en Chimborazo, Esmeraldas, Sucumbíos y Bolívar, que son provincias en donde la agencia de Naciones Unidas concentra sus actividades de desarrollo (Sofía Pozo, entrevista, marzo 2010).

En cuanto a la implementación de unidades de salud con PCA, existen 36 unidades de salud activas de PCA en 16 provincias del país, 8 unidades en proceso destinadas en 6 provincias y las unidades de salud planteadas para el 2011 son 26 en 11 provincias. Es decir, son 70 unidades de salud con PCA que necesitan ser implementadas en el país como meta total para el 2011 (MSP, 2011). Y la mayoría son unidades que se implementan en zonas con mayor densidad poblacional indígena. Sin embargo, el Dr. Terán afirma que más allá que implementar como tal la normativa, se debe tomar en cuenta la realidad local y los acuerdos a los que se debe llegar tanto el personal local de la institución médica como los técnicos de las direcciones provinciales,

[...] pienso que más que aplicar la normativa es importante ser flexibles y aplicar de acuerdo a la realidad local. Eso es lo que hemos dicho siempre porque algunos compañeros técnicos del nivel central [dirección provincial de salud] no nos entendían. Querían que la partera atiende el parto y en un inicio se dio así, pero vimos que era de mucho riesgo. Inclusive había casos en que decían “no, la partera puede no más entrar con su ropa y todo sin ninguna protección porque el parto no es peligroso”. Pero eso no se puede dar en el hospital, porque hay que cuidar de las zonas esterilizadas para no provocar epidemias masivas (Dr. Terán, entrevista, abril 2011).

Si en cada lugar se aplica la normativa según su realidad local, estamos hablando de que no en todas las instituciones de salud se implementa el PCA de la misma forma, es decir que no en todos los lugares el parto institucional tiene el mismo alcance a pesar de que el objetivo de la normativa es institucionalizar el parto a través de prácticas culturales que se delegan a las mujeres indígenas como exclusivas. El Dr. Terán también habla de un incremento del parto institucional en el HSLO como una muestra de que la implementación del PCA en la institución médica, tiene incidencia en la población indígena,

Creemos que el trabajo que se ha realizado ha beneficiado a mucha gente y sabemos que el año anterior, estamos llegando de un 15% de incremento de parto institucional. Entonces eso nos hace ver que más que la propuesta son los deseos de la gente que hemos escuchado y eso hemos podido implementar en el servicio aquí en el hospital (ibíd., abril 2011).

Y si el incremento del parto institucional es una muestra evidente, más allá de cómo están implementadas las salas y el trato del personal médico a las parturientas, entonces la evaluación es excelente. Ese es el problema con los números o los porcentajes, que esconden parcialmente realidades concretas pero son necesarios para justificar y gestionar proyectos con el estado y las organizaciones internacionales.

El Dr. Terán plantea el tema de la interculturalidad como una realidad ausente en la salud, sin embargo rescata la pluriculturalidad como un proceso en que se adaptan las prácticas indígenas en las prácticas occidentales como está pasando en el hospital. Es decir que la implementación del PCA adecuado en el HSLO se debe a un proceso pluricultural, porque para llegar a un proceso verdaderamente intercultural son importantes los recursos humanos, físicos y económicos. Posiblemente existiría interculturalidad en la salud cuando la atención deje de ser institucionalizada y los médicos salgan a las comunidades a solventar las necesidades de salud junto con los agentes de salud tradicional.

La implementación del PCA tuvo un apoyo político coyuntural a raíz del gobierno actual de Rafael Correa, porque -como se desprende de la cita- de alguna forma se hizo el esfuerzo por restaurar la salud pública y eso dio pie a fortalecer la salud estatal,

Creo que con el proyecto [PCA] bastante hemos superado y no sólo aquí sino a nivel nacional, creemos que el sector público antes de éste gobierno estaba bastante caído o desprestigiado y más bien las aseguradoras privadas estaban en boga, estaban incrementándose bastante. Pero con este gobierno, la primera autoridad que entró en el Ministerio de Salud siempre tuvo la idea de fortalecer la salud pública. El apoyo político que se tuvo fue importante y no fue una cuestión sólo del director o de un equipo pequeño, vimos que era necesario implementar el servicio del PCA (ibíd., abril 2011).

Justamente por el apoyo político se consolidó la normativa del PCA en un programa del MSP que lógicamente forma parte del presupuesto del estado, en donde se asignan recursos ya no sólo al proyecto sino al programa como tal,

Todo documento así sea antes o después de lo que se empieza a trabajar o aplicar siempre va a ser un sustento legal para ir afianzando o consolidando la atención y que no se quede sólo en proyecto. Más bien con una normativa, el PCA, ya se establece en un programa del ministerio y ya no sólo dependemos de proyectos. Entonces por eso es muy importante la publicación y salida de la normativa que de parte del ministerio haya salido. Nosotros vemos que es un programa más y los recursos que se asignan hacia el área también tienen que darse hacia éste servicio que se está implementado en el hospital (ibíd.).

Si existe la publicación de la normativa como un documento legal y reconocido por el MSP, entonces hay una asignación de recursos para la implementación del PCA. Pero todavía no son claros los valores reales que el estado le asigna al programa como PCA. Si en un momento se habla que el PCA ahorra al estado con la ayuda de las parteras y tienen complicaciones físicas en el HSLO, ¿cómo se están reasignando los recursos para la implementación del PCA? Se piensa que la implementación del PCA solamente es la adecuación de colchonetas, cafeteras, batas, sogas, pero existen otras necesidades que son importantes como la misma remuneración a las parteras, o capacitaciones continuas al personal de salud y a las parteras.

A pesar de todos los conflictos simbólicos, de espacios, recursos, manifestaciones corporales que existen en relación al PCA, el gobierno actual de la Revolución Ciudadana sigue implementando y entregando las salas de PCA, precisamente en poblaciones con mayor densidad indígena como lo había mencionado con anterioridad,

Este 5 de mayo del 2011, el Ministro de Salud Pública, Dr. David Chiriboga Alnutt, hizo la entrega oficial de la Sala de Partos Culturalmente Adecuada y del Banco de Vacunas del Centro de Salud de Saquisilí, Área No.4, de la provincia de Cotopaxi, obra de importancia regional y esperada especialmente por la población indígena de esta zona del país. El Dr. Chiriboga realizó un recorrido por las instalaciones del

centro materno y destacó la importancia de entregar una sala de partos con visión humanista, cumpliendo particularmente con la población indígena. Al momento en el país se desarrollan experiencias de este tipo también en los Hospitales de: San Luis de Otavalo, Loreto, Shushufindi, Arajuno, Colta, Guamote y Alausí. Las salas de parto culturalmente adecuado brindan a las mujeres la opción de decidir cómo dar a luz, junto con la participación de las parteras en la promoción de los servicios, el acompañamiento de las embarazadas, la identificación temprana de riesgos y la mediación cultural (Relacahuapan, 5 de mayo 2011).

La entrega de salas de PCA o la implementación de las mismas puede convertirse en una meta más que necesita justificar la institución para responder con los recursos que la política pública financia. Pues el cumplir con metas solamente puede causar un gasto de recursos, porque no se están midiendo las luchas simbólicas que atraviesan al PCA o mejor dicho que se intentan visibilizar en la cotidianidad de las realidades concretas. Posiblemente, la implementación de más y más unidades de salud con PCA también sea una forma de cuestionar el parto biomédico que se generan en las instituciones de salud y se reproduzca de alguna manera procesos hegemónicos de un parto que institucionaliza las “prácticas culturales”.

El documento o normativa es el “otro” espacio que piensa al sujeto mujer indígena como un sujeto cultural dado, es decir que las prácticas culturales propias de las mujeres indígenas se concentran en un lugar específico que necesita ser implementado para identificar al espacio como cultural y adecuado. Al enfocarme en lo que dicen los técnicos del MSP y el personal que inició el proceso del PCA en el HSLO, sólo encuentro estadísticas, programaciones para implementar el PCA en poblaciones con mayor porcentaje indígena, es decir que me encuentro con un lenguaje tecnocrático en el que el sujeto mujer indígena es un agente de intervención por ser mujer e indígena.

Diferenciación en el trato

El PCA reconoce las diferencias culturales en la atención de la salud. Por lo tanto, es una propuesta que supera constantemente las barreras culturales que existen entre el personal

médico y las parturientas indígenas. El documento o la normativa del PCA presenta una serie de sugerencias para dirigirse a las pacientes indígenas, pero ésta diferenciación en el trato para las mujeres indígenas también están atravesadas por la discriminación y la exclusión no sólo de las prácticas culturales sino del sujeto mujer indígena en sí. Es decir que se aceptan las costumbres de las mujeres indígenas en el hospital, pero a la vez rechazan al sujeto indígena. Aunque el personal médico, en especial las obstetras del hospital, considere que el PCA es un proceso que reivindica el buen trato para las mujeres en general, existen prácticas que no corresponden precisamente al buen trato para las mujeres indígenas. Casi todas las mujeres entrevistadas expresaron que fueron bien atendidas en su proceso de parto, sin embargo, identifiqué detalles de selección y discriminación respecto a los cuerpos de las mujeres indígenas.

Antes de ingresar a sala de partos, las enfermeras distribuyen las batas a las mujeres, después de algunos días de observación coincidentalmente las mujeres indígenas llevaban puestas batas descoloridas y desgastadas mientras que las mujeres mestizas tenían batas menos descoloridas y poco desgastadas. ¿De qué depende la selección del estado de batas para distribuirles a las mujeres? (Diario de campo, marzo 2011).

Si bien es cierto las batas maternas se diseñaron en función del PCA y por sugerencia de las mujeres indígenas consultadas en los talleres diagnósticos. Las batas son de algodón, entre rosadas, verdes y blancas, tienen una abertura en el vientre similar a la bolsa de un canguro para que el personal médico pueda hacer las revisiones necesarias. El objetivo de las batas es cuidar el pudor de las mujeres, porque antes que el PCA se implemente en el hospital se utilizaban las batas desechables que son de tela muy fina y con una gran abertura en la parte de la espalda. Cuando pregunté al personal de enfermería cómo hacen la distribución de las batas para las pacientes me respondieron que depende de cómo les traen de lavandería. Fui a preguntar a lavandería cómo hacen con el lavado de las batas y me dijeron que tratan de mantener limpias diariamente las diez batas, por el uso diario ya están desgastadas. Bueno, después de hacer el recorrido de la emergencia a la lavandería para conocer el destino de las batas constaté que más allá de ser de ser un asunto de coordinación entre lavandería e ingreso de emergencia, existe un juicio de lo que se piensa que son las mujeres indígenas:

mujeres calladas que no reclaman o, lo que es más complejo todavía, que por ser indígenas no están acostumbradas a ponerse ropa de algodón. Si bien es cierto, estas expresiones no fueron comprobadas pero eso es lo que se refleja cuando en un día en que ingresan cinco parturientas a la sala de labor, tres mujeres mestizas ingresan con las batas casi nuevas o mejor tratadas y las dos mujeres indígenas ingresan con las batas más viejas. Si uno de los insumos del PCA son las batas y dentro del objetivo de las batas está mantener el calor en las parturientas como una estrategia de buen trato y de mantener las prácticas culturales de las mujeres indígenas, ¿a qué se debe la segregación implícita y explícita a la vez? Obviamente con éste hecho existe una idea de lo que significa o es la mujer indígena en la institución médica.

Un caso similar es el siguiente pero ésta vez practicado por un médico,

[...] en los cinco partos observados, a dos mujeres indígenas les hicieron episiotomía con poca anestesia, situación que causó mucho dolor a las mujeres, mientras que a las otras mujeres les suturaron con suficiente anestesia (Diario de campo, marzo 2011).

Más allá de que exista o no material para intervenir sobre el cuerpo de la parturienta, estamos hablando de lo que se piensa del sujeto mujer indígena y una vez más se constata que la mujer indígena es pensada como un sujeto pasivo y a partir de eso se interviene sobre su cuerpo. En el relato que hice, el médico al suturar las episiotomías con poca anestesia causó un dolor extremo en las pacientes y para no dejar que las pacientes sigan expresando su dolor les dijo “aguanta hijita, aguanta, ya termino”. No es coincidencia que tanto en las batas como en las suturaciones de las episiotomías, las mujeres indígenas sean sujetos de discriminación, esas prácticas demuestran las ideas que se generan alrededor de las mujeres indígenas y sus prácticas.

Otro elemento que consta en la normativa del PCA es el acompañamiento de los familiares en el proceso del parto, de hecho en el hospital no existe ningún problema con ésta práctica, es más el personal médico está pendiente de aquello que cuando el familiar no

está, le llaman o se cuestionan la ausencia. Sin embargo, las actitudes del personal médico frente a la presencia de los familiares en el proceso del parto son diversas,

A las seis y media de la mañana se da un parto de forma horizontal en el quirófano. Como los turnos del personal médico, en especial de las enfermeras, tienen un proceso rotativo, a las siete de la mañana viene otro personal de enfermería. El médico está suturando a la parturienta indígena, la madre y el esposo de la paciente están nerviosos y felices por el proceso del parto. Viene la enfermera del cambio de turno, sin saludar y dirigiéndose al esposo y a la madre de la parturienta indígena, dice: “A ver salgan, esperen afuera, sólo una persona tiene que estar aquí”. La madre que estaba sosteniendo la mano de su hija, le soltó y salió. El médico que estaba en la intervención le dijo a la enfermera “déjele no más” pero la enfermera de una forma enérgica le dijo “muchacha doctor” (Diario de campo, marzo 2011).

Evidentemente éste es un caso de ejercicio de poder de la enfermera sobre la paciente, pero el asunto es que es sobre una paciente indígena. Entonces la duda queda: ¿ese trato se ejerce porque es la paciente o porque es la paciente e indígena a la vez? Es un poco difícil saberlo, pero lo evidente es que las actitudes de las enfermeras construyen una intolerancia hacia las pacientes y en éste caso más hacia las pacientes indígenas.

La idea que tiene el personal médico sobre la asepsia de las mujeres indígenas lo expliqué en el capítulo III, pero en éste caso también se vuelve a repetir con un hecho muy sencillo pero muy profundo,

En el piso de ginecología cuando estaba entrevistando a una de las mujeres indígenas sobre su proceso de parto, la enfermera llegó y le dijo a la hija de 13 años de la parturienta que le visitaba “a ver quítese de ahí, me ensucia la cama”. La hija de la parturienta enseguida se retiró de la cama y la enfermera se acercó y sacudió la cama de forma enérgica (Diario de campo, abril 2011).

El personal de enfermería como está en contacto con la limpieza de las parturientas, cuestiona las prácticas de higiene de las mujeres indígenas y la actitud de la enfermera en el relato que acabo de mencionar es una confirmación de aquella idea.

El documento o la normativa del PCA, también sugiere al personal médico que respete las costumbres de las mujeres indígenas y hace referencia a las aguas medicinales que las mujeres ingieren antes de parir. Las parteras en el proceso del parto preparan aguas medicinales según su experiencia para las parturientas, sin embargo, el personal médico, y de forma específica las enfermeras, rechazan esa práctica (por ejemplo, cuando la mujer por su cuenta, se ha tomado alguna agua medicinal para estimular el parto),

Cuando una primigesta joven ingresó a la sala de labor, estaba con fuertes dolores y recién presentaba una dilatación en cinco. Generalmente, las contracciones no son tan fuertes hasta que llegan a la dilatación en 7, según los partos que observé, aunque estoy convencida que todos los cuerpos y los organismos son diferentes. Pero bueno, siguiendo con el relato, la enfermera viendo que la parturienta no soportaba el dolor, salió al pasillo de la sala de labor, en donde generalmente se encuentran los familiares de la paciente en espera y les dijo con un tono de voz muy fuerte “¡qué le dieron, ya ven por darle sus hierbas ya no avanza la señora!”. Las hermanas de la parturienta se asustaron sin saber qué pasaba (Diario de campo, abril 2011).

Sin embargo, el rechazo no se debe a que las mujeres ingieran las aguas medicinales, sino que se debe a lo que provoca en sí. Las enfermeras dicen que las aguas que toman las mujeres interrumpen el proceso del parto y en vez de ayudarle en la dilatación progresivamente, les causa más dolor y no se dilata el cuello del útero como debería para parir. En ese proceso son las enfermeras las que tiene que soportar el grito y la desesperación de las parturientas.

Generalmente el trato diferenciado según los relatos narrados viene por parte de las enfermeras que están más tiempo en contacto con las pacientes. Aunque no corresponde a la investigación, pero sería interesante analizar de qué depende el trato o las relaciones que generalmente tienen las enfermeras con las pacientes. En ciertos momentos las enfermeras se convierten en las guardianas de la jerarquía médica adquirida y dada por la institución médica, es decir si el médico no dice nada al respecto del orden o el aseo del lugar, están las enfermeras para mantener ese orden y aseo, esa actitud les da un poder no sólo sobre el lugar sino también sobre el cuerpo de las pacientes.

Los relatos describen actos y acciones que posiblemente no se han tomado en cuenta, pero son detalles sutiles que demuestran procesos de discriminación y que en esos momentos de emergencia aparentemente todo puede ser justificable especialmente para el personal médico. Sin embargo, es importante evidenciar las actitudes de discriminación porque al hacerlo estamos mirando cómo se construyen las prácticas y discursos dominantes alrededor del PCA. Según la normativa del PCA, se intenta dar un trato humanizado a las mujeres pero por la cantidad de pacientes, y el poco personal médico se intenta atender a todas sin observar aquellos detalles que configuran el cuerpo de las mujeres.

El tema de la discriminación para las mujeres indígenas y sus prácticas es un asunto que no se acepta o no se hace evidente en el personal médico, parecería invisible pero se manifiesta en prácticas y discursos concretos. Cuando pregunté directamente a un médico especialista del hospital (entrevista, abril 2011) sobre el trato en las pacientes me explicó que no hay una intencionalidad directa de mal trato en las instituciones de salud pública, porque es la estructura quien discrimina constantemente a las poblaciones más vulnerables y el mal trato, por así decirlo, viene desde la estructura. A veces los implementos y los insumos especialmente para las poblaciones campesinas o indígenas no son los suficientes y eso hace pensar que no son una prioridad para el estado, entonces si la estructura tiene un trato discriminatorio para las poblaciones campesinas o indígenas eso se refleja fácilmente en los servicios de salud. Es decir, que el trato diferenciado no sólo es recurrente en el personal médico sino que tiene lógicas estructurales que se concretan en espacios, discursos y cuerpos específicos. El PCA, a pesar de ser una propuesta alternativa de parto en la que cuestiona el mal trato hacia las mujeres indígenas, sigue manteniendo prácticas institucionales que son dominantes. La diferenciación en el trato para las mujeres indígenas está marcada por la discriminación y la exclusión de sus prácticas culturales. Pero aquellas prácticas culturales están institucionalizadas en el parto vertical que le convierten en cultural y adecuado.

Estas formas de discriminación en cuanto al dar por sentado que “la mujer indígena es pasiva y no protesta”, o, la idea de la ausencia de higiene o asepsia en las mujeres indígenas revelan el trato diferenciado sobre el sujeto mujer indígena. Que a pesar de construir un documento que evidencia y norma las prácticas culturales como propias de las mujeres indígenas, la discriminación se acentúa sobre aquellas prácticas culturales.

Conclusiones:

Como hemos visto el documento describe exigencias y expectativas en relación al PCA, y la relación del personal médico con la paciente determina ciertas prácticas que son consideradas como propias de las mujeres indígenas. La Normativa del PCA como documento tiene un espacio físico en el HSLO y en el imaginario del personal médico, las parteras y las pacientes, pero es construido como algo netamente cultural. Obviamente el PCA tiene un espacio físico pero también tiene un espacio simbólico en el que encasilla la cultura y se le delega a la mujer indígena como representante exclusiva del PCA y con ella la producción de un cuerpo cultural.

Al ser reconocidas las prácticas culturales como propias de las mujeres indígenas en el hospital, surge un parto dominante que es institucionalizado más allá de que sea un parto horizontal o vertical. El parto institucionalizado tiene prácticas dominantes porque a pesar de que tenga toda la implementación o características culturales como en el documento lo describe, el médico es el sujeto que ejerce el poder y el conocimiento.

El estado piensa o construye al sujeto mujer indígena desde la tecnocracia, es decir, desde la implementación de lo que debería ser el PCA en las instituciones médicas; y desde el financiamiento que necesita gestionar y se reduce a insumos e implementos de las estructuras físicas.

A pesar de que existe un documento que acentúa la diferencia de las prácticas culturales en las mujeres indígenas, existe discriminación sobre las mismas prácticas

culturales. El sujeto mujer indígena se construye a partir de ciertos significados dominantes que remarcan lo “cultural” como indígena. El PCA aunque es una propuesta alternativa de buen trato y consideración de las prácticas culturales de las mujeres indígenas se convierte en una forma de concentrar la cultura que institucionaliza diferentes formas corpóreas y culturales de las mujeres indígenas.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

Esta investigación buscó responder de qué forma la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado ha permitido la inclusión de las mujeres indígenas en el discurso estatal, tomando en cuenta la reforma constitucional de un estado que se denomina como pluriétnico y multicultural. Mi objetivo general fue conocer y analizar cómo las mujeres indígenas han sido incluidas en los discursos culturales del estado a través de la Normativa del Parto Culturalmente Adecuado (PCA) para entender la producción del sujeto mujer indígena. Dentro de los objetivos específicos fue necesario conocer cómo se construyó la normativa del PCA, analizar los discursos de los actores de la normativa, entender la lucha por significados alrededor del PCA y, finalmente, cómo se produce el sujeto mujer indígena.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como representante del estado, reconoce que ante el problema de la mortalidad materna infantil en las poblaciones indígenas también existe un acceso insuficiente de los servicios de salud con características “culturales”, propias de la población indígena. La normativa del PCA se convierte en un medio de acercamiento que tiene el estado con el sujeto indígena, para disminuir la mortalidad de madres y niños. Sin embargo la implementación del PCA, como política focalizada para la población indígena, concentra prácticas culturales “propias de las mujeres indígenas” que designan lo cultural como indígena y lo no cultural como no indígena. Las prácticas que se dan alrededor del PCA como la presencia de la partera, las aguas medicinales, el abrigo, la posición vertical de las mujeres en el momento de parir, la alimentación son prácticas culturales que se les designa a las mujeres indígenas como propias. Y aquello que está por fuera de estas prácticas culturales son prácticas no culturales, es decir no indígenas.

El objetivo expreso de la normativa del PCA como política pública es reducir la muerte materna a través de un parto institucionalizado para que las mujeres indígenas

mantengan el acceso a los servicios de salud. Existen proyectos impulsados por organismos internacionales y por el MSP para visibilizar, que la problemática recurrente de la población indígena es el acceso a los servicios de salud y los altos índices de la mortalidad materna; aunque las estadísticas en los que se hace referencia a la salud de las mujeres indígenas son limitadas por no decir ausentes.

El intento que hace la normativa del PCA para que las mujeres indígenas lleguen a los servicios de salud determina que el personal médico cuestione sus prácticas frente al trato y beneficie no sólo a las mujeres indígenas sino a las pacientes en general. Por ejemplo, la opción en que la mujer necesita parir, el ingreso de los familiares a la sala de partos, cuidar el pudor de la parturienta, evitar la rasura del vello púbico, son algunas de las formas en que el personal médico genera un mejor trato para las parturientas, sin olvidar que todas esas formas están enmarcadas en un contexto institucional médico. Es decir que el PCA se convierte de alguna manera en una versión de parto humanizado institucional que cuestiona no sólo las prácticas médicas disciplinarias, sino que también modifican las relaciones médico/paciente y en este caso médico/ paciente indígena o mestiza.

La normativa del PCA responde a una demanda de buen trato en las instituciones de salud por parte de la población indígena y específicamente de las mujeres en el momento del parto. El Hospital San Luis de Otavalo como un espacio físico y concreto en que se implementa el PCA, responde a la demanda a través de un parto institucionalizado, en donde se adapta el parto domiciliario o parto en casa de las mujeres indígenas en el hospital.

Las relaciones de poder se manifiestan entre el personal médico y las parteras porque los médicos son los profesionales que “saben” o tienen el conocimiento científico y las parteras son agentes de salud ancestral que desde su experiencia practican el parto vertical en las comunidades, pero en el hospital son personal voluntario y de apoyo, que deben someterse a la reglas institucionales de un sistema de salud establecido. Las parteras consideran que el “parto arrodillada o parada” es una práctica que beneficia a las mujeres

indígenas por el contexto en que se desenvuelven, además se relaciona con un sentido de mantener las prácticas culturales, es decir que las parteras se convierten en esos agentes que mantienen la “cultura” pero que a la vez trastocan las relaciones de poder que existe alrededor de la institución y del personal médico.

El ingreso del PCA en el hospital es considerado por las parteras y las autoridades indígenas del lugar como un logro simbólico, porque en una institución médica en que predomina el conocimiento científico, el parto vertical con sus prácticas culturales, logra ser reconocido a través de su institucionalización. El parto vertical se insitucionaliza en la medida en que es reconocido como un parto que tiene un conjunto de prácticas que son culturales y se encarnan en un sujeto cultural que es la mujer indígena, sea la parturienta o la partera. Ese reconocimiento genera tensiones entre varios significados como son los espacios en que se implementa el PCA en el hospital, las relaciones de saber/poder entre parteras y médicos, las posiciones corporales que tienen las mujeres en el momento de parir, el trabajo voluntario que realizan las parteras en el hospital, y que a la vez se convierten en una lucha por significados para mantener de alguna manera un poder representativo en la institución. Sin embargo, no todos éstos significados tienen la misma fuerza y a pesar de esa lucha por el reconocimiento de las prácticas culturales en la institución existen elementos que son dominantes.

En el momento en que se institucionaliza las prácticas culturales del PCA, se transforma en un parto dominante que concentra las expresiones culturales en prácticas consideradas como indígenas. Esa concentración o sobresaturación de lo cultural en el PCA implica procesos de hegemonía, es decir, que detrás de esa concentración cultural, guardan el uso de la violencia ejercidos por distintos medios como el saber, el lenguaje, la administración del cuerpo y de las poblaciones. En el hospital existen manifestaciones de discriminación sobre las prácticas y los cuerpos de las mujeres indígenas que son encubiertas por el reconocimiento de las prácticas y los discursos culturales.

El reconocimiento de las prácticas culturales indígenas en el PCA produce ciertas formas de racismo porque en el momento en que la diferencia étnica racial se marca, no se acepta la diferencia pero se remarca la existencia de la mujer indígena como un sujeto cultural dominado y subordinado, es decir que en función del PCA como un parto dominante se construye a un sujeto mujer indígena que mantiene procesos de subordinación y dominación.

Atrás de los discursos culturalistas existen fuerzas que disputan un control político, justamente por los procesos de reconocimiento e identidad cultural de los grupos étnicos que no logran trascender en una acción participativa y se quedan en lo cultural como parte de las políticas multiculturales del estado. El PCA como un conjunto de prácticas culturales que se institucionalizan, es una política multicultural producto de un reconocimiento por la diferencia étnica y a la vez de un proceso de prácticas dominantes que se encarnan en la mujer indígena como sujeto cultural.

Finalmente, existe la inclusión del sujeto mujer indígena en la política pública, pero en esa inclusión se remarcan discursos culturales dominantes que se construyen alrededor de las mujeres indígenas. En la política pública siempre van a estar presentes las mujeres indígenas, pero la presencia de las mujeres indígenas como actoras no siempre ha significado que ellas sean las protagonistas o que hayan podido ejercer una influencia decisiva sobre los planteamientos y decisiones principales en las luchas hegemónicas del estado- nación. Las mujeres indígenas aparecen en una función subordinada a la iniciativa de otros actores, subsumidos dentro de un proyecto hegemónico gracias al cual los sectores dominantes fortalecen el sistema político para ganar apoyo en sus políticas.

BIBLIOGRAFIA

- Baeza, Patricia (2009), “Maternidad Indígena en Colta: un espacio de encuentros y tensiones”. Quito: FLACSO- Sede Ecuador
- CEPAR, ENDEMAIN (2004-2005). Encuesta demográfica de salud materna infantil, Informe final. Quito: CEPAR.
- Chirapaq, (s/f). “Piden inclusión indígena en censos poblacionales”. Disponible en <http://www.chirapaq.org.pe/es/noticias?start=28>, visitado en febrero 17/ 2011.
- Clark, Kim (2001). “Género, Raza y Nación: la protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945)”. En *Estudios de Género*, Gioconda Herrera (ed.): págs. 183-210. Ecuador: FLACSO.
- Conejo, Miryam (2011). “Salud Intercultural en el Ecuador”. Ponencia presentada en Encuentro “Hacia el Observatorio Nacional de Derechos y Salud Sexual y Salud Reproductiva”, mayo 30, en Quito, Ecuador.
- ECUARUNARI (2007). “Convenio - ECUARUNARI – UNICEF-MSP Y UNIVERSIDAD CENTRAL”. Disponible en http://www.ecuarunari.org/es/pnai/do_parto_1.html, visitada en junio 20/ 2011.
- El Telégrafo (09/Sept./20110). “El oficio de las parteras busca ser legitimado”. Disponible en <http://www.eltelegrafo.com.ec/sociedad/salud/noticia/archive/sociedad/salud/2010/09/09/Oficio-de-parteras-busca-ser-legitimado.aspx>, visitado en mayo 15/2011.
- Facundo, Angela (2006) “Los padres y las madres de la patria. Representaciones médicas de las mujeres en Bogotá a comienzos del siglo XX”. En *De mujeres, hombres y otras ficciones. Género y sexualidad en América Latina*. Mara Viveros, et. Al. (Comp.): pág. 77-91. Bogotá: Tercer Mundo, Universidad Nacional de Colombia.
- Foucault, Michel [1983] (2001). “El sujeto y el poder”. En *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Dreyfus y Rabinow (Comp.): págs. 241-259. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Foucault, Michel [1977] (2002). “Historia de la Sexualidad”. Vol. 1. México, Argentina: Siglo XXI editores.
- Foucault, Michel [1984] 1999), “Estética, ética y hermenéutica”. Obras esenciales, vol. III, Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel [1984] 1999), “Genealogía del racismo”, Buenos Aires: Ed. Altamira
- Fraser, Nancy (1997). “Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición postcolonialista”. Colombia: Siglo del Hombre Editores- Universidad de los Andes.
- García Canclini, Néstor (2006), “Globalización e interculturalidad: próximos escenarios en América Latina”. En *Cartografías y estrategias de la ‘postmodernidad’ y la ‘postcolonialidad’ en Latinoamérica*, Alfonso de Toro (Ed): págs. 129-141. Frankfurt: Iberoamericana-Vervuert.
- Grassi, Estela (2008). “La política social, las necesidades sociales y el principio de la

- igualdad: reflexiones para un debate “post-neoliberal”. En *Es posible pensar en una nueva política social para América Latina*. Juan Ponce (ed.): págs. 29-68 Quito: FLACSO - Sede Ecuador - Ministerio de Cultura del Ecuador.
- Guzmán, Virginia (1998), “La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas,” en Eliana Largo (ed.) *Género en el Estado, Estado de Género*, Ediciones de las Mujeres, N° 27, Santiago: Isis Internacional.
- Lavrín, Asunción (2005). “Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1980-1940”. Chile: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.
- Lind, Amy (2005). “Gendered Paradoxes: Women’s Movements, state restructuring, and global development in Ecuador”. United States of America: The Pennsylvania State University
- LMGYAI (abril 2009). S/d. Disponible en <http://www.maternidadgratuita.gov.ec>, visitada en mayo 15/2011.
- Mannarelli, María Emma (1999). “Limpias y Modernas: Género, higiene y cultura en la Lima de los novecientos”. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Martínez, Carmen (1998). “Racismo, Amor y Desarrollo comunitario”. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales* Nro.4. Flacso-Ecuador: 106.
- McDowell, Linda (2000). “Género, identidad y lugar”. Madrid: Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.
- Mény, Ives y Jean-Claude Thoening (1992). “Las políticas públicas”, Barcelona: Ariel.
- Molyneux, Maxine (2003). “Movimientos de mujeres en América Latina”. Madrid: Cátedra
- MSP (2008) Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, Ministerio del Salud del Ecuador, Quito.
- MSP (2010 a) “El Enfoque Intercultural en las Normas de Salud Materna Ecuador 1994-2009”. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador- UNFPA-AECID.
- MSP (2010 b) “Parto Cultural: Protocolos del Rol de las Parteras en la Atención del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo”. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- MSP (2010 c) “Hacia la Construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador”. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador- UNFPA.
- MSP, (16 de febrero 2011). “Logros 2010 en la Provincia de Imbabura”. Disponible en <http://www.msp.gob.ec/index.php/Boletines-de-Prensa/logros-2010-en-la-provincia-de-imbabura.html>, visitada en mayo 15 /2011.
- Pequeño Bueno, Andrea (2009). “Vivir violencia cruzar los límites. Prácticas y discursos en torno a la violencia contra mujeres en comunidades indígenas de Ecuador”. En *Participación y políticas de mujeres indígenas en América Latina*. Andrea Pequeño (Comp.): págs.147-168. Quito: FLACSO - Sede Ecuador: Ministerio de Cultura del Ecuador.
- Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013).
- Postero, Nancy (2009). “Ahora somos ciudadanos”. Bolivia: Muela del Diablo Editores
- Postero, Nancy y León Zamosc (2005). “La lucha por los derechos indígenas en América Latina”. Quito: Abya-Yala.

- Radcliffe, S. y Westwood, S. (1999). "Rehaciendo la nación: lugar, identidad y política en América Latina". Quito: Abya-Yala.
- Radcliffe, Sarah A. (2008). "Las mujeres indígenas ecuatorianas bajo la gobernabilidad multicultural y de género". En. *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Peter Wade, et. Al (Eds.): págs. 105-136. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Ver cómo se escribe el apellido
- Relacahuapan (5 de mayo 2011). "Saquisilí cuenta con Sala de Parto Culturalmente Adecuada y Banco de Vacunas". Disponible en <http://relacahupanecuador.wordpress.com/2011/05/09/saquisili-cuenta-con-sala-de-partos-culturalmente-adecuada-y-banco-de-vacunas/>, visitada en mayo 14/2011.
- Restrepo, Eduardo (s/f), "Multiculturalismo, gubernamentalidad y resistencia". Disponible en <http://www.ramwan.net/restrepo/documentos/multiculturalismo,%20gubernamentalidad%20y%20resistencia.pdf>, visitada en junio 30/2011.
- Silva, Patricio (1997). "Ascenso tecnocrático y democracia en América Latina", en *Revista Nueva Sociedad*, 152, noviembre-diciembre.
- Schild, Verónica (2000). "Equidad de género sin justicia social: los derechos de la mujer en la era neoliberal". *NACLA Report On the Americas*. Vol. 34, Nro. 1, julio –agosto: págs. 1-9.
- Scott, Joan (1997). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". *Género Conceptos básicos*. Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú: págs. 13-27.
- Walsh, Catherine (2005). "Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad". Ponencia presentada en II Encuentro Multidisciplinario de Educación Intercultural CEFIA-UIC- CGEIB: Política e Interculturalidad en la Educación, octubre 20, en México.

ENTREVISTAS

Persona Entrevistada	Fecha de entrevista
Lcda. Sofía Pozo, Técnica del Área de Normatización del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	29 de Marzo del 2010.
Dra. Myriam Conejo, Directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública.	12 de enero del 2011.
Lcda. Mercedes Muenala, Coordinador a de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud – Imbabura.	24 de febrero del 2011.
Sra. Margarita Morales, Presidenta de Parteras de Imbabura.	22 de marzo del 2011.
Lcda. Silvia Mendoza, enfermera encargada del PCA en el Hospital San Luis de Otavalo.	25 de marzo del 2011.
Lcda. Magdalia Hermosa, Directora del Hospital San Luis de Otavalo.	31 de marzo del 2011.
Dr. José Terán, Ex Director de Hospital San Luis de Otavalo.	4 de abril del 2011
Lcdo. Rommel Arias, Coordinador del Departamento de estadística del Hospital San Luis de Otavalo.	4 de abril del 2011.

Personas entrevistadas (seudónimos)	Fecha de entrevista
Dr. Esteban, médico.	26 de marzo del 2011.
Dr. Enrique, médico.	26 de marzo del 2011.
Dra. Roxana, médica.	31 de marzo del 2011.
Dr. Mauricio, médico ginecólogo.	1 de abril del 2011.
Obstetriz Priscila	28 de marzo del 2011.
Obstetriz Natalia	1 de abril del 2011.
Pamela, enfermera auxiliar.	26 de marzo del 2011.
Marlene, enfermera auxiliar.	31 de marzo del 2011.
Gloria, partera.	24 de marzo del 2011.
Magdalena, partera.	1 de abril del 2011.
Tania, lideresa indígena.	28 de febrero del 2011.
Lucía, parturienta mestiza.	26 de marzo del 2011.
Martha, parturienta indígena.	27 de marzo del 2011.
Rebeca, parturienta mestiza.	27 de marzo del 2011.
Teresa, parturienta indígena.	28 de marzo del 2011.
Isabel, parturienta indígena.	1 de abril del 2011.