

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento Antropología, Historia y Humanidades

Convocatoria 2020 - 2022

Tesis para obtener el título de Maestría en Antropología

PARIR: EXPERIENCIAS EN LA CIUDAD Y EN LA COMUNIDAD

Cevallos Sosa Pamela Nicole

Asesor: Uzendoski Benson Michael Arthur

Lectores: Bermúdez Arboleda Nancy Patricia, Saleh Marwa

Quito, junio de 2025

Dedicatoria

A mi Ramona y a mi Logan, quienes dieron vida y sentido a esta investigación. Mi hija y mi hijo, que iluminan mi camino y fortalecen mis pasos.

A mi madre, mis hermanas, mis abuelas, mis tías, mis primas, mis amigas y compañeras conocidas y desconocidas que algún día parieron con miedo y con violencia, con la esperanza que las generaciones por venir puedan parir con dignidad, justicia y alegría.

Epígrafe

Y a esas desconocidas gigantes que no hay libro que las aguante

—Silvio Rodríguez

Índice de contenidos

| | |
|---|----|
| Resumen | 6 |
| Agradecimientos | 7 |
| Introducción | 8 |
| Capítulo 1. Marco teórico | 11 |
| 1.1. La biomedicina | 11 |
| 1.1.1. Cuestionamientos biomédicos a la medicalización del parto | 12 |
| 1.1.2. La biomedicina y el parto como un campo de disputa epistémica | 13 |
| 1.2. El parto | 14 |
| 1.3. Parentesco, communitas y el parto | 17 |
| Capítulo 2. Contexto | 23 |
| 2.1. Contexto Histórico: Historia de la obstetricia y la medicalización del parto | 23 |
| 2.2. En la ciudad: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora | 25 |
| 2.3. En la comunidad: Casa Intercultural del Parto (<i>Rantiparpak Wachachina Wasi</i>) – Centro de Salud Loreto | 26 |
| 2.4. Normativa sanitaria: Certificación ESAMyN | 32 |
| Capítulo 3. Antropología del parto | 37 |
| 3.1. Consideraciones metodológicas | 37 |
| 3.2. Auto etnografía: mi historia | 40 |
| 3.3. Etnografía: tu historia | 47 |
| Capítulo 4. Nuestro parto | 51 |
| 4.1. Parir, una mirada más allá de lo biológico | 51 |
| 4.2. Parir, una forma de communitas | 61 |
| 4.3. Cumplimiento de la Certificación ESAMyN | 66 |
| Conclusiones | 71 |
| Referencias | 73 |

Esta tesis se registra en el repositorio institucional en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior que regula la entrega de los trabajos de titulación en formato digital para integrarse al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador, y del artículo 166 del Reglamento General Interno de Docencia de la Sede, que reserva para FLACSO Ecuador el derecho exclusivo de publicación sobre los trabajos de titulación durante un lapso de dos (2) años posteriores a su aprobación.

Resumen

Esta tesis analiza el parto como un evento que trasciende lo biológico, abordándolo como una experiencia social, cultural y política atravesada por relaciones de poder, género, saber y afecto. A partir de una investigación cualitativa, se comparan dos historias de parto: una vivida en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito, bajo un modelo biomédico urbano y medicalizado; y otra en la Casa Intercultural del Parto de Loreto, en la Amazonía ecuatoriana, donde convergen prácticas médicas y saberes ancestrales kichwa. La metodología combina etnografía, autoetnografía y análisis de contenido de la normativa nacional ESAMyN, lo que permite una comprensión plural y situada del parto en el Ecuador.

El análisis se articula en torno a las teorías del y el concepto de *communitas*, con el objetivo de mostrar cómo el parto constituye un momento liminal donde se configuran o transforman relaciones sociales, familiares y comunitarias. A través de la observación participante, entrevistas y una reconstrucción autobiográfica del parto de la autora, se evidencian las formas en que el parto puede fortalecer o debilitar vínculos de cuidado y agencia.

Los resultados muestran que, si bien en ambos contextos existe una tensión entre el conocimiento biomédico y los saberes tradicionales, en el entorno comunitario las mujeres experimentan mayor acompañamiento y autonomía. Por el contrario, en el entorno hospitalario urbano se reproduce una lógica institucional de control que limita la agencia de las mujeres y despersonaliza la experiencia de parto. Asimismo, el análisis del cumplimiento de la norma ESAMyN revela diferencias significativas entre ambos espacios, lo que cuestiona su aplicación efectiva como garante de un parto humanizado.

En conclusión, esta tesis defiende la necesidad de reconocer el parto como un evento relacional y culturalmente situado, que involucra una red de actores y emociones. Apostar por modelos de atención interculturales, feministas y respetuosos de los saberes ancestrales es fundamental para asegurar partos dignos, alegres y transformadores.

Agradecimientos

A todas las mujeres que alguna vez me compartieron sus experiencias de parto, quienes despertaron e inspiraron mi interés en este tema.

A Nina, por permitirme presenciar su parto e incluirlo en esta investigación. A la Asociación Wachachik Mamakuna, y especialmente a Beatriz, la partera que no solo me abrió las puertas de la Casa Intercultural del Parto, sino que también compartió conmigo su memoria, su conocimiento y su experiencia, que enriquecieron incalculablemente este trabajo. A Noemí, amiga y lideresa kichwa de Loreto, quien me acercó a las parteras y me acompañó amorosamente en cada visita a territorio.

A Shai, la única doctora que recuerdo me trató con dignidad y paciencia durante mi estancia en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, y quien me calentaba un poco el corazón cada vez que acudía con una sonrisa a mis llamados.

A Michael, mi paciente tutor de tesis, por guiar esta investigación y acompañar mis reflexiones con su valiosísimo conocimiento sobre la cultura kichwa amazónica. A Patricia y Marwa, quienes leyeron este texto con atención y aportaron observaciones fundamentales para mejorarlo.

A mi mamita Paulina, que nunca deja de creer en mi poder y fortaleza. Al Pato, por paternar responsablemente y darme el tiempo para investigar y escribir. A mi mejor amiga Vero, que me dio la mano y los ánimos para continuar estudiando cuando pensé que ya no sería posible. Y a toda mi familia, quienes me sostienen incondicionalmente.

Introducción

Usualmente, no utilizamos el verbo parir para referirnos al nacimiento de un ser humano; en cambio, preferimos decir dar a luz. ¿Por qué esta diferencia lingüística? ¿Será que parir connota un acto meramente fisiológico, mientras que dar a luz evoca una experiencia más trascendental? Esta aparente distinción semántica revela, en realidad, concepciones culturales más profundas: ¿el parto es un evento exclusivamente biológico o tiene dimensiones sociales y afectivas que lo trascienden?

La obstetricia occidental ha abordado el parto principalmente como un proceso médico, regulado por protocolos clínicos y tecnología biomédica (Martin 1987). No obstante, diversas corrientes antropológicas y feministas han demostrado que el parto es también un fenómeno social y cultural, profundamente influenciado por estructuras de poder, género y parentesco (Lamas 1986). En este marco, la pregunta que guía esta investigación es: ¿Cómo diferentes experiencias de parto influyen en la construcción de relaciones de parentesco y comunitarias?

Para responderla, analizo dos experiencias de parto situadas en contextos contrastantes: una en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito y otra en la Casa Intercultural del Parto de Loreto. A través de un enfoque etnográfico y autoetnográfico, examino cómo el entorno, las prácticas médicas y los saberes ancestrales configuran el parto no solo como un evento físico, sino como un proceso relacional y transformador.

En la obstetricia moderna, el parto ha sido conceptualizado como un evento fisiológico, centrado en procesos hormonales, anatómicos y musculares que culminan en la expulsión del feto. Esta mirada ha facilitado el desarrollo de tecnologías orientadas a reducir riesgos. Sin embargo, al reducir el parto únicamente a lo biológico se dejan de lado dimensiones sociales, culturales y afectivas que han sido fundamentales en diversas tradiciones.

Desde esta perspectiva, la biomedicina se entiende como un sistema de conocimiento médico basado en la ciencia occidental, caracterizado por el uso de tecnologías avanzadas, protocolos estandarizados y un enfoque en la evidencia empírica (Lock y Nguyen 2010). En el ámbito obstétrico, esto ha llevado a la medicalización del parto y a la subordinación de saberes tradicionales. Esta tesis se inscribe en el debate sobre si el parto debe seguir comprendido exclusivamente desde la óptica biomédica o si, por el contrario, es necesario recuperarlo como fenómeno social, relacional y profundamente humano.

En este recorrido, mi historia y yo nos volvimos también sujeto de investigación. En términos personales, esta tesis significa abrir una herida para narrar un acontecimiento que marcó mi

vida: una historia (re)construida con retazos de memoria, unos vívidos, otros ocultos por el miedo, que relatan el peor día de mi vida: el día de mi parto, que paradójicamente contiene también el momento más feliz de mi existencia: el nacimiento de mi hija y mi hijo.

Además de mi propio caso, sucedido en un contexto urbano, esta investigación incluye la experiencia de otra mujer, acontecida en un entorno comunitario. Así, esta tesis se estructura como una investigación multisituada. En las ciudades, las mujeres suelen parir en hospitales, maternidades o clínicas, donde los procedimientos pre, durante y post parto están fuertemente medicalizados y atravesados por lógicas institucionales que a menudo subordinan las necesidades de la madre y el recién nacido. Parir en el principal hospital gineco-obstétrico de Quito, donde predomina la lógica biomédica, la deshumanización de la mujer parturienta, los procedimientos estandarizados y, con frecuencia, un personal poco empático, refleja determinadas estructuras de poder que pueden incidir negativamente en la creación o fortalecimiento de vínculos afectivos y comunitarios.

En contraste, en contextos comunitarios, el parto suele abordarse desde una lógica empírica y relacional. Las prácticas están guiadas por el saber ancestral de las parteras, transmitido de generación en generación, priorizando el bienestar integral de la madre y el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios. Parir en un centro de salud rural, acompañada por parteras y familiares, con prácticas adaptadas a las necesidades de cada mujer, manifiesta otras formas de organización social y de poder que pueden propiciar el fortalecimiento de redes de apoyo y pertenencia.

Me pregunto entonces si el parto puede y debe pensarse más allá de su dimensión biológica, como un proceso que no solo evidencia, sino que también construye (o erosiona) estructuras sociales y lógicas de relacionamiento. Para explorar esta hipótesis, presento y analizo dos historias de parto: mi experiencia en Quito y la experiencia de Nina, una mujer kichwa amazónica, en Loreto. El objetivo principal es indagar cómo las distintas formas de parir influyen en la configuración de relaciones de parentesco y comunitarias.

Narrar estas historias desde sus respectivos contextos geográficos, sociales y culturales me permitirá comprender los procedimientos y prácticas que emergen en cada escenario, el rol de quienes intervienen en el parto y los vínculos que se generan o transforman durante el proceso, a la luz de la teoría del parentesco y la *communitas*.

Asimismo, esta investigación analiza el cumplimiento de la Certificación ESAMyN, una normativa del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, vigente desde 2016, que establece

estándares para la atención de la madre y el recién nacido en las etapas prenatal, parto, posparto y lactancia. Comparar esta normativa con experiencias reales permitirá evaluar su implementación en diferentes contextos y aportar claves para mejorar la atención del parto en el país.

Esta es una investigación antropológica con un enfoque cualitativo. Los principales métodos utilizados fueron la autoetnografía y la etnografía, lo que me permitió captar con detalle tanto la vivencia propia como la ajena, desde lo íntimo hasta lo estructural, y ofrecer así un conocimiento profundo y contextualizado del parto desde una perspectiva situada.

Durante todas las fases del proceso procuré sostener un enfoque feminista, tanto en la práctica investigativa como en la búsqueda de fuentes y en la escritura. Me apoyo especialmente en los postulados de Marta Lamas, quien ha señalado que la antropología feminista permite deconstruir críticamente los discursos y prácticas que perpetúan la desigualdad de género. En el ámbito del parto, esto implica promover modelos de atención respetuosos de la autonomía de las mujeres y basados en principios de justicia e igualdad social.

La tesis se estructura en cuatro capítulos. El primero presenta una discusión teórica sobre el parto desde un enfoque feminista, así como aproximaciones a la teoría del parentesco y la *communitas*. El segundo contextualiza los escenarios de investigación —el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y el Centro de Salud de Loreto— e incluye la historia de las parteras que allí atienden, además de un análisis de la Certificación ESAMyN. El tercer capítulo recoge las narrativas etnográficas de ambas experiencias, junto con la explicación metodológica. Finalmente, el cuarto capítulo ofrece un análisis etnográfico de las narraciones, los hallazgos principales sobre los vínculos que se configuran durante el parto y una evaluación crítica del cumplimiento de la Certificación ESAMyN en ambos contextos.

Capítulo 1. Marco teórico

El parto es una de las experiencias humanas más universales, por lo mismo su significado y forma de ser vivido varían profundamente según el contexto social, cultural, político y económico, así mismo la teoría que se ha producido alrededor de este tema es amplia y variada dependiendo de las mismas condiciones, en esta investigación la discusión teórica sobre el parto será desde una mirada feminista. En la primera parte se analiza cómo la biomedicina ha transformado el parto en un evento clínico altamente medicalizado, desplazando su carácter social y comunitario. A través de una revisión crítica desde la antropología y el feminismo, se cuestiona la hegemonía del enfoque biomédico y se exploran alternativas interculturales que valoran los saberes ancestrales y la agencia de las mujeres durante el parto.

En la segunda parte de este capítulo, mediante análisis comparativos de investigaciones empíricas, busco argumentar que el parto es un acontecimiento que está estrechamente ligado a las estructuras de poder y género que perpetúan la subordinación de las mujeres, y que pueden ser más o menos agudas o visibles dependiendo del contexto donde suceda.

En la tercera parte de este capítulo, realizo un brevísimo recorrido por los autores modernos de la teoría del parentesco y la teoría de la *communitas*, con el objetivo de mostrar como estas dos categorías pueden alumbrar lo que significa parir, destacando que ambos conceptos trascienden el espectro biologicista y en cambio están profundamente entrelazados y moldeados por estructuras sociales y culturales, bajo el argumento de que en cada experiencia singular de parir se construyen alianzas y redes que determinan distintas estructuras de parentesco y relacionamiento comunitario.

1.1. La biomedicina

La biomedicina ha jugado un papel fundamental en la manera en que las sociedades contemporáneas conceptualizan el parto. Desde finales del siglo XIX, con el auge de la medicina científica, el nacimiento ha pasado de ser un evento social atendido en el hogar a un procedimiento clínico monitoreado en hospitales (Davis-Floyd 1992). La institucionalización de la obstetricia se basó en la premisa de que el parto debía ser tratado como un proceso estrictamente biológico, es decir, como una serie de eventos fisiológicos regulados por leyes naturales y susceptibles de optimización a través de la tecnología médica.

Este enfoque biomédico ha permitido importantes avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil, pero también ha reforzado una visión donde el parto es visto como un

"evento de riesgo" en lugar de un proceso natural (Jordan 1993). Emily Martin (1987) describe cómo la medicalización del parto ha llevado a la "industrialización" del cuerpo femenino, donde la mujer gestante es tratada como un objeto de intervención médica más que como un sujeto activo en su experiencia de dar a luz. En este contexto, la biomedicina no solo opera como un sistema de atención, sino también como una forma de conocimiento hegemónico que ha desplazado otras maneras de comprender y vivir el nacimiento (Sousa Santos 2011).

Esta visión del parto como un proceso exclusivamente biológico ha sido cuestionada por múltiples corrientes dentro de la antropología y el feminismo, que argumentan que el parto es también un evento social y cultural, en el que se construyen relaciones de parentesco y se generan dinámicas de poder y cuidado (Lamas 1986). Desde esta perspectiva, el problema no radica en la biomedicina en sí misma, sino en la manera en que su enfoque ha monopolizado el discurso sobre el parto, invisibilizando sus dimensiones comunitarias y afectivas.

Además, el modelo biomédico tiende a despojar a las mujeres de agencia durante el proceso de parto. En muchas instituciones de salud, las decisiones clínicas son tomadas por profesionales médicos sin una participación activa de las parturientas, lo que genera experiencias de violencia obstétrica y sentimientos de alienación (Canevari Bledel 2011). Este tipo de prácticas se sostiene en un discurso técnico-científico que invalida saberes no biomédicos, como los de las parteras o los conocimientos tradicionales de las comunidades indígenas. Tal como señala Rita Segato (2010), estas formas de intervención médica no solo controlan los cuerpos, sino que reproducen jerarquías coloniales de saber.

En contraste, la interculturalidad en salud propone abrir espacios para el reconocimiento de múltiples formas de atención al parto, valorando los saberes ancestrales y respetando las decisiones de las mujeres. Experiencias en territorios indígenas, como los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano, han demostrado que es posible articular la medicina occidental con prácticas tradicionales, siempre que se haga desde una lógica de diálogo horizontal (Ramírez 2009). Esta alternativa cuestiona el monopolio epistemológico de la biomedicina y nos invita a pensar el parto no solo como una intervención médica, sino como un acontecimiento relacional, simbólico y ético.

1.1.1. Cuestionamientos biomédicos a la medicalización del parto

La medicalización del parto ha sido criticada desde diversas disciplinas, incluyendo la antropología, el feminismo y la bioética. Aunque la obstetricia moderna ha logrado reducir

significativamente la mortalidad materna e infantil, su desarrollo ha estado marcado por una lógica de intervención que muchas veces ha limitado la autonomía de las mujeres y ha perpetuado relaciones de poder desiguales (Davis-Floyd 1992). Sin embargo, dentro del mismo campo biomédico han surgido voces que cuestionan estos enfoques, señalando sus implicaciones éticas y su potencial para generar violencia obstétrica.

Chervenak y McCullough (2011), en *Ethical Issues in Cesarean Delivery*, plantean que la toma de decisiones en cesáreas muchas veces responde más a intereses institucionales que a las necesidades individuales de las pacientes. Esto puede derivar en intervenciones innecesarias que atentan contra la autonomía de la mujer. Desde la bioética, los autores argumentan que la obstetricia debería orientarse por el principio de beneficencia, es decir, por prácticas que maximicen el bienestar de la madre y del bebé, evitando imponer intervenciones sin justificación médica clara. Sin embargo, en la práctica, muchas cesáreas se realizan bajo una lógica de “gestión del riesgo”, donde el personal médico prioriza evitar cualquier complicación, incluso a costa del consentimiento informado.

En la misma línea, Hall (2013), en su ensayo sobre dilemas éticos en casos de preeclampsia, advierte que el enfoque biomédico tiende a priorizar la rapidez en la intervención, lo que puede llevar a decisiones precipitadas como la inducción o la cesárea temprana sin la debida reflexión ética. Estas decisiones, si bien pueden responder a protocolos, no siempre consideran la experiencia subjetiva ni el deseo de las mujeres, evidenciando así una tensión constante entre la lógica médica y la necesidad de humanizar el parto.

Estos cuestionamientos desde dentro del campo médico refuerzan la idea de que el parto no puede ser comprendido únicamente como un procedimiento clínico, sino como una experiencia en la que la autonomía de la mujer debe ser central. La tensión entre la gestión del riesgo y el respeto a la decisión de la paciente es uno de los debates clave en la actual discusión sobre la humanización del parto.

1.1.2. La biomedicina y el parto como un campo de disputa epistémica

La manera en que concebimos el parto no es neutral ni objetiva; por el contrario, ha sido moldeada por estructuras de poder que han privilegiado ciertos saberes y deslegitimado otros. La biomedicina se ha impuesto como el conocimiento hegemónico en torno al nacimiento, relegando prácticas tradicionales y experiencias situadas de las mujeres a un segundo plano. Boaventura de Sousa Santos (2011) describe este fenómeno como parte de un proceso de

epistemicidio, donde los saberes del Sur Global han sido sistemáticamente eliminados o subordinados en favor de las narrativas científicas occidentales.

Desde esta perspectiva, la medicalización del parto no es solo un avance técnico, sino también una estrategia de control epistémico. Linda Tuhiwai Smith (1999), en *Decolonizing Methodologies*, argumenta que el conocimiento colonial ha operado históricamente bajo la premisa de que las formas de saber indígenas son “primitivas” o “menos científicas”. Este proceso ha tenido un impacto directo en la manera en que el parto ha sido conceptualizado: mientras que en muchas culturas indígenas el nacimiento es un evento comunitario, relacional y espiritual, en el modelo biomédico se ha reducido a una secuencia de eventos fisiológicos bajo el control del personal médico.

En este sentido, la conceptualización del parto como un hecho puramente biológico no es una verdad científica, sino una construcción cultural producida por el colonialismo epistémico. En los hospitales urbanos, este modelo impone una atención basada en la vigilancia, la estandarización y la intervención, en detrimento de otras formas de acompañamiento. En cambio, allí donde sobreviven saberes ancestrales, el parto sigue siendo un proceso vinculado a la comunidad y a la tierra. Reconocer estos saberes, como sostiene Sousa Santos (2011), es un paso indispensable en la descolonización del conocimiento y en la transformación de las prácticas de salud.

1.2. El parto

Si reducimos el parir a nuestra experiencia personal, atendidas e higienizadas en clínicas pertenecientes a clases medias, lo asqueroso parecería sobrar. Pero si recordamos como se pare en áreas rurales o en poblaciones carentes, o cómo se paría en tiempos en los que los latinos regalaban su nombre a las cosas, aceptaremos que “entre heces y orina nacemos” cuando no se disponen de medios que eviten la aparición de dichas excreciones. Estas diferencias en los modos de parir ponen de manifiesto la índole económica y sociocultural del parto.

— Eva Giberti

Las experiencias de parto varían significativamente según el contexto geográfico, económico y cultural en que se desarrollan. Esta sección explora esas diferencias, analizando cómo los entornos urbano y rural, junto con las estructuras de poder, género y saber, configuran modos diversos de vivir el parto. A través de un diálogo entre teorías antropológicas y testimonios de mujeres, se pone en evidencia que el parto no es un mero evento biológico, sino un proceso profundamente atravesado por dinámicas sociales y simbólicas.

Numerosas investigaciones han analizado la medicalización del parto en hospitales públicos, especialmente en áreas urbanas. Canevari Bledel (2011), por ejemplo, documenta cómo en

una maternidad pública en Santiago del Estero, Argentina, las mujeres viven su parto con sentimientos de alienación, temor y culpa. Esta autora muestra cómo la atención sanitaria se entrelaza con juicios morales, generando un ambiente de violencia simbólica y psicológica. En uno de los testimonios recogidos, Roxi relata entre lágrimas: “(...) cuando me decían ellos que yo haga fuerzas, encima me gritaban, me decían ¡Dale, dale que le pasa la hora! es como que a mí me ha agarrado una desesperación porque ellos, me gritaban y yo peor me ponía, era una cosa horrible (...)” (Canevari Bledel 2011, 154).

Este tipo de violencia institucional se sostiene en normas de género que, como ha señalado Marta Lamas (1986), moldean expectativas sobre cómo deben comportarse las mujeres en el parto: obedientes, sumisas, silenciosas. La violencia obstétrica no se limita a lo físico, sino que implica también la negación de autonomía, el desprecio de las emociones y la imposición de protocolos sin consentimiento informado. Para Lamas, la maternidad ha sido históricamente un eje clave de subordinación femenina, al tratarse de la máxima expresión de la diferencia biológica entre los sexos (1986, 182).

Rita Segato (2010), aunque no trata específicamente el parto, ofrece un marco útil para comprender cómo las estructuras patriarcales se manifiestan en distintos espacios. La violencia obstétrica puede entenderse como parte de las “estructuras elementales de la violencia” que operan sobre los cuerpos feminizados, reforzando la jerarquía de género. Desde esta mirada, el parto medicalizado aparece como un dispositivo que no solo controla la fisiología del cuerpo, sino que reproduce relaciones de poder.

En este sentido, la autora Verónica Marconte (2017), plantea que la violencia obstétrica no distingue entre hospitales públicos, instituciones privadas o partos domiciliarios. Negar información, practicar cesáreas innecesarias, intervenir sin consulta ni consentimiento, impedir acompañamiento, maltratar verbal y físicamente antes, durante y después del parto, son todas formas de violencia obstétrica que se encuentran en múltiples contextos. La medicalización del parto ha sido tan profunda que muchas de estas prácticas han sido normalizadas, tanto por el personal de salud como por las propias mujeres.

En el contexto ecuatoriano, Alexandra Serrano (2016) sostiene que el sistema biomédico en Quito ha construido una experiencia del parto solitaria, institucionalizada y excluyente, particularmente para las mujeres del sistema público. En su investigación, se señala que la medicalización del parto ha invisibilizado el papel del padre, limitando su participación activa y generando una carga emocional y física que recae únicamente en la madre. No obstante,

también recoge testimonios que subrayan el valor del acompañamiento y el deseo de una experiencia más compartida y significativa: “(...) por eso para mí es importante que él [papá] participe, como yo te dije, ya desde el parto él se integró, él se unió... a mí sí me gusta porque yo sí quiero que mi hijo crezca seguro (...)” (Serrano 2016, 66).

Marconte (2017) enfatiza la necesidad de empoderar a las mujeres para que sean protagonistas de su parto, pudiendo elegir dónde, cómo, con quién y bajo qué condiciones parir. La autonomía en el parto no solo mejora la experiencia emocional, sino que también contribuye a prevenir secuelas físicas y psicológicas, como la depresión posparto o el estrés postraumático. Un parto respetado, informado y libre de violencia es clave para el bienestar materno.

Eva Giberti (1992) aborda también el poder que las mujeres han perdido como consecuencia de la excesiva medicalización. Para ella, el parto ha sido transformado en un procedimiento técnico, controlado por profesionales que muchas veces no generan un vínculo afectivo con las parturientas. Esta lógica no solo despoja a las mujeres de agencia, sino que elimina el carácter relacional del nacimiento, convirtiéndolo en un acto fragmentado, gestionado por la lógica médica de eficiencia y control.

Las normas de género también influyen en cómo se configura el parto en contextos urbanos. Allí, el cuerpo de la mujer es tratado como un objeto que requiere ser vigilado y corregido. En contraposición, en muchos entornos rurales, si bien persisten desigualdades, las prácticas culturales pueden favorecer partos más respetuosos y conectados con saberes tradicionales. Ramírez (Ramírez 2009) observa que en comunidades del altiplano boliviano, las mujeres viven partos menos medicalizados, con mayor participación comunitaria y prácticas interculturales que valoran tanto el bienestar físico como emocional.

La autora sugiere que, aunque la violencia obstétrica también puede presentarse en contextos rurales, las dinámicas comunitarias y los saberes ancestrales ofrecen oportunidades para prácticas más empáticas, centradas en la mujer. La menor frecuencia de intervenciones médicas, el respeto a los tiempos del cuerpo y la contención emocional contribuyen a experiencias de parto más seguras y menos alienantes. Estos modelos pueden servir de inspiración para políticas públicas que busquen humanizar la atención al parto en todo el país.

En esta línea, el parto aparece como un espacio en disputa entre el saber biomédico y los saberes tradicionales. Boaventura de Sousa Santos (2011) sostiene que la ciencia moderna ha operado bajo una lógica de “monocultura del saber”, excluyendo otros conocimientos como superstición o ignorancia. Esta exclusión epistémica también atraviesa la atención obstétrica:

los saberes de las parteras son deslegitimados frente a los protocolos biomédicos, incluso en espacios que se presentan como interculturales.

La experiencia del parto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora representa un caso paradigmático de hegemonía biomédica. Procedimientos como las cesáreas programadas, la separación inmediata entre madre e hijo, o el uso de medicamentos sin consentimiento ilustran lo que Sousa Santos llama “fascismo epistemológico”: la imposición de una única forma de saber y hacer, anulando toda otra posibilidad.

En cambio, la Casa Intercultural del Parto en Loreto se presenta como un espacio de resistencia epistémica. Allí, los saberes de las parteras kichwa conviven con la biomedicina en un intento de diálogo intercultural. No obstante, este diálogo es asimétrico, ya que el personal médico mantiene posiciones jerárquicas de poder, lo que muestra que la traducción intercultural no siempre se da en condiciones de igualdad.

Desde una perspectiva ontológica, Arturo Escobar (2018) sostiene que la modernidad occidental ha construido una visión del cuerpo como un objeto fragmentado, controlado y medicalizable. Esta ontología se expresa en el modelo urbano de atención al parto, donde el cuerpo de la mujer es separado de su entorno y gestionado como una maquinaria. En contraposición, en contextos comunitarios como Loreto, el parto es concebido desde una ontología relacional: un evento que involucra cuerpo, comunidad y territorio como una totalidad.

Así, el parto no solo es un evento fisiológico, sino también una práctica ontológica y política. Mientras que en el hospital se impone un modelo técnico que despoja a la mujer de su rol activo, en el entorno comunitario el parto sigue siendo un momento de *communitas*, de relación y de pertenencia. Sin embargo, esta convivencia de modelos no está exenta de tensiones: la hegemonía biomédica sigue presente, y la disputa por los saberes sobre el parto continúa abierta.

1.3. Parentesco, *communitas* y el parto

El estudio del parto y el parentesco abarca múltiples disciplinas académicas, incluyendo la antropología, la sociología y los estudios de género, las cuales proporcionan diferentes perspectivas y enfoques para entender cómo el parto y las relaciones familiares y no familiares están relacionados y cómo estas interacciones reflejan y construyen estructuras sociales y culturales.

Desde la perspectiva antropológica, la categoría parentesco ofrece una comprensión amplia sobre las relaciones sociales y las prácticas culturales. Lévi-Strauss (1969) en su obra *Las estructuras elementales del parentesco*, señala que el parentesco se basa en el intercambio y las alianzas, en el contexto del parto, las alianzas tienen un papel fundamental pues estas reflejan la complejidad de las relaciones sociales y las redes de intercambio reflejan la necesidad de reproducir y mantener redes de apoyo y cooperación.

Metodológicamente, Lévi-Strauss realizó análisis de eventos sociales y culturales para descubrir estructuras subyacentes a la sociedad, para él estos eventos incluyen ceremonias, rituales y prácticas cotidianas que, viéndolos de cerca, siguen patrones estructurales. En este sentido, el parto puede ser considerado un evento social cotidiano, que implica diferentes ceremonias o ritos más o menos institucionalizados dependiendo del contexto donde ocurra, este evento además involucra a múltiples actores y refuerza (o debilita) alianzas dentro de la familia y la comunidad. Principalmente en los contextos más rurales, la participación de familiares u otros miembros comunitarios reflejan estructuras de parentesco específicas.

En la misma línea de pensamiento, Marshall Sahlins (2013) argumenta que el parentesco no se basa únicamente en los lazos biológicos sino más bien en las relaciones sociales, culturales y afectivas, y va más lejos considerando que “el parentesco no es para él sino un tipo especial de relación social: una relación transpersonal o una red relacional sostenida sobre la mutualidad del ser, es decir sobre la idea de participación mutua en la vida de otros seres” (Quintín 2014, 159).

Esta última definición de parentesco se ajusta más a la tesis del parto expuesta, ya que se puede considerar a este como un proceso que excede el ámbito biológico y que en cambio, está definido por un sin número de factores externos y condiciones sociales y afectivas, podrían señalarse no sólo las relaciones que se crean entre madre e hija/o sino también a la red de relaciones sociales que incluyen a otros familiares y miembros de la comunidad que no tienen necesariamente un vínculo de sangre con la madre, como en el caso de los indígenas Amazonas investigados por Viveiros de Castro y que Sahlins cita textualmente: “las ideas amazónicas de parentesco son equivalente a una teoría no-biológica de la vida. Aquí el parentesco es aquello que obtienes cuando lo construyes sin recurrir a una teoría biológica de la relacionalidad” (Quintín 2014, 161).

Siguiendo la crítica a una mirada meramente biologicista del parentesco, David Schneider (1984) critica a la consanguinidad como el símbolo por excelencia del sistema cultural de

parentesco, pues considera que el parentesco asociado a los hechos de la reproducción, la biología y la genealogía, no puede ser universal, porque se trata de una singularidad cultural en un contexto particular (Rivas 2009, 9), al igual que el parentesco, el proceso del parto es particular al contexto donde sucede, esto significa que tiene sus propias creencias, tradiciones y prácticas. Ya sea en un contexto citadino o rural, los rituales de nacimiento y las prácticas de cuidado pre y posparto son expresiones culturales que definen y también refuerzan el parentesco.

El parentesco no se reduce a los lazos de sangre, sino que se construye a través de interacciones sociales y afectivas (Sahlins 2013). En este sentido, el cuidado prenatal no es solo un conjunto de prácticas médicas o tradicionales orientadas a garantizar la salud del embarazo, sino una fase clave donde se establecen y refuerzan las relaciones de parentesco y comunidad.

En los entornos urbanos, el cuidado prenatal es un proceso mediado por la biomedicina, donde los controles médicos, ecografías y análisis clínicos estructuran la relación entre la madre y su bebé dentro de un marco institucional. Estas prácticas no solo ofrecen información sobre el estado del embarazo, sino que también condicionan las expectativas y decisiones sobre el parto, influenciando el grado de agencia que la madre puede ejercer sobre su experiencia. En contraste, en contextos comunitarios, el cuidado prenatal suele estar vinculado a prácticas tradicionales y espirituales, como el uso de plantas medicinales, rituales de protección y consejos transmitidos por parteras y familiares. Estas prácticas refuerzan los lazos de *communitas*, entendida como un estado de solidaridad y apoyo mutuo (Turner 2012).

En ambos casos, el cuidado prenatal actúa como un espacio donde se configuran relaciones de parentesco y redes de apoyo, aunque de formas diferentes. Mientras que en la ciudad la relación madre-bebé suele mediar a través de la tecnología médica y la intervención institucional, en la comunidad el embarazo es acompañado por una red de personas que contribuyen a su desarrollo, reforzando los lazos familiares y comunitarios.

La idea de *communitas* de Edith Turner también puede ayudarnos a entender al parto no es un acontecimiento no sólo biológico sino como un proceso donde se crean vínculos comunitarios espirituales, casi mágicos. Turner define las *communitas* de las siguientes palabras:

¿Qué es la *communitas*? Las características de la *communitas* demuestran que está más allá de toda definición estricta y que presenta variaciones casi infinitas. A menudo, la *communitas* aparecen de manera inesperada. Tiene que ver con la sensación que siente un grupo de

personas cuando su vida en común adquiere pleno significado. Podría llamarse satori colectivo o unio mystica, pero el fenómeno es mucho más común que los estados místicos. La *communitas* sólo puede transmitirse adecuadamente a través de historias. Como es la sensación que siente una pluralidad de personas sin fronteras, existen innumerables preguntas sobre su forma, procedencia e implicaciones (Turner 2012, 1).

Esta idea de *communitas* permite pensar a la experiencia del parto, particularmente en contextos colectivos, comunitarios o en situaciones que trascienden lo individual, como un generador de sentimientos profundos de comunión y solidaridad entre las mujeres parturientas, las familias y la comunidad.

De hecho, Turner (2012) habla sobre el parto, considerándolo un rito de paso que no sólo transforma la vida de la mujer en madre, sino que también refuerza la idea de la *communitas*, entendida como esa comunión temporal en que los individuos experimentan una igualdad simbólica. Según la autora, la *communitas* ocurre sólo en momentos liminales en que la vulnerabilidad humana es palpable y el parto, al ser un proceso transformador donde se evidencia la indefensión de la mujer, es uno de los momentos en que los límites de las jerarquías y diferencias se disuelven para dar paso a sensaciones colectivas de que la vida en común ha adquirido pleno significado.

Entonces, la *communitas* aparece en escenarios más rurales y comunitarios cuando las mujeres, familiares y acompañantes están inmersos en una experiencia compartida que crea un sentimiento de comunidad y solidaridad, mientras que surge en escenarios más citadinos y medicalizados cuando las mujeres y el personal médico igual están viviendo una experiencia compartida que crea un sentimiento de apoyo mutuo, así este apoyo sea de tipo médico.

En su libro *Communitas: The Anthropology of Collective Joy* (2012), Turner describe el rito de iniciación Nkanga, practicado por los Ndembu de Zambia, donde una joven de trece años se “convierte” en una adulta. Como parte de este rito, todas las mujeres que acompañaban a la joven imitaron el parto (*childbirth*), inmersas en una danza que simulaba las contracciones, todas las mujeres se convirtieron en una fuerza imparable que iba a dar nacimiento a una adulta:

Nosotras, en plural, éramos esa mujer en labor de parto y danzando frente a los hombres. Estábamos al mando. Era imposible confundir la sensación de ser un solo cuerpo, más que una multitud sin mente. Nuestro “cuerpo” estaba formado por individuos conscientes que recordaban y participaban en una *communitas* activa. Avanzamos juntas, envolviendo el tesoro de una nueva mujer que nacía entre nosotras (Turner 2012, 171).

Aunque esta descripción del rito de iniciación Nkanga no es corresponde a un rito de paso de una mujer-embarazada a una mujer-madre, si muestra un rito de nacimiento donde la joven, la partera (*midwife*) y las acompañantes se vuelven una, creando una sensación de excitación, solidaridad y apoyo mutuo, es decir, Turner ofrece una mirada extraordinaria de la *communitas* en todo su esplendor.

Para los fines de esta investigación, la idea de *communitas* que se transmiten a través de historias, también será de utilidad para pensar en esta clave las narraciones sobre experiencias de parto en la ciudad y en la ruralidad, e identificar sensaciones colectivas que se generan en cada caso de estudio.

En definitiva, tanto la teoría del parentesco como la idea de *communitas*, permiten pensar al parto como un acontecimiento o proceso que trasciende lo individual para situarlo en una red de vínculos y sentimientos sociales y colectivos. Ambas categorías también invitan a pensar al parto fuera de la dicotomía madre-hija/o para pensar en clave colectiva, donde se crean, refuerzan, desaparecen o debilitan relaciones sociales y conexiones espirituales y emocionales entre todas las personas que participan/acompañan un parto. Si bien en el parentesco las relaciones son más estructuradas, organizadas por roles familiares o funciones del personal que acompaña, y en la *communitas* las relaciones son más fluidas, temporales y espirituales, ambas perspectivas son igualmente poderosas para entender que significa el parto para un grupo social y las conexiones humanas que se crean en su transcurso.

Este capítulo se centró en dos aspectos principales, primero, el parto como una experiencia profundamente influenciada por estructuras de poder, de género y del contexto sociocultural, donde pueden manifestarse de manera visible actos como la medicalización y la violencia obstétrica, prácticas identificadas principalmente en áreas urbanas pero que también podrían mostrarse con sus particularidades en el área rural. Y como el ejercicio de estas prácticas durante el parto, independientemente del lugar donde ocurran, perpetúan la subordinación de las mujeres parturientas y limitan su autonomía.

Segundo, la relación entre parentesco-parto y *communitas*-parto, en el primer caso se vio como estas categorías no se limitan al aspecto biológico y su relación radica en comprender cada experiencia única de la conceptualización del parto como un evento exclusivamente biológico no es una verdad científica absoluta, sino el resultado de un proceso de colonización del saber que ha desplazado otras formas de entender el nacimiento., en el cual la interacción de la mujer y su entorno refleja y configura estructuras sociales más amplias. Mientas que en

el siguiente caso se vio al parto como un proceso transformador que, sin importar donde suceda, genera *communitas* entendidas como experiencias y sensaciones compartidas de solidaridad y apoyo mutuo.

En estas reflexiones encuentro una base fértil para reforzar mi hipótesis inicial, reafirmando que el parto no es sólo un proceso biológico, sino que es un proceso que al mismo tiempo que evidencia también construye (o destruye) estructuras sociales y lógicas de relacionamiento, bajo este marco teórico presentaré dos experiencias de parto que se desarrollan en dos contextos opuestos para analizar cómo en cada caso se constituyeron diferentes lógicas de parentesco y relacionamiento.

Capítulo 2. Contexto

Uno de los principales argumentos presentados en el primer capítulo se centró en como la experiencia y el significado del parto varía dependiendo del contexto, en este capítulo realizaré una introducción a los contextos donde se desarrollaron ambas narraciones, en consecuencia la primera y segunda parte contienen la historización y caracterización de los establecimientos de salud donde ocurrió mi parto: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) y el parto de Nina: Casa Intercultural del Parto – Centro de Salud de Loreto. Al ser ambos establecimientos parte del sistema del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, este capítulo también incluye una tercera parte que es una explicación de la certificación ESAMyN, normativa sanitaria que establece las pautas para la atención de la madre y el recién nacido.

Tener una visión clara de la normativa sanitaria que regula el parto en Ecuador y del lugar donde sucedieron las dos historias que contiene esta investigación, me permitirá contextualizar cada historia para identificar las estructuras sociales y de poder que subyacen a cada experiencia particular de parto y que podrían crear (o no) vínculos comunitarios.

2.1. Contexto Histórico: Historia de la obstetricia y la medicalización del parto

A lo largo de la historia, el parto ha sido un evento principalmente femenino, atendido por parteras y mujeres de la comunidad. Sin embargo, con el desarrollo de la medicina moderna, la obstetricia se consolidó como un campo profesional dominado por médicos varones, desplazando gradualmente los conocimientos ancestrales y transformando la experiencia del parto en un procedimiento clínico y medicalizado.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, la atención al parto estaba en manos de parteras, quienes transmitían su conocimiento de generación en generación. En este periodo, las complicaciones obstétricas eran gestionadas con hierbas medicinales, masajes, posiciones verticales y técnicas tradicionales adaptadas a cada mujer. Sin embargo, con el auge de la medicina científica en los siglos XVIII y XIX, la obstetricia comenzó a institucionalizarse. En Europa, los médicos —sobre todo hombres— comenzaron a intervenir en los partos, amparados en el discurso de que el conocimiento empírico de las parteras era insuficiente para reducir la mortalidad materna e infantil (Wertz y Dorothy 1977). Esta intervención no fue solo técnica, sino también simbólica: representó una expropiación del saber femenino en favor de un modelo médico masculino y jerárquico.

Con la Revolución Industrial y el desarrollo de hospitales especializados en el siglo XIX, el parto pasó de ser un evento doméstico a uno hospitalario. Este cambio estuvo motivado por avances científicos como la antisepsia, la anestesia y, más tarde, la cesárea. Si bien estas innovaciones contribuyeron a reducir la mortalidad, también instauraron una nueva relación de poder entre el cuerpo femenino y la medicina. Las mujeres comenzaron a ser tratadas como pacientes pasivas en lugar de protagonistas activas de sus partos (Martin 1987).

En el siglo XX, la obstetricia se consolidó como una especialidad médica con protocolos estandarizados que priorizaban la intervención sobre el parto fisiológico. Prácticas como la episiotomía rutinaria, el uso de fórceps, la inducción artificial del parto y el monitoreo fetal continuo se institucionalizaron bajo la lógica de maximizar la seguridad, aunque muchas veces se aplicaban de forma indiscriminada. Antropólogas como Davis-Floyd (1992) han descrito este proceso como un "rito tecnológico", en el cual las intervenciones médicas no solo buscan resultados clínicos, sino que también refuerzan valores culturales como el control, la eficiencia y la desconfianza hacia el cuerpo femenino.

A la par de este proceso de medicalización, se desarrolló lo que algunas autoras denominan el colonialismo médico, es decir, la imposición de un modelo biomédico occidental sobre poblaciones que históricamente han gestionado el parto con base en sus saberes culturales y comunitarios. Esta imposición ha tenido efectos especialmente significativos en los pueblos indígenas, donde el conocimiento de las parteras ha sido deslegitimado por instituciones de salud pública y organismos internacionales que promueven un único modelo de atención (Smith 1999). Así, la historia de la obstetricia moderna no solo implica una transformación técnica, sino también una disputa epistemológica y política sobre quién tiene derecho a decidir cómo se pare.

En el siglo XXI, el debate sobre la humanización del parto ha cobrado fuerza, impulsado por movimientos feministas, colectivos de parteras, y experiencias de salud intercultural. Estos modelos de atención promueven la autonomía de las mujeres, el acompañamiento respetuoso, y la incorporación de saberes ancestrales. Sin embargo, en muchos contextos, especialmente urbanos, la biomedicina sigue imponiéndose como el único conocimiento legítimo, subordinando el parto a una lógica de eficiencia hospitalaria, control de riesgos y subordinación de las mujeres al poder médico. La historia del parto, entonces, no solo es la historia de avances técnicos, sino también la de una lucha constante por el reconocimiento del cuerpo femenino como territorio de saber, dignidad y decisión.

2.2. En la ciudad: Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

La primera historia que será contada en el siguiente capítulo, es la autoetnografía de mi propio parto, ocurrido en el año 2021 en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora ubicado en el corazón de la ciudad de Quito, popularmente conocido como “la maternidad”; mi historia se inscribe en un contexto urbano donde la biomedicina y el enfoque intervencionista priman en la atención del embarazo, parto y posparto.

A continuación, presento brevemente la historia de este hospital con el objetivo de entender cómo se convirtió en uno de los establecimientos de salud reproductiva, maternal y obstetricia más importantes a nivel nacional, para posteriormente analizar como este prestigio influye en la atención al parto y en la creación/destrucción o fortalecimiento/debilitamiento de estructuras de parentesco y relaciones comunitarias. Adicionalmente indico cifras sobre la atención y el tipo de intervenciones ocurridos en este hospital durante el año 2023, con el fin de dimensionar la capacidad de atención de partos de este establecimiento de salud.

A inicios del siglo XX, la necesidad de un establecimiento especializado surge de la alta mortalidad materna e infantil que aquejaba al país en ese momento y especialmente a la capital. En esta situación, en 1923 se crea la "Maternidad de Quito" con el objetivo de atender a mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. A mediados del siglo XX, este establecimiento de salud se consolida como una institución clave en la atención gineco-obstétrica en Ecuador, por lo que se amplían sus instalaciones y servicios para atender mejor y a mayor población. Es así que, en marzo de 1951, es inaugurado oficialmente como hospital con el nombre Maternidad Isidro Ayora, con capacidad para 163 camas para una población de 200.000 habitantes en Quito (Vásquez 2011, 44).

Durante la década de los 70, se introducen programas de formación para profesionales de la salud, incluyendo médicos residentes y enfermeras especializadas, a partir de la década de los 90 se produce una modernización en este hospital, ya que se introducen nuevas tecnologías y técnicas médicas, fortaleciendo la capacidad del hospital para manejar casos complejos de obstetricia y ginecología. Además, a finales del siglo XX, se implementan programas de educación y prevención en salud sexual y reproductiva.

Para inicios del siglo XXI el hospital se enfoca en la calidad de la atención y la humanización del parto, modelo de atención que pretende tomar en cuenta de manera explícita las necesidades de las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio. Además, en esta época se amplían los servicios mediante la implementación de unidades especializadas,

como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y servicios de medicina fetal. Actualmente la misión del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora es:

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas de Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (MSP s.f.).

De acuerdo con datos publicados por el Ministerio de Salud del Ecuador en la rendición de cuentas del HGOIA del año 2023, este hospital tiene servicio de consulta externa en 11 especialidades, pruebas de diagnóstico en 6 especialidades, internación en 3 especialidades, servicios de emergencia, quirófanos, salas de parto, terapia intensiva para adultos y neonatales, entre otros servicios (MSP 2023).

En el año 2023, se registraron un total de 4.107 partos en el HGOIA, de los cuales 2.145 fueron partos vaginales y 1.962 fueron cesáreas, además se atendieron 631 abortos. En cuanto a atenciones por internación se registraron 5.390 en el área de obstetricia, 1.634 en el área de neonatología y 699 en el área de ginecología. Y en atenciones por emergencia se registraron 25.193 en la especialidad de obstetricia, 2.763 en la especialidad de ginecología, 118 en la especialidad de neonatología y 21 en la especialidad de psicología. (MSP 2023). Sin embargo, en este documento no se menciona nada sobre la aplicación de la normativa sanitaria para la Certificación de Establecimientos de la Salud como Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), norma que, como mencioné anteriormente, debería ser adaptada por todos los establecimientos de salud pública.

Esta sección proporciona un panorama histórico y actual del HGOIA, destacando su evolución desde su creación hasta convertirse en una de las instituciones clave para la atención materno infantil del Ecuador, esta evolución también se refleja en las cifras de atención del último año, mostrando la capacidad del hospital y experiencia, casi irrefutable, del personal médico de gestionar un gran número de partos ya sean vaginales o cesáreas.

2.3. En la comunidad: Casa Intercultural del Parto (*Rantiparpak Wachachina Wasi*) – Centro de Salud Loreto

La segunda historia que forma parte de esta investigación es la etnografía de Nina, una joven kichwa que conocí el día de su parto en la Casa Intercultural del Parto, mientras me encontraba realizando entrevistas a las parteras del lugar. La historia de Nina se inscribe en un

contexto rural, donde la biomedicina y el enfoque intervencionista tienen mucha menos cabida que la ciudad, dando paso a prácticas más comunitarias y tradicionales encabezadas por las parteras.

En el discurso común, el término "rural" suele utilizarse para referirse a cualquier área fuera de los centros urbanos, pero en términos de salud materna y prácticas de parto, esta categoría es sumamente diversa. No todas las áreas rurales cuentan con la presencia de parteras tradicionales ni con acceso a conocimientos ancestrales sobre el parto. De hecho, algunos entornos rurales enfrentan una ausencia crítica de recursos médicos y culturales, lo que produce experiencias de parto marcadas por la vulnerabilidad y la falta de opciones.

Es importante diferenciar entre entornos rurales con acceso a parteras y medicina tradicional y aquellos donde las mujeres deben enfrentar la escasez de servicios sin el respaldo de saberes ancestrales. En algunos contextos indígenas, como en la Amazonía ecuatoriana, la figura de la partera sigue siendo central en la atención del embarazo y el parto, y las comunidades mantienen prácticas tradicionales para el acompañamiento materno. Sin embargo, en otras áreas rurales, especialmente en zonas empobrecidas o afectadas por el desplazamiento poblacional, las mujeres pueden enfrentar partos en condiciones de extrema precariedad, sin acceso ni a hospitales ni a parteras tradicionales.

La Casa Intercultural del Parto de Loreto representa un caso en el que el saber ancestral de las parteras se articula con la biomedicina, lo que no es una constante en todos los escenarios rurales. En otras áreas, las mujeres pueden dar a luz sin asistencia profesional de ningún tipo o tener que trasladarse largas distancias para acceder a atención médica. Este contraste es clave para comprender que la categoría "rural" abarca múltiples realidades, y que la forma en que se vive el parto en estos entornos depende tanto de la disponibilidad de servicios como de la persistencia de conocimientos tradicionales.

A continuación, presento una breve descripción del Centro de Salud de Loreto como ente rector de la Casa Intercultural del Parto, una vista a la historia de cómo y con qué características surge esta Casa, una descripción detallada de cómo funciona este sistema de salud mixto en la atención del embarazo, parto y posparto, y finalmente una caracterización de las parteras y su entusiasmo por mejorar sus prácticas tradicionales. En la cabecera cantonal de Loreto, provincia Orellana, se ubica el Centro de Salud Loreto Tipo A del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que ofrece atención en las especialidades de

medicina general, odontología, laboratorio, psicología y obstetricia, esta última especialidad es atendida de manera particular en la Casa Intercultural del Parto.

Debido a que en este cantón y sus alrededores hay una significativa cantidad de población perteneciente a pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador, especialmente kichwas amazónicos, a inicios del siglo XXI las organizaciones de la sociedad civil locales en articulación con instituciones estatales empezaron a generar iniciativas para reducir la brecha cultural para que la población local pueda acceder a servicios de salud públicos y de calidad. En este escenario, en el año 2008 se creó la Red de Salud Loreto, como un espacio de articulación interinstitucional configurado de la siguiente forma, instituciones estatales: Distrito de Salud Coca-Loreto, Gobierno Autónomo Descentralizado de Orellana, Gobierno Autónomo Descentralizado de Loreto y Consejo Cantonal de Salud de Loreto; organizaciones de la sociedad civil: Organización de Comunidades Kichwas de Loreto OCKIL y agentes de salud comunitarios; y Organizaciones No Gubernamentales (Alvarado 2016).

El objetivo principal de la Red de Salud de Loreto fue articular el sistemas de salud moderno biomédico con los sistemas de salud ancestrales de las comunidades indígenas; como parte de esta articulación se crea un sistema de atención al parto mixto, donde el sistema de salud moderno mantuvo el personal “profesional” ocupando el mismo lugar jerárquico de la estructura institucional del Centro de Salud: médico rural, médico general y médico especialista, mientras que los sistemas de salud ancestrales incorporaron parteras comunitarias, *pajuyos* o *yerbateros* y *yachak* o *samanes* (Alvarado 2016, 24). En este sistema de salud híbrido, nace la Casa Intercultural del Parto (*Rantiparpak Wachachina Wasi*) donde atienden simultáneamente profesionales de la salud moderna y sabias de la salud ancestral.

Estas mujeres que guardan y ponen en práctica la sabiduría ancestral de atención al parto son parteras kichwas amazónicas que pertenecen a la Asociación de Parteras Comunitarias de la OCKIL, ellas formaron parte de la Red de Salud de Loreto y jugaron un papel clave en la articulación del sistema de salud tradicional con el sistema de salud ancestral, promoviendo su interacción y retroalimentación (Alvarado 2016).

La Casa Intercultural del Parto es un espacio físicamente adecuado a la realidad local que cubre la demanda de la atención de partos de Loreto; la sala de parto (*wachachina kuchu*) cuenta con equipamiento e instrumentos médicos para procedimientos estándares como camilla obstétrica, fórceps y espéculo, pero también cuenta con equipamiento necesario para

atender partos humanizados o culturalmente adecuados, como sogas sujetadas al techo y barras laterales que facilitan el parto en posición vertical.

Las funciones de las parteras en la Casa Intercultural del Parto van desde la toma y registro de datos de las usuarias, el control del embarazo, la atención del parto hasta el cuidado post parto de las madres y del recién nacido/a. Beatriz, una de las parteras que atiende en este establecimiento, cuenta cómo es la interacción con las mujeres durante el primer control de embarazo: “le preguntamos a la paciente los nombres, luego la paciente viene y no sabe cuándo es el último periodo (...) cuando son primerizas se equivocan, ahí nosotras le preguntamos cuál es el último periodo de menstruación y nosotras hacemos cuentas cuantas semanas tiene” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Además, Beatriz cuenta que, como parte de los controles de embarazo el personal de salud profesional usualmente solicita ecografías a las pacientes, pero que en la atención ancestral del embarazo no se requieren este tipo de imágenes, ya que, sobre todo, en estados de embarazo avanzados, las parteras son capaces de determinar la posición del neonato en el vientre sólo a través la colocación de sus manos en el abdomen de la embarazada, salvo que se detecte una anomalía clínica que ellas no puedan tratar envían a las pacientes a realizarse ecografías y otros exámenes especializados para que sean revisados por los médicos del Centro de Salud.

En los últimos meses de control del embarazo las parteras tienen un papel fundamental en la comunicación de información útil para las futuras madres: “les avisamos como tienen que tener listo para el parto, que tienen que tener preparadito o cuales complicaciones o riesgos que tienen en el parto, en el embarazo antes de cumplir días de parto si tienen amenaza de aborto, sangrado” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Durante la atención del parto, las parteras acompañan la labor del médico u obstetra y cumplen funciones específicas como “acomodar el bebé si está de lado o en mala posición” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024). Otra de las tareas encomendadas específicamente a las parteras es la preparación de brebajes realizados con plantas medicinales para las mujeres beban en la fase previa e inmediatamente posterior al parto:

Nosotras aquí utilizamos para labor de parto, raíz de algodón, la hoja y flor de virgencitas y hoja de camote, hoja de chirimoya y hoja de aguacate, esa es buena. Cocinamos y agüita hacemos, eso les damos según la dilatación que están, si el dolor está seguido ya sabemos que está dilatado, en ocho ya le damos para que nazca rápido, a veces tienen mucho dolor eso

también para que calme, ahí tenemos aceites y a veces aplicamos en esa agüita mismo ya cuando está en 8 o en 9 sino se les adelanta (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

De acuerdo con Beatriz, las parteras preparan medicina natural principalmente para tres usos: ayudar a dilatar, calmar el dolor de las contracciones y restablecer a la madre luego del parto:

A veces las mamacitas quedan débiles, así caen entonces ahí les damos otra agüita para que se endure, después del post parto le damos guayusita caliente (...) y cuando queda sangrando cogemos unas hojitas de yuca, le aplastamos y eso le ponemos un poquito de sal y le damos, y eso le para la hemorragia. A veces mucho le duele el estómago, el vientre ahí le damos con agua calientita, con guayusita, esa es una medicina que para eso mismo es bueno tomar, ellas piden, unas quieren otras no depende de la paciente (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

En la etapa post parto las parteras también se encargan del cuidado de la madre y del bebé: “atendemos al bebé, a la mamá, masajes, cambiar a la mamá en eso estamos más que todo, si estamos ayudando, nosotras no tenemos tiempo de nada” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024). Además, en esta etapa las parteras garantizan el contacto piel con piel entre madre e hijo/a, así como la primera toma de leche materna,

Cuando apenas nace primerito ahí ya nacen (...) y primero se da el pecho hasta que deje de lactar y después se limpia con paños de limpieza, de ahí a las 24 horas viendo como sigue el recién nacido y la mamá y depende si la mamá quiere se le baña, si la mamá dice que no, no podemos, si la paciente quiere le hacemos, a veces no quiere dice en la casa, antes nosotras bañábamos no más ahora todo es a la elección de la paciente (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Por último, 24 horas después el parto antes de que las pacientes sean dadas de alta, los médicos se encargan de emitir recetas médicas, mientras que, las parteras proporcionan información importante acerca del cuidado de la madre y el niño, vacunación, tamizajes y planificación familiar.

En esta forma de atención híbrida entre personal médico profesional y parteras comunitarias, estas últimas cumplen un papel fundamental también como apoyo en la toma de decisiones informadas y autónomas de las mujeres, de acuerdo con Beatriz:

Nosotras aquí, tenemos que sentar y aconsejar, decir las posiciones, ellas mismas eligen, aquí en la sala de parto hay equipos para horizontal y vertical, sentada, arrodillada, parada. En la posición que la paciente decide nosotras atendemos, entonces si ella quiere acostada o sentada, posición en la que ella quiera (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Así mismo, las parteras acompañan a las mujeres siempre buscando formas de hacerlas sentir más cómodas y de aliviar el dolor de las contracciones ya sea con medicina natural o con ejercicios: “si ella no puede hacemos ejercicios, arriba, abajo, arriba, hacemos ejercicios porque ese dolor no se puede aguantar” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Las parteras comunitarias guardan el conocimiento milenario de la atención del embarazo, parto y post parto. En el caso de Beatriz su abuela y su padre fueron parteros y desde los 9 años ella fue instruida para convertirse en una de ellas: “yo aprendí de mi abuelita y de mi papá, mi papá era partero, antes no había hospitales en el monte, yo habría tenido 9 años o 10 años cuando aprendí de mi papá aprendí a cocinar las hierbas” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024); mientras que, en el caso de los médicos que llegan al Centro de Salud de Loreto son profesionales recién graduados, que están realizando el año de salud rural y que cuentan con muy poca experiencia. Llama la atención que, aunque los conocimientos son profundos y la experiencia es mucho más grande, las parteras siguen teniendo un papel secundario y son vistas sólo como “ayudantes” de los jóvenes e inexpertos médicos rurales, lo cual deja ver estructuras sociales jerárquicas donde la biomedicina se impone sobre la sabiduría ancestral, sin importar la valía de cada una.

Otra particularidad de las parteras comunitarias es que ellas permanecen en la Casa Intercultural del Parto todo el tiempo, realizando turnos las 24 horas para garantizar la atención oportuna de partos de emergencia, por el contrario, el personal de salud profesional cumple con horarios específicos que no incluyen fines de semana, lo cual no garantiza la atención oportuna de partos no programados.

Cabe mencionar que, aunque las parteras realizan los procedimientos en base a su conocimiento ancestral, ellas también se han adaptado a los protocolos de salud institucionales, eliminando prácticas que antes eran consideradas normales durante los partos en comunidades, como la vaporización del recién nacido:

Las parteras sabían hacer, una olla grande, ponían palitos, ponían un poquito de agua y ahí ponían al bebé diciendo que estamos vaporizando (...) con un poquito de candela prenden y ahí paraban, como para hacer tamales se les ponía pañitos o hojas. Todo esto ya no se practica en ningún lado, ya no hay nada (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Otra práctica ancestral que se ha eliminado en la atención de partos en la Casa Intercultural del Parto es que las personas que presenciaban el parto debían tomar medicina para limpiarse de esa experiencia:

Hasta eso había que tomar medicina natural, hojas cocinaban ahí, dos de la mañana cocinan y 4 de la mañana ya tienen que estar acabando un tazón todos los que estaban ahí presentes, atendiendo, tienen que tomar y vomitar eso era en nuestro tiempo antes, eso era porque decían que cuando está viendo a la paciente la sangre, ese olor de sangre dice que eso da mal aire, entonces eso era para que le salga ese mal aire (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Finalmente, las parteras ya no están autorizadas a atender partos en sus propias comunidades o en casas particulares, salvo que sean emergencias, según Beatriz “antes se atendían partos en casa, pero ahorita eso impiden los médicos y las obstetras ya no es permitido, ya hay leyes dicen, si nosotras hacemos partos en la casa cuando haya algo como muerte a nosotras van a ser culpadas” (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Con el objetivo de actualizarse, las parteras de la Casa intercultural del Parto regularmente reciben cursos y talleres de parte del MSP, Beatriz cuenta que han recibido capacitaciones en:

Atención a la paciente, como tienen que atender el parto, aseo, riesgos, explican todo, nosotras también estamos abiertas a todo, y nuestros conocimientos y los conocimientos de ellos así compartimos, antes no sabíamos de las enfermedades, ahora ya sabemos, antes estando en la casa no sabíamos, nuestro conocimiento era diferente que aquí, aquí te explican también del embarazo en adolescentes (entrevista, Loreto, 5 de mayo de 2024).

Este testimonio deja ver como las parteras comunitarias emplean estrategias para mejorar la atención que ofrecen en el embarazo, parto y posparto, por un lado, eliminando prácticas ancestrales que ahora podrían considerarse peligrosas o innecesarias y, por otro lado, actualizándose en conocimientos científicos y técnicos que minimicen los riesgos a la salud de las mujeres y los recién nacidos

En resumen, las parteras, pese a ser consideradas como personal secundario o de apoyo, comunitarias juegan un papel fundamental en la Casa Intercultural del Parto, un lugar donde coexisten las prácticas biomédicas modernas con las prácticas de medicina tradicional, este enfoque mixto ha permitido que en este establecimiento se pueda ofrecer una atención de parto humanizada, culturalmente adecuada y por supuesto técnicamente aprobada.

2.4. Normativa sanitaria: Certificación ESAMyN

Las dos historias de parto que se presentan en esta investigación suceden en establecimientos que forman parte del sistema de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en este sentido, tanto el HGOIA ubicado en Quito como la Casa Intercultural del Parto ubicada en Loreto están obligados a regirse bajo las reglas y normas emitidas por el Ministerio, en el caso

la atención del embarazo, parto y posparto la normativa que establece enfoques y protocolos de atención es la certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y el Niño ESAMyN.

Considero que es importante conocer los parámetros de esta normativa, ya que, en teoría los protocolos, procedimientos y enfoques de atención del parto en ambos establecimientos de salud, más allá de sus particularidades, deberían ser muy similares. Luego de conocer esta certificación, realizaré un análisis comparativo de las experiencias de parto en el HGOIA y en la Casa Intercultural del Parto con el objetivo de definir el nivel de aplicación de esta normativa en cada establecimiento y dilucidar si las causas del cumplimiento o incumplimiento están relacionadas con el contexto y si estas tienen alguna influencia en la creación/destrucción de estructuras de parentesco y relaciones comunitarias.

La ESAMyN es una normativa sanitaria emitida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2016, con una actualización vigente aprobada en el 2021. El objetivo de la implementación de esta normativa es disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado y la protección a la lactancia materna (MSP s.f.). Según la página web del MSP, los parámetros establecidos en esta norma deben ser cumplidos por todas las unidades sanitarias que atienden partos, sean públicos o privadas, deseen o no certificarse, de tal forma que, tanto en el HGOIA como en la Casa Intercultural del Parto deben cumplirse estos parámetros.

La normativa ESAMyN (2021) está constituida por cuatro componentes: a. General, b. Prenatal, c. Parto y posparto, d. Lactancia materna, cada componente está organizado por pasos que deben ser aplicados en los establecimientos de salud. El componente general tiene un solo paso que es contar con el marco normativo y ponerlo en conocimiento del personal de salud y de los usuarios.

El componente prenatal tiene tres pasos: 1. Cumplir con la Norma de Educación Prenatal vigente, 2. Monitorear la cobertura, concentración y controles prenatales y actividades de promoción de la salud y 3. Garantizar la asesoría, tamizaje y tratamiento de VIH, sífilis, hepatitis B y chagas durante el embarazo. El componente parto y posparto tiene diez pasos: 1. Promover el acompañamiento de la madre durante la labor del parto, parto y posparto por una persona de su elección, 2. Brindar atención respetuosa durante el parto y posparto a todas las mujeres de manera que mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad, 3. Asegurar un espacio físico, equipamiento, insumos, materiales y profesionales de salud capacitados para

atender partos en libre posición, 4. Proporcionar a la embarazada métodos y estrategias para alivio del dolor durante el trabajo de parto, 5. Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias, 6. Garantizar las prácticas integradas durante la atención del parto, 7. Realizar los procedimientos preventivos al recién nacido frente a la madre, 8. Fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud en el manejo estandarizado de complicaciones que amenazan la vida de la mujer y del recién nacido, 9. Promover unidades de neonatología de puertas abiertas para permitir el contacto de la madre y el padre o familiar con el recién nacido, así como también proveer la información sobre la evolución de recién nacidos que requieran internación, 10. Asegurar la asesoría y entrega de anticonceptivos post evento obstétrico, así como la asesoría en signos de alarma a la madre y al recién nacido antes del alta del establecimiento de salud.

Y el componente lactancia materna tiene siete pasos: 1. Brindar apoyo a las mujeres para iniciar y mantener la lactancia materna, incluso en caso de separación del recién nacido/a, con excepción en las usuarias con diagnóstico de VIH, 2. No ofrecer a los recién nacidos amamantados ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo por razones médicas, 3. Practicar alojamiento conjunto, permitiendo a las mujeres y sus recién nacidos permanecer juntos en cohabitación las 24 horas del día, 4. Fomentar la lactancia materna a libre demanda, 5. No dar biberones ni chupones a los neonatos que amamantan, 6. Fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las mujeres lactantes a estos grupos al momento del alta del establecimiento de salud, 7. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Cabe mencionar que, en la actualización del 2021 esta normativa sufrió cambios importantes que protegían los derechos de la madre y el recién nacido, en el componente neonatal se eliminó el cumplimiento de las sesiones de educación prenatal a las embarazadas, la garantía de la prueba de VIH y sífilis y la articulación con agentes de la medicina ancestral para el cuidado antes, durante y después del parto, la eliminación de estos pasos fomenta la biomedicina y desplaza los aportes de la medicina ancestral en el parto.

En el componente parto y posparto se eliminó la garantía un ambiente acogedor y el respeto de prácticas interculturales, la asistencia a la madre para que se movilice y asuma la posición a su elección, la dotación de métodos NO farmacológicos para el alivio del dolor, y la garantía del apego oportuno, apego inmediato y lactancia en la primera hora. Finalmente, del componente lactancia materna se eliminaron proporcionar la información a todas las embarazadas de los beneficios y el manejo de la lactancia, la ayuda a las madres a iniciar la

lactancia durante la hora siguiente del parto y la demostración a las madres de como amamantar y mantener la lactancia incluso en caso de separación de sus bebés.

En definitiva, la normativa ESAMyN originalmente fue concebida y diseñada para humanizar y mejorar la atención del parto, y pese a que en la última actualización perdió algunos componentes importantes, todavía es una norma que establece un trato digno, acompañamiento y elecciones informadas de la mujer parturienta, así como promueve beneficios y apego de la madre y el recién nacido/a.

En este capítulo se presentó dos contextos de atención al parto que, aunque ambos forman parte del sistema de salud pública del Ecuador, reflejan diferencias significativas en la manera en que las estructuras sociales, culturales y de poder influyen en la experiencia del parto. Por un lado, el HGOIA, ubicado en el área urbana de la ciudad de Quito, muestra enfoques de atención biomédicos e intervencionistas, donde el parto es altamente medicalizado y regido estrictamente a protocolos institucionales.

Su larga trayectoria le ha otorgado prestigio y capacidad técnica que han consolidado su importancia en la atención obstétrica, materno infantil y la confianza casi absoluta de las mujeres que reciben atención en este establecimiento, sin embargo, el estudio de su trayectoria también plantea interrogantes sobre la escasa importancia a la humanización del parto, lo que podría dar como resultado la erosión de las estructuras de parentesco y de las relaciones comunitarias en favor de una estructura médica jerárquica y tecnificada.

Por otro lado, en la Casa Intercultural del Parto del Centro de Salud de Loreto, se refleja un modelo de atención híbrido que articula prácticas biomédicas con sabiduría ancestral kichwa. En este espacio el papel de las parteras podría ser considerado “de apoyo” o secundario, sin embargo, en el contexto demográfico local, la presencia de las parteras en la atención del embarazo, parto y posparto resulta clave, principalmente para las mujeres indígenas.

La atención de las parteras ofrece a las mujeres kichwa la posibilidad de sentirse en conexión con su propia historia y cultura, los conocimientos ancestrales de las parteras se manifiestan en prácticas como el uso de medicina tradicional, la corrección de la posición del bebé en el vientre de la madre y la promoción del parto en posición vertical y del apego inmediato madre-hijo/a. No obstante, la experiencia y conocimiento profundo de las parteras, su rol se encuentra subordinado al poder institucional y los discursos médicos hegemónicos.

Ambos contextos permiten observar como el parto se configura no sólo como un evento biológico, sino también como un espacio de reproducción y negociación de estructuras de

poder, saberes y relaciones. La capacidad del sistema de salud para integrar y valorar la diversidad cultural es un aspecto central en la construcción de experiencias de parto que fortalezcan vínculos comunitarios y lazos de parentesco. Sin embargo, los testimonios de las parteras y sus prácticas en la Casa Intercultural del Parto evidencian que, aunque se han dado pasos importantes hacia la interculturalidad aún persisten barreras y desigualdades que enfrentan las mujeres en las áreas rurales.

Este capítulo es importante para responder la pregunta de investigación porque permite analizar el parto más allá de su dimensión puramente biológica, mostrando que las particularidades de cada contexto donde este sucede modifican el desarrollo y la significación de este proceso fisiológico. Es así como, la contextualización de los escenarios donde ocurrió mi parto y el de Nina, permite identificar las similitudes y diferencias de cada proceso para revelar su contribución a la construcción o destrucción de estructuras sociales y relaciones comunitarias.

Además, el análisis comparativo de estos dos contextos muestra como el parto se convierte en un campo de tensiones entre modelos biomédicos institucionales y saberes ancestrales, donde las estructuras jerárquicas y las relaciones de poder en torno al conocimiento médico profesionalizado pueden desplazar o subordinar las prácticas tradicionales. Esta dinámica tiene un impacto directo en la forma en que se fortalecen o debilitan las relaciones de parentesco y los lazos comunitarios, revelando que el parto también es un hecho social que refleja y, a su vez, moldea las dinámicas de poder, las lógicas de relacionamiento e inclusive los sentires colectivos.

Capítulo 3. Antropología del parto

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la acción de parir como: “dicho de una hembra vivípara: expulsar naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientre” (2024). Expulsar naturalmente, no es una frase en las que pienso cuando recuerdo mi parto o el parto de Nina, pesé a las marcadas diferencias en cada experiencia, no considero a ninguno como la expulsión de nuestros hijos, y en mi caso particular tampoco considero que este haya sido natural ya que mi parto fue una cesárea programada, entonces, según esta definición ¿yo no parí?

En este capítulo narraré detalladamente nuestras historias de parto, con el objetivo de demostrar que, a pesar de las anticuadas definiciones oficiales, el parto es mucho más que una acción biológica, que trasciende el hecho elemental de las contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cuello uterino y la vagina hasta quedar fuera del cuerpo de la gestante, cuyos únicos participantes parecen ser la madre y el hijo/a.

Al contrario, argumento que el parto es un proceso muchísimo más complejo que varía su forma, desarrollo, participantes y prácticas dependiendo del contexto donde sucede; pero más allá, trataré de demostrar que el parto es un acontecimiento creador o destructor de lógicas de parentesco y que además es una forma de *communitas* capaz de envolver a todo un colectivo en una sensación casi mágica donde prima el sentido de igualdad y solidaridad.

3.1. Consideraciones metodológicas

La metodología de esta tesis tiene un enfoque íntegramente cualitativo, con un fuerte componente etnográfico, auto etnográfico y de análisis del contenido. La combinación de estos métodos de investigación me permite explorar las experiencias del parto desde diferentes contextos y desde diferentes enfoques, incluyendo la mirada sobre mi propia vivencia, con el objetivo de que esta multiplicidad de perspectivas logre construir una visión plural y profunda sobre mujeres diversas pariendo en distintos escenarios, pero bajo la misma normativa sanitaria.

La etnografía es una metodología de investigación que busca describir y comprender las culturas o grupos sociales desde dentro, por medio de la perspectiva de sus propios actores sociales, para esta investigación realicé trabajo etnográfico, siguiendo la “descripción densa” de Geertz (1987) intenté capturar no sólo los hechos observables en la Casa Intercultural del Parto, sino también traté de atender el contexto, las emociones de las mujeres parturientas, las

intenciones del personal médico y de las parteras, los hechos significativos o que parecían culturalmente importantes y las sensaciones colectivas alrededor del parto.

De esta forma he intentado superar la descripción superficial y obvia para buscar estructuras complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares y no explícitas (Geertz 1987, 24), siguiendo a este autor, intenté durante mi trabajo etnográfico captar las estructuras conceptuales que determinaban hechos específicos en el proceso del parto, para luego tratar de explicar sus significados.

Como parte del método etnográfico, realicé dos entrevistas no estructuradas a Beatriz Papa, una partera kichwa de casi 70 años que trabaja a tiempo completo en la Casa Intercultural del Parto y quien es una de las fundadoras de la Asociación de Parteras de la OCKIL. Estas entrevistas se centraron en explorar la historia de vida de Beatriz como partera y construir una narrativa del funcionamiento de este establecimiento de salud a través de sus propias reflexiones sobre su labor y la relación con el personal médico profesional como doctores y enfermeras. Las entrevistas fueron grabadas con su consentimiento, y posteriormente fueron transcritas para ser estudiadas y analizadas.

Cabe mencionar que, las entrevistas a Beatriz se desarrollaron durante su turno de atención en la Casa Intercultural del Parto, siendo esporádicamente interrumpidas por circunstancias relacionadas a su ocupación, no obstante, esto me permitió presenciar de cerca su actividad y relacionamiento con otros actores sociales. La segunda entrevista fue inesperadamente interrumpida por el arribo de Nina, una joven mujer que ingresó de emergencia ya que se encontraba en trabajo de parto, de esta forma tuve la afortunada oportunidad de presenciar la preparación para su parto, el proceso del parto y la atención posparto; lo cual me permitió observar de cerca los procedimientos y la interacción entre la joven, su acompañante, el personal de salud y las parteras, así como capturar dinámicas cotidianas y normalizadas en la atención mixta del parto. Para documentar esta experiencia antropológica de forma detallada tomé notas de campo, fotografías de las distintas áreas de este establecimiento de salud y fotografías del proceso del parto, con el consentimiento del personal de salud y de Nina.

Para la descripción y análisis de la experiencia de parto en el contexto de la ciudad, específicamente en el HGOIA, utilicé el método de autoetnografía, Si bien mi primer impulso fue realizar etnografía de una tercera mujer, rápidamente me di cuenta de que yo misma había pasado por una de las experiencias que buscaba describir, y que de hecho fue esta vivencia la que me transformó y fijó mi interés en el parto y su significado.

Hacer autoetnografía me llevó a realizar un ejercicio de memoria muy exhaustivo e intenso para (re)construir la historia de los días previos, durante el parto y los días posteriores al nacimiento de mis guaguas, con el propósito de construir una narrativa que exceda lo meramente descriptivo, buscando otorgar significados a mi experiencia que, de otro modo, quedaría oculta bajo el velo de lo íntimo y personal. En las etapas pre y post parto no me imaginaba que en el futuro me interesaría este tema desde una perspectiva académica, ni que este sería mi trabajo de tesis, por lo tanto, en estricto sentido no tengo notas de campo, Sin embargo, para rescatar mis recuerdos, además de apelar a la memoria, he revisado el archivo de las conversaciones que mantuve con familia y amigas en ese periodo de tiempo, así como las fotografías y autorretratos tomados durante mi hospitalización y adicionalmente, he examinado mi historia clínica del HGOIA.

De acuerdo con el académico José Martín, la autoetnografía como método cualitativo ofrece una manera de “dar voz a la experiencia personal con el fin de ampliar la comprensión de lo sociológico, con un programa metodológico que desafía las expectativas y las convenciones formales de la producción de conocimiento de la academia” (2017, 136). Precisamente en esta definición se enmarca esta investigación, que pretende comprender cómo sucede y qué significa el parto para un colectivo en un contexto determinado, a través de la exposición de mi propia intimidad.

Además de la etnografía y la autoetnografía, realicé análisis de contenido de la normativa ESAMyN, organicé su contenido para identificar los componentes y pasos que exige la norma que sean cumplidos en todos los establecimientos de salud que ofrecen atención del embarazo, parto y posparto, con el objetivo de contrastar el cumplimiento de esta norma técnica con los procedimientos llevados a cabo tanto en el HGOIA como en la Casa Intercultural del Parto, y con este análisis evaluar si, a través de las experiencias y sentires de las propias pacientes, la certificación ESAMyN garantiza un parto digno y feliz.

La elección de un enfoque cualitativo se justifica por la naturaleza misma del fenómeno estudiado. El parto, como experiencia vivida, cargada de emociones, significados y relaciones sociales, no puede ser comprendido en su complejidad a través de métodos cuantitativos o instrumentalistas. Las preguntas de investigación que guían esta tesis requieren sumergirse en las narrativas, en las corporalidades, en las formas de vinculación y en los afectos. La etnografía y la autoetnografía permiten precisamente ese acercamiento situado, encarnado y sensible que la investigación demanda. Como señala Clifford Geertz, la labor del etnógrafo no es simplemente recopilar datos, sino interpretar significados desde dentro, y en este caso, las

historias del parto solo adquieren sentido si son leídas desde la experiencia vivida y la perspectiva de quienes la atraviesan.

Asimismo, incorporar la autoetnografía no fue únicamente una decisión metodológica, sino también epistemológica y ética. En un campo de estudio históricamente dominado por discursos médicos, científicos y masculinos, la decisión de narrar mi propia experiencia constituye un acto de posicionamiento feminista y de ruptura con las jerarquías tradicionales del conocimiento académico. Al escribir desde el cuerpo que parió, desde la herida y desde la memoria, esta investigación reclama la legitimidad de los saberes encarnados y cuestiona la distancia objetiva como único criterio de validez.

En resumen, la metodología empleada en esta tesis, que combina etnografía, autoetnografía y análisis de contenido, resulta muy útil para abordar la investigación desde una perspectiva plural y holística. Esta integración de métodos me permitió profundizar en las experiencias de parto, superando lo descriptivo para ofrecer una mirada compleja y matizada de los contextos y los actores involucrados. La etnografía, a través de la descripción densa, me permitió captar tanto los hechos observables como las emociones, intenciones y significados culturales que rodean el parto, mientras que la autoetnografía aportó una dimensión íntima y personal que enriquece el análisis antropológico.

Adicionalmente, el análisis de contenido de la normativa ESAMyN me proporcionó un marco de referencia técnico que posibilitó evaluar si los procedimientos y experiencias de parto se alinean con los estándares de bienestar y dignidad. En conjunto, con esta metodología pretendí abandonar la mirada biologicista del parto para abordarlo como un proceso social, culturalmente cargado de significados, capaz de construir o desafiar las estructuras sociales y las formas de relacionamiento comunitario.

3.2. Auto etnografía: mi historia

Mi cuerpo como contenedor: tres corazones, seis pulmones, tres cerebros, seis ojos, tres bocas, seis orejas, sesenta dedos, doce extremidades.

— Nicole Cevallos

A continuación, voy a narrar mi propia historia de parto, que empieza en noviembre del 2021, cuando fui ingresada en el HGOIA con 35 semanas de gestación, llevando a costas un embarazo gemelar biamniótico bicorial es decir que, cada feto tenía su propia placenta y bolsa amniótica. Un embarazo que siempre fue de riesgo, que siempre fue difícil.

Aquel día, recuerdo ingresar sola a ese gran hospital, por la puerta que sentenciaba “EMERGENCIA”, asustada y con la melancolía de voltear y ver quedándose fuera a mis familiares, eran tiempos post pandemia, el Covid-19 había obligado a los hospitales a tomar medidas sobre distanciamiento social muy estrictas y estas medidas se reflejaban en la soledad de las pacientes en la maternidad. Aún siento la mirada molesta de las enfermeras porque nunca antes me había hecho atender ahí, recuerdo la lentitud con la que todo sucedía, el hambre, el calor y el dolor el constante dolor, el dolor mi eterno compañero de embarazo.

De la doctora que me atendió en esta área, recuerdo su desagrado y cara de asco, cuando con sarcasmo me decía que venía "recomendadita", porque el doctor que me atendía en el hospital donde me hicieron los controles de embarazo había llamado a una colega a avisar que iba yo con mi embarazo múltiple e hipertensión gestacional.

Horas después de estar en la sala de espera, me llamaron por mi nombre, entré en una pequeña habitación, el rostro inexpresivo de la obstetra, la bata reutilizada, sus palabras: “póngase y recuéstese”, no sabía que pasaría, pequé de primeriza, el primer tacto vaginal, el espéculo de metal frío abriéndose paso entre mis piernas, el dolor intensificado, “no duele tanto” me decía, terminó el procedimiento, saco el frío instrumento y sentenció “no ha dilatado”. Pensé que era obvio, pues no ingresé porque estaba en trabajo de parto, sino como medida preventiva a la preeclampsia. No dije nada, durante las horas de espera me di cuenta de que en ese lugar realmente nadie escuchaba y en ese momento decidí que, mientras estuviera ahí dentro, callaría todas mis dudas, silenciaría todas mis inconformidades y perdería todas las batallas, no tenía fuerzas para reclamar nada, pensaba que lo más fácil sería sólo dejar que todo suceda, que todo me pase por encima, no sabía el daño que me estaba haciendo.

Luego, me subieron al piso de hospitalización, era una gran habitación, al menos unas cien camas llenando largas hileras, de las cuales estaban ocupadas al menos la mitad, con mujeres de diferentes edades, de diferentes colores, con rostros que dibujaban diferentes emociones: algunas felicidad, otras tristeza, muchas miedo y unas pocas tranquilidad, me gustaba esa habitación, se sentía un ambiente de camaradería, a todas nos unía algo: un hijo/a ya sea su llegada, su pérdida o tan sólo su espera. Mi cama estaba cerquita de la única televisión de la sala, supongo que era afortunada por poder ver la telenovela de cerca. Esa noche me sentí cómoda, acompañada y feliz de estar ahí, me sentía cuidada y aquella primera merienda, aún con sal, no estuvo tan mal.

Al siguiente día, temprano en la mañana vino el médico, un hombre alto con canas rodeado de unos cuantos estudiantes de medicina que anotaban velozmente todas sus instrucciones; este doctor recorría cama por cama, hilera por hilera, leía la historia clínica de cada una y hacía un par de preguntas con nulo contacto visual ignorando por completo que éramos mujeres en el umbral de una nueva vida, supongo que, para él, no seríamos más que cuerpos gestantes. Llegó a mi cama, repitió la secuencia de pasos realizados anteriormente y dio órdenes de hacerme un montón de exámenes para determinar nuestro estado de salud.

Para uno de esos exámenes necesitaban una muestra de orina no contaminada, así que iban a tomar la muestra a través de una sonda, ese trabajo lo hacen las y los estudiantes de medicina que practican en este hospital, dos mujeres jóvenes y un joven, no tendrían más de 25 años, el sello de la UIDE¹ brillaba en su bata, me llevaron a un cuarto que más bien parecía un baño demasiado amplio, el intenso olor a cloro invadió mis sentidos, me recosté como pude en la alta camilla, otra vez, y ya con muy poco pudor, abrí mis piernas, múltiples veces mi mamá ya me habían advertido que una se ve obligada a perder la vergüenza cuando va a parir.

Temblando de nervios esperé a que ingrese la sonda, de repente un dolor punzante, intenso, risas nerviosas y escuché: “creo que le metí por el clítoris” más risas, afortunadamente mi panza me impedía ver sus caras, tampoco quería verlas, me sentía humillada, pero era incapaz de decir algo, de quejarme, aunque eran sólo estudiantes menores que yo y aunque normalmente alzaría la voz por mucho menos, no podía hablar, la vergüenza me paralizaba, en mi mente sabía que ese comportamiento no era correcto, sabía que era un tipo de violencia, pero la mujer que estaba acostada en esa camilla no era yo, así que, miré fijamente los azulejos de la pared y esperé a que todo pase tan pronto como sea factible, luego la sonda entró y salió por el lugar correcto, me incorporé con la mirada en el suelo, cargando una vergüenza que no debió ser mía. Mientras abandonaba esa habitación y caminaba por el pasillo hacia mi cama, aún me perseguía el dolor, las risas y la humillación.

En ese momento yo sólo esperaba que me hagan la cesárea lo antes posible y salir de ese hospital, pero después de los exámenes mi diagnóstico no era muy alentador, mi presión muy alta y tenía riesgo de desarrollar preclamsia, además a causa de la hipertensión mi cuerpo se había hinchado tanto que había desarrollado edemas en mis piernas, tanto que moverme era poco posible y doloroso; así que me trasladaron a la habitación I, un cuarto con sólo cuatro

¹ Universidad Internacional del Ecuador.

camas donde me monitoreaban 24 horas, todo el tiempo vigilaban nuestros signos vitales, al menos tres especialistas me visitaban dos veces al día, me prohibieron el consumo sal y azúcar, me prohibieron estar de pie, me prohibieron caminar, durante más de ocho meses pensé que sólo estaba embazada, pero todas esas restricciones, protocolos, vigilancia me dejaron saber que estaba atrapada dentro de un cuerpo enfermo y casi inmóvil.

Así pasaban los días y las noches, así sin poder diferenciarlos, permanentemente adolorida pero aferrada a mi celular y a los mensajes que intercambiaba con mi familia y con mi pareja, diciéndoles que todo estaba bien, enviando retratos con una gran sonrisa, pero apagada y triste por dentro. No reconocía a esa mujer tan apagada y triste, tampoco reconocía a mi cuerpo, mis pies y mis piernas dos gigantes ya desconocidos, no podía ver nada por debajo de mi vientre, mi panza una bomba que amenazaba contantemente con explotar, el ombligo ya lo había hecho, las estrías tenían sus propias estrías, los senos dolorosamente agrandados esperando el momento de entrar en acción, los brazos y las manos hinchadas, pero aun así era la parte del cuerpo que mejor funcionaba, el cuello siempre tenso, la cabeza y el cabello un completo enredo.

Todos los días le pedía al ginecólogo “Doc. Hágame la cesárea hoy, ya no aguanto más”, todos los días la misma respuesta “mamita, por sus hijos aguante un día más”, el doctor decía que esa era la forma de asegurarse de que mis bebés no necesiten cuidados extraordinarios al nacer, pero nadie se preguntaba cómo me sentía, yo ya no quería estar embarazada ni un día más, era insoportable, estar encerrada dentro de ese cuerpo que ya no era mío, era insoportable. Cada día la misma rutina, las luces se encendían al aproximarse las cinco de la mañana, las enfermeras iniciaban el día a esa hora para asegurarse que, para el cambio de turno, a las ocho de la mañana, todo esté listo para que ellas puedan irse sin contratiempos. Su tono de voz, como si estuviéramos en un cuartel: “¡a asearse!”, el agua caliente era una ruleta, nadie sabía la razón exacta de porqué a veces había agua caliente y veces no, pero cuando se corría el chisme de que la había las duchas se atiborraban de mujeres embarazas y recién paridas. Era obligatorio asearse todos los días, aún el día después de la cesárea debí madrugar a tomar la obligatoria ducha matutina con agua fría. Posterior al aseo llegaba una mujer trayendo el insípido desayuno: huevo duro sin sal y avena sin azúcar acompañado de algo de fruta. Luego, esperar las visitas médicas y dejarme ir en todas las revisiones y procedimientos médicos, si me decían que ese día no sería la cesárea y que mis pequeños estaban bien automáticamente me desconectaba y sólo veía moverse los labios de los doctores incapaz de

encontrar sentido a sus palabras, y así así dejaba que terminen los días tratando de escapar del dolor con almohadas bajo mis pies, entre mis muslos y tras mi espalda.

El día del parto, un domingo, mi doctor estaba de descanso por lo que vino una doctora que no había visto antes, le dije las mismas palabras que a diario le repetía al doctor, “doc. ya no avanzo, hágame la cesárea”, su respuesta fue verdadera música para mis oídos y mi alma “hoy le hacemos la cesárea, esta mamita ya aguanta”, empezaron los preparativos, seis horas de espera hasta que desaparezca el desayuno de mi organismo. De repente entró una auxiliar de enfermería con una lavacara y una rasuradora, sin más preámbulo dijo “descúbrase por favor”, hizo su trabajo cual máquina rápido y en silencio, limpió el área, echó un último vistazo y se fue.

Mis compañeras de habitación que ya tenían experiencia en esta operación me llenaban de anécdotas y consejos, recuerdo muy bien las palabras de Grecia: “no te vayas a dormir mientras te pasa la anestesia porque si no te mueres”. Esas palabras encendieron la llama del miedo y me quitaron el sueño no sólo las horas posteriores a la cesárea, sino que la falta de sueño se extendió por semanas durante mi recuperación.

Llegó la hora, a las dos de la tarde me bajaron a quirófano, para ingresar había que pasar por dos salas de preparación, en la primera cambié mi pijama por una bata quirúrgica, en la segunda, inexplicablemente me hicieron arrastrarme boca arriba desde mi camilla hasta la mesa de operaciones, creo que quisieron evitarse la molestia de levantarme, ese día mi peso era de 204 libras, entonces inició el camino hacia el quirófano, recuerdo que el pasillo se me hizo infinito y me distraía mirando las luces intermitentes del techo.

El quirófano, no se parecía a lo que había imaginado, era un cuarto frío tapizado de baldosas, dentro me esperaban unas ocho personas entre la ginecóloga, el anestesiólogo, las enfermeras y los residentes. El miedo y la ansiedad se mezclaban en mí: estaba a punto de conocer a mi hija y a mi hijo, había llegado, ¡era nuestro momento! Pero a nadie ahí parecía importarle eso, tenían sus propios temas de conversación y mi parto era apenas un procedimiento más.

Uno de mis mayores temores era la colocación de la epidural, una gran aguja entrando a mi espalda justo alado de mi columna vertebral parecía doloroso y arriesgado, pero la verdad es que estaba tan emocionada que casi no la sentí, de hecho, pensé que me la habían puesto de forma incorrecta porque no me sentía anestesiada, entonces le dije a la doctora “no vaya a cortarme aún porque aún siento mis piernas”, ella me regresó a ver con una sonrisa en su rostro respondiendo “entonces levántelas”, no pude hacerlo, efectivamente había perdido la

sensibilidad. La doctora y el residente continuaron con su conversación, recuerdo que mencionaron algo sobre los restaurantes que no irían en Quito, mientras yo imaginaba el bisturí cortando las siete capas de mi abdomen y el resto de los instrumentos entrando, moviéndose y saliendo, fue un momento glorioso, la hora había llegado y el dolor al fin se había ido.

Tres cuarenta y cinco nació el Logan, tres cuarenta y seis nació la Ramona, podía escuchar a los doctores comentar sobre el parto gemelar, yo preguntaba ¿están bien? Pero nadie respondía, otra vez ¿están bien? Silencio absoluto, la desesperación me invadía, la enfermera se acercó a mi oído y me dijo “cálmese mamita, están bien”, minutos después que transcurrieron con inhumana lentitud, los acercaron a mi hombro izquierdo, el momento más mágico y feliz de mi vida, ahí estaban, mi pequeño con una tranquilidad sobrecogedora en su mirada y mi pequeña con el ceño fruncido protestando por sacarle de su nido, mis lágrimas eran incontrolables empaparon el gorro quirúrgico quería decirles que les amaba pero era incapaz de pronunciar una palabra, sólo podía continuar mirándolos y grabando sus rostros en mi memoria.

Mientras experimentábamos ese momento de conexión irrepetible e íntimo, se acercaron a nosotros algunos de los miembros del personal de salud y se tomaban fotos con nosotros, sin ningún tipo de sensibilidad, respecto o consentimiento, cuando acabaron de fotografiarnos se llevaron a mis hijos, recuerdo girar hacia una de las enfermeras que tenía el celular en mano y decirle “por favor me pasa la foto, yo estoy en la habitación I”, jamás volví a ver a esa enfermera y cuando pregunté por las fotos nadie me daba razón.

Supongo que luego terminaron la cirugía, no tengo muchos recuerdos de ese lapso. Cuando entré en la sala de recuperación, el gran reloj en la pared marcaba las cuatro de la tarde, la anestesia pasaría en tres horas, mi misión era no dormirme, las voces de la experiencia me habían advertido que si lo hacía me iba a morir. No obstante, estaba tan cansada, pensaba que parir era la línea de meta, mis bebés habían nacido sanos, yo había sobrevivido, quería descansar, pero no podía porque los pensamientos fatales me acechaban, meforcé a mantenerme despierta en contra de la voluntad de mi cuerpo y mi mente; eso y otros factores causaron que no volviese a dormir por casi siete días seguidos.

Como a las siete de la noche me regresaron a mi cuarto, un dolor intenso empezó a aparecer, pero la peor parte era que no tenía noticias de mis hijos, sólo me decían que si no se habían comunicado conmigo era porque ellos estaban bien, me consolaba en el silencio de no tener

malas noticias. A las 11 de la noche llegaron ambos dentro de una cuna de plástico, cada uno envuelto en una manta y aun así parecían estar abrazados, no esperaba que los trajeran esa misma noche, estaba extasiada de tenerlos conmigo pero continuaba muy cansada, como pude me senté en el filo de la cama y uno por uno les puse en mi pecho, tomaron calostro, lo necesario para llenar para llenar sus estómagos del tamaño de una cereza, aun así las enfermeras de turno decidieron que debían “complementar” con biberón, sabía que ese no era mi deseo y aunque meses antes me había preparado para dar lactancia materna exclusiva no reaccioné mientras miraba a las enfermeras introduciendo el biberón en la alimentación de mis hijos.

Al siguiente día, inexplicablemente sentí que el mundo se me venía abajo, madrugué para tomar la ducha matutina, pero aquello apenas fue un remojo, volví a mi habitación, miraba a mis hijos y sentía que no podía más estar sola. Llegó el médico que me había atendido desde mi ingreso en el hospital y me increpó por no haber aguantado que él realice mi cesárea, realmente no me importaba lo que me dijera sólo tenía en mente convencerle de permitir que mi mami entre a ayudarme, así que con lágrimas en los ojos le expliqué lo cansada y triste que me sentía, el doctor aceptó y en menos de una hora mi salvavidas estaba con nosotros. El tiempo era limitado, mi madre me bañó, me vistió, me alimentó y lo propio hizo con sus nietos, sin la presencia de ella en medio de ese mar de sentimientos creo que no hubiera aguantado.

Los días posteriores fueron igual o peor que los anteriores, no me daban de alta por mi estado de salud y porque uno de mis hijos necesitaba fototerapias, pasaba sola con ellos casi todo el tiempo. Más allá de los vaivenes de una madre primeriza con sus crías recién nacidas, sentía una tristeza profunda, no tenía ánimo para levantarme de la cama, incluso a veces me costaba mirar a mis hijos y luego, la culpa, me sentía culpable por no estar feliz y agradecida por su llegada, mi llanto era incontrolable, se iba agudizando mi falta de sueño y apetito, la presión no bajaba, la hinchazón no cedía y estaba estreñida, encargaba a mis hijos a mis compañeras e iba al baño, recuerdo vívidamente estar sentada en el inodoro tratando de pujar mientras sostenía la herida de la cesárea para que no ceda a la presión, sangraba, sentía que mi corazón se salía de mi pecho y pedía que me revisen, al principio me revisaban mis signos vitales eran normales, luego dejaron de revisarme y sólo respondían frases como “estese tranquilita mamita”, “aproveche que sus hijos están durmiendo y descansen”, “no exagere”, algunas veces ante mi insistencia revisaban de mala gana mis signos vitales y volvían a salir normales, yo

empecé a cuestionar mi cordura, mis signos vitales eran normales, pero yo me estaba deshaciendo.

Una tarde entró la doctora que había practicado mi cesárea, yo estaba sentada al filo de la cama con la mirada perdida, llorando sin un aparente motivo, ella me miró y me pidió calma, la miré y por el contrario el llanto se intensificó, empecé a jadear mientras lloraba, sentía que me ahogaba quería gritar todos mis sentires y sentimientos, pero antes que pudiera hacerlo, la doctora me miró y dijo “mamita si no se calma le vamos a pasar al área de psiquiatría y eso no le va a gustar”, el miedo me invadió hasta los huesos, las lágrimas no sólo pararon sino que retrocedieron, los jadeos desaparecieron y sonreí “no doc, ya estoy bien”.

Esta narración del antes, durante y después de mi parto muestra de cerca como la experiencia del parto se presenta no sólo como un proceso biológico, sino también como un fenómeno social, emocional y cultural que, además no se reduce sólo al momento de las contracciones y de la “expulsión del feto”, sino que es una experiencia prolongada donde se manifiestan las particularidades de cada contexto y se construyen determinados significados y vínculos, este tema será abordado con profundidad en el cuarto capítulo.

A continuación, presento la etnografía de Nina, una joven que parió en condiciones completamente diferentes a las mías, con el objetivo de contrastar dos experiencias opuestas y analizar si en este segundo caso el parto también trasciende el hecho meramente biológico.

3.3. Etnografía: tu historia

En mayo del 2024 mientras me encontraba realizando la segunda entrevista a Beatriz Papa, una de las parteras que atienden en la Casa Intercultural del Parto del Centro de Salud de Loreto, llegó Nina, una joven kichwa amazónica que estaba a punto de parir, acompañada por su joven pareja. A las 5:15 de la tarde entró Nina a la sala de espera, sus ojos oscuros llenos de lágrimas buscaban ayuda, al ver a la partera sus primeras palabras fueron “tengo mucho dolor”, la partera la saludó en su idioma natal, la tomó de la mano y la llevó a su pequeño consultorio, acompañada siempre de su pareja. Una vez allí, el primer procedimiento de Beatriz fue colocar la palma de su mano extendida en la cabeza de Nina, casi inmediatamente miró a una segunda partera que acababa de ingresar al consultorio y dijo “va a parir”.

Como parte del protocolo de atención de emergencia del Centro de Salud de Loreto, la partera comunicó la situación de la paciente a la enfermera de turno, así mismo ella se lo comunicó al médico rural, un hombre casi tan joven como la pareja que estaba a punto de conocer a su segundo hijo. Una de las parteras con asistencia de su pareja, ayudaron a Nina a incorporarse

y la llevaron a la sala de partos que quedaba a unos pocos metros cruzando la sala de espera, pero los pasos lentos de la parturienta, los gemidos de dolor y su mirada suplicante, daban la impresión de que ese cruce era infinito. La sala de partos estaba adaptada con instalaciones para atender partos vaginales en distintas posiciones, una camilla obstétrica para hacerlo acostada en posición horizontal, barras empotradas a la pared para parir en cuclillas y en una esquina una larga tela en forma de U enganchada al techo.

Mientras se dirigían a la sala de partos, Beatriz le preguntó a Nina si era su primer parto, ella negó con un breve movimiento de la cabeza y su pareja contestó que ya tenían un hijo que aún era pequeño, Beatriz apretó la mano de Nina y le transmitió confianza asegurándole que ella ya sabía lo que era parir y que la segunda vez es más fácil que la primera, entrando a la sala de partos Beatriz consultó con Nina “cómo quería dar a luz”, la joven sin palabras, miró la tela colgando del techo y dirigió su paso hacia ella, tan pronto como llegó, Nina entrelazó sus manos en la tela y se agarró tan fuerte que se podía ver las venas en sus brazos, parecía como si ella ya supiera que esa posición le ayudaba a gestionar el dolor de cada contracción.

De repente irrumpieron en la sala de partos la enfermera y el médico rural, él parecía estar apurado y molesto cuando empezó a cuestionar a Nina “¿por qué no viniste antes? ¿por qué tardaste en venir? ¿hace cuánto tiempo estás con dolores?”, más que preguntas médicas necesarias para el diagnóstico clínico de la situación o útiles para el parto, estos cuestionamientos parecían un regaño a la joven mujer, creo que Nina escuchó estas preguntas, pero su atención y sus fuerzas estaban enfocadas en un lugar muy lejano a la condescendencia y a la culpa. Al mismo tiempo, a un lado de Nina su compañero con una mano sostenía la mano de la joven y con la otra acariciaba su vientre, y detrás de Nina, Beatriz la sostenía mientras que casi con susurros le transmitía palabras de calma y fortaleza.

El personal médico parecía no existir, sin embargo, ahí estaban haciendo su papel de profesionales de la salud. Frente a un espejo de cuerpo entero, el joven médico rural se colocaba la bata, los guantes, la mascarilla con una paciencia, o lentitud, muy desacorde con la emergencia del parto de Nina, su voz molesta volvió a resonar en las paredes de baldosa “no pujes dame unos minutos” le dijo a Nina sin siquiera voltear a mirarla. Nina agarrada con todas sus fuerzas a la soga luchaba contra su propia naturaleza para no pujar, la partera amorosamente la guiaba en el proceso y acercándose aún más a su oído le calmaba diciéndole “tranquila, tú misma sabrás cuando el pujo grande llega y ahí puja fuerte”; el doctor y la enfermera habían terminado de colocarse su indumentaria médica, ambos se acercaron a la escena, se colocaron frente a Nina y se agacharon casi a sus pies, mientras el médico le daba

instrucciones como “baja el pujo sino te vas a hacer popo” y “no gastes fuerza pujando cuando no debes hacerlo”, la enfermera trataba de determinar cada cuánto sucedían las contracciones, para ese momento eran tan seguidas todos los participantes estaban listos para la fase expulsiva del parto.

Todo lo que sucedió luego, pasó con tal rapidez que no logro detallar cada instante, sólo recuerdo el grito desgarrador de Nina, el médico ordenando en voz demasiado alta que puje, la partera aferrando a la joven contra su pecho como un esfuerzo inhumano para transmitirle sus propias fuerzas, su compañero con la mirada fija en las entrañas de Nina y de pronto el llanto agudo de su hijo. El médico lo recibió en su llegada al mundo, pero daba la sensación de que todas y todos sostenían un pedacito de esa nueva vida, exactamente a las 5:31 de la tarde nació el segundo hijo de Nina, apenas 16 minutos después de su entrada a la Casa Intercultural del Parto.

Por varios minutos el recién nacido permaneció suspendido en las manos del joven médico rural, quien mantenía la mirada en el cordón umbilical mientras la enfermera controlaba su pulso hasta que este dejó de latir. Al fin el médico entregó el hijo a su madre y ya con sus manos libres procedió a cortar el cordón; la segunda partera estaba lista con una silla de ruedas cerca de la escena, cuando hubo terminado el parto la colocó detrás de Nina y ella se desvaneció sobre ella. Nina, su compañero y su recién nacido permanecían envueltos en un profundo abrazo lleno de emoción y lágrimas, suavemente la partera se acercó a Nina y la ayudó a colocar al recién nacido en su pecho para que pudiera tomar su primer bocado de la leche de su madre; la magia se rompió cuando el médico volvió a interrumpir, tomó bebé con una franela azul y lo llevó a una mesita con instrumentos mientras, otra vez con voz demasiado alta, dictaba: “peso: 2500, Apgar: 8.9”.

Por otro lado, yo miraba calma y alivio en los ojos de Nina, Beatriz la empujó la silla de ruedas hasta la habitación de recuperación y el padre permaneció en la sala de partos acompañando la revisión de su hijo, acabados los procedimientos médicos, el joven tomó en brazos a su bebé y lo llevó al otro cuarto junto a su madre, Beatriz realizaba masajes en el vientre de Nina para que “salga toda todo”, mientras la segunda partera iba limpiando a Nina. Aunque había presenciado todo con consentimiento de Nina y de la partera, sentí que era momento de dar la intimidad que estaba esperando la joven familia, salí y me senté en una silla de la sala de espera, minutos después salió Beatriz y se sentó a mi lado, hice un comentario sobre lo afortunada que fui al estar ahí en el momento preciso y pregunté sobre el

estado de Nina y del bebé, ella respondió que estaban bien y listos para ser dados de alto a la mañana siguiente.

Después de recorrer la historia de parto mía y de Nina, puedo asegurar que considerar al parto como: “dicho de una hembra vivípara: expulsar naturalmente el hijo o los hijos que tiene en su vientre” (2024), es una definición extremadamente estrecha y genérica. En ambos casos, aunque distintos en todas las particularidades, el parto es muchísimo más que un hecho biológico; en el primer caso el proceso del parto se extiende por semanas en un hospital y en el preciso momento del nacimiento se hacen evidentes las estructuras sociales que determinan este suceso, pero así mismo se evidencia como la magia del vínculo entre madre e hijos trasciende las lógicas biomédicas e insensibles del parto medicalizado; en el segundo caso el parto aunque fugaz, muestra como el contexto más rural, la presencia de la partera y del compañero de Nina, configuran un ambiente donde es posible identificar lógicas de relacionamiento comunitario y apoyo mutuo. En el siguiente capítulo se aborda teóricamente estas experiencias de parto con el objetivo de sustentar el argumento central y demostrar que, más allá del contexto donde suceda, el parto es un acontecimiento que excede lo meramente biológico y en cambio es un acontecimiento mágico con sus propias implicaciones sociales y culturales.

Capítulo 4. Nuestro parto

Luego de presentar el marco teórico, los diferentes contextos donde se desarrollan las historias y las narraciones detalladas de cada experiencia de parto, este capítulo es una suerte de ensamble del rompecabezas completo, con el objetivo de sustentar el argumento inicial que sostiene que el parto trasciende la concepción puramente biológica de su naturaleza, para descubrirse como un proceso que al mismo tiempo que evidencia también construye (o destruye) estructuras sociales y lógicas de relacionamiento.

Este capítulo está dividido en dos partes, la primera parte es un análisis de las experiencias de parto a la luz de la teoría del parentesco y de la *communitas*, y la segunda parte es un análisis del cumplimiento de la Certificación ESAMyN para descubrir en qué medida de cumple la norma en diferentes establecimientos de salud y cómo esta beneficia o perjudica a los lazos de parentesco y al apareamiento de *communitas* durante el parto.

4.1. Parir, una mirada más allá de lo biológico

Después de repasar dos experiencias de parto que muy poco tienen en común, ya que difieren en el tiempo, espacio, forma y acompañantes, en este subcapítulo se presenta un análisis donde se tejen las conexiones entre la teoría y la experiencia, con el propósito de sustentar porqué el parto trasciende lo biológico para convertirse en un hecho mágico donde se moldean vínculos colectivos y relaciones comunitarias.

Partiendo de mi experiencia en el HGOIA, muestro como el acto de parir involucra múltiples dimensiones que no pueden ser capturadas sólo en términos médicos como contracciones, dilatación, presión arterial o posición fetal. Desde el momento que ingresé sola, separada de mi familia debido a las restricciones de la pandemia, me encontré inmersa en un sistema donde la atención médica parecía enfocarse exclusivamente en mi cuerpo gestante, ignorando mi sentir, mis miedos y mi necesidad de conexión y contención emocional.

La frialdad de las interacciones con el personal médico, la sensación de ser tratada sólo como un “cuerpo enfermo” atrapado en el protocolo clínico y las pequeñas violencias cotidianas, como la falta de empatía en los procedimientos dolorosos y humillantes, reflejan como el parto también está atravesado por relaciones de poder y estructuras de desigualdad. En este contexto, las gestantes no somos únicamente las protagonistas de la experiencia biológica, sino que también somos quienes vivimos la vulnerabilidad de ser vistas como un objeto clínico, despojadas de nuestra humanidad. Esta narración no sólo busca evidenciar que el parto involucra mucho más que el descenso (o expulsión) del feto a través del cuerpo, además

resalta como se convierte en una experiencia emocionalmente compleja, cargada de tensiones entre el cuerpo y la identidad, la vulnerabilidad y el control, el deseo y el deber.

La experiencia en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora refleja muchas de las tensiones que han sido analizadas desde la bioética en la obstetricia. En mi caso, la cesárea fue presentada como la única opción viable para el parto, sin una discusión profunda sobre los riesgos y beneficios de esperar un parto vaginal. Como señala Chervenak y McCullough (2011), en muchos hospitales las cesáreas son vistas como la opción más segura desde una lógica de minimización de riesgos, pero esto no siempre toma en cuenta la experiencia subjetiva de la madre ni la posibilidad de alternativas menos invasivas.

Hall (2013) también discute cómo en casos de preeclampsia la decisión médica suele inclinarse hacia la intervención temprana, incluso cuando la evidencia sugiere que en algunos casos esperar podría ser igualmente seguro. En mi experiencia, la presión para programar la cesárea se presentó como una medida preventiva, pero no hubo espacio para una discusión sobre los tiempos del parto o sobre cómo mi propia voz podía influir en esa decisión. Esto evidencia cómo la medicalización del parto no solo es una cuestión técnica, sino también un dilema ético donde se negocian autonomía, seguridad y protocolos institucionales.

El parto, en su sentido más amplio, trasciende lo natural para convertirse en un evento emocional, social y hasta político donde interactúan múltiples actores, no sólo la madre y sus hijos/as forma parte de este proceso sino también el personal médico, el personal de apoyo del hospital, las familias y los amigos/as. De acuerdo con Lévi-Strauss, las relaciones sociales están estructuradas a través de alianzas y del intercambio, lo que es central en el concepto de parentesco. En las narraciones, el parto se presenta como un evento social que involucra a múltiples actores, este proceso de interacción podría ser interpretado como una “alianza” social en la que los diferentes actores reafirman sus roles dentro del grupo. La decisión de los médicos de proceder con una intervención y los deseos de las mujeres gestantes forman parte de un proceso de toma de decisiones compartido, donde se ponen en tensión las relaciones que se crean durante el desarrollo del parto.

En contextos rurales o comunitarios como en la experiencia de Nina, este relacionamiento puede extenderse no sólo a la familia sino también a la comunidad, como lo sugiere Lévi-Strauss, el parto se convierte en un evento colectivo que requiere el apoyo y la solidaridad de múltiples miembros. En el caso de mi experiencia, aunque el parto es narrado desde un hospital en la ciudad, el intercambio social sigue presente, aunque sea con el personal médico

y, a la distancia, la familia como partes clave de las relaciones sociales, reflejando una estructura subyacente al parentesco.

Entonces, en ambas narraciones se observa la implicación de varios actores donde cada uno juega un rol específico que construye y refuerza las alianzas dentro de una estructura social y/o familiar, estas alianzas son cruciales porque permiten la reproducción y la continuidad social, es así que el parto involucra una red de intercambios simbólicos y prácticos que determinan estructuras de parentesco.

Por ejemplo, el papel del médico va más allá de una función técnica, en la primera narración el médico decide realizar una cesárea, lo que indica que está tomando una decisión en nombre de la madre. Este acto no sólo representa una intervención médica, sino un intercambio de confianza y responsabilidad entre el personal médico, la mujer gestante, los hijos y la familia. Lo que podría entenderse como un intercambio simbólico: el médico ofrece su conocimiento y capacidad para intervenir, mientras que la madre confía en él, estableciendo una alianza implícita que forma parte de la estructura social del parto.

El parto y el nacimiento también implican alianzas dentro del núcleo familiar, en la narración de Nina, la presencia de su pareja como de la partera muestra a dos figuras que ocupan roles distintos pero complementarios; mientras que el parentesco tradicionalmente organiza las relaciones en torno a vínculos biológicos y roles de cuidado, el parto aquí es un espacio donde se reconfiguran esas relaciones, la participación activa del padre del bebé en el proceso, su preocupación y su apoyo emocional, refuerzan los lazos de parentesco de una manera que va más allá de la simple procreación. De otra forma, en la primera narración, aunque la familia y el padre no estaban presentes físicamente durante el parto, su acompañamiento y contención virtual también permitieron que se refuercen alianzas familiares. Cualquiera de las dos formas de relacionamiento durante el parto puede interpretarse como un reforzamiento de las alianzas matrimoniales y familiares, que aseguran la cohesión del grupo y su continuidad en el tiempo.

En el caso de Nina, este reforzamiento resulta mucho más significativo, ya que el padre no está simplemente observando el nacimiento, sino que está participando en la creación de un nuevo miembro de la familia, lo que fortalece su vínculo con la madre y con el recién nacido. En términos de las relaciones de parentesco y la medicalización del parto es interesante observar como el médico rural y la enfermera, a pesar de ser figuras de autoridad médica, no logran crear la misma conexión con Nina que su pareja y la partera. Esta tensión entre la autoridad biomédica y el cuidado tradicional y comunitario señala las fracturas en las formas

de parentesco y apoyo que surgen en entornos medicalizados; mientras que el médico intenta ejercer control sobre el proceso del parto a través de críticas e instrucciones, es la partera quien facilita la relación más horizontal y emocionalmente sintonizada con la mujer parturienta, permitiendo que Nina se sienta apoyada en el proceso, en lugar de subordinada a una estructura médica jerárquica y violenta.

En contextos tradicionales, Lévi-Strauss observó cómo las ceremonias y rituales fortalecían las alianzas sociales dentro de las comunidades. Aunque el escenario en las narraciones son establecimientos de salud más o menos modernos dependiendo del contexto, aún se pueden definir las estructuras de intercambio y cooperación que este autor describió. Los hospitales y centros de salud, al igual que una comunidad tradicional, son espacios donde diferentes actores intercambian conocimiento, decisiones y emociones, en un proceso que supera la salud física y mental para convertirse en un garante del fortalecimiento de las redes sociales.

Las narraciones mencionan como los médicos, enfermeras y parteras intervienen en momentos clave, aparentemente facilitando el parto a través de sus conocimientos médicos, mientras que las mujeres gestantes aceptan estas intervenciones como parte de la estructura institucional. Este intercambio, aunque no involucra objetos físicos, sí es un intercambio simbólico de confianza, conocimiento y cuidado similar a los rituales en sociedades más tradicionales que Lévi-Strauss describió. Por eso cuando, sobre todo en contextos medicalizados, las relaciones se vuelven automatizadas, frías y descuidadas, las alianzas se rompen, debilitando las relaciones de parentesco que sostienen a una red social.

Lévi-Strauss también destacaba como los eventos sociales, al observarse de cerca, revelan estructuras subyacentes que guían las interacciones humanas, en las narraciones, cada parto se convierte en un evento social que sigue patrones específicos, como la toma de decisiones médicas, el acompañamiento emocional o la normalización de la violencia obstétrica, todos estos aspectos conforman un ritual institucionalizado que sigue un esquema estructural, ya que los roles de cada participante están predeterminados y se cumplen de acuerdo con un patrón socialmente aceptado.

Entonces, desde la perspectiva del parentesco según Lévi-Strauss, el parto no es sólo una experiencia biológica, sino una representación social estructurada que refuerza o debilita los lazos sociales a través de la interacción de sus participantes. Aunque las narraciones ocurren en entornos modernos, el parto sigue siendo un evento ritualizado donde los actores participan en un sistema estructurado, tal como ocurre en las ceremonias tradicionales analizadas por

este autor; los roles, las decisiones, las acciones reflejan estructuras subyacentes que organizan las relaciones y los intercambios sociales.

Así mismo, Sahlins introduce el concepto de parentesco como una construcción social y afectiva, en la segunda narración, el papel de la partera y del padre durante el parto, su preocupación y expectativa de involucrarse activamente en el proceso refuerzan la idea de “mutualidad del ser”, es decir, la conexión transpersonal que los individuos mantienen entre sí. En ambas historias, aunque estos actores ni el resto de los familiares son los que paren, están profundamente implicados emocional y afectivamente en la experiencia del parto, lo que muestra cómo se expande el concepto de parentesco a ser una relación especial que se sostiene en la participación mutua en la vida de otros.

En las narraciones del parto, esta “mutualidad del ser” es evidente en la relación entre las madres y sus redes de apoyo: pareja, familiares, partera e incluso personal médico, quienes participan más o menos activamente en el proceso del nacimiento. Aunque el parto indudablemente es un acto biológico, la interacción de la mujer gestante con el entorno reflejan la construcción de un parentesco basado en las relaciones afectivas y de cooperación, esta interacción es un ejemplo de cómo el parentesco se configura a través del relacionamiento y del cuidado mutuo y no sólo por el hecho de compartir un vínculo genético con el recién nacido.

Sahlins enfatiza que el parentesco se construye a partir de experiencias compartidas y del compromiso emocional en la vida del otro, el nacimiento como cúspide del parto no sólo introduce un nuevo ser a la familia y a la sociedad, sino que refuerza y transforma las relaciones existentes. En la primera historia, el hospital, el personal médico y su estructura institucional, también se muestran como parte de la red relacional que rodea a la mujer gestante, la interacción con los médicos y el resto del personal de apoyo, que toman decisiones y brindan cuidados durante el parto, es un indicio de que el parentesco no está limitado a los familiares de sangre, sino que también incluye a aquellas personas que contribuyen a asegurar el bienestar de la madre y el hijo/a.

En teoría, el personal médico, a pesar de no tener un vínculo de sangre con la madre y el hijo/a, es un actor crucial en la red relacional ya que está interviniendo en un momento crítico, según Sahlins, este tipo de intervención forma parte de la construcción de parentesco porque se basa en la mutualidad del ser: el bienestar de la mujer gestante se entrelaza con el apoyo y

el cuidado brindado por los médicos, entonces este tipo de relaciones sociales se convierten en una manifestación de parentesco relacional durante el parto.

Sin embargo, en la primera narración se podría considerar que el contexto altamente medicalizado y automatizado del HGOIA tiene un efecto contrario sobre las relaciones, donde el personal médico considera al parto como un evento meramente médico, como un procedimiento de rutina, como una cifra más; mientras que, el aislamiento de la paciente también se convierte en una barrera para que la pareja y la familia puedan tener una experiencia mutua con la madre y el recién nacido/a y por lo tanto, en este caso el evento del parto podría no tener un efecto fortalecedor sobre los lazos de parentesco.

Por el contrario, en la segunda narración, donde resalta la presencia de la partera y de la pareja de Nina, si se manifiesta la “mutualidad del ser”, pues ellos, apartados de una lógica medicalizada y automatizada, ofrecen genuino cuidado mutuo al otro, contrariamente a la experiencia en el HOGOIA, podría considerarse que, en la Casa Intercultural del Parto la experiencia compartida del parto si fortalece las redes de relacionalidad.

A propósito de la construcción del parentesco sin dependencia de la biología, cabe recordar que Sahlins desarrolló estas ideas en el estudio de sociedades indígenas como los grupos amazónicos, región donde está situada la Casa Intercultural del Parto de Loreto. En estas sociedades, la relacionalidad se basa en la convivencia, el compartir experiencias y la colaboración mutua, mientras que los lazos de sangre tienen un papel secundario, por lo tanto, estas particularidades son más visibles en el caso de Nina, ya que su proceso de parto humanizado, respetado y acompañado hizo posible el fortalecimiento de los lazos de parentesco no sólo a nivel familiar (con su pareja) sino también a nivel de la sociedad (con la partera, el personal médico e incluso el sistema de salud como institución).

En este caso, el personal de salud y la partera acompañan a la mujer en la decisión de parir en posición vertical y la guían en el proceso, de esta forma se vuelven parte de la red relacional que se construye alrededor de la mujer gestante. Al proporcionar cuidados respetuosos con los deseos de la madre se fortalecen los lazos de cooperación y confianza mutua, así estos actores contribuyen de manera esencial a la experiencia del parto, lo que refleja la visión de Sahlins de que una experiencia crítica como el parto se define por las relaciones afectivas y sociales que surgen de la interacción y la participación mutua.

Otro aspecto importante en el análisis de este autor es cómo el parentesco se expande a medida que las relaciones sociales y afectivas continúan después de eventos como el

parto/nacimiento. En la narración de ambas historias el proceso no termina con el nacimiento del bebé, sino que se extiende hacia el cuidado posparto, donde el personal médico, el padre y los familiares continúan jugando un rol fundamental en el bienestar de la madre y del recién nacido/a. Este cuidado compartido, también es una manifestación de como el parentesco se construye y fortalece a través de la “mutualidad del ser”, ya que todos los actores involucrados continúan contribuyendo a una causa en común.

No obstante, cada historia posparto tiene sus particularidades, en el primer caso los cuidados después del parto estuvieron a cargo del mismo personal de salud, donde se mantuvieron lógicas medicalizadas ajenas al deseo y sensibilidad de la madre, como la subestimación de los sentimientos de ansiedad, tristeza y culpa de la mujer o la intervención en el vínculo madre-hijo/a con la introducción no consentida de biberón, entonces el rol del personal de salud no contribuye a una causa común sino a un comportamiento individual o a un protocolo médico.

Por el contrario, en la segunda narración, aunque el posparto es brevemente descrito, si se puede vislumbrar que tanto la partera como la pareja de la mujer son parte de la “mutualidad del ser”, la partera porque asegura la creación y fortalecimiento del vínculo madre-hijo propiciando el contacto piel con piel y la lactancia materna, y su pareja al ser un soporte tanto físico como emocional, ocupándose de las actividades de aseo y cuidado posparto y validando los sentimientos de la parturienta. En cuanto al personal de salud, se observa que en esta etapa se rigen a los protocolos institucionales, después de asegurarse del bienestar físico de la madre, se concentran sólo en el recién nacido y en los valores de interés médico, dejando de lado su participación activa en la creación de vínculos.

En la misma crítica a la consanguinidad, Schneider introduce el concepto de construcción cultural para entender el parentesco, para este autor el parto no sería sólo un evento biológico sino principalmente un evento social profundamente infundado de significados culturales, donde las prácticas y los rituales del parto, como la preparación de la mujer o la posición para parir, son parte de un entramado cultural que define como se experimenta este evento particular a cada contexto, ya sea en un escenario hospitalario en una ciudad, o en una casa de partos en la comunidad. En el caso de la primera historia, las prácticas médicas que rodean al parto hospitalario, como la intervención quirúrgica o la presencia del equipo médico, pueden ser interpretadas como expresiones culturales particulares a los sistemas de salud institucionalizados, las decisiones médicas y las relaciones que se forjan entre el personal

médico y la mujer son representaciones de parentesco-no biológico, definidas por el rol social que cada actor juega en este proceso.

Aunque en este caso el foco parece estar en el proceso físico y médico del parto, también se identifican elementos propios de un fenómeno social, por ejemplo, la relación de poder que se construye entre el personal médico sobre la mujer puede modificar las expectativas de parto de la mujer y reforzar ideas negativas del parto medicado. Para Schneider, este tipo de relaciones son culturalmente específicas y varían en función de los símbolos y las normas que una sociedad adopta. En este sentido, el HGOIA se convierte en un escenario donde se manifiestan normas culturales y sociales sobre cómo debe ocurrir un parto y quienes están autorizados a estar involucrados, desde la perspectiva de Schneider, el parentesco se construye en función de estas normas sociales y el hecho de que el personal médico intervenga y tome decisiones sobre el cuerpo de la madre no indica la falta de relaciones de parentesco sino la construcción de parentesco más allá de lo biológico.

En el caso de la segunda historia, es más evidente el entramado cultural kichwa que define la experiencia del parto, del nacimiento y las relaciones de parentesco, el evento del parto de Nina no puede ser entendido únicamente como un proceso fisiológico, sino como un momento profundamente influenciado por las creencias, los saberes y las prácticas culturales propias de su comunidad, combinadas con la intervención biomédica de un contexto que, al igual que el HGOIA, es institucional. Este cruce de tradiciones y enfoques refleja el tipo de parentesco simbólico que Schneider propone: uno definido por las prácticas y significados culturalmente construidos. La interacción entre Nina y la partera, por ejemplo, refleja una relación de parentesco simbólico y afectivo que trasciende la consanguinidad, Beatriz no sólo proporciona cuidados físicos, sino que actúa como mediadora cultural, utilizando el idioma y las prácticas tradicionales kichwas para sostener emocional y espiritualmente a Nina en un momento de vulnerabilidad, este tipo de vínculo encarna lo que Schneider describe como un sistema cultural de parentesco, donde las relaciones se establecen por la interacción y el acompañamiento en un momento ritual y liminal como el parto.

El médico rural, por otro lado, representa la intervención institucional y biomédica, caracterizada por un enfoque más mecanizado del proceso del parto, donde las instituciones, protocolos y procedimientos médicos son dominantes. La insistencia del médico en controlar el ritmo del parto de Nina, en lugar de permitir que ella responda a su propio cuerpo, pone en manifiesto la ficción entre dos sistemas culturales de cuidado: el comunitario y simbólicamente relacional, representado por la partera, y el biomédico, que a menudo impone

un régimen más jerárquico y basado en la autoridad médica. Sin embargo, lo que también es interesante es como ambos sistemas, aunque en tensión, coexisten en un contexto intercultural, la Casa Intercultural del Parto actúa como un espacio donde estas dinámicas se entrecruzan, y aunque hay momentos de imposición médica, el relato subraya que el parto sigue siendo una experiencia profundamente cultural para Nina y su compañero; la forma en que Nina elige parir, agarrándose a una tela, es una expresión de su agencia cultural, una manera de conectar con prácticas que, aunque no médicas, son significativas para su propio manejo del dolor y su tránsito hacia la maternidad. En este contexto, el parentesco no sólo se manifiesta en la llegada del nuevo ser al mundo, sino también en cómo los distintos actores intervienen en el proceso del parto, reforzando la construcción de redes afectivas y culturales que, más allá de lo biológico, dan forma al parentesco en un sentido mucho más amplio.

La evolución de la obstetricia y la consolidación del modelo biomédico han tenido un impacto directo en la manera en que se vive el parto en diferentes contextos. En el HGOIA, la atención obstétrica sigue un modelo estandarizado que prioriza el control médico sobre la experiencia de la mujer. Este enfoque es heredero de siglos de desarrollo obstétrico donde la seguridad y la eficiencia han primado sobre la autonomía de las parturientas. En este contexto, prácticas como la cesárea programada, la separación madre-hijo/a inmediata y la restricción del acompañamiento durante el parto son justificadas como medidas de prevención, aunque muchas veces terminan limitando la agencia de las mujeres en su propio proceso de parto.

En contraste, en la Casa Intercultural del Parto de Loreto, la atención al parto responde a un modelo mixto que busca equilibrar la biomedicina con las prácticas ancestrales kichwa. Aquí, aunque la intervención médica está presente, las parteras juegan un rol fundamental en el acompañamiento del embarazo y el parto, asegurando que las mujeres tengan mayor control sobre su proceso de dar a luz. Sin embargo, la jerarquía biomédica sigue presente en estos espacios, evidenciando que la disputa entre diferentes modelos de conocimiento continúa vigente en la atención obstétrica contemporánea.

Estas diferencias muestran cómo la historia de la obstetricia y la consolidación de la biomedicina han moldeado las experiencias de parto de manera desigual. Mientras que en los hospitales urbanos el parto ha sido medicalizado hasta el punto de convertirse en un procedimiento altamente controlado, en los contextos comunitarios sigue existiendo una resistencia a esta medicalización, aunque no sin conflictos. Esta tensión entre la biomedicina y las prácticas tradicionales no solo es una cuestión de atención médica, sino también una

manifestación de relaciones de poder que determinan quién tiene el control sobre los cuerpos de las mujeres en el momento del parto.

La diferencia entre las experiencias de parto en el HGOIA y la Casa Intercultural del Parto de Loreto no es solo una cuestión de acceso a recursos o enfoques médicos, sino también una manifestación de la disputa entre saberes biomédicos y conocimientos ancestrales. Como argumenta Sousa Santos (2011), la biomedicina no solo ha monopolizado la atención del parto, sino que ha operado como un mecanismo de exclusión epistémica, donde las prácticas de parteras indígenas son vistas como inferiores o carentes de validez científica.

En el HGOIA, mi experiencia reflejó una estructura donde las decisiones médicas eran impuestas sin mayor consulta, priorizando la lógica del control sobre la autonomía de la parturienta. En cambio, en la Casa Intercultural del Parto, aunque la biomedicina sigue presente, las parteras cumplen un rol activo en la atención, lo que permite que el parto sea un proceso donde la mujer tiene mayor agencia. No obstante, como señala Smith (1999), incluso en espacios que buscan integrar prácticas ancestrales, el conocimiento biomédico sigue ocupando una posición de poder, evidenciando que la lucha por la descolonización del parto no es solo médica, sino también epistémica.

En este sentido, esta tesis no solo argumenta que el parto es un evento social y relacional, sino que también expone cómo la manera en que lo entendemos ha sido históricamente moldeada por relaciones de poder que han privilegiado ciertos saberes sobre otros. Si el parto ha sido reducido a un evento meramente biológico, no es porque así sea "naturalmente", sino porque la colonialidad del saber ha impuesto esa visión como la única legítima.

En síntesis, las dos narraciones analizadas en este capítulo evidencian que el parto, lejos de ser un acto meramente biológico, constituye un evento profundamente social, cultural y relacional. A través de las experiencias vividas tanto en un hospital urbano altamente medicalizado como en un centro intercultural en la Amazonía, se revela cómo los vínculos, las emociones y los roles de quienes acompaña, o están ausente, durante el parto configuran estructuras de parentesco y alianzas sociales que trascienden lo fisiológico. La teoría del parentesco estructural de Lévi-Strauss, la "mutualidad del ser" de Sahlins y el enfoque cultural de Schneider permiten comprender cómo se articulan estas relaciones en contextos diversos, mostrando que el nacimiento no solo introduce a un nuevo ser en el mundo, sino que transforma, refuerza o fractura las relaciones existentes entre los actores que lo rodean.

Así, este capítulo reafirma que el parto es un momento liminal donde se manifiestan y reconfiguran estructuras sociales, afectivas y epistémicas. Las alianzas entre mujeres, parteras, parejas y personal de salud no solo impactan la experiencia inmediata del nacimiento, sino que también tienen implicaciones duraderas en los lazos familiares y comunitarios. Reconocer el parto como un evento relacional, cargado de significados culturales y atravesado por relaciones de poder, es clave para proponer modelos de atención respetuosos, interculturales y feministas, que devuelvan a las mujeres el derecho a parir con dignidad, agencia y cuidado mutuo. En última instancia, comprender el parto desde esta perspectiva amplia permite cuestionar los modelos hegemónicos que lo han despojado de su riqueza humana y recuperar su potencia como acto colectivo, político y transformador.

4.2. Parir, una forma de communitas

En este subcapítulo presento un análisis de ambas etnografías a la luz de la teoría de la communitas, con el objetivo de reforzar la tesis de que el parto no es sólo un evento biológico, pero que en este caso también es una forma de comunidad espiritual que se produce entre personas que comparten una experiencia fundamental. El enfoque de Edith Turner sobre la communitas ofrece un marco teórico valioso para analizar las dos experiencias de parto, primero porque la communitas se trasmite a través de historias como las contadas anteriormente, y segundo porque la communitas es un estado de conexión profunda que emerge en situaciones de liminalidad, es decir, en momentos de transición o crisis en los que los participantes están fuera de las estructuras sociales convencionales, el parto es un ejemplo perfecto de este momento liminal. Además, el parto, especialmente en un contexto compartido, puede entenderse como un rito de paso, donde las mujeres no sólo comparten un espacio físico en común, sino una experiencia definida no sólo por su condición de embarazadas sino por la vulnerabilidad compartida que atraviesan juntas.

El concepto de communitas que propone Turner, sugiere un vínculo profundo y trascendental entre estos participantes, donde los individuos experimentan una sensación de unidad y pertenencia. Esta communitas emerge en situaciones donde las jerarquías sociales se disuelven momentáneamente y las personas se reconocen en una igualdad existencial, esta categoría se puede entender como un estado espiritual, un fenómeno que trasciende lo material y conecta con las personas en un nivel emocional y simbólico, generando una sensación de fraternidad y pertenencia. En la primera historia se observa una dualidad en la experiencia de la protagonista, en la que me confronto con la despersonalización del sistema médico, pero también identifiqué momentos de communitas. Por un lado, en la narración se

evidencia que me siento ignorada, invisible y despojada de mi dignidad por parte del personal médico, las interacciones con los profesionales de la salud reflejan un proceso de deshumanización y violencia obstétrica donde la mujer es tratada sólo como un cuerpo gestante o un cuerpo enfermo y no como un ser humano con emociones y derechos.

El uso de expresiones como “no duele tanto” y “cálmese mamita” minimiza el sentir de la mujer y reduce la experiencia del parto a una serie de procedimientos técnicos, ignorando el sufrimiento físico y emocional. Este es un claro ejemplo de violencia obstétrica, donde la mujer es objeto de prácticas invasivas, humillaciones y violaciones de sus derechos durante uno de los momentos más vulnerables en la vida. Sin embargo, dentro de este momento hostil se puede observar la *communitas* en varios momentos clave, en la primera sala de hospitalización se describe un espacio donde la mujer se siente acompañada por otras mujeres que están atravesando experiencias similares, podría definirse como un ambiente de sororidad en el que las emociones compartidas generan un sentido de pertenencia y compañerismo. Aunque estas mujeres no tienen un vínculo previo el hecho de compartir el mismo destino, la maternidad en diferentes formas, genera un tipo de *communitas*.

A pesar de la precariedad material y emocional del sistema hospitalario público, este espacio común propicia que las mujeres establezcan relaciones emocionales y de apoyo mutuo, que van más allá del simple intercambio de palabras ya que en esa sala de hospitalización yo no conversé con más de dos pacientes, aun así la sensación de comunión con el resto de las mujeres se convirtió en un refugio emocional frente a la frialdad e insensibilidad del sistema médico occidental.

Después, la sensación de *communitas* también emerge durante el parto, aunque de forma ambivalente. En la narración se describe el momento del nacimiento de mis hijos como “el día más feliz de mi vida”, donde todo estímulo externo se desvanece y se experimenta una conexión mágica y profunda con los recién nacidos, sin embargo, este momento se ve rápidamente interrumpido con el personal médico que invade este espacio sagrado cuando, al principio, interviene con conversaciones sobre su vida personal y luego incluso toma fotografías no consentidas. Estas acciones causan el rompimiento de esta sensación de *communitas* espiritual, debido a que la mujer y los recién nacidos vuelven a percibirse como objetos de interés médico, perdiendo así el control sobre su propia experiencia.

El enfoque de Turner también ayuda a entender la experiencia emocional y psicológica de la protagonista durante la estancia en el hospital, como se ha mencionado el embarazo, el parto y

el posparto, más allá de ser acontecimientos biológicos son momentos cargados de significaciones sociales y culturales. La mujer se enfrenta no sólo a su propio cuerpo que se transforma y se convierte en un espacio de vigilancia y control, sino también a la expectativa de cumplir con las normas sociales de la maternidad desde el momento cero del parto, por ejemplo cuando se ve obligada a aceptar que sus hijos reciban alimentación mediante biberón porque, sin ningún sustento científico, las enfermeras consideran que necesitan “complementar” la alimentación de los recién nacidos, en este caso la madre acepta bajo la presión de ser considerada “mala madre”.

El agotamiento emocional que experimenta la mujer, sumado a la presión de actuar conforme a los ideales de “buena madre”, lleva a la mujer a un colapso emocional que se describe en la parte final de la autoetnografía, a pesar de esta rodeada de otras personas, tanto presencial como virtualmente, la mujer recién parida se siente profundamente sola, desconectada de su cuerpo y de su identidad, en este sentido la sensación de *communitas* se desvanece, dando paso a sensaciones de alienación, despersonalización y tristeza que terminan marcando para siempre la experiencia de parto de la mujer.

Esta narración revela la complejidad de esta experiencia, que no se reduce sólo al momento del parto, sino que abarca una serie de interacciones y emociones que son determinadas por el contexto cultural y social en el que ocurren. En la historia de parto en el HGOIA se puede observar que en este proceso coexisten momentos mágicos, espirituales, inenarrablemente bellos pero que pueden estar contenidos en un contexto hospitalario violento y deshumanizado; el concepto de *communitas* ofrece una contra narrativa a esta experiencia de alienación y dolor ya que permite enfocar la atención en los momentos de conexión profunda y significativa entre individuos.

La narración de la historia de Nina en la Casa Intercultural del Parto también es un ejemplo de cómo las dinámicas de parentesco y de *communitas* se entrelazan durante el parto, como un momento de transformación y vulnerabilidad humana. Turner describe a la *communitas* como un estado transitorio y emergente de solidaridad, donde los participantes se igualan en un momento liminal, en el caso de Nina, este momento liminal se materializa en su entrada a la sala de partos, un espacio donde las jerarquías sociales y las divisiones habituales entre paciente, profesionales de la salud, partera y familia se disuelven temporalmente. Aunque existen tensiones, como los cuestionamientos del médico rural, no logran romper el espacio compartido que se crea entre la parturienta, partera y su pareja, es justo este momento donde se expresa la *communitas* colectiva, especialmente entre Nina, su pareja y Beatriz, quienes, a

pesar de sus roles distintos al momento del parto, compartieron un sentido de unión y propósito común frente al parto y al nacimiento.

Si bien este sentido de *communitas* es más evidente entre Nina y su pareja por el sentido de familiaridad, resulta interesante el rol que juega Beatriz, la partera no sólo sostiene a Nina físicamente, sino que también lo hace emocionalmente, trasciende su rol técnico para convertirse en un canal de fortaleza y calma. Su presencia, junto con el apoyo físico y emocional de la pareja de Nina conforma una red de solidaridad y comunión que se evidencia como un momento de *communitas*. Por otro lado, también es interesante ver que en el *communitas* no se distinguen roles de género, pues, aunque históricamente el parto ha sido considerado esencial a las mujeres, en este caso se observa la inclusión de la pareja masculina, lo que sugiere que en contextos rurales y comunitarios como la segunda narración, el parto puede ser un proceso en el que múltiples personas están involucradas de manera emocional y física, formando un solo cuerpo colectivo que comparte la experiencia.

Siguiendo esta idea, el momento en que Nina se aferra a la tela colgante durante las contracciones también tiene un fuerte significado simbólico dentro de la idea de *communitas*. La elección de esta posición, que parece surgir del conocimiento corporal intuitivo de la joven resalta la libertad y autonomía de Nina dentro del proceso del parto, un espacio que ella comparte con la partera, su pareja y, en menor medida, el personal médico; este acto de aferrarse físicamente a algo durante el dolor y la vulnerabilidad no es sólo una estrategia de manejo del dolor, sino que podría interpretarse como un símbolo de búsqueda de apoyo de su entorno, un entorno que momentáneamente se fusiona con la experiencia compartida del parto. Un evento como parir refuerza la noción de que el parto es un proceso profundamente social, la colectividad que se genera entre todos los participantes es un testimonio del poder que tiene el parto para construir lazos afectivos y de solidaridad, tanto dentro de los roles familiares tradicionales como en una comunidad de apoyo ampliado.

En el primer momento del posparto de Nina, sucede otra interrupción por la obligatoriedad de realizar los protocolos médicos como tomar los signos vitales, medir y pesar al recién nacido, esto podría representar un quebrantamiento de la *communitas*. Este acto simboliza la intrusión de la lógica médica tecnocrática que prioriza los procedimientos médicos sobre las relaciones afectivas y emocionales que se estaban construyendo en la sala de partos; el médico, al ordenar a Nina que no puje o al enfocar su atención en las cifras y mediciones, introduce nuevamente la jerarquía en un momento que pretendía ser compartido e igualitario. Estas

interrupciones son un recordatorio de cómo los sistemas de poder se manifiestan incluso en los momentos más íntimos y transformadores como el nacimiento de un hijo.

La manera en que se vive el cuidado prenatal influye en la forma en que se experimenta el parto y las relaciones que se construyen en torno a este. En el HGOIA, el cuidado prenatal estuvo mediado exclusivamente por la biomedicina, con un enfoque en la vigilancia médica del embarazo. Aunque estos controles permitieron monitorear la evolución de la gestación, también establecieron una relación jerárquica donde la madre tenía un rol pasivo, dependiendo de la validación médica para tomar decisiones sobre su propio cuerpo. En este contexto, la relación entre la madre y su bebé fue enmarcada dentro de un modelo institucionalizado que prioriza la intervención médica sobre la agencia materna.

En contraste, en la Casa Intercultural del Parto de Loreto, el cuidado prenatal combinó prácticas biomédicas con saberes ancestrales. Las parteras kichwa no solo realizaban controles físicos, sino que también guiaban a las mujeres en prácticas tradicionales como el uso de infusiones para fortalecer el embarazo y los ejercicios de preparación para el parto. Este enfoque no solo reforzó el vínculo entre la madre y su bebé desde una perspectiva culturalmente situada, sino que también fortaleció los lazos comunitarios, ya que el embarazo era acompañado por familiares y otros miembros de la comunidad. En este sentido, el cuidado prenatal en la comunidad operó como un espacio de *communitas*, donde el proceso de gestación era compartido y sostenido colectivamente.

Estas diferencias en el cuidado prenatal tuvieron un impacto en la forma en que cada mujer vivió su parto. En el HGOIA, la experiencia estuvo atravesada por la separación y la medicalización, mientras que en la Casa Intercultural del Parto el nacimiento ocurrió en un entorno donde las relaciones de parentesco y apoyo comunitario ya habían sido establecidas desde la gestación. Esto refuerza la idea de que el parto no es solo un evento biológico, sino un proceso social que empieza mucho antes del nacimiento.

En ambas narraciones, el concepto de *communitas* permite iluminar esos momentos de suspensión de las jerarquías y de conexión emocional intensa que emergen durante el parto. Tanto en el hospital urbano como en el centro intercultural rural, se evidencian instantes en los que lo humano se impone sobre lo institucional: gestos de acompañamiento, cuerpos que se sostienen mutuamente, miradas que se encuentran en la vulnerabilidad compartida. Aunque estas experiencias no son permanentes ni están exentas de tensiones, constituyen espacios de comunión simbólica donde la maternidad deja de ser una tarea individual para volverse un

acto colectivo, ritual y profundamente humano. Aun en contextos marcados por el control médico o por la precariedad material, las mujeres crean redes efímeras pero significativas de solidaridad y pertenencia.

Este análisis confirma que el parto, más allá de ser un proceso fisiológico, puede ser vivido y narrado como una experiencia de *communitas*, donde se reconfiguran afectos, roles y estructuras sociales. La liminalidad del nacimiento abre una grieta en el orden social donde es posible construir relaciones de apoyo, cuidado y horizontalidad entre quienes atraviesan ese umbral. Esta mirada permite recuperar el carácter transformador del parto no solo para la madre y su bebé, sino también para la red relacional que los rodea. Comprender el parto como experiencia de *communitas* es, en última instancia, una apuesta ética y política por una atención más sensible, afectiva y justa.

4.3. Cumplimiento de la Certificación ESAMyN

Una vez realizado el estudio teórico de las dos narraciones sobre parto, en esta sección se presenta un análisis del cumplimiento de la norma técnica de la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y el Niño, con el objetivo de contrastar lo sucedido en el HGOIA y la Casa Intercultural del Parto con los parámetros de esta norma técnica, determinar si existe cumplimiento o incumplimiento de los parámetros y, analizar si esto está relacionado con cada contexto y si la aplicación de la norma técnica tiene influencia en la creación/destrucción de estructuras de parentesco y relaciones comunitarias. La norma técnica de la Certificación ESAMyN consta de cuatro componentes: componente general, componente prenatal, componente parto y posparto y componente lactancia materna. Cada componente está integrado por pasos, los mismos que emiten directrices y parámetros, en total la norma tiene 21 pasos. En este subcapítulo se analiza el cumplimiento de diez de los pasos que contribuyen en mayor medida a que la atención del parto sea humanizada, respetuosa y segura.

“Paso 5: Promover el acompañamiento de la mujer durante la labor del parto, parto y posparto por una persona de su elección” (MSP 2021, 11). En el primer caso no se cumplió con este parámetro, las visitas estaban completamente prohibidas en cualquier etapa del parto, y aunque las prohibiciones eran específicas a la época post pandemia, cabe mencionar que la falta de un acompañamiento físico jugó un rol importante en el deterioro de mi salud mental, en este panorama el médico aprobó una sola visita de mi madre el día siguiente de mi cesárea, dejando entrever que tal vez no era tan necesaria la rigidez en la prohibición de

acompañamiento y que tal vez estas visitas eran más beneficiosas que dañinas para las pacientes. En el segundo caso, durante todas las etapas del embarazo, Nina estuvo acompañada de una persona a su elección, en este caso su pareja y padre de sus hijos, quien tuvo un rol importantísimo como apoyo emocional durante la labor de parto, pero también como cuidador de Nina y de su hijo durante el posparto.

“Paso 6: Brindar atención respetuosa durante el parto y posparto a todas las mujeres de manera que mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad” (MSP 2021, 11). En el primer caso, se relatan varias situaciones específicas que atentaron contra mi dignidad, una de las más evidentes puede ser el episodio de la toma de muestra de orina y las burlas de los estudiantes de medicina, se traducen en faltas de respeto que causaron humillación y vergüenza en la paciente. En el segundo caso, por parte del personal de salud como enfermera y médico rural no se muestran faltas de respeto evidentes, pero si se pudiera considerar que los cuestionamientos a Nina y las órdenes de no pujar podrían considerarse atentados a su dignidad, por otro lado, la partera, que también es parte del sistema de salud del MSP, en todo el proceso mantuvo una relación horizontal con la paciente, respetando y validando sus decisiones, sentires y emocionales.

“Paso 7: Asegurar un espacio físico, equipamiento, insumos, materiales y profesionales de la salud capacitados para atender partos en libre posición” (MSP 2021, 11). En el primer caso, como fue un procedimiento quirúrgico (cesárea) podría parecer que no aplica este paso, sin embargo, en los días de hospitalización previos al parto ningún profesional de la salud ofreció una alternativa a la cesárea; en cuanto a la cesárea, considero que el espacio físico del quirófano, los materiales y los profesionales de la salud estaban capacitados para la atención médica. En el segundo caso, Nina eligió libremente la posición de parto y la sala de partos estaba equipada no sólo para esta posición, sino para permitir la atención de partos en varias posiciones, si bien el médico rural tenía entrenamiento para atender el parto, se notaba más conocimiento y destreza de la partera para guiar a la joven en el proceso.

“Paso 9: Evitar procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias” (MSP 2021, 11). En el primer caso, al ingreso al hospital me realizaron un tacto vaginal innecesario ya que yo no había ingresado con contracciones o dilatación, es decir que no estaba en labor de parto, y en el procedimiento de la toma de muestra de orina también fue invasivo e inútil en el primer intento; en cuanto a la cesárea, como se explica en el anterior párrafo nunca hubo siquiera la posibilidad de decidir el tipo de parto que yo deseaba, cuando pregunté sobre esto uno de los médicos su respuesta fue que todos los partos gemelares debían ser cesárea, ahora sé que este

parámetro no está reglamentado bajo ninguna norma y que es discrecional al médico, ahora sé que con profesionales preparados en este tema es posible el parto gemelar vía vaginal. En el segundo caso, Nina nunca fue sometida a procedimientos invasivos ni a cesáreas innecesarias.

“Paso 10: Garantizar las prácticas integradas de atención al parto: - Contacto piel a piel de manera inmediata e ininterrumpidamente al menos una hora entre la madre y el recién nacido/a para proporcionar abrigo y apego. Salvo restricción específica por el estado de salud de la madre o del bebé. Los partos de cesárea con anestesia raquídea no son una restricción para esta práctica. - Iniciar la lactancia materna en el transcurso del contacto piel a piel dentro de la primera hora del recién nacido, salvo que la madre no lo desee o exista una restricción clínicamente justificada. - Realizar pinzamiento y corte oportuno del cordón umbilical, a no ser que exista una restricción específica por el estado de salud de la madre o del bebé” (MSP 2021, 11). En el primer caso no se cumplieron ninguna de estas prácticas integradas al parto, pese a que se especifica que la cesárea no es un impedimento para cumplirlas y en este caso no había riesgo ni contraindicaciones médicas para la madre ni para los recién nacidos, ya que los tres nos encontrábamos en buen estado de salud; el contacto piel con piel de manera inmediata e ininterrumpida no se cumplió de ninguna manera, ya que en el quirófano después de envolverles en franelas, me permitieron ver a mis hijos por un par de minutos, sin tener la posibilidad de tocarlos o colocarlos en mi pecho, obviamente por esta misma razón no inicié lactancia materna en este primer momento, de hecho la primera alimentación de mis hijos fue con biberón pese a que mi cuerpo estaba listo para alimentarlos, en cuanto a la tercera práctica, aunque no tengo certeza, creo que tampoco se cumplió pues pude ver que tan pronto sacaron a mis bebés de mi vientre fueron alejados por lo que no considero que haya habido corte oportuno del cordón umbilical. Caso contrario, en el parto de Nina sí se cumplieron las tres prácticas integradas, el médico prolongó el corte del cordón umbilical hasta que este dejó de latir, y la partera se aseguró de entregar al recién nacido a Nina de forma inmediata y colocarlo en su pecho para iniciar la lactancia materna, aunque el bebé fue alejado unos minutos de su madre para ser medido y pesado, pasado esto fue devuelto al cuarto de recuperación con Nina y permaneció con ella sin ninguna restricción.

“Paso 11: Realizar los procedimientos preventivos al recién nacido frente a la madre” (MSP 2021, 11). En el primer caso, tampoco se cumplió este paso, ya que tan pronto como vi a mis hijos los sacaron del quirófano y supongo que realizaron todos los procedimientos en otra área, incluso yo no supe si ellos estaban bien, si habían nacido sanos o si necesitaron cuidados especiales hasta ocho horas luego de la cesárea. En el segundo caso, todos los procedimientos

preventivos del recién nacido fueron realizados frente a Nina o frente al padre ya que cuando la joven se retiró a la habitación contigua, el padre permaneció en la sala de partos con su hijo y luego, el mismo lo llevó de vuelta con la madre.

“Paso 13: Promover unidades de neonatología de puertas abiertas para permitir el contacto de la madre y del padre o familiar con el recién nacido, así como proveer la información sobre la evolución de recién nacidos que requieran internación” (MSP 2021, 11). En el primer caso, la unidad de neonatología no tuvo puertas abiertas ni siquiera para la madre, horas después del parto, cuando recibí a mis hijos en mi habitación me enteré de que todo el tiempo que esperé, sin saber noticias de su salud o si necesitaban internación, ellos habían estado sólo a un par de habitaciones de la mía. En el segundo caso, el recién nacido no fue a una unidad de neonatología, sino que todo el tiempo permaneció en la misma habitación de su madre.

“Paso 15: Prestar apoyo a las mujeres a iniciar y mantener la lactancia incluso en caso de separación del recién nacido” (MSP 2021, 11). En el primer caso, yo no recibí ningún apoyo para iniciar la lactancia, ya que no tuve la posibilidad de amamantar a mis hijos en la primera hora luego de su nacimiento, horas después cuando los trajeron a mi habitación, inicié la lactancia materna con ambos, sin embargo, cuando aún los estaba alimentando la enfermera trajo biberones para complementar su alimentación, lo cual dificultó mantener la lactancia materna exclusiva pues la intromisión del biberón afecta el agarre al pecho. En el segundo caso, la partera se aseguró de que el recién nacido tome del pecho de Nina tan pronto como fue posible, además durante su recuperación y antes de ser dada de alta también recibió información útil para mantener la lactancia.

“Paso 18: Fomentar la lactancia a libre demanda: no poner horarios ni restricciones para amamantar” (MSP 2021, 11). En el primer caso, aunque no lo cuento en la etnografía, las enfermeras trataron de forzarme a poner horario para amamantar a mis hijos con el objetivo de que ellos “no se malacostumbren”, llegando a pedirme que no les dé teta, aunque ellos estén llorando e incluso molestándose, regañándome y amenazando que no me ayudarían más, en una ocasión que amamanté a mi hija “fuera de horario”. En el segundo caso, este paso se cumplió completamente ya que parte de las recomendaciones que Beatriz le dio a Nina fue que diera lactancia a libre demanda sin colocar horarios.

“Paso 19: No dar biberones ni chupones a neonatos que amamantan” (MSP 2021, 11). En el primer caso, como he contado anteriormente, mis hijos recibieron su primera alimentación con biberón, el uso de este artefacto fue tan fomentado al punto de que inclusive cuando yo ya

les estaba amamantando, las enfermeras insistían en complementar su alimentación con biberón. En el segundo caso, durante su estancia en la Casa Intercultural del Parto, el hijo de Nina nunca recibió biberones ni chupones.

A partir de este contraste realizado sobre la implementación de la norma técnica de la certificación ESAMyN en el HGOIA en la Casa Intercultural del Parto, es posible evidencia claras diferencias en el cumplimiento de los pasos que garantizan una atención humanizada, respetuosa y segura durante el parto. En el caso del HGOIA, se evidencia un incumplimiento de varios pasos fundamentales, como la promoción del acompañamiento durante el parto, el respeto a la dignidad de la paciente, la minimización de procedimientos invasivos, la promoción de prácticas como el contacto piel con piel y la lactancia temprana, revelan una atención que no sólo se aleja de los parámetros estipulados, sino que también afecta negativamente al bienestar emocional de la madre. En contraste, la experiencia en la Casa Intercultural del Parto, se caracteriza por el respeto a las decisiones de la mujer, la promoción de un ambiente cálido y la atención por parte de profesionales capacitados, destacando la participación de la partera, en este escenario se evidencia un cumplimiento más integral de los pasos que componen la norma técnica, lo que favorece un parto respetuoso y además, refuerza las relaciones de parentesco y las dinámicas comunitarias al integrar la participación activa del compañero de Nina y la partera en representación de la comunidad y la ancestralidad de la cultura de la joven en el proceso del parto/nacimiento.

Conclusiones

Esta tesis se propuso cuestionar la idea dominante del parto como un evento exclusivamente biológico, para mostrar que se trata de una experiencia profundamente social, cultural y política, atravesada por estructuras de poder, saber y afectividad. A través del análisis comparado de dos historias de parto, una en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en Quito y otra en la Casa Intercultural del Parto de Loreto, en la Amazonía ecuatoriana, se ha evidenciado que las formas de atención, los saberes que se privilegian, las relaciones que se establecen y las decisiones que se toman en torno al parto no son neutrales ni universales. Por el contrario, están marcadas por contextos específicos que configuran de manera diferenciada las experiencias de las mujeres que parimos.

En el contexto urbano, la atención del parto está mediada por la hegemonía biomédica, que transforma este evento vital en un procedimiento clínico y altamente tecnificado. En mi historia autoetnográfica presentada, el HGOIA aparece como un espacio en el que la autonomía de la mujer es relegada a un segundo plano frente a la lógica institucional de control del riesgo. Las decisiones médicas se imponen sin consulta, los cuerpos son gestionados como objetos clínicos, y las relaciones entre personal de salud y pacientes se estructuran desde jerarquías desiguales. Esta experiencia da cuenta de cómo la medicalización del parto puede implicar no solo intervenciones físicas, sino también formas de violencia simbólica y emocional que afectan profundamente la vivencia del nacimiento y el vínculo con el/la recién nacido/a. Sin embargo, incluso en este entorno hostil, emergen momentos de *communitas*, brechas afectivas y espirituales que se abren entre mujeres que comparten la experiencia del parto, recordando que aún en la adversidad se puede construir sentido colectivo.

Por otro lado, la historia de Nina en Loreto muestra un escenario donde, a pesar de la presencia de la biomedicina, las prácticas ancestrales y comunitarias juegan un papel central en la atención del parto. La participación activa de la partera kichwa, el acompañamiento del padre y la posibilidad de elegir la posición para parir, permiten una experiencia más respetuosa, horizontal y emocionalmente conectada. Aquí el parto se presenta como un proceso colectivo y relacional, donde el cuerpo no es solo un objeto de intervención médica, sino un territorio de saber y de agencia. La *communitas* se manifiesta de forma más clara, no como excepción sino como posibilidad estructural del parto cuando las condiciones lo permiten: vínculos de cuidado, respeto, contención y presencia afectiva que trascienden los

roles profesionales y se traducen en relaciones de mutualidad, como proponen Sahlins y Turner.

El análisis de ambas historias permite afirmar que el parto es un evento liminal, un umbral donde se reconfiguran relaciones de parentesco, estructuras simbólicas y emociones colectivas. Tal como lo propone Lévi-Strauss, los vínculos que se tejen durante el parto forman parte de una estructura social que se reproduce a través de alianzas y del intercambio, y no exclusivamente por la consanguinidad. El parto, entonces, se revela como un espacio privilegiado para observar cómo se construyen, y a veces se erosionan las relaciones humanas.

Finalmente, el contraste entre las dos experiencias permitió también analizar la aplicación de la certificación ESAMyN. Si bien ambas instituciones pertenecen al Ministerio de Salud Pública, el cumplimiento de esta normativa dista mucho de ser homogéneo. En el HGOIA, la norma existe en papel pero se diluye en una lógica de control institucional; en Loreto, aunque aún persisten jerarquías médicas, se observan mayores esfuerzos por integrar la interculturalidad en la práctica. Esta diferencia revela que no basta con establecer estándares técnicos: es necesario que las políticas públicas reconozcan la diversidad cultural y epistémica del país, y garanticen una atención al parto basada en el respeto, la agencia de las mujeres y la articulación de saberes.

En conclusión, el parto es un acontecimiento colectivo, atravesado por múltiples dimensiones que trascienden lo fisiológico. Parir implica cuerpos, pero también vínculos, decisiones, afectos, saberes, silencios y luchas. Reconocer esta complejidad es fundamental para construir modelos de atención que no solo garanticen la vida, sino que también honren su dignidad.

Referencias

- Alvarado, Hernan. 2016. *Salud e interculturalidad en pueblos kichwas de la amazonía norte*. Tesis. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Canevari Bledel, Cecilia. 2011. *Cuerpos enajenados : experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Buenos Aires: FHCSyS - UNSE.
- Chervenak, Frank, y Laurence McCullough. 2011. "Ethical Issues in Cesarean Delivery". En *Cesarean Delivery: Background, Impacts, and Future Directions*, editado por Shad Deering, 93-107. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Davis-Floyd, R. 1992. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Escobar, Arturo. 2018. *Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Ediciones UNAULA.
- Geertz, Clifford. 1987. *La interpretación de las cultura*,. Barcelona: Gedisa.
- Giberti, Eva. 1992. "Parto sin temor, el poder que perdemos". En *Las mujeres en la imaginación colectiva*, editado por Ana Fernandez, 256-297. Buenos Aires: Paidós.
- Hall, Susan. 2013. "Ethical Issues in Pre-eclampsia: Hurry Up and Wait". *Nursing Ethics*. HGOIA (Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora) s.f. "Misión y Visión" Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, 31 de mayo. <https://hgoia.gob.ec/index.php/el-hospital/mision-y-vision>
- Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press.
- Lamas, Marta. 1986. "La antropología feminista y la categoría 'género'" *Nueva Antropología*: 173-198.
- Lévi-Strauss, Claude. 1969. *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberica S.A.
- Lock, Margaret, y Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Marconte, Verónica. 2019. *Nosotras parimos: guía para un parto respetado*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martín, José. 2017. "Apuntes sobre autoetnografía y sistematización de experiencias. Para una comunicología integrativa" En *Los territorios discursivos en América Latina*, editado por Mabel García y Francesco Maniglio, 129-143. Quito: Ciespal.
- Martínez, Carolina. 2015. "La larga vida posreproductora de las mujeres: una incognita evolutiva". *Mujeres con ciencia*, 13 de julio. <https://mujeresconciencia.com/2015/10/26/la-larga-vida-posreproductora-de-las-mujeres-una-incognita-evolutiva>
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2021. *Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN Norma Técnica*. Quito: Dirección General de Normatización.
- 2023. *Informe ejecutivo del hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Rendición de cuentas*. Quito: MSP.
- 2024. "Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño ESAMyN". *Ministerio de Salud Pública*, 20 de julio. <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn>
- Quintín, Pedro. 2014. "What kinship is and is not" *Revista Colombiana de Antropología*: 158-62.

- Ramírez, Susana. 2019. "Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano" *Avá. Revista de Antropología*: 1-28.
- Real Academia Española. 2024. *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/parir?m=form> (último acceso: 15 de Septiembre de 2024).
- Rivas, Ana María. 2009. *Pluriparentalidades y parentescos electivos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Sahlins, Marshall. 2013. *What kinship is and is not*. London: The University of Chicago.
- Schneider, David. 1984. *A Critique of the Study of Kinship*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Segato, Rita. 2010. *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Serrano, Alexandra. 2016. "Entre el sacrificio y la trascendencia : análisis sobre la construcción social de paternidades y maternidades en Quito". Tesis de Maestría, FLACSO.
- Smith, Linda. 1999. *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books.
- Sousa Santos, Boaventura. 2011. *Epistemologías del sur*. México: CLACSO-Siglo XXI.
- Turner, Edith. 2012. *Communitas: the anthropology of collective joy*. New York: PALGRAVE MACMILLAN.
- Vásquez, Mónica. 2011. "Pluralismo médico y parto biométrico en la Maternidad Isidro Ayora de Quito" Quito: FLACSO Ecuador.
- Wertz, Richard, y Wertz Dorothy. 1977. *Lying-In: A History of Childbirth in America*. Nueva York: Free Press.