

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
CONVOCATORIA 2007-2009

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

**RELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD QUE ATIENDEN EL
PARTO, EN EL CENTRO DE SALUD *JAMBI HUASI* EN OTAVALO**

MARÍA FERNANDA ACOSTA ALTAMIRANO

DICIEMBRE 2011

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR
PROGRAMA ESTUDIOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS
CONVOCATORIA 2007-2009**

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

**RELACIONES ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD QUE ATIENDEN EL
PARTO, EN EL CENTRO DE SALUD *JAMBI HUASI* EN OTAVALO**

MARÍA FERNANDA ACOSTA ALTAMIRANO

ASESOR DE TESIS: BETTY ESPINOSA

LECTORES/AS: ANITA KRAINER

WILLIAM WATERS

DICIEMBRE 2011

DEDICATORIA

Mi tesis de licenciatura estuvo dedicada al nacimiento y a la vida. En esta ocasión quiero dedicara esta tesis a los aprendizajes que acarrear los ciclos de la vida: al nacimiento y a la muerte. Esta tesis constituye un homenaje a mi esposo Luis Carlos, quien me dio toda la magia, el amor y la ternura; y a mis hijos Ayelén y Salvador que son mis compañeros de risas, de llanto, de aventura... de camino.

“Maestra vida camarada, te da, te quita, te quita y te da”

Rubén Blades

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que contribuyeron para la finalización de este trabajo investigativo. En especial a mi familia sin cuyo apoyo, generosidad y ternura no habría sido ninguno de mis pasos: a mi abuelita por todo su amor, a Rocío por su apoyo incondicional siempre, a Silvia por su apacible sostenimiento y dulzura, a Edgar por su lucidez y humor, a Lucy por su empuje, a Sixto por esa chispa y mirada crítica, a Cristina por toda generosidad con la que comparte su sabiduría, a Francisco por su madurez temprana y a mi hermano Sebas, por ser quien es y acompañar mis pasos con su esencia.

Quiero extender mi agradecimiento a todo el personal de *Jambi Huasi* y el Hospital San Luis de Otavalo, sin su cooperación esta tesis no existiría. Y a todos los que hacen la FLACSO, que día a día me recibían a clases con una sonrisa en los labios, a mis profesores de maestría, en particular a Carlos Arcos, Luciano Martínez, Santiago Ortiz, José Luis Coraggio, Fernando Martín y Fernando Guerrero. Un agradecimiento especial a mi profesora, jefa y tutora Betty Espinosa quien siempre tuvo para mí todas las consideraciones y que la hacen ante mis ojos una persona excepcional. Un gracias al infinito a Alexei quien siempre apoyo y me impulsó en mis procesos académicos. Finalmente quiero brindar un agradecimiento gigantesco a mis hermanos de la vida quienes siempre han estado prestos para sostener mi mano, reír y crecer conmigo: Amanda, Maricruz, Cata, Pablo, Mayrita, Andre, Monas, Andrés, Javier, China, Sil, Gaby, Cande Carmen y Dieguito. Solo gracias...

RESUMEN

Este trabajo investiga las relaciones entre los distintos agentes de salud presentes en la atención del parto y el embarazo –parteras y agentes de salud oficial o académicos – en el centro de salud *Jambi Huasi*, donde se describen experiencias entre los dos tipos de sistemas de salud.

En el *Jambi Huasi* es un espacio de atención médica que nace de un proceso de reivindicación política indígena de la FICI (Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura) y donde se presenta una reivindicación de la salud ancestral, razón por la cual no existe una relación de verticalidad muy acentuada del sistema de académico sobre las parteras, ni en la cotidianidad ni en sus prácticas terapéuticas, a pesar de que si existe una cierta desconfianza mutua de eficiencia terapéutica en algunas experiencias registradas. Esto hace del *Jambi Huasi* un caso particular. Sin embargo, tampoco hay un acercamiento entre los dos sistemas para poder hablar de una convivencia de saberes, sino que cada agente (parteras e internas de obstetricia) operan independientemente, de manera **autonómica**, a pesar de que se pretende llegar a este diálogo de saberes.

En el Hospital San Luis de Otavalo los agentes de salud se retroalimentan y trabajan conjuntamente, ya que comparten el espacio, se remiten los partos según la complicación de éstos o el tipo de atención que demande la usuaria. Este proceso de **convivencia** en este espacio se está consiguiendo a pesar de que las parteras si dicen haber sentido discriminación y “violencia simbólica” al inicio por parte de uno o dos médicos.

Asimismo se observa, tanto en el *Jambi Huasi* como en el Hospital San Luis de Otavalo, que en esta interacción de sistemas de salud son las prácticas cotidianas de atención de las usuarias las que han cambiado (espacialidad, rol del entorno social de la parturienta, temporalidad y proceso terapéutico en sí mismo); mientras otros elementos como el rol de las agentes de salud y de la mujer en el parto, los paradigmas terapéuticos o las concepciones del cuerpo que forman parte de la cultura y cosmovisión no se han modificado.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I.....	9
ACERCAMIENTO AL TEMA.....	9
Breve presentación de la atención ancestral del embarazo, parto y post parto.....	9
El Jambi Huasi, una organización emergente de una propuesta política reivindicativa.....	11
Marco legal en el que se dan las prácticas de salud.....	13
¿Por qué este tema?.....	15
CAPÍTULO II.....	19
REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
Tipos de interacción entre los sistemas de salud.....	19
El problema del saber y poder en las interacciones de los y las agentes de salud.....	22
Ventajas y desventajas del parto atendido por parteras con relación al parto institucional y hospitalario.....	24
Prácticas y representaciones presentes en la atención de las parteras en comparación a la atención en el sistema oficial o institucional.....	31
Prácticas de las parteras con relación al sistema médico oficial o institucional.....	32
Elementos de las representaciones de las parteras en comparación con el sistema médico institucional.....	34
CAPÍTULO III.....	37
DEL UMBRAL BIOGRÁFICO A LA EXPERIENCIA ETNOGRÁFICA.....	37
De la metodología.....	37
El “recorrido del tema”. Motivaciones y experiencias personales.....	40
Detalles de inserción en el campo.....	44
La inserción en el Hospital San Luis de Otavalo.....	49
Descripciones de las prácticas terapéuticas de cada agente de salud.....	50
Relación observación – participación: ¿y las fronteras culturales?.....	52
CAPÍTULO IV.....	55
ANÁLISIS Y HALLAZGOS EN LOS SISTEMAS.....	55
DE SALUD EN JAMBI HUASI.....	55
Grados de convivencia entre los distintos agentes de salud del <i>Jambi Huasi</i>	55
¿Qué pasa en el hospital San Luis de Otavalo?.....	64
Efectos de las interrelaciones en las prácticas y representaciones de la atención del parto.....	68
Prácticas de los agentes de salud en esta experiencia.....	68
Elementos de las representaciones de las parteras en comparación con el sistema médico institucional y académico.....	73
V. CAPÍTULO.....	77
CONCLUSIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	83

ENTREVISTAS	87
ANEXOS	89
Instrumento de investigación: banco de preguntas de las entrevistas.....	89
Material fotográfico	91
El <i>Jambi Huasi</i> y sus actores.....	91
Las estudiantes de obstetricia y su consultorio.....	93
El Hospital San Luis de Otavalo	94
Agentes de salud del Hospital San Luis de Otavalo.....	96
La casa de partos del Hospital San Luis de Otavalo	97
Principales causas de muerte relacionadas con embarazo, parto, puerperio.....	100
Tasa de mortalidad materna	101
Atención de parteras en las comunidades.....	102
Asistencia profesional durante el parto	103
Las endorfinas	104

CAPÍTULO I ACERCAMIENTO AL TEMA

La época del embarazo y del parto son periodos vividos y asimilados de diferente forma, acorde a la cultura en la que cada pareja se desarrolle. Si bien la atención desde la medicina oficial y académica se ha generalizado, coexiste – paralelamente - la atención presentada por parteras tanto en los controles del embarazo, como en el parto y post parto.

Con el objetivo de analizar cómo han variado las prácticas y representaciones en torno a estas etapas, a lo largo de la historia, presentamos esta vivencia en varias culturas prehispánicas.¹

Breve presentación de la atención ancestral del embarazo, parto y post parto

En el parto en la cultura Chibcha, que se ubicaba en el actual territorio de Colombia, la mujer embarazada realizaba una peregrinación para buscar la huella de su pie. Raspaba la piedra en donde la había encontrado y ese polvo lo mezclaba con agua y lo bebía. Luego, la parturienta buscaba un río para dar a luz - pues *Sie o Sia* era la diosa del agua y purificadora – y allí, en sus orillas, adoptaba la postura de cuclillas y daba a luz sola. Para las Araucanas, en el actual Chile, el rito del agua también era importante; para el parto se trasladaban a un río o laguna, fabricaban un lecho de ramas (*putracuma*) y daban a luz a solas – o con sus madres o con las mujeres más ancianas de la comunidad. Quienes ayudaban al parto eran conocidas como las *cutoandumo* es decir “mujer que se compadece de la amiga”.

En el caso de los Incas, la mujer embarazada reducía su actividad laboral, ayunaba esporádicamente, se privaba de ciertos alimentos como la sal. El parto era precedido de una invocación a la *Pacha Mama* (Madre Tierra) y a la luna para que la protegieran. Ellas daban a luz en cuatro; el o la bebé nacía para atrás y era recibido por una comadrona o partera en un cuarto. El esposo no podía entrar allí; sin embargo, ellos

¹ tomado de http://www.encolombia.com/epoca%20pre3_ginecobstetricia.htm en Septiembre Del 2001

tenían por costumbre hacer la *pollazón* que consistía en hacer la simulación de los dolores del parto.

En el parto azteca, en lo que ahora es México, la partera tenía un rol preponderante pues, días antes del parto, se trasladaba a la casa de la mujer embarazada y se encargaba de preparar su alimentación, de realizar una continua palpación abdominal y si había algún problema de que el niño o la niña no estuviera en una buena posición, lo encajaba y lo acomodaba. En el momento del parto, la partera preparaba una bebida con una raíz llamada *chihuapatli* que aceleraba las contracciones. El parto se daba en cuclillas y cuando había retención de la placenta, la comadrona se encargaba de retirarla manualmente. Si una mujer moría en su parto era considerada como diosa (*ciaopipiltin*) y se suponía que, cada mañana, ayudaba en el parto del nacimiento del sol.

En definitiva, los partos en la época prehispánica eran tomados como un acontecimiento natural, en el que - muchas veces - las mujeres parían solas o eran acompañadas por parteras, comadronas, las mujeres ancianas o una familiar cercana. Las personas que ayudaban o asistían a la mujer tenían un rol trascendental en la vida de la parturienta y con ella se tejían lazos muy fuertes de gratitud y de reconocimiento, lo cual favorecía la cohesión social.

El parto tradicional se caracterizaba, en sus orígenes, por estar muy vinculado a la naturaleza, específicamente al agua, y tenía un carácter sagrado - de hecho, en muchos de los casos se invocaba a una divinidad para que protegiera a las parturientas.

En la actualidad, la atención de las parteras o de los partos no institucionales se mantiene a lo largo y ancho de América Latina, a pesar de que la cobertura del parto institucional se ha extendido ampliamente - lo cual, en muchos casos, ha tenido injerencia en la disminución de la muerte materna y el control de las posibles complicaciones del parto.

En el Ecuador, en los pueblos *kichwas*, en los amazónicos y en los afros se han mantenido estas prácticas, uno de estos casos es el que se da en el *Jambi Huasi* - centro de salud que brinda tanto la atención por parte de una partera tradicional como de agentes de salud oficial.

El Jambi Huasi, una organización emergente de una propuesta política reivindicativa

El *Jambi Huasi* nace a partir de que la FICI (Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura), en el año 1984, decide crear tres ejes de acción:

- El área de Organización y administración
- El área de *Yachai Huasi*, de educación y cultura
- El área del *Jambi Huasi*, como centro de salud

Los objetivos de este centro de salud eran encargarse del “servicio médico, investigación (y) educación sobre la medicina indígena y otras técnicas médicas” (Chancoso; 1986: 123). Se pretendía que el centro contara con diez personas: un médico general, un *yachac taita*, una odontóloga, una auxiliar de enfermería, dos personas encargadas de la investigación de plantas medicinales y una secretaria. Sin embargo, se empezó atendiendo en un pequeño local alquilado, con un médico general, un odontólogo y un *yachak*. (Conejo et al.; 2006:35).

De ahí que la primera etapa del centro vaya desde su creación, en 1984, hasta el año 1992. Se detectan tres problemas principales en este periodo inicial: por un lado, se buscaba eliminar el racismo, no obstante se empieza a dar una atención de indígenas hacia indígenas únicamente - dejando de lado el aspecto de la interculturalidad; otro punto es que los agentes de salud eran básicamente hombres, lo cual en la cosmovisión indígena era un limitante, pues tanto las mujeres como sus esposos se sentían incómodos de atenderse con hombres y no con personal femenino - de ahí que el *Jambi Huasi* en esta primera etapa no logre dar respuesta a la problemática de salud reproductiva y sexual de las mujeres; y, finalmente, la atención gratuita, sustentada desde el financiamiento externo que disponían, no garantizaba ni la sostenibilidad institucional ni respetaba el principio de reciprocidad (*kamari*) propio de la cosmovisión indígena (Ibíd.; 2006: 36).

Del año 92 al 94 se cierra el establecimiento debido a que se termina el financiamiento externo y es un momento de inflexión para replantar ciertas líneas de acción. En 1994 reabre con el apoyo institucional del UNPFA (Fondo de población de Naciones Unidas) y desde entonces se da un mayor énfasis en la atención a distintos

segmentos de la población, tanto indígena como mestiza, y se implementa la atención - en el sistema oficial institucional - por parte de dos médicas mujeres indígenas. Sin embargo, este paso genera procesos de discriminación étnico-de género-etario, ya que para las poblaciones de usuarios es difícil entender que mujeres jóvenes y no mestizas puedan tener esta capacitación - y, en uno de los casos, ser la directora del centro de salud. Se inicia también un proceso de visitas comunitarias, el *purik jambi huasi* para atender los problemas de salud de las comunidades.

Para el año 1995, se complementa la atención con una partera y se realiza una investigación sobre la “situación de salud de las mujeres indígenas de Imbabura”, con lo que se da un fuerte enfoque de género - que se plasma en la organización de talleres para mujeres sobre sexualidad, planificación familiar y violencia intrafamiliar, mas – en su inicio – éstos eran rechazados y vistos como peligrosos por sus maridos. Parte de este tercer periodo del centro caracterizado por su trabajo en salud sexual y reproductiva, pone énfasis en la atención del parto con los dos sistemas de salud, lo cual obliga a establecer límites claros sobre cada uno. En esta etapa también se reafirma el *Jambi Huasi* y amplía sus relaciones y alianzas con instituciones tales como: la Universidad Andina Simón Bolívar, la Escuela de Obstetricia, el Ministerio de Salud y la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe.

Otro periodo del *Jambi Huasi* está marcado por un interés en los y las jóvenes, que se manifiesta con la capacitación de 300 jóvenes en temas relacionados con su sexualidad - pues parte de las problemáticas planteadas sobre la situación de las mujeres en Imbabura era el embarazo y maternidad a edades tempranas.

En definitiva, la realidad descrita por Conejo hasta el año 2006 evidencia que el *Jambi Huasi* es un espacio de reivindicación de la cosmovisión, las prácticas y de la cultura *kichwa*; con una voluntad de integrar y atender también a otros sectores poblacionales no *kichwas*. El *Jambi Huasi* se inscribe en una propuesta política que busca posicionar la memoria histórica de un pueblo a partir de una atención en salud donde convivan los dos tipos de prácticas. Este tipo de propuestas han ido acompañadas de reformas de los marcos legales en el Ecuador.

Marco legal en el que se dan las prácticas de salud

En el contexto internacional el tema de la Salud Intercultural adquirió relevancia, tal como demostró la OPS/OMS, al apoyar la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, cuando habla sobre la importancia de “determinar pautas, metodologías y programas de capacitación para el desarrollo de los sistemas de salud tradicionales” (OPS; OMS; 1993: 2) a nivel de los pueblos indígenas americanos y concibe a este sistema de salud independientemente del sistema oficial o institucional.

Según la Constitución Política de la República del Ecuador de 1997, éste era “un estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico” (Art. 1) lo cual implicaba un reconocimiento de la diversidad étnica y cultural existente. Se planteaba asimismo en el artículo 44 que el Estado “reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos”.

La Ley de maternidad gratuita, publicada en el Registro Oficial 365 de 27 de Septiembre del 2006, por su parte, decretaba, en su primer artículo, que “toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva”. Esta cobertura se aplica tanto a: medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas.

Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados (Art. 1).

Si bien el marco legal y constitucional tenía una propuesta beneficiosa - en la gran mayoría de sus principios - para el aseguramiento en materia de política social, cabe

rescatar que no contemplaba - salvo en el artículo 2 a)² - los mecanismos de cobertura para el sistema de salud tradicional, tales como son las parteras. Además, se garantizaban tanto exámenes como insumos que corresponden a las prácticas médicas que se insertan en este sistema oficial y no en aquel practicado por los agentes de salud tradicional.

En la constitución de 1997, se planteaba que se “reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa” y en la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia (LMGYAI) se asegura la participación de la medicina tradicional; sin embargo, estaban condicionadas a la regulación y acreditación del sistema oficial. De ahí que, se pueda concluir que el marco legal vigente hasta el 2008 partía del enfoque del sistema de salud oficial y el de tradición era apenas visibilizado.

En la constitución del 2008 existen varias reformas sustanciales que giran en torno al tema de salud, ya que se introduce el concepto del Buen Vivir o el *sumak kawsay* (Constitución del Ecuador, 2008: 174), término de origen *kichwa* que implica una concepción más indígena y andina de las condiciones de vida y supone el respeto a las tradiciones de los pueblos en las prácticas culturales, entre ellas, la salud.

De ahí que esta constitución incorpora con mayor énfasis el elemento de la interculturalidad, así como la calidad y la calidez en las prácticas médicas, tal como lo muestra el artículo 362:

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez... (Ibíd., 2008: 166).

Otro punto importante a mencionarse en esta constitución es que se reconocen, dentro de una misma sección, tanto la ciencia, tecnología e innovación como la recuperación, fortalecimiento y potenciación de los saberes ancestrales.

² “Las disposiciones de esta ley se aplicaran con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes MSP. Las otras entidades del sector público de salud aplicaran la presente ley según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos. Podrán participar, además, previa acreditación por el MSP y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de medicinas tradicionales.” (Art. 2 a) Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia)

El marco legal actual pretende contemplar a la Ley de Maternidad Gratuita dentro del aseguramiento universal de salud. Transitoriamente, la ley se está manteniendo, sin embargo, particularidades como la participación ciudadana en veedurías de esta ley se ha perdido. Se pretende que los derechos sexuales y reproductivos sean contemplados dentro de las mismas coberturas que otras situaciones de enfermedad.

El 9 de diciembre del 2009 se presentó a la Asamblea Nacional un proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud, en el que se reivindican las prácticas de las parteras y se busca un marco jurídico para apoyar un diálogo de saberes en la atención del parto. De aprobarse esta ley, se encontraría un mecanismo de reconocimiento de la atención intercultural con intervención de las parteras y se tendría que implementar una ley orgánica que viabilice esta práctica; no obstante, han pasado más de ocho meses y la ley todavía no pasa a primer debate, lo cual muestra que este tema no está dentro de la agenda de lo prioritario para la Asamblea aún. El reconocimiento de dos sistemas de salud es necesario a fin de que se visibilice y reconozca la diferencia y la pluriculturalidad nacional, tal como lo hace la escuela del pluralismo médico, dentro de la antropología médica (Kaptchuk, Eisenberg; 2001).

Otro logro clave en los marcos legales del Ecuador es la construcción de una guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado, publicada por el Ministerio de Salud Pública, en agosto del 2008. En esta guía se presenta la necesidad de incorporar una mirada intercultural en la atención pública del parto para poder satisfacer necesidades de pueblos con distinta cosmovisión (Ministerio de Salud Pública; 2008).

¿Por qué este tema?

Esta temática ha pasado de ser un pretexto de investigación para convertirse en parte de una cotidianeidad. De ahí que la motivación para tratarlo nace de una vivencia personal (mi propio embarazo y parto), para luego trascender a las políticas sociales. Durante mi embarazo surgió un interés por conocer las alternativas disponibles para dar a luz y, luego, un debate sobre el significado que tenía el tomar posición por cada una de ellas.

Para mí, este tema ha dejado de ser una investigación aislada para convertirse en una discusión permanente, cotidiana y vivencial. Interpreto este trabajo como una

manera de validar un sistema de salud no-oficializado para construir una descolonización epistémica del paradigma de salud institucional en el parto y embarazo, ya que me parece importante que toda mujer y pareja embarazada tenga la oportunidad de descubrir, reflexionar y optar por la lógica y la postura con que se pretenda vivir la gestación y el parto de su hijo o hija.

En el ámbito institucional, el tema estudiado permite abrir el debate sobre la relación de la mujer con su cuerpo, la naturaleza y la cultura - de esta manera, se pueden analizar los diversos factores de poder y las construcciones culturales que se dan en las diferencias simbólicas de la maternidad. Además, es indispensable contribuir con experiencias de convivencias de sistemas de salud en las que se pueda mirar, pensar, sentir la realidad desde conceptualizaciones y construcciones teóricas más profundas y no, necesariamente, desde paradigmas interpretativos de la otredad que parten de la subjetividad académica de la que nacieron. La academia local debería plantearse como reto la revitalización de una “dignidad epistemológica”, para que, en este caso específico, se reconozcan y legitimen los saberes de tradición y no sólo los aportes del sistema de salud oficial. Tal como lo plantea Cunningham como parte de los objetivos de la salud intercultural está “superar las relaciones asimétricas entre los sistemas de salud” (Cunningham, 2002: 5).

En efecto, en la perspectiva de muchas mujeres de las ciudades, el vivir su alumbramiento en un hospital, clínica, maternidad u otro centro de atención médica es percibido como “lo adecuado” y “lo seguro”. De ahí que este sistema médico institucional tiende a homogeneizar las representaciones del parto, al negar e invisibilizar la existencia de otras formas de atención.

Quando el Doctor Manuel, resumiendo el pensamiento de la mayoría de los doctores, dice de las parteras que son todas “indígenas, campesinas, autóctonas brutas que se visten con polleras y viven junto a los animales, no tienen aseo, ni conocimiento de enfermería, no son racionales ni científicas como los blancos, no saben ni entienden nada, pero son necesarias porque ayudan a la gente pobre del campo que comparte con ellas una cultura tradicional(...) aparecen claramente varios discursos hegemónicos (Goblet Malve; 1993:59).

Con esta reflexión se aborda el tema de las relaciones existentes entre los y las distintos agentes de salud que giran alrededor del parto, ya que durante mucho tiempo, tal como lo muestra la cita, las parteras han sido marginadas y percibidas como “autóctonas brutas”, poco científicas y escasamente preparadas para atender los partos. De hecho,

ellas debían ser la opción para la “gente pobre” que no podía acceder a una atención más “profesional” como la prestada por un doctor.

El punto de partida se encuentra en identificar que existen dos sistemas de salud interactuantes (el reivindicado por los pueblos indígenas, encarnado en este caso por las parteras, y el sistema de salud institucional que es el que ha sido considerado como el oficial). En el informe de la Comisión de Salud del CRA-RAN (Consejo Regional Autónomo Región Autónoma del Atlántico del Norte) se plantea que para brindar una mejor atención en salud se deben considerar:

- La vigencia de sistemas de salud diversos conviviendo en las comunidades (...)
- La falta de respuesta del sistema de salud occidental sobre las condiciones de salud de la población en las áreas de influencia y una amplia falta de cobertura y accesibilidad para la mayoría de la población (...)
- La ausencia de relaciones de articulación entre los sistemas de salud vigentes aunque en la práctica hay una alta tasa de movilidad entre las mismas utilizando el sistema doméstico como principal filtro (Cunningham, 2003: 30).

En esta interacción entre los sistemas se presentan asimetrías, una relación de verticalidad en la cual las parteras se encuentran en una situación de inferioridad con respecto a los agentes de salud institucional; esto da cuenta de una situación inequitativa donde los saberes ancestrales no son valorados y las prácticas de las comadronas son percibidas como insuficientes, desde una perspectiva occidental del conocimiento. Este fenómeno es lo que Mignolo denomina “colonización epistémica”:

La trampa es que el discurso de la modernidad creó la ilusión de que el conocimiento es des-incorporado y des-localizado y que es necesario, desde todas las regiones del planeta, "subir" a la epistemología de la modernidad. (...) Y la colonialidad abre las puertas de todos aquellos conocimientos que fueron subalternizados en nombre del cristianismo, del liberalismo y del marxismo (Walsh, s/f: 2).

Sin embargo, podrían existir espacios de convivencia donde se hayan suprimido estas relaciones de poder descritas y las fronteras culturales se vayan flexibilizando. De ahí que la problemática general de la investigación propuesta gira en torno a determinar en qué condiciones se generan las relaciones entre los agentes de estos dos diferentes sistemas de salud –el oficial, institucional o académico y el de tradición – en una experiencia de convivencia terapéutica como es la del centro de salud *Jambi Huasi*,

en Otavalo o el Hospital San Luis de Otavalo, en los que agentes académicos de salud interactúan con parteras de origen *kichwa*.

En el contexto de la definición de la interacción entre los distintos actores del parto, las interrogantes resueltas giran en torno a:

1. ¿Cuál es el grado de convivencia entre los distintos agentes de salud del *Jambi Huasi*?
2. ¿Cuáles son las percepciones que tienen los distintos actores en las prácticas y representaciones de las parteras en este sistema de atención?
3. ¿Cuáles son las prácticas y representaciones que mantienen los distintos agentes de salud?

Finalmente, una de las motivaciones para este tema es que a partir de reconocer que las técnicas de dar a luz no son universales y que existen otras cosmovisiones e imaginarios culturales, se puede legitimar la medicina de tradición en el parto y concebirla en su condición de sistema médico que tiene la posibilidad de convivir con un sistema oficial de salud. Además, es clave cuestionar las redes de significaciones que se generan en los partos de los diversos sistemas médicos y, reconocer la injerencia de la memoria de los pueblos que nos son más próximos para construir nuevos sentidos de la maternidad.

CAPÍTULO II REFERENCIAL TEÓRICO

Si bien en esta investigación se plantean dos sistemas de salud: el de “el sistema de salud oficial, moderno, científico, occidental o convencional (...) (basado en) fundamentos hipocráticos de los años 400 antes de Cristo” (Ortega; 2008: 50) y el sistema tradicional que según Ortega representa “lo genuino, lo autóctono, lo primigenio, lo ancestral del conocimiento de los pueblos del mundo en su esfuerzo por explicar el orden y el curso de las enfermedades” (Ortega; 2008: 51), tampoco es que existan barreras absolutamente rígidas entre los dos sistemas. No existe una delimitación radical en la que la totalidad de la población mestiza haga uso de la medicina oficial y la población indígena la tradicional. De hecho, las fronteras son muy flexibles y muchas mujeres indígenas se sienten muy cómodas y seguras utilizando el sistema oficial y académico de salud; mientras que mujeres mestizas, indígenas o afroecuatorianas buscan alternativas como temascales, infusiones y *agüitas* para los malestares del embarazo y parteras para dar a luz.

Tipos de interacción entre los sistemas de salud

Este sistema oficial o académico responde a un modelo validado por un estado nación que está, en sí mismo, compuesto por distintos pueblos y culturas, de ahí que este sistema oficial no solamente responde a una cultura mestiza.

No se puede pensar que las prácticas de salud tradicionales son las mismas que las que se describen previamente como ancestrales. Las prácticas se han modificado en el tiempo así como los sistemas culturales, que son en sí mismos dinámicos y cambian.

Se puede hablar de que existen dos sistemas de salud y que existen ciertas fronteras culturales entre los distintos actores en cada uno de ellos. Como lo explica Frédrick Barth, la “historia ha producido un mundo de pueblos separados con sus respectivas culturas y organizados en una sociedad que, legítimamente, puede ser aislada para su descripción como si fuese una isla” (Barth; 1976: 3). Estas distancias entre cultura y cultura es lo que se conoce como fronteras culturales; sin embargo,

estas fronteras, en este caso, no son rígidas, tal como se señaló en párrafos anteriores. A esto se suma la convivencia de los agentes de salud³ que, tal como menciona Barth:

... cuando interactúan personas pertenecientes a culturas diferentes, es de esperar que sus diferencias se reduzcan, ya que la interacción requiere y genera una congruencia de códigos y valores; en otras palabras, una similitud o comunidad de cultura (Barth; 1976: 8)

De ahí que se pueda esperar que en la experiencia del *Jambi Huasi* y del Hospital de Otavalo las fronteras culturales entre los distintos agentes de salud se vayan flexibilizando.

Dentro de los dos sistemas de salud existen distintos actores. En el sistema médico oficial, académico o institucional, hay médicos/as con especialización, tales como anestesistas, cardiólogos, o ginecólogos; los y las médicos generales, obstetras y los trabajadores de la salud como enfermeras/os y auxiliares. Asimismo en el sistema de atención de tradición o ancestral existen distintos actores: las parteras, los y las fregadores/as que tratan con lesiones, los chamanes, *pajuyos* o *taytas* quienes curan enfermedades no solamente físicas sino emocionales o espirituales tales como el espanto o el mal de ojo. Ellos tienen una preparación especial en el mundo espiritual y para efectuar sus sanaciones convocan al mundo de lo sagrado (Varea; 2006).

Este trabajo se centra en los actores que atienden el parto exclusivamente, dejando de lado a los otros agentes terapéuticos. Las categorías teóricas utilizadas para clasificar las interrelaciones entre los distintos sistemas de salud, descritas por Cunningham, en los diferentes tipos de enfoques son:

- 1.El enfoque paternalista o integracionista
- 2.El enfoque culturalista
- 3.El enfoque de convivencia

³ Se define como agentes de salud a las personas que realizan alguna práctica curativa, o que resuelven algún tipo de dolencia: “*las personas que proveen de algún servicio de salud: médicos, enfermeras, auxiliares, farmacéuticos y boticarios, curanderos, voluntarios o promotores comunitarios de salud...*” (UNESCO; s/f: 115)

4.El enfoque de empoderamiento o autonómico (Cunningham; 2002: 8).

El **enfoque paternalista o integracionista**, si bien reconoce a nivel formal la diversidad cultural, plantea el sistema de salud oficial como el sistema válido, con su paradigma biomédico. Las manifestaciones culturales de otros grupos étnicos son percibidos como interesantes y folklóricos, sin embargo, en la práctica, este enfoque del sistema médico institucional no contempla ni incorpora elementos tales como: un idioma no-oficial, horarios de servicio en los que las mujeres puedan acceder, lógicas y prácticas del sistema cultural de las partes.

En este caso se construye una frontera étnica, donde las necesidades de las minorías culturales no se contemplan ni se respetan, de hecho, los agentes de salud del sistema institucional son quienes tienen la última palabra. Y los recursos estatales son repartidos de manera inequitativa, ya que no existen los mecanismos para garantizar la atención gratuita del parto atendido por parteras.

El **enfoque culturalista** reconoce el pluralismo cultural, las diferencias interculturales-lingüísticas-folklóricas y las manifestaciones culturales; no obstante, no se dedica a entender el sistema de representaciones culturales, ni los aspectos de participación ni de poder real. De ahí que en la salud, las personas indígenas o que no pertenecen al contexto mestizo son consideradas como mano de obra o “promotores” para practicar el sistema de salud institucional, sin un proceso de diálogo de saberes ni una real comunicación cultural que tome en cuenta los aspectos culturales o las necesidades de los pueblos.

Los promotores tienen también el rol de traducir la lengua de cada pueblo al español; lo cual implica que existe una relación utilitaria y de funcionalidad entre los agentes de salud y los promotores, de manera que transmiten, en el propio idioma, elementos de interés del sistema médico institucional.

El **enfoque de convivencia** es producto sobretodo de las olas migratorias y consiste en un contacto intercultural real y profundo, lo que implica un diálogo de saberes. Los sistemas médicos –tanto el institucional como el tradicional – se retroalimentan e incorporan elementos necesarios de las prácticas médicas de culturas ajenas.

En el caso del Ecuador, que se caracteriza por su gran diversidad cultural, el enfoque de convivencia dentro de sus políticas sería una forma válida de construir una integración cultural y étnica; pero es básico establecer paralelamente relaciones más equitativas y horizontales entre los diferentes sistemas de salud.

Finalmente, el **enfoque del empoderamiento o autonómico** se consolida en los procesos en que los derechos de libre determinación, territorio, participación efectiva en los espacios y decisiones de cada pueblo o grupo étnico son respetados. Con este enfoque, se dan procesos de autogestión de los sistemas médicos; participación real en las decisiones y control de los mecanismos culturales propios; reconocimiento del tratamiento terapéutico –tecnología, agentes y práctica; entre otros aspectos (Acosta; 2007:33-35).

Es fundamental analizar cuáles son los elementos que operan en las dinámicas del ejercicio de poder entre los agentes terapéuticos del centro de salud estudiado, el *Jambi Huasi*.

El problema del saber y poder en las interacciones de los y las agentes de salud

Las relaciones resultantes de estas experiencias pueden ser entendidas desde la noción de interacción simbólica propuesta por Isaac Joseph (en un estudio de Erving Goffman) en la que conviven factores culturales divergentes en universos convergentes tales como el *Jambi Huasi* o el Hospital San Luis de Otavalo. En tales circunstancias de lo que Goffman concibe como “pluralidad de los mundos” se da un proceso de intercambio de prácticas, de representaciones, de símbolos en las dinámicas cotidianas:

... la tensión que estableces entre la pluralidad de los mundos y de los compromisos en el mundo, ya la lógica de los momentos. La conversación es la metáfora de la lógica de los “subuniversos” no en el sentido de que estarían integrados a una totalidad superior más significativa, sino en el sentido de que son, al mismo tiempo vulnerables y limitados, y están aquejados por un carácter incompelto y necesitados de apoyo. Este término reaparecerá en la literatura microsociológica: indica que los mundos que describe o bien imponen o ejercen su dominio (...) o bien están abiertos, parasitados o rutinizados, al borde de la ruptura...” (Joseph; 1999: 26).

Una opción es que los comportamientos mantenidos entre los agentes de distintos sistemas de salud estén atravesados por relaciones de poder: el sistema oficial, perteneciente al paradigma médico de occidente es parte de los conocimientos avalados; mientras los de las parteras han sido subalternizados, invisibilizados y/o negados, tal como lo enuncia Walter Mignolo:

...la crítica postmoderna a la modernidad, y aquí concuro con Dussel, mantuvo y mantiene el silencio epistémico sobre los saberes que fueron suprimidos o subalternizados (“rebajados a formas de saber no epistémicos de acuerdo al canon de la modernidad, tales como la religión, el folklore, los saberes no institucionales) (Mignolo; 2000: 6).

Es decir que, estas relaciones han estado históricamente moduladas por un proceso de *colonización epistémica*, descrito en los trabajos de varios teóricos de la *subalternidad* como: Walsh (2000) y Mignolo (2000). Mignolo, en la entrevista realizada por Catherine Walsh plantea que:

La colonialidad del poder implicó la colonialidad del saber, y la colonialidad del saber (...) los propios intelectuales indígenas hoy están ya corrigiendo los errores históricos, perpetuados a través de los siglos, e implementados por la colonialidad del poder y del saber (Walsh; s/f: 16).

De ahí que se pueda entender que los sistemas de salud, así como la comprensión de lo que es “profesional” o “civilizado”, estén atravesados por lo que Armando Muyulema llama el proceso de “blanqueamiento” (Muyulema; s/f: 13), en el cual se desconoce a los saberes ancestrales dando una prioridad absoluta a la ciencia médica, nacida en occidente.

Esta invisibilización se efectúa de manera muy sutil, a partir de un proceso de rarefacción: “El Orden del discurso puede presentar las relaciones de poder y el discurso como mecanismos negativos de rarefacción” (Foucault; 1992: 164) que consiste en que construir un marco de significaciones en el que la conducta o prácticas de la otra persona o grupo sean vistas como extrañas al “grupo dominante”. Esta dinámica se análoga a la violencia simbólica descrita por Bourdieu:

Hay una eficacia propiamente simbólica de la forma. La violencia simbólica, cuya realización por excelencia es sin duda el derecho, es una violencia que se ejerce, en las formas, poniendo formas. Poner formas, es dar a una acción o a un discurso la forma que es reconocida como conveniente, legítima, aprobada, es decir una forma tal que se puede producir públicamente, frente a todos, una voluntad o una

práctica que, presentada de otra manera sería inaceptable... (Bourdieu; 2000: 90).

A partir de estos procedimientos se puede explicar la construcción del parto atendido desde el sistema institucional como el “único procedimiento adecuado y seguro”, en los imaginarios de gran parte de las mujeres del mundo urbano, y, en general, del sistema cultural occidental.

Si bien existirían históricamente relaciones de poder entre los distintos actores en la atención médica, no se puede dejar de considerar este escenario como un engranaje social, en el cual existen relaciones de interdependencia y donde el “dominado” también dispone de mecanismos de presión sobre el “dominante”; tal como lo muestra Norbert Elias la sociedad es un sistema, en el cual los actores interactúan y si bien existen “actores dominantes” que ejercen un poder sobre los “subordinados”; estos últimos también tendrían mecanismos de acción y presión sobre los primeros (Elias; 1999).

De ahí que si bien las parteras serían percibidas como los actores “subalternizados”, desde la perspectiva de Mignolo, ellas también poseen sus propios mecanismos para ejercer un control sobre la atención de los agentes de salud institucional.

Otra opción de interacción que se puede presentar, en un contexto de interacción, es la de convivencia, tal como se recogió en Barth previamente, quien plantea que a pesar de existir brechas históricamente construidas y fronteras culturales entre las prácticas y representaciones de los pueblos, la convivencia puede también generar que estos límites se flexibilicen y se construyan nuevos códigos comunes - que permitan una buena comunicación entre, en este caso, los dos sistemas de salud.

Antes de abordar las interacciones entre los distintos sistemas de salud, en el caso de *Jambi Huasi* y el Hospital San Luis de Otavalo, es pertinente sintetizar estudios que presenten las ventajas y desventajas de cada uno de estos tipos de atenciones del parto.

Ventajas y desventajas del parto atendido por parteras con relación al parto institucional y hospitalario

Tras considerar la atención de las parteras en comparación con la atención del parto desde la cosmovisión médica institucional, es necesario abordar sus ventajas y también sus desventajas para poder identificar los puntos esenciales en que es imperativo que los dos sistemas de salud puedan articularse con el objetivo de mejorar la atención del parto y disminuir la mortalidad materno – infantil.

Para centrarnos en las ventajas médicas evidenciadas en el parto en casa, se retomará un estudio presentado por la Web del parto natural y lactancia materna, en el cual el Dr. Lewis E. Mehl (1976) realiza una observación de 1.046 casos de partos en hospital versus 1046 casos de atención de partos hospitalarios. Los resultados ponen en tela de juicio el hecho de que el hospital y la atención médica institucional sean necesariamente, y en todos los casos, la alternativa más segura para una atención del parto tanto para la mujer como para el niño o niña.

Dentro de las explicaciones de estos resultados, presentados a continuación, se plantea que en un parto en casa: la atención es personal e individualizada, se cuenta con el apoyo y participación de los miembros de la familia, se contempla como una prioridad los deseos y necesidades de la mujer - quien es la protagonista de su parto y dueña de su cuerpo - el neonato disfruta de un amamantamiento inmediato y de permanencia constante al lado de su madre, psicológicamente existe - en algunos casos- la ventaja de que la madre se siente en su espacio, lo que le infunde confianza.

BEBES	1.046 Partos en casa	1.046 Partos en hospital
Muertes neonatales	0	1
Trastorno respiratorio	1	17
Necesitado Resucitaciones	14	52
Necesitado Oxígeno	13	93
Lesiones del parto	8	30
Partos con fórceps	17	363

Anormalidades Neurológicas	1	6
Infecciones	2	8
Mala Puntuación de APGAR a 1 min. postnatal.	56	116
Mala Puntuación de APGAR a 5 min. postnatal.	11	23
MADRES	1.046 Partos en casa	1.046 Partos en hospital
Pitocina	69	172
Medicamentos Analgésicos	14	555
Episiotomía	103	914
Laceración	170	223
Cesárea	28	86
Hemorragia Posparto	9	25

Fuente: Web del parto natural y lactancia materna (s/f)

Incluso el testimonio de algunas de las usuarias indígenas evidencia una preferencia al parto en casa con el que se sienten más cómodas, en detrimento de la atención institucional en la que existe una tensión, pues en algunos casos ellas son discriminadas por su origen indígena o muchas veces no se sienten a gusto, ya que el sistema de atención institucional no siempre responde a sus necesidades y prácticas culturales:

Many indigenous women and their families in rural parts of the highland and Eastern lowland (selva) regions continue to prefer home birth because the home environment provides a safe, secure environment where conditions can be controlled according to what is perceived to be appropriate. In contrast, institutional births are not preferred because of the experience of or the perception of systematic inattention to cultural preference and discrimination against women. (Waters; 2008: iv).

Asimismo, Foucault también se detiene a observar el origen de la clínica - estudios en los cuales se plantea que la clínica tiene su origen después de la Revolución Francesa - con tres antecedentes: primero, la clínica se constituye como una respuesta a las epidemias, donde era necesario aislar al paciente para no propagar la enfermedad (de ahí que con las primeras clínicas surja la idea de que ir a este espacio era ir a morir). De hecho, existe en la posrevolución un debate “de los hospitales y de las casas de arresto”, que tendrían competencia general para los establecimientos hospitalarios, las prisiones, el vagabundeo y las epidemias (Foucault; 1953: 67).

El segundo rol que tiene la clínica es la de ser un asilo para la gente que no dispone de una casa para recibir la visita del doctor ni suficiente dinero para pagar una consulta, ya que la salud deviene, en la Francia posrevolucionaria, en un servicio gratuito y obligatorio: “convirtiéndose así en un estado civil de la patología” (Foucault; 1953: 55). Finalmente, la clínica nace también como una alternativa de “deselitizar” el acceso a la formación médica universitaria, pues se ofrecía la alternativa a cursar una formación más empírica al atender a los pacientes.

Foucault también aborda el tema de la separación de los pacientes de su entorno familiar y social, como era común en Europa, antes del siglo XVIII, lo cual funda la localización espacial de la patología y la agrava al reconocerla como un fenómeno que merece un tratamiento fuera del espacio y de las condiciones cotidianas. De ahí que Foucault describa al hospital como: “creador de enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es una segunda vez en el espacio social donde está colocado” (Foucault; 1953: 39).

Con la argumentación planteada por Foucault cabe preguntarse el tipo de relación que se estableció entre médico y paciente en este contexto en que nació la clínica - en el que los hospitales eran comparados con las cárceles y muchas veces los pacientes eran mendigos. Las relaciones entre paciente – médico nacen en un contexto de verticalidad y la primera maternidad registrada en Francia data de 1787. Las interrogantes que se generan a partir del estudio de Foucault es si: ¿la clínica o demás centros de salud no comportarán en sí mismas una semiótica de la enfermedad que contribuye a concebir el embarazo y el parto como tales? ¿Los hospitales que atienden varias especialidades entre ellas las infecciosas o virales serán el ambiente propicio para que una madre de a luz? ¿Tendrá los suficientes anticuerpos para ello?

En cuanto a las desventajas analizadas en este estudio del parto en casa se reconoce que es la mujer quien debe asumir una mayor responsabilidad de su salud, tanto física, como emocional; podría no tener un apoyo familiar, porque culturalmente está dada que el lugar para dar a luz es un hospital o clínica; las complicaciones que se presenten en el momento del parto no podrían ser atendidas ya que no existe ni la infraestructura ni el personal adecuado (Web del parto natural y lactancia materna).

Las desventajas de un parto atendido por parteras en comparación a uno hospitalario están atravesadas por las tres demoras que consisten en:

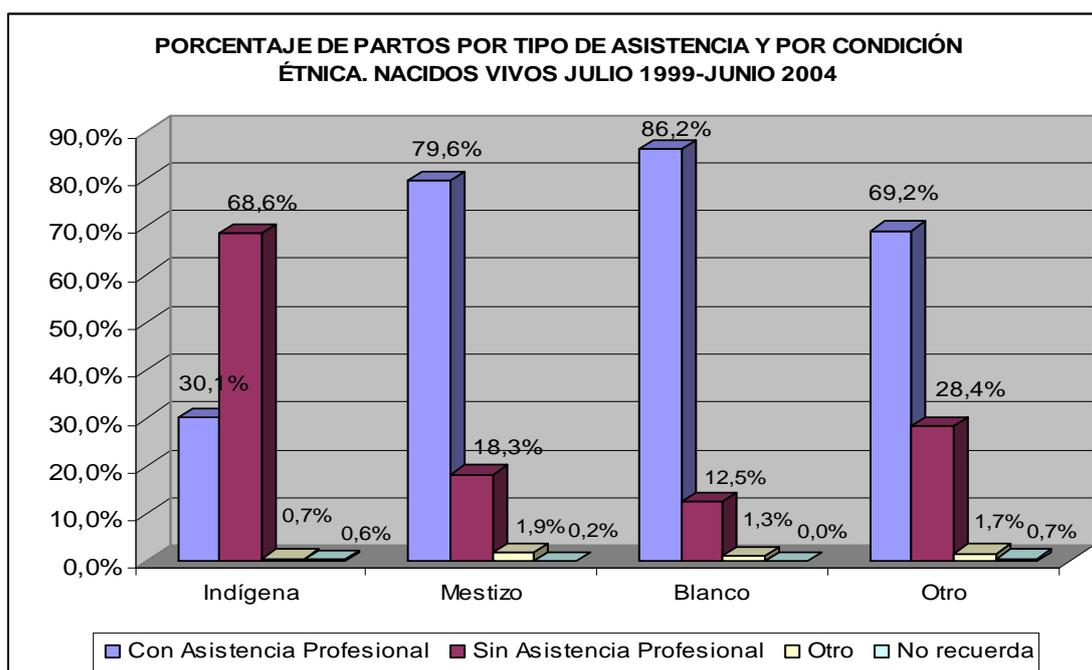
- La primera demora está en detectar una situación de peligro o una complicación y decidir buscar la atención en un sistema médico institucional.
- La segunda demora es el proceso del traslado desde la ubicación de la madre (usualmente su casa) hasta llegar al servicio de salud.
- La tercera demora se presenta al no recibir oportunamente el tratamiento adecuado en el centro de salud. (Giraudó; 2005:1)

Estas tres situaciones de demora constituyen las principales desventajas del parto atendido por parteras y son causas también para propiciar la mortalidad materna en el embarazo, parto y puerperio, tal como lo muestran las estadísticas del SISSE sobre mortalidad materna (Cfr. Anexos). También es innegable que se ha dado un descenso en la tasa de mortalidad materna, tal como lo muestra la tabla a continuación, y este decrecimiento se debe, entre otros factores, al mayor acceso al sistema de salud institucional que da respuestas ante las posibles complicaciones de un parto.

Tasa de mortalidad materna	
Fuente: Estadísticas vitales – INEC	
Población de referencia: Nacidos/as vivos	
Unidad de medida: Muertes por 100.000 nacidos vivos	
País	Tasa de mortalidad materna
1971	203,3
1972	200,0
1973	192,8
1974	203,7
1975	211,5
1976	188,2
1977	176,4
1978	190,1
1979	158,6
1980	162,1
1981	167,2
1982	150,3
1983	162,6
1984	149,4
1985	151,4
1986	128,3
1987	135,9
1988	122,9
1989	129,5
1990	117,2
1991	120,5
1992	125,2
1993	124,4
1994	86,8
1995	62,7
1996	71,7
1997	59,6
1998	53,9
1999	67,8
2000	78,0
2001	67,2
2002	53,0
2003	53,1
2004	50,7
2005	55,0
2006	47,7

Fuente: SISSE (1971-2005).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (del estado de situación, 2008) reflejan que la población menos atendida por asistencia profesional, en este caso institucional, es la autodefinida como indígena (30%); mientras los blancos y mestizos duplican esta estadística con un 79,6% y un 86,2% respectivamente. Así como los partos indígenas sin asistencia institucional superan en mucho a los de otros grupos étnicos con un 68,6%.



Fuente: ENDEMAIN. 2004

Elaboración: Rosa María Vacacela – Ricardo Moreno

Con relación con la mortalidad materna, si bien no existen datos específicos por grupos étnicos, se registran diferencias entre las zonas rurales y urbanas en donde se detallan las principales causas de muerte periodizadas por años. Una hipótesis de los investigadores de este trabajo sobre los datos obtenidos en el área urbana y rural es esta diferencia no están grande y habría ciertos errores en la información; lastimosamente, no habría la información necesaria para cuantificar esta afirmación. Sin embargo, según los datos presentados, el área urbana es dónde el porcentaje de muertes maternas es más elevado, tanto en el embarazo, parto y puerperio, tal como lo muestra la tabla de datos del año 2005, presentada a continuación.

Principales Causas de Muerte Materna

Año 2005

Causas de Muerte	TOTAL	URBANO	% URBANO	RURAL	% RURAL
Embarazo, Parto y Puerperio	143	90	62.9	53	37.1
Embarazo terminado en aborto	17	13	9.1	4	2.8
Otras muertes obstétricas directas	113	70	49.0	43	30.1
Muertes obstétricas indirectas	7	5	3.5	2	1.4
Resto de embarazo, parto y puerperio	6	2	1.4	4	2.8
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	725	625	86.2	100	13.8

Fuente: INEC Anuario de Nacimientos y Defunciones 2005

Elaboración: Rosa María Vacacela - Ricardo Moreno

La implementación de los servicios de atención institucional del parto ha contribuido a disminuir los riesgos en la atención, sobre todo en la mortalidad materno-infantil y las urgencias y complicaciones gineco-obstétricas, para las cuales las parteras no tienen los requerimientos ni técnicos ni procedimentales para poder intervenir exitosamente. De ahí que la intervención del sistema hospitalario sea muy importante; sin embargo, el sistema de atención de las parteras también proporciona ventajas en la atención, como ya se mencionaron. La problemática en este punto no gira en torno a comparar cuál de los dos sistemas es superior, sino a buscar el tipo de interrelaciones que se dan entre estos dos sistemas.

Prácticas y representaciones presentes en la atención de las parteras en comparación a la atención en el sistema oficial o institucional

Al referirse a prácticas y representaciones se retomará la definición de Patricio Guerrero, para quién las manifestaciones culturales constituyen sus prácticas, todo

aquello visible o tangible que se dan en un grupo; mientras las representaciones culturales son asumidas como el sistema de ideas, creencias, cosmovisiones que construyen a cerca de un tema en cuestión, dentro de una población determinada (Guerrero, 2002).

En esta parte del trabajo investigativo, se harán dialogar los trabajos de Sánchez-Parga (1997: 111, 187-202), Buitrón (2002: 52-69, 169) y Acosta (2007: 42-50) para visibilizar las diferencias existentes de las prácticas y representaciones entre los dos sistemas médicos. Estas diferencias no solamente se evidencian en la posición en que la mujer da a luz, sino que se plasman en el ambiente de atención, en los roles de la familia, en las prácticas y comportamientos culturales, finalmente en la cosmovisión de cada sistema cultural:

... these cultural beliefs and practices are not single items that can be individually addressed included in a sort of check list, and then provided or not provided according to circumstances. For example, these preference for giving birth in any of several different positions, such as vertical or squatting, is part of a set of culturally-based beliefs and practices in some indigenous communities, but simply modifying a standard hospital bed to provide handles for vertical birth does not fully respond to this particular need because other aspects, such as the atmosphere of the room and the roles of family members and strangers, are not taken into account. Rather, culturally-informed norms and values represent an interconnected worldview that cannot be separated from an understanding of the relationship between individuals, their communities, and the biophysical environment (Waters; 2008: iv, v).

De ahí que, si bien se procederá a un análisis separado de las prácticas y representaciones del parto de cada uno de los dos sistemas, en muchos casos existe una conexión entre estos dos aspectos, entre la cosmovisión de cada cultura y sus prácticas. A continuación se describirán las prácticas y representaciones de este tipo de parto con relación al institucional.

Prácticas de las parteras con relación al sistema médico oficial o institucional

Espacialidad

Las parteras tienden a realizar el control del embarazo en su propia casa; mientras, el parto, en la mayor parte de los casos, es atendido en la de las parturientas. La preparación de este espacio físico implica la limpieza del cuarto y esterilización del material con el que va a atender. Asimismo, en este espacio prepara las infusiones que dará a la parturienta. (Sánchez-Parga; 1997: 193, 197)

La parturienta es atendida en su propio entorno familiar y cultural, lo que se opone a las dinámicas propias en el sistema institucional, ya que en estos casos es la parturienta la que debe trasladarse a los centros de salud y la mayoría de las veces es separada de su familia. Una vez que se ha recuperado regresa a su casa y retoma su vida cotidiana y familiar.

Rol del entorno social de la parturienta

En el caso del parto atendido por las parteras, la familia tiene un rol activo, pues está pendiente de la hora del nacimiento, muchas veces se encarga de limpiar la casa antes que llegue la partera, comprar las hierbas –en algunos casos- participa en el entierro de la placenta y luego debe cuidar del periodo de posparto de la madre.

La función tanto de la familia como de los vecinos es muy importante en este sistema cultural, ya que el reposo y la dieta que recomienda la partera a la parturienta tiene la función de preservar la salud de la madre y el niño o niña y apela a dinámicas de colaboración y solidaridad dentro de la estructura social (Sánchez-Parga; 1997: 193, 197).

Temporalidad

El parto, desde la perspectiva del modelo de tradición, obedece a una noción de tiempo diferente que el del médico. Las parteras se dedican exclusivamente a la mujer y al niño/a que están atendiendo, lo cual le da una mayor posibilidad de respetar los ritmos de la labor de parto de la madre, no existen partos inducidos;⁴ además, existe una atención personalizada: la partera no tiene más pacientes que esperan ser atendidos (Acosta: 2007).

⁴ Relativo a inducir: ocasionar (Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Vigésima segunda edición. Microsoft Internet Explorer). Es decir un parto ocasionado médicamente.

Proceso terapéutico

La partera tiene una relación más directa con las mujeres que atiende, con relación a la mayor parte de médicos/as del sistema institucional quienes mantienen una “distancia profesional”. Ellas atienden el embarazo, el parto y el posparto a partir de hierbas, infusiones y emplastos y no a través de fármacos como en la mayor parte de casos del sistema institucional. La atención del parto es monitorizada a través de la toma del pulso de la mujer y no a partir de los tactos (Buitrón; 2002).

Elementos de las representaciones de las parteras en comparación con el sistema médico institucional

Rol de las parteras como agentes de salud

Las parteras acompañan el parto, pero quienes tienen el papel protagónico a la hora de elegir la posición más cómoda es la mujer y la partera se acomoda a ella. En el sistema institucional, la atención está diseñada para las necesidades del médico/a más que de la parturienta, tal como es la camilla obstétrica, la cual impone la posición a la mujer, en función de la comodidad del agente de salud (Acosta; 2007).

Paradigmas terapéuticos

Las parteras se basan en la lógica de la medicina tradicional, la cual utiliza los paradigmas de enfermedades o malestares propios del frío y el calor, y del seco y húmedo. Por tanto, en la práctica terapéutica también se realizarán infusiones o emplastos fríos o calientes según la dolencia - tratamientos también presentes en las prácticas de autoasistencia,⁵ pues son parte de las experiencias caseras: como pueden ser las infusiones de manzanilla, anís u orégano para los cólicos o las hierbas calientes para los resfriados. El tratamiento de los malestares en el embarazo, a nivel casero, en el sistema de las parteras y aún en el caso de algunos doctores del sistema institucional es a base de hierbas e infusiones. Mientras que para los agentes institucionales la opción válida es la recetada, que se adquiere en una farmacia y corresponde a compuestos químicos (Sánchez-Parga; 1997).

⁵ Atención terapéutica practicada sin la intervención de un agente de salud.

Concepción de cuerpo

El cuerpo es percibido de manera diferente en el sistema institucional y para las parteras. En la medicina oficial, el cuerpo de la parturienta es el instrumento orgánico y fisiológico con el que la mujer da a luz y es alterado a lo largo del parto “normal” con prácticas como el enema intestinal,⁶ la rasuración del vello vaginal o el corte vaginal de la episiotomía. En el caso del alumbramiento, desde la lógica de las parteras, el cuerpo de la mujer no es alterado ya que no se realiza el lavado intestinal, tampoco se rasura el vello vaginal ni se realiza la episiotomía; básicamente, el aspecto morfológico del cuerpo se conserva (Acosta; 2007).

Dentro de lo que se considera el parto “culturalmente adecuado” (Lic. Magdaly Hermosa) o parto vertical, existe distintas posiciones para dar a luz. El parto vertical no necesariamente lo es, sino que existe una variedad de posiciones para que la mujer dé a luz: parada, reclinada y apoyada, en cuclillas, sentada, colgada, en cuatro, tal como lo muestra el siguiente gráfico.



Fuente: Mujer sana editorial (s/f)⁷

⁶ Medicamento líquido que se introduce en el cuerpo por el ano con un instrumento adecuado para impellerlo, y sirve por lo común para limpiar y descargar el vientre (Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Vigésima segunda edición. Microsoft Internet Explorer).

⁷ tomado de:

http://3.bp.blogspot.com/_wXGezmeA71U/SMK_z7gnJII/AAAAAAAAAXo/IZ8d5yP1zhE/S570/pos+de+posiciones+para+un+parto+saludable.jpg

Una vez definido los conceptos centrales de la investigación, así como la posibilidad de interacciones entre los dos sistemas de salud y lo que se entiende por prácticas y representaciones de las parteras con relación a los agentes de salud institucionales, se procederá a explicar el marco metodológico en esta tesis.

CAPÍTULO III

DEL UMBRAL BIOGRÁFICO A LA EXPERIENCIA ETNOGRÁFICA

Rosana Guber, en el *Salvaje Metropolitano* (2005), plantea que en el caso de la investigación en el mundo social no se trata sólo de lograr los resultados planteados en los objetivos iniciales, sino que el proceso investigativo es, en sí mismo, de interés epistemológico. De ahí que este capítulo procura dar cuenta de la experiencia etnográfica, desde: las motivaciones personales del tema, el acercamiento al centro de salud, las descripciones de las prácticas terapéuticas, la relación observación-participación en cuanto a las fronteras culturales presentes; subcapítulos en los que muchas veces se utilizará la primera persona para describirlos, con un estilo etnográfico.

De la metodología

Desde el texto de Eco⁸, la tesis planteada responde al paradigma de investigación monográfica, con el tratamiento de un tema central, la colonización epistémica o la presencia de un enfoque de convivencia en un sistema de atención mixto, y no una panorámica.

Este tema supone el reconocimiento de la atención de las parteras como un sistema de salud⁹ ya que poseen su propia metodología, instrumentos y lógicas, tal como se lo demuestra en la investigación *Prácticas y representaciones del parto en contextos urbanos; el caso de las parteras en los valles de Quito*¹⁰. Sin embargo, esta investigación tiene un carácter científico que implica la utilización de una metodología rigurosa para analizar las hipótesis planteadas y exige el abandono de sesgos personales a la hora de evaluar el problema en cuestión. Se pretende un distanciamiento y una voluntad de objetivación, claves para no confundirse o parcializarse en el análisis; a pesar de la inevitable “dualidad interior”, nombrada por Morin (Morin; 2000:200).

En el campo metodológico, se escogió la investigación cualitativa que permite efectuar entrevistas intensivas y a profundidad (Morin; 2000: 208) para identificar el

⁸ ECO Humberto, *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*; versión castellana. Ed. GEDISA, 1998.

⁹ “conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva” (Alarcón, 2003: 3).

¹⁰ ACOSTA María Fernanda, *Prácticas y representaciones del parto en contextos urbanos; el caso de las parteras en los valles de quito*. Universidad Politécnica Salesiana, 2007.

tipo de relaciones entre los distintos sistemas de salud del parto, pues el tipo de información necesaria ameritaba la aplicación de preguntas abiertas, donde se puedan expresar la cosmovisión y los sistemas de representación presentes en estas dinámicas terapéuticas.

Las técnicas que se utilizaron son las siguientes: primero, un proceso de observación en el que se pueda crear un ambiente de confianza con los distintos actores del parto, para posteriormente realizar las entrevistas a profundidad a los informantes calificados.

Estas técnicas fueron aplicadas en el centro de salud *Jambi Huasi*, en Otavalo, el mismo que corresponde al modelo de una institución privada sin fines de lucro, atendido por una partera y estudiantes del sistema de salud institucional.

Su objetivo general es apoyar un proceso que permita mejorar la calidad de vida de la población, sobretodo de la mujer indígena, al articular la medicina ancestral con la medicina occidental e integrarla al sistema de salud formal.

Los principios que rigen sus prácticas terapéuticas son los de proporcionar una atención digna, solidaria y humanista, sin discriminación alguna. Su propuesta busca revitalizar los conocimientos médicos ancestrales, en una relación de armonía con la cosmovisión *kichwa*, contexto en el cual se impulsa la capacitación de parteras y a promotores de salud en las comunidades.

Además, las mujeres pueden atenderse en salud reproductiva, detención oportuna del cáncer del útero y otras especialidades, ya sea por agentes de salud institucional y las del sistema ancestral. Asimismo cuentan con servicio de farmacia, planificación familiar, laboratorio clínico y odontología, que corresponden a una lógica más occidental.

Otro punto a recalcar es que esta institución realiza visitas comunitarias una vez por mes, coordinadas con los respectivos cabildos y difusión radial educativa sobre salud. La atención prestada a las y los usuarios es en los idiomas *Kichwa* y español, tomado de la página del *Jambi Huasi*

Actualmente, en el *Jambi Huasi* no se atiende el parto, sino que se controla el embarazo y el postparto; de ahí que sea necesario extender la investigación y todas las técnicas anteriormente mencionadas al hospital San Luis de Otavalo, donde son

remitidas las pacientes del *Jambi Huasi* para atender su parto tanto por doctores como por parteras que conservarían las tradiciones ancestrales de la atención del parto.

Para llevar a cabo esta investigación, se realizaron las siguientes actividades que serán detalladas a lo largo de este capítulo:

- Un trabajo de acercamiento a los centros de salud citados y sus diferentes actores, en el que se explicó el contenido y los objetivos de la investigación.
- La elaboración de la guía temática de las entrevistas que abordaron los siguientes temas: rol de cada uno de los/as agentes de salud en el centro de médico, en las consultas prenatales, en la atención del parto y postparto; las dinámicas de interacción entre éstos/as, tipo de relaciones que se presentan entre los/as agentes de salud, con énfasis en el grado de respeto y convivencia en sus prácticas o de dominación e imposición, elementos innovados en la atención del embarazo, del parto y el postparto.
- La transcripción de los casetes de entrevistas.
- La organización y selección de la información tanto de las entrevistas como del diario de campo. Este proceso de clasificación se realizó en torno a una los objetivos planteados: es decir, se buscó en la información recopilada y la observación participante identificar el grado de convivencia entre los distintos agentes de salud de este centro de atención, a partir de entrevistas a informantes calificados y una experiencia de observación participante. Otro eje de clasificación de la información fue aquella que daba cuenta de las percepciones de cambios en las prácticas y representaciones de las parteras y agentes de salud institucionales en este sistema de atención; y finalmente la información que estuvo dirigida a señalar los elementos nuevos en las prácticas de los distintos agentes de salud (parteras y agentes académicos e institucionales).

La información fue codificada según números que fueron asignados por cada entrevista y letras que correspondían a cada objetivo. De ahí que los códigos asignados fueron: A grados de interrelación: a) paternalismo o integracionismo; b) culturalismo; c) enfoque de convivencia y d) empoderamiento o autónomico; bajo el literal B se encontraban las prácticas de atención: a) espacialidad, b) rol del entorno, c) temporalidad y d) proceso terapéutico; mientras las

representaciones presentes se subdividían en: a) rol de las parteras, b) paradigmas terapéuticos y c) concepciones del cuerpo.

De esta manera una cita u observación de campo estaba ubicado según el argumento en el que era pertinente y según la persona que lo mencionó.

- El análisis final de datos. En este análisis final se hizo dialogar el marco teórico presente en esta investigación con los hallazgos del trabajo de campo con el fin de poder emitir conclusiones e ir validando o invalidando las hipótesis planteadas al inicio de este trabajo. En este capítulo se utilizaron tanto los datos procesados (clasificados previamente por objetivos de la investigación) de las transcripciones de las entrevistas realizadas a informantes calificados como las notas del trabajo de campo.

Después de realizar el trabajo se pensaba que los resultados obtenidos arrojarían que:¹¹

1. El *Jambi Huasi* y el Hospital San Luis de Otavalo serían espacios donde confluirían los dos sistemas de salud; en el que existiría una relación de convivencia entre los dos sistemas de salud, producto de la interacción cotidiana.
2. Existirían cambios en las prácticas terapéuticas más por parte de las parteras que por el lado de las obstetras tales como incorporar elementos sobre el paradigma médico institucional en cuanto a los procedimientos terapéuticos (como el tacto, los guantes quirúrgicos, entre otros); sin embargo, las representaciones que se tejen en torno a su atención, al parto, al cuerpo de la mujer no variarían mucho.

El “recorrido del tema”. Motivaciones y experiencias personales.

Esta investigación es una continuación del trabajo de tesis, en el cual se trabajó con parteras de los valles de Quito (sus prácticas y representaciones, su percepción de los agentes del sistema médico institucional y la que ellas piensan que ellos tienen de las parteras y la medicina tradicional).

¹¹ Estas hipótesis fueron formuladas a la luz de varios datos del trabajo de campo, mas con la intención de recuperar las percepciones originales de los hallazgos que se obtendrían.

Esta primera tesis tiene como origen una experiencia personal sobre la maternidad y el parto, en la cual al plantear mi deseo de dar a luz en un espacio distinto a un centro de salud, clínica u hospital, emergieron las fronteras culturales de mi familia y pareja sobre el tema. Su argumento para oponerse era que este tipo de atención podría resultar “poco segura”.

A la hora de la labor, mi cuerpo me pedía adoptar ciertas posiciones como estar a gatas o en cuclillas. La dilatación, lejos de los pronósticos de un centímetro por hora, fue muy rápida (cinco centímetros en dos horas), creo que también por las infusiones recomendadas que ingerí.

Después de unas horas, cuando la dilatación estuvo en ocho centímetros “me prepararon” para el parto; proceso que consiste en aplicar un “enema” o lavado intestinal y rasurar la zona vaginal.

Todo iba bien, hasta que llegó mi ginecólogo y me puso el suero de pitosín¹² y me subió a la camilla de partos, la cual era metálica y fría. Allí mis piernas fueron colocadas en las “piñeras”, por lo que adoptar otra posición que no fuera la litotómica o acostada era imposible. Además porque después de que me acomodé en la camilla me dijeron “cuidado se mueva que se puede caer”, pues las caderas estaban en el aire para comodidad de los doctores.

A esto se suman las luces de la sala de parto, el miedo, el frío que no ayudaban a la producción de endorfinas (Cfr. Anexos), responsables de disminuir el dolor y que aparecen en circunstancias de comodidad, oscuridad, seguridad y calor.

A parte de la posición molesta estaban el dolor de las contracciones, la inseguridad y el miedo de experimentar una situación nueva donde incluso peligraba la vida. Y en este contexto, la respuesta del doctor no fue lo suficientemente receptiva para mis necesidades de acompañamiento de ese momento, a pesar de que era el mismo ginecólogo que me había atendido todo el embarazo.

Toda la situación distaba mucho de las condiciones de parto ideales descritas por Isabel Fernández del Castillo (1994) quien sostiene que existe un instinto propio o una memoria de todos los animales, incluidos los humanos que nos posibilita a dar a luz con normalidad que nace del “cerebro reptil” y no de la racionalidad. “La intimidad, seguridad física y emocional y una mínima estimulación sensorial e intelectual

¹² Medicamento utilizado para aumentar las contracciones en la labor de parto

favorecen un parto fluido. Ello equivale a un entorno conocido...” (Fernández del Castillo; 1994, 39).

Después de experimentar esta situación al momento del nacimiento de mi hija, se incrementó mi interés por otras prácticas de asistencia del parto que no fueran las del sistema de salud oficial, las cuales me parecían violentantes.

En mis primeros trabajos me centré sobre las distintas posiciones a la hora de dar a luz (comparación entre el sistema de las parteras y el de salud oficial-institucional). Posteriormente concluí que no se traba de las posiciones sino que éstas constituían una manifestación de todo un sistema cultural y lo que había que abordar no eran las posiciones del parto sino los sistemas de salud.

De la misma manera fue cambiando el título que originalmente era *Técnicas alternativas al parto* en el cual subyacía la idea de que el paradigma dominante era el positivista, ya que todo giraba en torno a la “técnica”, metalenguaje propio del paradigma científico y racionalista. La experiencia de las parteras no podía ser analizada desde estos parámetros. Asimismo el término “alternativo” legitimaba que había un sistema oficial existente, en este caso el sistema institucional y académico. En este título no se reivindicaba el sistema de las parteras sino que era una especie de complicidad con la verticalidad de la modernidad sobre la ancestralidad. Una vez analizadas estas cargas connotativas el título fue cambiando.

Otro elemento que también fue alterado fue la población estudiada, pues inicialmente se trataba de un estudio comparativo de las percepciones sobre el parto y su atención entre distintos sectores de las mujeres de Quito –mujeres migrantes de zonas rurales, mujeres de altos recursos económicos y las de un sector sociocultural medio. Sin embargo, tras varias discusiones con el director de tesis, concluimos que podría resultar más rico profundizar la investigación con informantes calificadas (parteras) de un solo sector.

Finalmente, el tema de estudio fue: *Prácticas y representaciones del parto en contextos urbanos: el caso de las parteras de los Valles de Quito*. Este trabajo buscaba responder a las siguientes inquietudes:

- 1) ¿De qué manera las prácticas y representaciones del parto pueden ser reconocidas como parte de un sistema cultural?

- 2) ¿Cuáles son los agentes de salud, los instrumentos utilizados, los procesos de validación del conocimiento, las dinámicas del control prenatal y del parto? ¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre el sistema médico de las parteras y el sistema de salud oficial?
- 3) ¿Cuáles son las representaciones del nacimiento, parto, salud y cuerpo que se manejan en este grupo específico de mujeres?
- 4) ¿Cómo se dan las relaciones entre los agentes de los dos sistemas de salud? y ¿cuáles son los imaginarios de estas relaciones en la población señalada?

El tema se centró en el estudio de las prácticas de las parteras, con relación al sistema oficial, y de definir si sus prácticas correspondían o no a las definiciones de sistema de salud de Alarcón y Murillo¹³. Se identificaron prácticas y representaciones de sus atenciones, incluida las religiosas. Se abordó también las relaciones entre los agentes de los dos sistemas de salud, pero desde las percepciones de las parteras.

De hecho, una de las inquietudes que se planteó en la tesis es que no se trabajó directamente con los agentes de los dos sistemas de salud para recuperar directamente las relaciones, dinámicas e imaginarios que se tejen entre estos dos sistemas, con los testimonios de los dos actores, lo cual se plantea como objetivo central en este trabajo de investigación.

¿Para qué estudiar estas relaciones en este trabajo de tesis?

Durante siglos las parteras o comadronas han atendido a mujeres tanto de espacios rurales como urbanos, con éxito en algunos casos y también con complicaciones que resultan en altos índices de mortalidad materna e infantil. Sin embargo, tal como se lo planteó en el capítulo introductorio de la tesis, hoy en día, en especial en el área urbana, se ha construido el imaginario de que únicamente la atención del parto efectuada por agentes de salud institucional es la “adecuada” y se ha relegado a las parteras como una forma de atención “precaria”, “insalubre” o “incivilizada”. Sin embargo, muchas de las

¹³Conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva (Alarcón; 2003: 3).

“todas aquellas formas de atención que se conciben, ingenian y ponen en práctica en una comunidad para resolver los problemas de salud” (Murillo, 1986).

prácticas de las parteras corresponden a una atención más humanizada del parto tales como son un mayor respeto: del cuerpo de la mujer, de su morfología, del tiempo de la labor, del acompañamiento que requiere, de la atención personalizada, de su protagonismo en la posición en la que decida dar a luz.

De ahí que sea indispensable que la tarea de las parteras sea legitimada y valorada como lo es la atención procurada por los agentes institucionales y que se puedan retroalimentar. Para conseguir este fin, los distintos agentes de salud deben mirarse entre sí de forma respetuosa y en la que se reconozca su trabajo y esto sólo se consigue si sus relaciones dan cuenta de un enfoque de convivencia en el que el ejercicio del poder no subalternice ningún conocimiento ni actor.

El Ecuador es un país donde muchos grupos culturales y étnicos interactúan, cada uno con un bagaje de conocimientos ancestrales que es importante que sean revitalizados y reivindicados; de ahí que la propuesta de un Sistema Nacional de Salud en el que se reconozcan las distintas prácticas terapéuticas y se retroalimenten no debería ser un proceso aislado sino que lo óptimo sería que se extienda a nivel de políticas públicas nacionales. Éste sería el interés último y la aplicabilidad de esta investigación.

Asimismo es interesante presentar el proceso de inserción en el campo en este tema, pues se da en medio de un contexto de interculturalidad, en el que se evidencian las fronteras culturales y las interacciones de los dos sistemas de salud.

Detalles de inserción en el campo

Si bien el objetivo general de la tesis estuvo claro casi desde el primer momento, la población con la que se iba a trabajar estaba por definir. Sólo sus características estaban delimitadas: se trataba de un centro de salud (privado o público) donde existiera la atención del embarazo y/o parto tanto por parte de ginecólogos, obstetras y demás agentes institucionales; como por parteras.

La primera opción presentada fue el subcentro de salud número 19, en Guamaní - barrio del Sur de Quito - que es reconocido por proporcionar una atención mixta: tanto desde el sistema médico oficial como desde el de tradición, con terapias: ancestrales, neural, biomagnetismo y alternativas. En este centro existiría una dinámica de

convivencia entre los distintos agentes de salud, ya que intervienen en la atención tanto chamanes como médicos/as y demás trabajadores de salud.¹⁴

El momento de realizar un acercamiento, había una “casita de chocolate” en la que atendía un chaman; sin embargo, para la atención del embarazo y parto únicamente estaban las obstetrices y no había parteras. De esta manera, el subcentro de Guamaní no podía ser un escenario válido para esta investigación.

Las opciones restantes eran: el *Amupakin*¹⁵ en el Alto Napo y el *Jambi Huasi* en Otavalo. Del primero se sabía que atendían parteras, pero no se había confirmado que también estuvieran los doctores y otros agentes de salud; mientras del segundo si se sabía de la presencia de los dos distintos agentes de salud. Por esta razón, sumada la mayor cercanía de Otavalo a Quito, se decidió realizar un acercamiento primero al *Jambi Huasi*.

El 30 de septiembre del 2008, se realizó el primer contacto con este centro de salud y con su director el señor José Farinango. El *Jambi Huasi* es una fundación de medicina alternativa, parte de la FICI¹⁶, ubicada en las calles Guayaquil y Colón (esquina, número 6-19), en la ciudad de Otavalo.

A la hora de la llegada al centro de salud, el encargado de recaudación e información, después de ratificarme que sí atendían los dos agentes de salud, me remitió con el Sr. Farinango y dijo que era él quien debía autorizar el trabajo de campo ahí.

En el tercer piso estaba su oficina, yo llegué y le expuse el trabajo, sus objetivos y las razones por las que se eligió este espacio. Mi primera percepción fue que el “compañero Farinango” impuso una distancia inicial en la comunicación, ya que él era indígena y yo, mestiza. Creo que se activaron, en inicio, las fronteras culturales; aparte de que imagino que, por su lado, se trataba también de una sensación de incomodidad de ser él y la institución que dirige un “objeto de estudio”.

Me dijo que él necesitaba un oficio en el que se solicitara por escrito su autorización para realizar el trabajo de campo y posteriormente me preguntó sobre los créditos de la tesis. Yo le expliqué que los derechos de la tesis le correspondían a FLACSO y que se iba a mencionar en todo momento al *Jambi Huasi*.

¹⁴ El telégrafo, *Guamaní, pionero de medicina alternativa*. Tomada de la edición impresa del 04 de junio del 2008.

¹⁵ Asociación de Mujeres Parteras Kichwas del Alto Napo, creada en 1998 (AmupaKin).

¹⁶ Federación de Pueblos Kichwas de la Sierra Norte (FICI).

Otra de sus inquietudes era “mi colaboración” con la institución que podía ser dinero para comprar medicaciones. En ese momento, yo le expuse que si bien la FLACSO era quien tenía los derechos de la tesis, se trataba de una investigación personal y que desde la ética del investigador, la información no podía ser “comprada”.

En este momento, me expresó que a lo que él se refería era al “*randi randi*”, principio indígena que remite a una actitud de reciprocidad según la cual el receptor de algún bien o favor debe devolverlo o compensarlo de alguna forma.

Yo le respondí que mi intención no era hacer ciencia “extractivista” sino que la investigación tuviera alguna aplicabilidad como podía ser la devolución de la información (con una copia del trabajo y/o algún taller producto de los resultados de la tesis).

Otro problema que se presentó en la primera visita, fue que sólo se atendía el embarazo, pero no el parto, lo cual limitaba mucho la investigación, pues en sus orígenes se pensó que un video de un parto atendido por parteras, en este lugar, era un instrumento de investigación ideal, ya que evidenciaba sus prácticas de la atención del parto y sus alteraciones tras el contacto con otro sistema médico; más allá del discurso de los y las actores.

Posteriormente, en el taller de tesis narré esta experiencia y definimos que, a pesar de estas fronteras culturales y dificultades, el *Jambi Huasi* sí era un espacio adecuado para el trabajo de campo y que sólo se debía adaptar el marco metodológico a la realidad que se tenía.

Durante los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero, se realizaron distintas visitas a este centro de salud. La segunda visita consistió en llevar la carta al “compañero Farinango” y el trabajo directo ya con los actores del *Jambi Huasi*.

Para comenzar pagué \$4.00 (cuatro dólares, que cubre la consulta tanto de la partera como de la interna) por una cita para ser atendida y conversar con cada agente. La *mama* Conchita, partera, a quien ya había conocido la primera vez, fue la primera en atenderme y después pasé donde Viviana, la interna rotativa, estudiante de obstetrix.

El personal médico del *Jambi Huasi*, según la entrevista con Darwin, el encargado de recaudación e información, está constituido por seis personas: tres del sistema ancestral de salud –una fregadora, la *mama* Juana Perugachi; el chaman, el *taita* Javier Perugachi y la partera – y tres agentes institucionales –una enfermera, una interna

estudiante de obstetricia y una dentista. Estos tres últimos son rotativos y remunerados por el Ministerio de Salud; mientras los tres primeros, directamente por el *Jambi Huasi* y son agentes de salud permanentes en este centro. En este trabajo de investigación se entrevistó a todas las estudiantes de obstetricia que fueron pasantes en el periodo de trabajo de campo, si bien el tiempo de desempeño es corto (diez semanas); ellas son parte de los actores que configuran este espacio.

Es importante señalar que los agentes de salud relevantes para esta tesis son la partera y las estudiantes tanto internas como externas de obstetricia¹⁷. Estas últimas no tienen todavía su título profesional; sin embargo, las internas rotativas están cursando sus dos últimos semestres de universidad que corresponden a un año de experiencias en escenarios médicos, ya su aprendizaje teórico ha finalizado, pero requieren de estas prácticas (70% de la nota, en que se evalúa su asistencia y sus conocimientos médicos) y una evaluación final, el otro 30% de la nota (entrevista 09, 2009). El hecho de que no sean agentes titulados de salud podría implicar un cambio en los resultados de la investigación, si se presume que su comportamiento con respecto a las parteras y a la medicina tradicional cambiaría después de graduarse. No obstante la comparación entre estas dos tipos de agentes de salud es válida, pues el reconocimiento por parte de la institución es como “obstetrix” y no como estudiante, con lo cual se podría pensar que en términos de imaginarios que se manejan ellas tienen un trato tal como el que tuvieran si estuvieran tituladas. Por tanto se podría asumir que el trato y su concepción de las parteras no cambiarían sustancialmente. Además que sin título ellas son las agentes encargadas de dar la atención institucional a las usuarias de este servicio y están habilitadas a prescribir medicación y dar órdenes de exámenes, tal como si estuvieran tituladas.

Los informantes calificados de interés para la investigación dentro del *Jambi Huasi* son: la *mama* Conchita –María Concepción Brusil – partera; Viviana Freile y Nelly Gaibor, Gladys Criollo y Doris Yupanque que son estudiantes rotativas de obstetricia que están haciendo prácticas o la rural de sus estudio en la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador, en Quito y Darwin Tamba,

¹⁷ Mientras las externas realizan su “externado obligatorio” en el sexto semestre; las internas rotativas lo hacen en su séptimo y octavo semestre, con una remuneración por parte del Ministerio de Salud Pública. Este internado rotativo consta de cinco ciclos cada uno de diez semanas y en cada uno se practica en distintas áreas: obstetricia, ginecología, pediatría, patología obstétrica y desarrollo comunitario (ciclo en el cual algunas internas rotativas van al *Jambi Huasi*) (entrevista 10, 2010).

encargado de recaudación e información que está muy al tanto de la historia y los procesos que ha tenido esta institución.

En lo que resta del capítulo se narrará de manera más etnográfica y en primera persona las experiencias de lo que fue el proceso de inserción con los distintos actores. Cabe recalcar que éstas están atravesadas por mi propia subjetividad, por lo que en repetidas ocasiones insisto en que corresponden al campo de la percepción y a mis apreciaciones personales.

En cuanto a la inserción, con la *mama* Conchita fue relativamente sencillo ya que, al presentarme, decirle que ya había hablado con José Farinango, y contarle sobre la tesis, ella empezó a responder sin mayor complicación a las preguntas de la entrevista. Un límite no muy importante de la comunicación con la *mama* fue que su lengua materna era el *kichwa* y a ratos tanto para ella expresarse, como para mí entender la idea que ella comunicaba resultaba un poco complicado. Sin embargo, cuando tenía dudas reformulaba mi pregunta y así vencíamos el obstáculo del idioma.

Cabe rescatar que yo percibí de parte de la *mama* Conchita mucha receptividad y confianza, quizá porque creo haber manifestado, desde el comienzo, mucho respeto por sus prácticas y saberes; por tanto, existía en las entrevistas, desde mi lectura, una especie de complicidad que le permitía manifestar sus críticas con la atención de las internas abiertamente o ciertas inconformidades que tenía.

En cuanto a las agentes de salud oficial, la situación fue similar. Primero, me entrevisté con Viviana Freire, en otra ocasión con Nelly Gaibor y finalmente con Gladys Criollo y Doris Yupanque, todas estudiantes de obstetricia enviadas de la Universidad Central. Mi entrevista con Viviana fue en una segunda visita y después de haber hablado varias veces con el “compañero Farinango” e incluso con Darwin. De manera que Viviana, quien ya conocía el movimiento y los actores de este centro, cuando llegué a entrevistarla, ya había oído hablar de mi investigación y se mostró bastante cooperativa al responder las preguntas. A parte que sentí que existía una identificación conmigo por tratarse de otra persona mestiza y quiteña que se interesaba por este tipo de medicina.

En cuanto a Nelly Gaibor, otra estudiante de obstetricia –pues el Ministerio de Salud, a través de la Escuela de Obstetras de Quito, rotan a las estudiantes para que realicen prácticas – hubo un poco más de distancia. Creo que si bien respondió a todas

las preguntas, no hubo esa identificación como en el primer caso ni conmigo ni con el tema en sí mismo. Las entrevistas a Gladys Criollo y Doris Yupanqui se realizaron paralelamente, pues la una estaba cursando su internado mientras la otra, su externado, las dos se mostraron muy colaboradoras y comentaron sus percepciones sin mucha reserva; quizá también debido a que ya existía un vínculo establecido con el reto de agentes y con la institución.

Darwin Tamba es un actor central en las dinámicas del *Jambi Huasi* y el vocero del discurso oficial. Con él, el contacto inicial no fue tan espontáneo, pues creo que está consciente de las implicaciones que el manejo de la información puede generar. De ahí que en los primeros contactos, él me pidió un documento de mi trabajo para entender el fin de la investigación. Una vez que yo le llevé una parte de mi plan de tesis, él se mostró muy receptivo y dispuesto a colaborar.

En general, los distintos actores del este centro médico, desde mi percepción, se han mostrado abiertos en las distintas entrevistas y visitas realizadas. Al principio con expectativa de saber de qué se trataba y después con más familiaridad.

La inserción en el Hospital San Luis de Otavalo

Posteriormente a verificar que en el *Jambi Huasi* no disponía de información sobre atención del parto por parte de parteras y agentes académicos (obtuvieron un reconocimiento para ejercer desde la universidad) e institucionales, pues le remitían a este hospital y previo a una reunión de taller de tesis; procedí a un primer acercamiento en el Hospital en el que me entrevisté con su director el Dr. José Terán, quien es un médico académico indígena y reivindica las prácticas ancestrales de atención médica, tales como las de las parteras. Este galeno fue de los médicos pioneros del *Jambi Huasi* y actualmente ocupa la dirección del hospital con las mismas políticas de revitalización de las prácticas ancestrales. Le expliqué los objetivos de la investigación y así como en el *Jambi Huasi* también me pidió un documento en el que se solicitará se autorizara la investigación. En ese primer acercamiento, en abril del 2009, el Doctor Terán estuvo receptivo aunque su inquietud principal era conocer el abordaje del trabajo antes de colaborar abiertamente con la investigación, a pesar de que le indiqué que venía por las referencias que me dieron en el *Jambi Huasi*, dónde ya había hecho trabajo de campo.

En las siguientes visitas me fui recogiendo testimonios y percepciones tanto de usuarias como del personal médico y realicé las entrevistas claves a las informantes calificadas de la atención del parto vertical; en este caso, la licenciada en enfermería y subdirectora del Hospital, Magdaly Hermosa, quien es la persona encargada del parto vertical. Ella es una persona con muchas responsabilidades y no dispone de mucho tiempo, razón por la cual tuve que explicarle las dificultades de mi trabajo de campo que era en otra provincia y las implicaciones de un día de investigación para que me pudiera dar una cita. Una vez que comenzamos la entrevista y empezamos a conversar del tema tuvo una apertura y colaboración totales y reivindicó el parto “culturalmente adecuado” así como todos los avances que el hospital ha hecho en este tema. Ella me remitió dónde la *mama* Margarita Morales, presidenta de las parteras de Otavalo y pionera del parto vertical en el hospital.

Ubicarle a la *mama* Margarita fue complejo, pues se requirió de varios días hasta que ella tuviera tiempo, ya que estaba justamente en reuniones con parteras. Finalmente, nos encontramos en mayo del 2009, en el mercado de los ponchos donde trabaja como comerciante de collares y pulseras también. La *mama* Margarita desde el inicio se mostró muy colaboradora y en su discurso se notaba una confianza con su interlocutora, ya que hacía incluso comentarios sobre sus percepciones de maltrato de los médicos hacia las parteras, sin ningún reparo. De esta manera, con algún tiempo para la inserción pude hacer mi trabajo de campo en este hospital, el mismo que será descrito a continuación.

Descripciones de las prácticas terapéuticas de cada agente de salud

En términos del registro institucional, las dos agentes de salud operan de la misma forma: llenan las columnas de su registro (fecha, nombre y diagnóstico). Sin embargo, la manera en que cada una atiende difiere mucho la una de la otra.

La *mama* Conchita primero conversa con las mujeres que acuden a su atención quienes por lo general son mujeres embarazadas sobre las causas de su visita que suelen ser alguna molestia durante la gestación y en pocos casos controles periódicos. Luego, les pide que se saquen medias y zapatos y se recuesten en una camilla en su “consultorio de atención”. Luego destapa el vientre de la embarazada y se aplica aceite de oliva – que ella denomina “aceite el arbolito” – en sus manos y sobre esta zona. Entonces

localiza cómo y dónde está ubicado el/la bebé (cabeza, espalda, piernas, vientre). Si está con su cabeza hacia abajo; es decir, “ubicado” o sentado, en cuyo caso le hace girar poco a poco con masajes en el vientre de la madre.

En el caso de que el/la bebé esté muy abajo (colocado en la parte inferior del útero), lo que ella denomina que está en peligro de “arrojar” le “sube” con masajes ascendentes. También ahí diagnostica cuando la madre tiene “resfrío” en cuyo caso irá mucho al baño o cuando tiene gases, de ser este el caso pregunta si la madre ha estado tomado “Coca-cola” y recomienda dejar de hacerlo. Después masajea y aplica aceite sobre vientre, piernas y pies y en este punto verifica si existe hinchazón (por retención de líquidos), várices o algún indicio de mala circulación. Mientras masajea estas zonas, conversa con la madre, pregunta datos para su diagnóstico: “¿Ha tenido molestias con...? ¿Le ha dolido...?” y va recomendándole las infusiones, lavados o hierbas que tiene tomar. En el caso de que la mujer presente dolores de espalda o cadera, ella masajea estas zonas con este mismo aceite y recomienda un poco de reposo de ser necesario.

Por otra parte está la atención de la interna cuyo consultorio está incluso en otro piso (en el primer piso mientras la *mama* Conchita atiende en segundo piso). Una vez que la interna recibe a su paciente, procede a llenar su historia de vida: primero los datos personales, enfermedades de la paciente, tendencias de enfermedades familiares. En este punto todas las estudiantes entrevistadas comentan experimentar una frontera cultural con las mujeres indígenas que se sienten incómodas, se intimidan o no responden cuando se les pregunta sobre el número de parejas sexuales que han tenido o las enfermedades de transición sexual.

Desde mi experiencia no sólo como investigadora sino como usuaria, tal como se detallará posteriormente, la información se recaba de manera unilateral ya que es la agente de salud quien hace las preguntas y las pacientes responden; sin embargo, existe una barrera profesional que provoca que las agentes institucionales no suelen referirse a su vida, pues esto no es parte de la labor terapéutica.

Toda la información que reciben las internas es anotada en la ficha de cada paciente a diferencia de la partera quien, por un lado, en gran parte de los casos atiende a mujeres en español que no es lengua materna, ya que ella es *kichwa*- hablante; y, por otro lado, pertenece al sistema cultural *kichwa* que se basa en una tradición oral y no escrita.

Lo siguiente en su atención es preguntar la razón de la visita médica, si es por alguna molestia o por un control del embarazo, postparto o ginecológico, pues ella no sólo se encarga de pacientes gestantes sino de la salud sexual de las mujeres.

Posteriormente, se pasa al chequeo en la camilla; en la cual el diagnóstico, en los embarazos, al igual que la *mama* Conchita, comienza por palpar el vientre de la gestante y ubicar la cabeza del bebé y su posición. También mide con una cinta métrica el tamaño del vientre para verificar que el o la bebé esté creciendo adecuadamente (aunque para mayores detalles se necesita de un eco obstétrico, éste se realiza con un equipo que la organización no ha comprado). Otro instrumento que utilizan es un *doppler*, aparato que sirve para oír los latidos fetales con el contacto sobre el vientre de la madre y saber si el o la bebé está con una buena frecuencia cardiaca; es decir, que sus latidos sugieran que está en buenas condiciones físicas. De ahí que los elementos tecnológicos sean muy importantes en sus prácticas, al contrario de la partera que no dispone de ningún otro dispositivo externo.

Una vez que finaliza la revisión física, la obstetra regresa al escritorio (mueble que no está presente en el consultorio de la *mama* Conchita, quien recibe a las mujeres en una silla o en piso, mientras borda) y explica a la paciente la receta que le enviará. En el caso del embarazo, según las molestias puede ser desde lavados vaginales, vitaminas, pomadas y reposo (cuando hay molestias pélvicas), hasta eventualmente exámenes médicos para profundizar en el diagnóstico. Aunque saben que muchas veces estas recetas no serán compradas por falta de dinero o por las diferencias culturales con las mujeres que básicamente llegan al *Jambi Huasi* para ser atendidas más por la partera y confían más en su tratamiento que en el de la medicina institucional.

Relación observación – participación: ¿y las fronteras culturales?

¿Qué definimos como observación y qué como participación en este tema? ¿Cuáles serían entonces los límites entre la primera y la última? En este punto, cabe hacer una aclaración, durante el trabajo de campo de esta tesis yo he sido, por un lado investigadora, pero también paciente, por mi estado de gestación. De ahí que el trabajo de campo se haya facilitado de cierta forma, al poder vivenciar directamente las prácticas terapéuticas de las dos agentes de salud.

Si bien el contacto con el *Jambi Huasi* no ha sido una experiencia de permanencia diaria, ha sido bastante decidora en estas condiciones ya que considero que no solo he sido observadora sino que sido participante, al ser paciente.

En la distinción establecida por Pike en 1964 entre el Etic se describe la perspectiva del investigador y se la diferencia del Emic que corresponde a la de los actores implicados (Pike, s/r). Desde estas categorías conceptuales, el ser actora implicada como paciente de los dos agentes de salud permitiría tener una percepción más interna y participativa, más Emic; sin embargo, el éxito de la experiencia investigativa es mantener esa distancia epistemológica que permite verificar la validez de las hipótesis y estudiar un hecho social o cultural (perspectiva Etic). De ahí que en este trabajo de campo se conjuga la observación con la participación.

Esta situación de participante o paciente facilitó mucho la investigación, pues de otra manera, la alternativa de investigación de las prácticas de las agentes de salud hubiera sido permanecer durante las consultas de mujeres embarazadas, lo cual es un poco complicado ya que interfiere directamente con la privacidad de estas mujeres, quienes no siempre están dispuestas a permitir este tipo de observación, que podría resultar intromisiva.

Tras siete años de haber tratado el tema del parto y estudiado los saberes de las parteras como prácticas legítimas y válidas (a pesar de sus limitaciones y riesgos); tuve, en mi trabajo de campo, una experiencia que puso en evidencia las fronteras culturales que en mí existen aunque no sean tan visibles. El momento que le comenté a mi ginecólogo que me iba a donde la partera, él me recomendó que todavía no le vire a mi bebé, que no le *acomode* (es decir, ponerle con la cabeza en la parte inferior). Yo me fui a la consulta con la *mama* Conchita y de pronto ella me comenta que le va a *acomodar al guagua*. Y mi primer impulso, a pesar de haber tenido un trabajo previo en este sentido, fue de temor ya que al confrontar los dos sistemas de salud que recomendaban tratamientos diferentes, yo sentía más confianza con el de mi doctor, con el sistema cultural en el que crecí finalmente. Tuve que hacer un ejercicio de convicción consciente para convencerme de que la *mama* llevaba años en su labor y que no le iba a pasar nada a mi bebé.

De ahí que a pesar de evidenciar esa suerte de “discriminación” y prejuicio con las prácticas de las parteras, estoy consciente de que también responde a una respuesta

construida, mantenida y arraigada culturalmente, a las fronteras culturales que consciente o inconscientemente tenemos.

En definitiva, este trabajo de campo fue una experiencia de observación directa y participativa en la que se evidenció un claro locus de enunciación que buscaba analizar el lugar de las parteras entre los distintos agentes de salud (desde una mirada reivindicativa de los saberes), pero también desde tiene sus propias cargas y fronteras culturales.

Los hallazgos resultantes de este trabajo de campo fueron analizados, según los ejes propuestos en las preguntas de investigación que giran en torno a entender las interacciones entre los dos sistemas de salud.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y HALLAZGOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN JAMBI HUASI

Grados de convivencia entre los distintos agentes de salud del *Jambi Huasi*

El grado de convivencia entre las estudiantes de obstetricia y la *mama* Conchita, está analizado en función de los distintos enfoques planteados por Cunningham, presentes en el primer capítulo de esta tesis.

- 1.El enfoque paternalista o integracionista
- 2.El enfoque culturalista
- 3.El enfoque de convivencia
- 4.El enfoque de empoderamiento o autonómico (Cunningham; 2002: 8).

El **enfoque paternalista o integracionista** correspondería a una dinámica de interrelación donde imperaría la verticalidad entre los agentes, en cuyo caso se darían situaciones de violencia simbólica al negar e invisibilizar a alguno de los dos sistemas, el de la atención de las parteras.

Si bien se reconoce que al principio no existía mucha aceptación de los agentes de salud ancestral; por ejemplo Darwin Tamba cuenta que en sus inicios “la gente mestiza prefería venir en la noche que en el día” pues tenía vergüenza de ser vista visitando un servicio que ellos pensaban estaba destinado para la población indígena. Actualmente este enfoque no está presente en el discurso institucional del *Jambi Huasi*, encarnado en este caso por Darwin, el encargado de recaudación e información, quien reivindica el sistema médico ancestral y la colaboración entre los distintos agentes de salud al poder remitirse los casos.

Nosotros como tenemos los consultorios de medicina tradicional, viene el paciente elige el servicio con cual desea atenderse y en caso de que necesite la referencia de otro profesional; por ejemplo, la partera ve una complicación algo, le refiere el paciente a la doctora o le llama para que le ayude en su consultorio. Entonces estamos en una constatación de comunicación y referencia de pacientes. Entonces cada una va respetando el espacio y los conocimientos que la otra tiene, pero siempre estamos apoyándonos... (Entrevista 02, 2008).

No se considera al sistema médico institucional con su paradigma biomédico como el único válido, ni tampoco se percibe a la partera, al taita o la fregadora como actores folklóricos de la salud, sino como agentes terapéuticos que son aceptados por esta agente institucional y demandados por la mayor parte de los usuarios tanto de origen mestizo como de origen indígena. Según las observaciones de Darwin Tamba, “el 70% de las mujeres van donde las parteras; el 60% es indígena y el 40% es mestiza”, no existe un registro oficial de la pertenencia étnica de las usuarias. Este discurso institucional no sólo reconoce, sino que reivindica la diversidad cultural.

Desde la visión institucional son las estudiantes de obstetricia quienes eligen la plaza de prácticas y optan por realizarlas en este centro, lo cual se confirma en algunos casos. Sin embargo, para dos de las cuatro, llamadas “obstetricas” (que en realidad eran una interna y una externa) entrevistadas esta práctica las ha sido impuesta y no están muy satisfechas con la experiencia. Su percepción es importante ya que constituyen la mitad del personal académico, institucional que atendió en el *Jambi Huasi* en el periodo de trabajo de campo.

Ya en la atención propiamente dicha, si bien la *mama* Conchita, así como los otros agentes terapéuticos entran a su “trabajo” en la mañana y salen a las cuatro y media de la tarde –es decir que atiende en un horario que responde a un modelo institucional – a diferencia de las prácticas de la *mama* Conchita antes de trabajar en esta institución, cuando no tenía un horario fijo sino que se dedicaba a sus labores agrícolas, a las labores de la casa y a la crianza del ganado y las mujeres iban a pedirle que les atendiera a cualquier hora del día. El idioma *kichwa* sí está presente en la atención, de hecho, los agentes son de origen *kichwa* y ese es su idioma materno. La *mama* Conchita puede comunicarse en español, ya que ella ha aprendido de manera autodidacta, y cuando vienen las usuarias indígenas, ella las atiende en su propio idioma. Desde su percepción, la mayor parte de usuarias habla español, mientras las practicantes piensan que en su mayoría son *kichwa*-hablantes.

En la atención de cada uno de los agentes de salud no existe incidencia de los otros agentes, ya que ejercen por separado, en sus consultorios atiende cada uno por su lado; posteriormente pueden remitirse casos en caso de que no pueda hacer algún diagnóstico, pero normalmente la partera no les recomienda consultar a la “obstetrica”. Por tanto, la práctica de las parteras responde a las necesidades y pedidos de las usuarias

que las buscan, así como las agentes de salud oficial operan sin la intervención de las parteras; sin embargo parte de las quejas de dos de las estudiantes entrevistadas es que las usuarias no acuden sino escasamente a su consulta, ellas prefieren atenderse con la partera.

Cabe mencionar que mientras la partera, así como el resto de agentes de salud ancestral, son parte del personal fijo de este centro, las estudiantes solamente están haciendo trabajos temporales (su internado o su externado) y no pueden ser tomadas como una visión institucional sino que sus entrevistas se las podría considerar como opiniones personales. Entonces la postura que tengan estas agentes de salud dependerá de la persona entrevistada.

Si bien algunas de estas estudiantes expresan un respeto por la práctica terapéutica de las parteras, también dos de ellas manifiestan su discrepancia con algunos de sus procedimientos, como está presente en las entrevistas realizadas.

Al contrario nosotros les decimos que no se tomen eso, pero en cambio la partera les receta eso (...) Se ha tenido bastantes casos que cuando se toman el agua de canela, eso lo que les hace es que las contracciones que sean más dolorosas pero para el descenso del bebé no le ayuda, eso se ha comprobado en Quito (entrevista 05, 2009).

Aunque las discrepancias en algunas ocasiones se hacen de manera explícita, también se dan implícitamente cuando Gladys Criollo, estudiante de obstetricia plantea que:

Las tradiciones de ellas (las usuarias) son más hacia las parteras, ellas tienen más creencias en eso que en nosotros (...) Las pacientes comentan que sienten dolores en esta parte del epigastrio y según ellas, dicen que le acomodan al bebé, en base a aceites y masajes, ellas se sienten relajadas después de eso, con menos dolor comentan que sí les va bien (entrevista 05, 2009).

Este agente de salud plantea que “según ellas” (las usuarias) si funciona la atención de las parteras, sin embargo, denota que esta opinión no es la suya sino que hace hincapié en que es la de las usuarias. Asimismo, expresa que las usuarias tienen “creencias en eso”. La práctica de las parteras es descrita a partir de la expresión “eso” y asociada a la creencia popular, no de un quehacer más científico como si lo harían esos “nosotros” mencionados en la entrevista. De ahí que se lea en estas palabras una clara diferenciación entre ellas, las parteras, y nosotros, los agentes institucionales.

Esta misma estudiante manifestó que “es bien distinto, obvio, con Quito (las pacientes van donde la partera) Por ejemplo en Quito hablando en el Hospital del Sur

podríamos tener una plaza que sería muy bueno para prepararnos mejor”. Para ella la experiencia del *Jambi Huasi* no es tan productiva, en términos de aprendizaje, como una en el Hospital del Sur o en Quito donde sí es diferente porque las mujeres sí se atienden con los médicos, obstetrices o estudiantes de obstetricia. Esta afirmación es importante porque sugiere dos cosas: que en el Hospital si tendrían pacientes que acudieran y confiaran en los agentes de salud oficial o institucional; y la segunda idea que subyace es que la preparación emergente de una institución oficial de salud es más válida que la que obtiene del *Jambi Huasi*, con la partera. Esta percepción implicaría que no considera como aprendizaje válido el que proviene de la medicina ancestral; en este caso las fronteras culturales entre los dos agentes de salud se visibilizan.

Paralelamente, existe una brecha entre el tratamiento que las instancias oficiales les dan a las parteras y a las estudiantes de obstétrica. Los recursos estatales son asignados a las practicantes ya que a ellas las envía la Escuela de Obstetrices de la Universidad Central y el pago de sus honorarios está a cargo del Ministerio de Salud del Ecuador (las internas ganan \$456,20, las externas no perciben sueldo, entrevistas de estudiantes); mientras a la *mama* Conchita y a los agentes de salud ancestrales les paga sus honorarios el mismo *Jambi Huasi*, con el presupuesto autogestionado de los cobros de atención médica. Según el recolector del centro, una partera gana “más o menos un sueldo mensual, un sueldo básico más los beneficios de ley (...) ha de estar por los \$250 mensuales”; sin embargo, la partera manifiesta que este pago podría retrasarse un poco si la situación económica del *Jambi Huasi* no está bien, pero según lo que ellas les comentaron a las obstetras su sueldo oscilaría entre \$150 y \$180 mensuales. De ahí que se pueda sostener que el funcionamiento del Ministerio de Salud en este centro médico no responde presupuestariamente a las necesidades de la diversidad cultural de la población, ya que no ha ejecutado mecanismos para solventar los honorarios de los agentes tradicionales de salud; se podría hablar de que todavía existiría una posición paternalista en la ejecución de la institución ministerial y una frontera étnica ya que existe una diferenciación entre los dos tipos de agentes terapéuticos.

Si bien esta diferenciación por parte del Ministerio de Salud podría ser de corte paternalista, por parte de los actores, las estudiantes de obstetricia no se podría considerar la presencia generalizada de un enfoque paternalista o integracionista de los distintos actores que ahí atienden, sino de dos estudiantes entrevistadas.

El **enfoque culturalista** reconoce el pluralismo cultural; sin embargo, no se dedica a entender el sistema de representaciones culturales, ni los aspectos de participación ni de poder real. Desde este enfoque suele ocurrir que las personas no pertenecientes al sistema institucional de salud son tomadas como “mano de obra”, situación que no reveló el trabajo de campo: cada agente trabaja en su rama, con sus propios procedimientos terapéuticos y ninguna de las dos atenciones está subordinada a la otra.

En los casos en que las usuarias no hablan español, intervienen las parteras para traducir, mas no como una actividad utilitaria ni funcional, sino que es una alternativa que el *Jambi Huasi* tiene para mejorar su atención y no implica ninguna intervención ni de la partera en el trabajo de la interna ni viceversa.

En algún caso, una estudiante que ella piensa que a las parteras les hace falta una capacitación en conocimientos médicos, obviamente se estaba refiriendo al sistema médico institucional, pues considera que el conocimiento de las parteras no es suficiente.

Darwin Tamba así como el que está presente en la publicación *Jambi Huasi; historia del Jambi Huasi*. Inrujta-FICI, escrita por Miriam Conejo presentan el proyecto del *Jambi Huasi* con un **enfoque de convivencia** entre los distintos sistemas de salud. Este contacto entre los dos sistemas de salud se da en el caso antes descrito: cuando se necesita un canal de traducción entre la usuaria *kichwahablante* y la interna.

Los testimonios del mismo Tamba y de Viviana Freile, interna, reportan un caso en el cual intervinieron las dos agentes, que fue un parto atendido a domicilio en el que coincidió que la brigada médica estaba en el lugar del parto. Sin embargo, el tipo de convivencia más frecuente se da cuando una de las dos agentes de salud encuentra algún problema en el diagnóstico o tratamiento y remite a la otra agente y en el caso de la partera, ella ya suele identificar qué tipo de examen podría requerirse como un eco o un papanicolau¹⁸. La partera manifiesta que: “Cuando yo no puedo, cuando yo no atino, cuando yo no avanzo le llamo al doctor, llamamos para acá” (entrevista 01^a, 2008). Estos casos se reportaron por parte tanto del encargado de recaudación e información como de las obstetras.

¹⁸ Examen ginecológico para detectar cáncer de útero

La paciente ya había subido, le había acomodado al bebé, la paciente no sabía específicamente de cuántas semanas estaba, lo único que le había dicho arriba (la partera) que ya le había puesto de cabecita al bebé; de ahí sí dijo:

“me manda aquí abajo la partera para que me dé viendo”

- pero ¿por qué? le dije,

- es que arriba solo me acomodó, pero no sabía de cuántos meses estaba”. Aquí lo que se le hizo igual es nosotros mediante nuestras técnicas que tenemos, calcularle la fecha de la última menstruación, sacarle la edad gestacional, igual medirle con la cinta métrica el fondo de la altura uterina y coincidió con la paciente, porque la paciente también estaba de acuerdo que estaba de unos cinco meses (entrevista 06, 2009).

Asimismo las obstetras también remiten casos a la partera, aunque también hagan su diagnóstico por medio de sus propios procedimientos, tal como los exámenes de laboratorio.

Una señora de unos 59 años de edad, tenía 9 gestas, y la señora tenía un prolapso, ya le examiné igual ella me pidió que si podía hacerse ver arriba, yo respeté su decisión, le dije que suba no más; ya me acomodó, ya me subió, dijo. ¿Qué le subiría, qué le haría? No sé. Ya la señora se sintió mejor, pero igual nosotros le tomamos una muestra que eso es lo que nosotros tenemos que hacer (entrevista 05, 2009).

Sin embargo, el *Jambi Huasi* procura que las mujeres gestantes así como las no gestantes, tengan consulta con las dos agentes de salud (a pesar de que la mayor parte de usuarias vienen más por las parteras que por las obstétricas).

Cabe recalcar que a la hora de que las obstetras ingresan a esta institución no se les da una charla explicativa o una capacitación sobre la razón de ser del *Jambi Huasi*, que podría facilitar el encuentro de los dos sistemas médicos; tampoco existe un diálogo de saberes auspiciado por la misma institución. La *mama* Conchita manifiesta que este es un espacio que se ha perdido, pues cuando la institución estaba dirigida por la doctora Miriam Conejo se organizaban reuniones entre todos los miembros del *Jambi Huasi*.

En el tiempo de la investigación, los aprendizajes de las obstétricas sobre los conocimientos de las parteras se dan más bien a nivel personal, a condición de que dicha estudiante esté interesada en aprender. A diferencia de la interna que prefería realizar sus prácticas en el Hospital del Sur, para otras de ellas, el *Jambi Huasi* es un espacio muy rico para “complementar sus conocimientos”, para “convivir y aceptar el criterio y la cultura de las otras personas”, “aceptar las creencias” ya que en estos otros centros hospitalarios sobretodo públicos no se puede dedicar el suficiente tiempo a cada

paciente, ya que se atiende unos treinta o cuarenta pacientes, por turno. Ella también reconoce que la mayor parte de sus compañeras no tienen una buena “predisposición” para llegar al *Jambi Huasi* y aprender de los conocimientos ancestrales.

Las percepciones sobre este tema son incluso, en algunas ocasiones, opuestas; por ejemplo, para una estudiante “nos relacionamos con la medicina tradicional; la gente del *Jambi Huasi* son personas demasiado amables y más que todo la gente que trabaja son abiertas que nos permiten conocer”. Y piensa que “las parteras manejan su medicina tradicional y así como nosotros respetamos ellas también respetan mucho la medicina occidental. Claro que ellas están dispuestas a aceptar un poco más nuestra medicina (...) la parte infecciosa por ejemplo porque ellas no utilizan la tecnología que utilizamos nosotros en cambio las manos, la sabiduría que ellas tienen.”

Según el testimonio de otra estudiante, como un caso particular, en una atención ambulatoria¹⁹, la partera atendió un parto, mientras ella estaba presente y pudo apreciar las prácticas utilizadas.

En otra entrevista sobre por qué no se da este mutuo aprendizaje, la agente de salud respondió:

Es que no imparte, nos vamos a ver nosotros ya porque queremos ver, pero no dice sabe qué es así, no comenta a qué se deben sus costumbres de creer en eso (...) yo sí tengo deseos de preguntarle varias cosas, pero no sé si la señora será accesible en responder, no se sabe cómo va a reaccionar la señora (...) las parteras tampoco preguntan. No sé si las señoras hablan español, no conversan con las obstetras... (Entrevista 05, 2009).

Por su parte, la partera tampoco manifiesta tener una mayor relación con el equipo de obstetras: “Solita trabajo, *caduno* atendemos, como separados vivimos”. Cuando se le pregunta a la partera cómo atienden las obstetras ella responde “eso no sabemos”. No solamente no hay un mayor contacto en la atención sino que de hecho las relaciones interpersonales tampoco son estrechas, cada agente hace su vida cotidiana “Cada uno se va a almorzar” (entrevista 01^a, 2008)

Quizá la real convivencia está limitada porque, por un lado, no se atiende el parto realmente en esta institución, sino controles y problemas en el embarazo, atención de problemas ginecológicos o métodos anticonceptivos. Por otro, lado tampoco ayuda a esta convivencia el hecho de que las obstetras no sean fijas en la institución sino

¹⁹ Atención en la cual el cuerpo médico visita las comunidades

internas rotativas, ya que no permite un proceso de diálogo de saberes permanente; mientras que para la Escuela de Obstetricia esta constante rotación resulta muy favorable para poder inducir a más estudiantes a interesarse por este tipo de atención del parto.

A nivel de la institución educativa, a esta escuela de la Universidad Central se le debe reconocer un esfuerzo por lograr una convivencia de agentes con este tipo de prácticas en la formación de sus estudiantes, quienes, según se reporta en una entrevista, en pocos casos empezaron a incluir infusiones y hierbas en sus consultas. De ahí que no se podría decir que existe un proceso de convivencia profunda entre los dos distintos agentes del *Jambi Huasi*, sino que las dos agentes de salud operarían más bien de manera independiente, empoderada y autónoma, que corresponde al cuarto enfoque. De hecho las recomendaciones de una de las obstetras fueron generar una mayor integración dentro del trabajo, atendiendo partos dentro del centro de salud. Y piensa que el trabajo del parto normal y sin complicaciones debería estar en manos de las parteras, con colaboración de las estudiantes de obstetricia.

Como futuros profesionales de la salud tenemos que aprender a respetar todo lo que son tradiciones de todas las personas (...) en el Jambi Huasi se respeta lo que es medicina tradicional y medicina occidental porque la medicina es una sola (entrevista 03, 2008).

En definitiva, no podemos perder de vista que la creación del *Jambi Huasi* responde a un empoderamiento de la FICI (Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura) en el cual se reivindican elementos de la identidad indígena, de sus prácticas y representaciones tanto a nivel de organización y administración; de educación y cultura; como de salud. De ahí que este centro de atención mixta esté sustentado sobre un proceso político e ideológico que le permita tener una mayor conciencia de la importancia de mantener las tradiciones culturales.

En el *Jambi Huasi* se trata de este tipo de enfoque en el que los dos sistemas médicos están presentes, cada uno opera por su cuenta; a pesar de que existe una complementariedad, ya que la atención se da por parte de las dos agentes de salud.

Aunque el **enfoque autónomo** prevalece, existe un alto nivel de cooperación entre sí como son las traducciones simultáneas o la posibilidad de remitirse casos. Sin embargo, también existen ciertas fronteras culturales entre agentes de salud, por el hecho de que no se da un proceso de convivencia muy fuerte.

Si bien una interna expresó que respeta mucho a las parteras y que admira que “sólo con un movimiento tienen solucionado todo”, que le parece “más sabia, más entregada a la naturaleza” y que las dos medicinas son complementarias; este caso no es la constante. Otra de las obstetrices, en una entrevista, manifestó que las parteras sí pueden atender, pero que su práctica tiene sus límites ya que por ejemplo no disponen del equipo necesario para hacer un monitoreo fetal y de frecuencia cardiaca en el momento del parto. Ella reconoce la eficacia de la práctica de las parteras, pero plantea que el límite es tecnológico. Sin embargo, en la entrevista con la *mama* Margarita, presidenta de las parteras en Otavalo, ella dijo que, por medio del pulso, ella puede detectar si hay complicaciones con la madre o el bebé. Este hecho demuestra que el no tener la tecnología usada por el sistema médico institucional no limita sus procesos terapéuticos y también prueba que hace falta un mayor contacto entre los agentes de salud para que haya un mayor flujo de información entre las dos agentes.

Otro caso de desaprobación de un sistema al otro fue, en una entrevista con la *mama* Conchita, quien les dice a las mujeres que van a atenderse que no tomen las pastillas que les manda la doctora porque son malas “otra medicación manda, vuelta pastillas no vale. Tomaran pastillas, pastillas diciendo mandan. Vuelta yo digo pastilla no vale para el bebé”; tal como la estudiante de obstetricia le dijo a su paciente que no se tome las aguas que le daba la partera como lo mostraba la entrevista presentada. Esta es una muestra clara de que, a pesar del trabajo institucional, sí existen fronteras culturales entre los agentes y sistemas de salud. Incluso alguna interna manifestó que, según ella, la partera considera que a las doctoras y obstetrices les falta más tolerancia y que además la medicación utilizada es innecesaria.

También existen fronteras culturales entre todas las obstetrices entrevistadas y algunas mujeres indígenas que atienden a la hora de hacer la anamnesis o ficha médica de las usuarias, ya que para ellas es vergonzoso contestar preguntas como cuántas parejas sexuales ha tenido, o alguna otra que ellas pueden sentir que atenta contra su pudor.

A pesar de estos dos hechos registrados en entrevistas, considero que el *Jambi Huasi* sí mantiene un enfoque autonómico y de empoderamiento que reivindica el sistema de salud ancestral (parteras, fregadores y taitas) propio de la cultura *kichwa* Otavalo; en el cual operan los dos sistemas de salud independientemente, con la

posibilidad de remitir casos y de colaborar entre sí, como por ejemplo con traducciones de *kichwa* y español. Sin embargo, las fronteras culturales para que los agentes de salud comprendan las prácticas del otro sistema médico son elementos que aún se mantienen levemente y que son difíciles de eliminar, más aún cuando el flujo de comunicación entre los dos es, por el momento, débil.

En los primeros acercamientos a este centro de salud se constató que no atendían el parto en sí mismo ni disponían de la infraestructura necesaria para ello, razón por la cual la investigación se extendió hacia el hospital San Luis de Otavalo, donde se informó que se atendían los partos remitidos.

¿Qué pasa en el hospital San Luis de Otavalo?

El encargado de recaudación e información del *Jambi Huasi*, en su discurso oficial, alude mucho a la colaboración que tiene del hospital San Luis de Otavalo. Para este último el *Jambi Huasi* es una institución coparticipante, mas no, una organización trascendental para su desempeño:

...es uno de los coparticipantes dentro de este proyecto, dentro de este proyecto hay participación entre algunas instituciones, dentro de esto está el municipio, la dirección provincial de salud de Imbabura, a través de salud intercultural, y el *Jambi Huasi* que es el nexo de coordinación para que se asignen los fondos de UNPFA, básicamente (entrevista 07, 2009).

El hospital San Luis de Otavalo ha retomado el parto vertical como una de sus atenciones claves. Si bien mantiene el parto atendido desde un paradigma institucional, se ha implementado esta otra práctica, en la cual intervienen las parteras básicamente. Esta nueva opción se da después de un proceso de algunos años:

Chutica muy difícil la primero entrada, pero antes ayudó doctor Terán, doctor Jaramillo, la Lic. Mercedes Muenala, Rosita Colta; ellos luchaban más que todo por nosotros, para que entren. Cada mes tenía taller, cada mes tenía taller. Ocho años nosotros para entrar (entrevista 08, 2009).

Cabe recalcar que la introducción de estas agentes de salud, las parteras, ha significado un largo trabajo y la convivencia para que las fronteras culturales sean más permeables y se ha realizado después de una investigación técnica acerca de los motivos por los que

las mujeres del sector rural e indígena, sobre todo, no se hacían atender en este centro hospitalario.

La relación **paternalista o integracionista** que niega o invisibiliza al sistema no oficial, no institucional y no académico. En este caso, estuvo presente, tal como lo cuenta la *mama* Margarita, en los inicios de su trabajo en el hospital:

Ahora está cambiado: no es lo mismo; porque antes era ni saber nada ellos, no querían hablar, “india” decían, “indígena”, así estaba diciendo sucia, lo que sabían decir ellos ahora ya no (entrevista 08, 2009).

En este caso, las parteras experimentaron una fuerte discriminación por parte de los doctores, la cual sí se podría considerar como “violencia simbólica” (que consiste en presentar la práctica institucional como “conveniente, legítima, aprobada”; mientras la otra es inaceptable) (Bourdieu; 2000: 90) por parte de los agentes institucionales hacia las parteras, en la que esos doctores, según el testimonio de la *mama* Margarita, las descalificaban al utilizar adjetivos como “sucias” o criticar su identidad étnica: “india” o “indígena”, aplicándolo despectivamente; es decir, el hecho de ser indígena significaría que las parteras no son aptas para dar una asistencia tan válida en la atención del parto como aquella de los médicos.

La tesis planteada por Foucault sobre el “el Orden del discurso” en el cual las relaciones de poder se manifiestan a través de “mecanismos negativos de rarefacción” (Foucault; 1992: 164) podría aplicarse aquí. Médicos del hospital San Luis de Otavalo, a los que se refiere la *mama* Margarita (ella se refirió a un par de doctores, pero no quiso dar sus nombres en la entrevista), en un inicio, utilizaban el origen étnico de las parteras o adjetivos ofensivos como “sucias” para ejercer una diferencia entre ellas y el resto del personal médico que son parte del sistema institucional de salud.

Este tipo de discriminación se fue trabajando en este hospital para lograr la aceptación paulatina de las parteras a través de talleres y capacitaciones tal como lo describe la licenciada Hermosa:

En el intercambio de saberes nosotros para llegar a esto, hemos tenido que hacer el último taller de intercambio exclusivamente de conocimientos en que los médicos exponían cómo atienden ellos y las parteras hacían un sociodrama de cómo atendían el parto en su casa, fue un intercambio de saberes (entrevista 07, 2007).

Más allá de esta posición tomada inicialmente por algunos médicos del hospital, no se registró en ni en la observación participante ni en las entrevistas ningún otro indicio de paternalismo o negación de las prácticas de las parteras, ya que en su atención se incorporan elementos de su propia cosmovisión andina.

Sin embargo, tampoco se ha conseguido que las parteras sean financiadas por el estado, según la entrevista a la *mama* Margarita eran las parteras quienes tenían que cubrir sus gastos:

Claro, nosotros gastamos en pasajes, antes ahorita están ayudando, regalando solo almuerzo de hospital, antes hasta seis meses no me daban, yo solita luchaba es que para ganar el puesto, ahora si estamos ahí no podemos dejar (entrevista 08,2009).

Actualmente el alcalde Mario Conejo va a gestionar su pago que consistiría en \$1000 divididos para la cantidad de parteras que atiendan y la *mama* Margarita ignora si este pago se haría mensualmente. De ahí que sí se establezca una diferencia en el reconocimiento que se les está dando a los distintos agentes de salud, por parte del Ministerio de Salud, al igual que en el *Jambi Huasi*.

Por otro lado, según la entrevista a una interna que atiende tanto en el *Jambi Huasi* como en el hospital piensan que si hay una diferencia en la asepsia y el manejo quirúrgico:

todo estériles no contaminamos, mientras ellas todo contaminan: no se ponen la ropita verde, cogen con los guantes estériles cogen las cosas contaminadas y hacen tacto; lo que no sucede con nosotros, nosotros ingresamos vestidos quirúrgicamente o para parto, de forma estéril, sin tocar nada sin contaminar; mientras que ellas como no saben... no estoy muy de acuerdo con ese punto (entrevista 06, 2009).

En esta entrevista se hace una clara diferenciación entre “ellas (las parteras) y nosotros (agentes institucionales)”: mientras las parteras no pueden atender “salubrementemente”, los agentes de salud atienden tanto partos verticales como horizontales; lo cual presentaría matices de un enfoque culturalista que reconoce la eficacia de las parteras parcialmente porque siempre está subordinado al quehacer de la medicina institucional. Además las parteras tampoco están del todo de acuerdo con las prácticas de los médicos, quienes son mencionados como “ellos”, lo cual marca una distancia.

No, parto vertical, nosotros no cortamos, porque en otro lado, en la sala de parto horizontal sí corta, lo que pueda corta, yo le vi, ahí

estaba parada. Pero para nosotros no cortamos; ahí sí (entrevista 08, 2009).

Sin embargo, en este caso, las parteras no son tampoco promotoras del sistema oficial de salud, ya que ellas no interfieren con la atención de los y las doctoras; sino que cada uno atiende según sus propios protocolos o sino remiten a la parturienta totalmente al otro agente de salud; por tanto no existiría un enfoque culturalista que es en el que se toma a los agentes de salud del sistema tradicional como “mano de obra” para el sistema institucional u oficial.

La atención que se da en el hospital presenta mucho más convivencia entre los dos sistemas médicos ya que, si bien cada agente opera según su propia formación, si interactúan en la sala de parto vertical: la partera atiende todo el parto y el pediatra recibe a los y las bebés. Finalmente, se reducen los riesgos en las atenciones porque en caso de una complicación, la partera remite inmediatamente a los y las agentes institucionales. Tanto las parteras como los y las doctoras y demás trabajadores de la salud, en la convivencia, han entendido mejor las prácticas del otro y han aprendido a respetar esas diferencias.

El logro de esta relación de convivencia cotidiana se refleja en varios elementos, entre ellos que la partera entrevistada se siente aceptada y respetada por todo el personal del hospital y porque no se hacen mayores diferencias en su trato, los dos tipos agentes conviven y comparten en el mismo espacio.

Actualmente aquí claro que hay inquietud y ha habido un crecimiento de parte y parte. No se trata de cambiar lo que efectivamente lo hacen en las comunidades, lo que se intenta es combinar esta parte de los médicos con sustento científico y de las compañeras con sustento de la práctica. Hay una relación amigable en ese aspecto. Me imagino que necesitaremos un poquito más de tiempo para que haya un total y abierto entendimiento de las dos partes, pero sin embargo, aquí hay una buena relación aquí, no hay diferenciación: partera comunitaria comen en la misma mesa del comedor con el personal de salud, entonces es un paso bastante grande que creo que hemos avanzado (entrevista 07, 2009).

A pesar de que existe una mayor convivencia cotidiana entre los distintos agentes de salud, la colonialidad epistémica no ha desaparecido del todo pues incluso, desde el testimonio de una practicante y el hecho de que a los doctores no les cabe en la cabeza que las parteras, mujeres e indígenas, sin una preparación institucional estén capacitadas

para atender el parto, al punto de ocultarle a las usuarias que se atienden partos verticales también en el hospital.

En el caso de la atención del parto vertical, existe un enfoque de **empoderamiento**, así como en el *Jambi Huasi*, que emerge de un interesante proceso político por parte de los sectores indígenas que ha permitido una participación efectiva en los espacios y decisiones y que se pueda reivindicar y aplicar los sistemas médicos desde su propia cosmovisión, con un tratamiento terapéutico propio.

Las relaciones existentes entre las parteras y los agentes institucionales de salud del hospital San Luis de Otavalo hablan de un proceso en que se superó el paternalismo para conseguir, desde el empoderamiento, una atención en que la convivencia de las dos prácticas terapéuticas ha logrado mejorar la calidad de la atención del parto de las usuarias, al abrirle distintas opciones que pueden estar más acorde con su propio contexto cultural.

Una vez definido el tipo de interrelaciones existentes entre los agentes de salud tanto en el *Jambi Huasi* como en el hospital San Luis de Otavalo, me centraré en analizar los efectos que estos procesos de convivencia han tenido sobre las prácticas y representaciones de los dos sistemas de salud.

Efectos de las interrelaciones en las prácticas y representaciones de la atención del parto

El objetivo de esta parte del capítulo es determinar cómo ha influido esta convivencia en el *Jambi Huasi* en elementos como las prácticas cotidianas de salud y las representaciones propias del parto de los distintos agentes y sistemas de salud.

Prácticas de los agentes de salud en esta experiencia

El primero de los elementos presentes en las prácticas de los agentes de salud que recogeremos es el de espacialidad. Las mujeres que se atendían con las parteras tradicionalmente lo hacían trasladándose a la casa de la partera o, en el caso del parto, por lo general en su propia casa. El *Jambi Huasi* ofrece dos tipos de atención: en la consulta en el centro médico y, paralelamente, la atención ambulatoria en la que son las agentes que se trasladan a las comunidades. Lamentablemente, esta modalidad no es lo

cotidiano sino más bien muy esporádica como lo indica la *mama* Conchita “también sabíamos andar (ir a las comunidades) pero ahora ya no (...) solo aquí algunos de repente cuando ahí mi hija”, pero ahora trabaja en el *Jambi Huasi*.

No se cubre con las necesidades de control y atención del parto en las comunidades como lo hacían y las mujeres deben trasladarse hasta el hospital San Luis de Otavalo para dar a luz, ya que el *Jambi Huasi* tampoco dispone de una sala de partos.

En este sentido, el *Jambi Huasi* si cambia la relación que existe en la atención tradicional de la *mama* Conchita, lo que no ocurre con la atención de los agentes institucionales de salud, en la que se mantienen sus propias lógicas de espacialidad. Lo mismo pasa con la atención del parto en hospital, donde son parteras y usuarias quienes deben trasladarse a la institución hospitalaria y no en sus propios espacios. En los dos casos, después de su atención (consulta, control o parto) la mujer debe regresar a su ambiente familiar y cotidiano, lo que pasa en consultas a la partera, pero no cuando la mujer da a luz, situación en la cual es la partera quien se traslada.

Sin embargo, el San Luis está llevando a cabo una experiencia innovadora ya que ha venido construyendo una “casa materna” (Cfr. Anexos) compuesta de nueve cuartos, cuatro baños (dos para hombres, dos para mujeres), una cocina, un área para la sala general con su chimenea y un espacio para la televisión; con el fin de alojar en la labor de parto a parejas o mujeres que vengan de comunidades lejanas. La idea es generar un clima más cómodo y familiar y menos hospitalario, para esta etapa del parto. Si bien las adecuaciones se adaptan mejor a las necesidades de las usuarias, cambia la espacialidad de la atención, pues de todas maneras la mujer debe trasladarse hasta el hospital.

Asimismo existen dos espacios adecuados para la atención del parto: el uno es la sala habitual de partos tal como en los centros de salud y el otro es la sala de parto vertical que ha sido adecuada a las necesidades que las usuarias sobretodo no mestizas dijeron tener.

El 4 de abril se inaugura aquí la sala de parto culturalmente adecuado, lógicamente que de allá a lo que estamos ahorita, pues ha habido cambios, habido que ir mejorando y todo está en función de la paciente. Anteriormente iniciamos con una escalerita por las experiencias, pero dada que las parteras están aquí, las pacientes están; para mí no es muy funcional esto, tengo que poner unas barandas unas varillas, lo único que necesito es una colchoneta. Entonces hemos ido adaptando la sala de acuerdo a como se nos ha ido presentando (...) Es un área física donde se asemeja a un espacio determinado de mi hogar: usted va a encontrar una chimenea artificial, estamos dentro de

una institución, no podemos quemar, el objetivo es dar calor. Está adaptado, la sala está totalmente cambiada tiene: estructura mixta, se le adaptó de madera, los colores oscuros; entonces en definitiva eso es lo que nosotros hemos dado en respuesta a lo que nuestras mujeres quieren y así debería ser la atención de salud en todos los aspectos. Es como me siento yo bien... (entrevista 07, 2009).

Nosotros llamamos ese parto vertical. Hay como escalera, un colchón, cama, así es calentito, hay calefacción, tengo cuna, todo tengo (...) Una casa ahí mismo adentro (entrevista 08, 2009).

El manejo en el San Luis da cuentas de cambios significativos efectuados en la espacialidad hospitalaria, después de esta experiencia de convivencia entre los sistemas de salud. Si bien la mujer tiene que salir de su casa para dar a luz, tiene como opciones, dentro del mismo ambiente hospitalario, espacios adecuados para asemejarse al de una casa.

En cuanto a la temporalidad en la atención del embarazo y parto en el sistema médico institucional no existe mayor diferencia; mientras que en el ancestral sí se da una diferencia ya que, tanto en el *Jambi Huasi* como en el hospital San Luis por el momento, estas agentes de salud atienden en un “horario de oficina” que responde a una lógica más occidentalizada. La *mama* Conchita entra a las 9 y sale a las 4:30 y la *mama* Margarita, del hospital, atiende de 8 a 5 de la tarde. Las catorce parteras del San Luis trabajan hasta las cuatro y media; se prevé a futuro que atiendan rotativamente todo el día en el hospital, según el testimonio de la *mama* Margarita, presidenta de las parteras.

Existen circunstancias específicas en que se rompe con este horario como lo señala la *mama* Margarita y le llaman a atender los partos de la madrugada; sin embargo estos son momentos excepcionales.

Me llamaron, casi tres noches he amanecido, me dijeron por favor, Margarita, que me ayude, yo vengo desde la noche, desde la mañana ahí amanecemos; vengo vuelta otro día, a ver diez de la noche, por favor Margarita, yo le vengo a acompañar, que me ayude, yo le vengo acompañar no quedamos en la casa mas que sea lloviendo, viene a llevar (entrevista 08, 2009).

En la atención del parto propiamente dicho, la opción del parto vertical en el hospital plantea la importancia de respetar el tiempo de labor de la madre. Incluso la creación de la casa materna es parte de esa actitud de respeto del proceso de dilatación del parto. Aunque sí se atienden varios partos al día que rompe con la exclusividad en la atención tradicional de la partera.

En el *Jambi Huasi*, el rol de la familia es de acompañamiento a la consulta, siempre que la mujer lo requiera, “algunas necesitan gente familia otras no necesitan” (*mama* Conchita), cuando entran los acompañantes tanto a las usuarias como a ellos, la *mama* les dice las hierbas e infusiones que tienen que tomar o cualquier otra indicación.

En el hospital se da una reforma importante que es el permitir el acompañamiento de una persona –el marido, la madre, algún familiar o amiga – a la hora del parto. En este caso, quienes limpian el espacio del nacimiento o compran las hierbas son las parteras y no los familiares. Tampoco existe una relación tan estrecha entre los familiares y las parteras ya que está mediada por la institución hospitalaria.

Las parteras, pese a estar en el hospital, tienen una relación cercana, no existe una demarcada “distancia profesional” como con los agentes médicos institucionales.

La paciente, marido mujer, familia, ellos deciden. A mí me dice por favor, Margarita, ayúdame. Cuando ya salen ahí sí dicen gracias mamita, gracias diosito hasta ahora estoy contenta hasta ahora no pasamos nada, antes no complicado. Diosito ayuda (entrevista 08, 2009).

En el *Jambi Huasi*, la *mama* Conchita atiende los controles del embarazo y el postparto, el *encaderamiento*, la acomodada, los masajes; sin embargo, ya no atiende tan frecuentemente los partos, ya que esta institución los remite al hospital San Luis, tal como se explicó anteriormente, es ahora su hija quien atiende los partos de San Clemente, su comunidad.

Los procesos terapéuticos son básicamente los mismos que utilizaba antes de trabajar en el *Jambi Huasi* (hace siete años). Para el resfrío utiliza “el tifo blanco cocinando que tomen con miel de abeja”; para los sangrados, “tiene calor limón sacamos tres gotitas de aceite batiendo le hago tomar; más sangrados que haga reposo”; para las iras, “masajes con agua fría”; para “subirle” al bebé “que está para abajo le ponemos para arriba con aceite de arbolito (aceite de oliva) con eso no más curamos porque tiene calor”. Ella no ha incorporado tampoco ningún tipo de fármaco o tratamiento propio de la medicina institucional.

Básicamente la *mama* Conchita diagnóstica también dando masajes con el aceite de oliva en pies piernas y vientre. Con esta misma técnica encuentra la cabeza del bebé y le acomoda en caso de ser necesario, para alguna molestia masajea también la espalda.

La *encaderada* antes la hacía al día siguiente del parto; sin embargo, eso sí ha cambiado ya que les *encadera* cuando van a la consulta o eventualmente cuando le recogen para que les atiendan en su casa, pues después de este procedimiento la mujer debe guardar reposo. En este caso, la modalidad de atención en el *Jambi Huasi* si dificulta un poco el *encaderamiento*, pues no todas las mujeres se trasladan en un vehículo que les permita guardar reposo.

Cuando se le pregunta a la mamá si sus prácticas han cambiado con el contacto con las estudiantes responde: “no, lo mismo hago” y piensa que “ellos tampoco han aprendido”, pues como ya se explicó existe muy poco contacto entre los distintos agentes de salud.

Por otro lado, todas las obstetrices afirmaron mantener los mismos protocolos de diagnóstico atención que en cualquier otro centro médico; incluso los exámenes de laboratorio son llevados a SOLCA²⁰ para que los estudien.

De ahí que el contacto con la medicina ancestral no ha cambiado sus prácticas, salvo el caso de una de las obstetrices entrevistadas que afirmó haber introducido infusiones en las indicaciones que les daba a sus pacientes.

En el caso de la atención del parto en el hospital sí se constata una alteración de los procedimientos debido al contacto entre los sistemas de salud. Tanto una interna entrevistada que hace sus prácticas ahí como la *mama* Margarita dicen que ahora, después del horario de atención de las parteras, también los agentes institucionales practican el parto vertical.

Sí, ellos me dijeron, nosotros ya cogemos, ahora ya no necesitamos ha dicho, ya nosotros sabemos todo, ya podemos hacer. Yo sé, yo le vi si es que estas avanzada, no avanzada, vemos en la cara, como es la presión alta, ya sabemos, pero para esto también tengo remedio mismo le damos cocinando, ahí mismo yo le llevo (entrevista 08, 2009).

La *mama* Margarita comenta que si bien los doctores pueden afirmar que ya atienden igual que las parteras, sí existen situaciones como la presión alta o la etapa del parto que ellos no pueden manejar ni diagnosticar como ellas.

El parto vertical es una opción más que el San Luis brinda a la usuaria, pero el parto en posición litotómica, en la camilla obstétrica, es una práctica que se mantiene

²⁰ Sociedad de Lucha contra el cáncer (centro hospitalario ecuatoriano)

también en el hospital y, en estos casos, los/as doctores/as y demás agentes de salud conservan sus protocolos habituales.

Por su parte, las parteras atienden a partir de sus prácticas habituales, también utilizan como la *mama* Conchita aceite para los masajes y la acomodada, por ejemplo; sin embargo, en los protocolos del hospital ya se incorporan además procedimientos de la medicina institucional.

(para el parto) yo lo doy melloco, tifo linaza, para que ayude. Melloco para resbalar, linaza también para resbalar y tifo para que abre de útero. (infusiones que la licenciada Hermosa comenta que han sido aprobadas por el hospital) (...) después de parto vuelta ya le damos agüita para que salga la placenta, ya después, otra vez le damos con la pastillita, si es que no pasa yo le doy hoja cocinamos sino higo con panela, para que pase el dolor porque sabía doler, porque sabía doler dicen el postparto (entrevista 08, 2009).

Cuando se le pregunta a la *mama* Margarita qué pastilla es esa, responde:

Eso si es de hospital, vuelta yo con agüita de medicina natural. Es que nosotros ayudamos bastante, llegando nosotros cocinamos. Y después de parto para lavar con agüita de manzanilla, lavamos todo, con agüita caliente (entrevista 08, 2009).

Otro elemento que han incorporado las parteras es que ya no sólo controlan el parto por pulso como tradicionalmente lo hacían sino que ahora han aprendido a realizar tactos también.

Es decir que si existe una convivencia entre los dos sistemas, el de las parteras y el de los agentes académicos e institucionales, al punto que la partera atiende los partos sin complicaciones y el residente de pediatría u otro agente institucional recibe al recién nacido/a. En casos de complicaciones las parteras remiten por entero la atención del parto a los y las médicos/as.

Las prácticas de la atención del parto en algunos casos se han conservado y en otros se han visto alteradas. En la siguiente parte del capítulo, se analizará que es lo que ocurre en el contacto de los dos sistemas médicos con las representaciones en torno al parto y el embarazo.

Elementos de las representaciones de las parteras en comparación con el sistema médico institucional y académico

El rol de los y las agentes de salud y de las usuarias en el parto, sólo se puede analizar en el hospital San Luis, ya que en el *Jambi Huasi* no existe esta atención. En el parto atendido por los agentes institucionales; la camilla litotómica, prioriza la facilidad del médico sobre de la mujer. Sin embargo, ésta puede optar en la manera en que quiere ser atendida, es decir, puede decidir si quiere un parto horizontal o uno vertical, asistida por una partera.

Esta capacidad de elección visibiliza mucho a la mujer y sus necesidades, de ahí se podría decir que en este hospital las mujeres tienen mucho más protagonismo que en otra institución académica.

En la sala de parto vertical, por lo general se atiende con la mujer arrodillada, lo cual pone en evidencia que ellas y su comodidad están por encima de la de la partera o cualquier otro agente de salud que tiene que esperar al niño en el piso junto con la madre; sin embargo, quien tiene la decisión final de la posición en la que quiere dar a luz es la mujer y/o su familia.

-Primero era sentada, pero ahora ya no; solo hincada sea indígena sea mestiza porque mucho dolor ahí acostada no podemos pero arrodillada ya.

MF.Acosta: -¿Quién decide en qué posición va a dar a luz?

-La paciente, marido mujer, familia, ellos deciden (entrevista 08, 2009).

Los paradigmas terapéuticos de los/as médicos/as y estudiantes de obstetricia se mantienen iguales a cómo eran antes de la experiencia de convivencia, ellos y ellas sigue recetando las mismas cosas que son básicamente medicaciones de casas y laboratorios, tales como pastillas y vitaminas; siguen asimismo diagnosticando a partir de los mismos exámenes de laboratorio como ecos, exámenes de prospección, radiografías, entre otros.

Este sistema médico positivista y de origen occidental plantea la existencia de microorganismos que determinan la salud o enfermedad de una persona. De ahí que la idea de la contaminación y la esterilidad esté muy presente, tal como lo muestra la siguiente cita ya presentada:

(los agentes de salud institucionales y académicos) todo estériles no contaminamos, mientras ellas todo contaminan: no se ponen la ropita verde, cogen con los guantes estériles cogen las cosas contaminadas y hacen tacto; lo que no sucede con nosotros, nosotros ingresamos vestidos quirúrgicamente o para parto, de forma estéril, sin tocar nada

sin contaminar; mientras que ellas como no saben... (entrevista 06, 2009).

Asimismo se mantiene en este sistema la visión fragmentada del cuerpo en la cual cada área le corresponde a una especialidad. De ahí que todavía sea el pediatra, el o la médico/a ginecólogo/a, la obstetrix o interna que asistan al parto.

Las parteras, como otros agentes de salud ancestral, tienen una visión más integral del cuerpo (de hecho la *mama* Conchita dice que ella también cura el espanto que no centra solamente en los aspectos físicos del cuerpo y otras enfermedades culturalmente indígenas y es fregadora también) y tienen un paradigma de enfermedades o malestares propias del frío y el calor; y del seco y húmedo. Esto se mantiene a pesar del contacto con la medicina institucional. De hecho, la *mama* Conchita plantea, por ejemplo, que las iras (exceso de calor) se curan con baños fríos y mantiene la idea de que para el parto hace falta hierbas calientes.

La idea de cuerpo se conserva igual en los dos sistemas de salud. En el parto, atendido por el institucional se mantienen los procedimientos acostumbrados en los centros de salud; mientras que las parteras, aún en un medio hospitalario, atienden el parto con los procedimientos que ancestralmente tenían.

Si bien la idea de higiene está muy presente, ya que se lavan las manos y limpian el lugar, la zona vaginal es lavada; sin embargo, el cuerpo o sus fluidos no están considerados como un elementos contaminantes. Las parteras no realizan el lavado intestinal, tampoco rasuran el vello vaginal ni la episiotomía o corte trasvaginal. El aspecto morfológico del cuerpo se conserva.

- No, parto vertical, nosotros no cortamos (...)

MF. Acosta: - ¿Qué pasa cuando hay desgarro?

- Un poco sí hay, de repente ella mismo no puja bien, así estaba moviendo torciendo trasero; si es que está bien rectita, no pasa nada. Primero parto también no pasa nada, es difícil ¿no es cierto? primero parto, pero tranquilito.

MF. Acosta: - ¿Pero cuando es desgarro le deja unidito?

- Sí, eso cosen.

MF Acosta: - ¿Usted el cose?

- No si eso sí yo no, ellos.

MF Acosta: -¿Cuándo hay complicaciones que pasa?

-Complicaciones nosotros no tocamos, le mandamos, para que corte, para la cesárea o sino partida vagina (entrevista 08, 2009).

Si bien las parteras no han cambiado sus prácticas, en el hospital San Luis existe una relación de convivencia de manera que los agentes institucionales son quienes hacen las suturas o las intervenciones que las parteras no realizan.

En definitiva, el *Jambi Huasi* y el hospital San Luis de Otavalo responden a procesos diferentes. En el *Jambi Huasi* no existe un mayor contacto entre los agentes de salud ni entre los sistemas médicos, a pesar de que se colaboran eventualmente y se remiten los casos, aunque las prácticas y representaciones de cada agente se han mantenido (probablemente influye la poca experiencia de las internas y externas; y el hecho de que en el poco que permanecen en el *Jambi Huasi* no tienen la posibilidad de conocer a fondo a la *mama* Conchita); mientras en el hospital empieza a existir una mayor convivencia en la atención y una retroalimentación de los sistemas de salud que ha operado unos pocos cambios en las respectivas prácticas; sin embargo, las representaciones en torno al parto se han conservado.

A la luz de los hallazgos realizados, el siguiente capítulo se centrará en elaborar las reflexiones finales en base a las hipótesis emitidas inicialmente.

V. CAPÍTULO CONCLUSIONES

Para comenzar este capítulo cabe anotar que el trabajo de campo de esta tesis se vio alterado por el hecho de que no se atendían partos en el *Jambi Huasi* que era una parte central de la investigación. Por esta razón, extendí el trabajo hasta el hospital San Luis de Otavalo, pues el personal del *Jambi Huasi* comentó que allá remiten los partos. Oficialmente no existe un convenio o un acuerdo entre estas dos instituciones; sin embargo, este hospital tiene la propuesta del parto vertical atendido por parteras que conserva la misma lógica de coexistencia de los dos sistemas médicos.

Después del trabajo de campo se encuentra que:

1. El *Jambi Huasi* sí es un espacio donde confluyen los dos sistemas de salud y existe una relación cotidiana entre los distintos actores que ha producido que los universos simbólicos de los dos sistemas de salud puedan convivir de manera más armónica. No existe una relación de subordinación marca entre los distintos agentes de salud, salvo en dos comentarios de la entrevista de una interna..

De hecho, el *Jambi Huasi* es un proyecto que emerge en 1984 de un proceso político de la FICI que busca reivindicar la memoria y las prácticas ancestrales indígenas, de ahí que en el discurso oficial se legitime y valide mucho las prácticas de los agentes de salud ancestral. Según el testimonio de varias estudiantes de obstetricia, incluso las usuarias que acuden a este servicio son, en su mayoría de origen *kichwa* y prefieren ser atendidas por la partera que por ellas.

El *Jambi Huasi* estaría cumpliendo su objetivo original que era dar respuesta a los problemas de salud y necesidades del pueblo indígena (Chancoso; 1986:123) al proveer de agentes terapéuticos que respondan a la misma cosmovisión y paralelamente ampliar el servicio con el sistema institucional de salud.

En este contexto, se puede entender que se mengüe mucho todo tipo de relación de subordinación contra las parteras ya que toda la organización responde más al sistema ancestral de salud que al institucional que ha sido incorporado con el fin de complementar la atención. A esto se añade que las practicantes no son obstetrices tituladas, lo cual podría ser un factor para que su comportamiento sea menos discriminante.

Tampoco se puede hablar de una “posición” constante de los agentes institucionales, pues, como ya se mencionó en el capítulo anterior, las estudiantes de obstetricia tanto internas como externas son enviadas por la Escuela de Obstetrices de la Universidad Central, desde Quito y hacen prácticas de diez semanas y luego rota otro personal. Por tanto, no es que haya una permanencia de las internas ni una posición definida de estas agentes de salud en la institución, sino que las entrevistas realizadas responden a percepciones personales sobre el tema. De ahí que cada interna rotativa tenga una idea sobre el sistema médico ancestral y su propia forma de relacionarse con la partera. Y éstas junto al personal fijo (Darwin Tamba, en el área administrativa, la partera, la fregadora y el *chamán* o *yachac* son básicamente el equipo del *Jambi Huasi*, pues se menciona también a otros agentes de salud, como la odontóloga o el médico, pero en ninguna visita de campo estuvieron presentes).

Tal como se evidenció en el capítulo anterior, las fronteras culturales en el *Jambi Huasi* están presentes en los dos sistemas médicos: tanto la partera desconfía de la medicación que mandan las internas y se lo dice a las usuarias, como algunas de ellas también manifiestan su desacuerdo con ciertas prácticas de las parteras y también lo comentan con las mujeres a las que atienden.

Si bien es cierto que no existe un espacio de intercambio y comunicación, auspiciado por la institución, en el cual cada agente de salud pueda conocer los paradigmas terapéuticos del otro sistema, las fronteras culturales entre las estudiantes de obstetricia y la partera son flexibles debido a la relación cotidiana en el mismo espacio de trabajo.

De ahí que si bien los dos sistemas de salud coexistan en el mismo espacio y en algunas ocasiones hasta se remitan casos del uno al otro, no existe una convivencia en la atención sino más bien una **atención autónoma** de cada uno. Tampoco es que exista un marcado paternalismo o culturalismo (actitud en la que se invalida o menosprecia las prácticas de uno de los dos sistemas) en el *Jambi Huasi*, la *mama* Conchita es reconocida y respetada en sus prácticas, más allá de los dos comentarios anteriormente citados.

En realidad se podría considerar que la experiencia del *Jambi Huasi* a pesar de dar cuenta de un poco de resistencia entre las prácticas terapéuticas de las agentes de salud, es un caso excepcional en la medida en que es un espacio en que se busca

fortalecer las prácticas ancestrales de salud (desde su discurso institucional presente en la publicación *Jambi Huasi; historia del Jambi Huasi*. Inrujta-FICI, la demanda de las usuarias que buscan a la partera y sobre todo desde su origen la FICI, un movimiento de reivindicaciones indígenas) en comparación a otros centros de salud institucionales en los que las usuarias van por una atención médica académica.

Esta experiencia contrasta con la del San Luis de Otavalo, donde sí existe una **relación de convivencia** en la atención del parto vertical, en la que intervienen los dos agentes de salud. En el hospital, el proceso de aceptación fue muy complejo al punto de que sí se dieron casos de violencia simbólica y verticalidad de los agentes institucionales sobre las parteras, ya que algunos de ellos desde una posición de colonialidad epistémica, invalidaban las prácticas de las parteras y cuestionaban su presencia en el hospital.

Sin embargo, por parte de la institución se dictaron una serie de charlas y talleres que facilitaron el respeto entre los sistemas. Las parteras dicen que ahora se sienten aceptadas por los doctores: aquí la verticalidad encontrada está siendo trabajada y superada.

En definitiva, la primera hipótesis “el El *Jambi Huasi* y el Hospital San Luis de Otavalo serían espacios donde confluirían los dos sistemas de salud; en el que existiría una relación de convivencia entre los dos sistemas de salud, producto de la interacción cotidiana” se valida ya que es la visión ancestral la que predomina tal como se expuso anteriormente y las relación cotidiana ha fomentado un mayor contacto y respeto entre los dos sistemas de salud; mientras en el hospital San Luis la hipótesis también se valida y se suma que la convivencia entre los dos sistemas de salud es apoyada por la institución que está trabajando constantemente en charlas, conversatorios y congresos para lograr una mejor convivencia de los dos sistemas de salud.

El hecho de que se esté inculcando a las estudiantes, al enviarles a sus prácticas al *Jambi Huasi*, implica una voluntad por superar esta verticalidad epistémica que ha estado presente en la formación académica de los agentes académicos. Este tipo de experiencia permite conocer y entender otro tipo de atenciones y representaciones (no- institucionales) en el parto y la atención del embarazo y postparto.

2. En el *Jambi Huasi*, el hecho de incorporar una partera en un centro de atención ha operado cambios en cuanto a la temporalidad y espacialidad con relación a las prácticas tradicionales, pues implica que las usuarias se trasladan de su casa al *Jambi Huasi* para su atención (aunque en algunas excepciones, la *mama* Conchita si les acompaña hasta sus casas).

El rol del entorno se conserva, pues los familiares acompañan y entran cuando ella lo autoriza; y los procesos terapéuticos en gran parte se mantienen idénticos a cuando la *mama* atendía en su casa.

En el caso de la medicina institucional, las prácticas –en su espacialidad, temporalidad, rol del entorno y procesos terapéuticos – se conservan iguales, pues la modalidad de atención es la de un centro de salud. Los únicos cambios importantes son que las agentes de salud no están todavía tituladas, pues son internas, pero la atención que proporcionan no se ve alterada por esta razón.

En el hospital, si bien la temporalidad y la espacialidad imponen una diferencia, la institución ha operado cambios significativos como la casa de partos o la sala de parto vertical que flexibilizan el sistema hospitalario y lo adaptan más al contexto de la atención tradicional de una partera; así como el permitir el ingreso de un acompañante al parto.

Los procesos terapéuticos de las parteras se mantienen casi sin ninguna modificación, salvo elementos pequeños como es la introducción del tacto como mecanismo de control del parto, la atención del especialista institucional o académico al bebé o el ingreso del personal de salud para las complicaciones o suturaciones. Sin embargo, las parteras atienden el parto en las mismas posiciones, con las mismas hierbas y aguas como lo hacían antes.

Por su lado, la atención del parto desde la medicina institucional no ha variado, pues se mantiene la sala del “parto horizontal” donde se recibe a las mujeres que optan por una atención hospitalaria convencional.

Si bien tanto las parteras como el personal médico institucional no han cambiado sustancialmente sus prácticas, ellos interactúan en un mismo caso (la partera puede atender el parto y el o la médica/o suturar si hay un desgarro). Existe una **relación de convivencia** en el trabajo del Hospital San Luis de Otavalo; mientras en el *Jambi Huasi* cada agente atiende **autonómicamente** desde sus conocimientos, en su propio

consultorio. Sin embargo, las representaciones tanto del cuerpo de la mujer, los paradigmas biomédicos o los roles que tienen agente y mujer en el parto se mantienen intactos, pues son pilares indispensables para los distintos sistemas de salud.

Por tanto, la segunda hipótesis “existirían cambios en las prácticas terapéuticas más por parte de las parteras que por el lado de las obstetras; sin embargo, las representaciones que se tejen en torno a su atención no variarían mucho” se valida tanto en el *Jambi Huasi* como en el hospital San Luis de Otavalo. Son las prácticas cotidianas de atención de las usuarias embarazadas y parturientas las que han cambiado (espacialidad, rol del entorno social de la parturienta, temporalidad y proceso terapéutico en sí mismo como los guantes o el tacto); mientras otros elementos como el rol de las agentes de salud y de la mujer en el parto, los paradigmas terapéuticos o las concepciones del cuerpo que forman parte de la cultura y cosmovisión no se han modificado.

Pistas para nuevas investigaciones

Si bien en esta tesis se analiza la relación entre los sistemas y los agentes de salud, para conseguir un cambio en la atención del parto es fundamental enfocarse también en el comportamiento de las usuarias que sería un tema interesante para ser abordado.

Investigaciones futuras podrían girar en el grado de conciencia de su cuerpo, el conocimiento de sus derechos en su atención y la capacidad de exigir ser atendidas desde una práctica respetuosa, digna y humana. Solamente al abordar al parto desde sus diferentes actores se podría conseguir un empoderamiento desde todas las áreas y una atención con enfoque de derechos.

Alcances del tema

Esta investigación giró en torno a determinar en qué condiciones se generan las relaciones entre los agentes de estos dos diferentes sistemas de salud –el oficial o institucional y el de tradición – en la experiencia de convivencia terapéutica del *Jambi Huasi*, la cual se extendió al hospital, por las razones antes expuestas.

La investigación pretendía entender cómo se dan estas relaciones para analizar la factibilidad de que se realicen diálogos de saberes entre los distintos sistemas de salud y en qué condiciones se dan.

Si bien en el *Jambi Huasi* se observa una relación de autonomía de cada sistema de salud más que de convivencia, los resultados presentados también muestran que, en el caso del Hospital San Luis de Otavalo, sí es posible una relación no sólo de coexistencia y colaboración entre los dos sino de convivencia real y retroalimentación. A pesar de que en los dos casos se dan algunas manifestaciones de no muy relevantes de subalternización del conocimiento de las parteras, la experiencia también indica que con un proceso de trabajo en que se informen y se presenten los paradigmas médicos de los sistemas para que el otro agente los conozca y los entienda (talleres realizados en el Hospital San Luis de Otavalo), y la misma convivencia cotidiana; si se puede lograr el respeto de los dos sistemas de salud aunque con pequeñas fronteras culturales, propias de cosmovisiones distintas.

Este respeto que es básico para reconocer a las parteras como un sistema de salud y atención del parto igualmente válido y legítimo que el institucional, que es un elemento imprescindible para un diálogo de saberes reales, para que haya una retroalimentación entre los dos sistemas donde los actores estén en igualdad de condiciones de exponer sus procesos terapéuticos y se logre el fin último: mejorar la atención de los partos de las mujeres no solo en cuanto a su eficacia sino a su calidad y calidez.

En este proceso es fundamental la intervención del estado como organismo rector a través del Ministerio de Salud y con el marco legal actual que reconoce y valida al parto vertical y la reciente propuesta de Ley del parto vertical. Sin embargo a pesar de estos adelantos, ni el Ministerio de Salud ni los gobiernos locales tienen herramientas y mecanismos prácticos que se ejecuten para amparar la atención de las parteras, ni de manera económica –reconociéndoles sus servicios – ni una propuesta de inclusión de ellas en el sistema de salud oficial que es el institucional hospitalario.

Para conseguir un diálogo de saberes que humanice el parto con los aportes de ambos sistemas médicos a una escala más grande es fundamental que la política social de salud adopte una mirada respetuosa sobre la salud intercultural y los derechos de la usuaria.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1995). "Crecimiento Intrauterino", en el tomo I del libro *Biopatología Andina y tropical Ecuatoriana*. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.
- AA. VV. (2006). *Decorriendo velos de las ciencias sociales, estudios de género en el Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- AA.VV. *Proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Acompañado en el Sistema Nacional de Salud* (2009). Ecuador: Asamblea Nacional del Ecuador
- Acosta María Fernanda (2007). *Prácticas y representaciones del parto en contextos urbanos; el caso de las parteras en los valles de Quito*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- Alarcón Ana M, Aldo Vidal H, Jaime Neira Rozas (2003). "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista médica de Chile*. Santiago: Revista médica de Chile. revmedchile@smschile.cl
- Amodio Emanuele (1998). *Cultura I*. Santiago de Chile: Edit. UPS.
- Astudillo Espinosa Celín (1995). "El Hospital "San Juan de Dios" en la Historia de la Medicina Ecuatoriana", en el tomo I del libro *Biopatología Andina y tropical Ecuatoriana*. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.
- Barth Frédrik (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre (2000). *Cosas dichas*. Barcelona: ed. Gedisa.
- Bourdieu, Pierre (1980). *Le sens pratique*. Paris: Editions de Minuit.
- Buitrón Myriam, De Luca Erri, De Marco y Gri (2002). *La sabiduría y arte de las parteras*. Ecuador: Ediciones A cura di.
- Cifuentes Toro Arturo (s/f). *Herencias de Mujeres. Espacios de vida cotidiana en la conquista y la colonia*. Bogotá: Convenio CEUDES-ASRIO.
- Conejo Myriam (2006). *Jambi Huasi; historia del Jambi Huasi*. Inrujta-FICI. Ecuador: Jambi Huasi; UNFPA.
- Cordero Velásquez Tatiana (1996). *De otros partos y nacimientos: historias y procesos de una experiencia de sistematización en salud con enfoque de género*. Ecuador: s/e.
- Cunningham Myrna (2002). *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. OPS y OMS, Estados Unidos.
www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etn/
- Chancoso Blanca, Fausto Jimbo (1986). "Jambi Huasi: sistemas formal y no formal de salud"; en *Segundo Seminario Nacional sobre sistemas de salud en Ecuador*. Quito: Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud Pública.
- Dávalos Hidalgo Vicente, Luis Rodríguez Cadena (1995). "Alto riesgo Obstétrico", en el tomo III del libro *Biopatología Andina y tropical Ecuatoriana*. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Vigésima segunda edición. Microsoft Internet Explorer.
- Eco Humberto (1998). *Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*; versión castellana. Ed. GEDISA.
- Elias Norbert (1999). *Sociología fundamental*. Barcelona: Gedisa S. A.
- Eloesser Leo, Edith Galt e Isabel Hemingway (1991). *Mujer: embarazo, alimentación y salud. Estudio en contextos urbano-marginales y de alta ruralidad en Bolivia*.

- Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población CONAPO, Garza Azul, la Paz.
- El telégrafo, *Guamaní, pionero de medicina alternativa*. Tomada de la edición impresa del 04 de junio del 2008.
- Estrella Eduardo (1995). “Eugenio Espejo precursor de la medicina científica ecuatoriana”, en el tomo I del libro *Biopatología Andina y tropical Ecuatoriana*. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.
- Estrella Eduardo (1995). “La Enseñanza de la medicina en Quito”, en el tomo I del libro *Biopatología Andina y tropical Ecuatoriana*. Quito: Academia Ecuatoriana de Medicina.
- Fernández del Castillo Isabel (1994), *La Revolución del Nacimiento*. Madrid: Editorial EDAF.
- Fernández Juárez Gerardo (2002). *Aymaras de Bolivia Entre la tradición y el cambio cultural*. Quito: Abya Yala.
- Ferraro Emilia (s/f). *Desde la Tubería a la mentalidad*. Quito: Abya Yala.
- Foucault Michel (2001), *El Nacimiento de la clínica*. Argentina: Siglo veintiuno Editores.
- Foucault, Michel (1992), *Microfísica del poder*. Barcelona: Ed. La Piqueta.
- Gil Joaquín (1998), *Más allá de la montaña*. Quito: Abya Yala.
- Giraud Nanci (2005), “Las tres demoras contribuyen a la mortalidad materna”. En *Revista Evidencia*, en <http://www.foroaps.org/files/3%20demoras.pdf>.
- Goblet Malve Véronique (1993). *Parteras, entre brujas y doctores. Juegos de poder antiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la Sierra Ecuatoriana*. Quito: FLACSO –Ecuador.
- Goffman Erving (1991), *Los momentos y sus hombres*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Gogna Mónica (2000), *Feminidades y masculinidades. Estudio sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires: CEDES.
- Guber, Rosana (2005), *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Guerrero Arias Patricio (2002). *La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y diferencia*. Quito: Abya Yala.
- Hermida Piedra César (1979). *Resumen de la Historia de la Medicina Ecuatoriana*. Cuenca Academia Ecuatoriana de Medicina.
- Instituto Indigenista Interamericano (1963), *El Embarazo, el parto y el recién nacido Manual para parteras rurales* (segunda edición). México: Instituto Indigenista Interamericano.
- Instituto paraguayo del Indígena (1985). *La sociedad Nacional y las comunidades Indígenas*. INDI. Asunción: Instituto paraguayo del Indígena.
- Joseph Isaac (1999) *Erving Goffman y la microsociología*. España: Editorial Gedisa S. A.
- Kaptchuk Ted, David M. Eisenberg (2001). “Varieties of healing. 1: Medical pluralism in the United States” in *Annals of Internal Medicine*. Tomado de <http://www.annals.org/content/135/3/189.full.pdf+html>
- Ley de Maternidad Gratuita. Codificación 6, Registro Oficial Suplemento 349 de 5 de Septiembre del 2006.

- Mignolo, Walter (2000). "Diferencia colonial y razón postcolonial". En *La reestructuración de las ciencias sociales en América Latina*. Bogotá: Pensar; Pontificia Universidad Javeriana.
- Ministerio de Salud Pública (2008). *Guía técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Tomado de: http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=78&Itemid=300
- Motte-Florac Elisabeth (1992). "Pérdida de significado Pérdida de Poder", en el libro *El Mito en los pueblos Indios de América. Actualidad y persistencia*. Quito: Abya Yala.
- Muyulema Armando (s/f). *De la "cuestión indígena" a lo "indígena" como cuestionamiento. Hacia una crítica del latinoamericanismo, el indigenismo y el mestiz(o) aje. Ecuador*.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (1993). *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. OMS y OPS.
- Organización Mundial de la Salud (1985). *Sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé, publicadas y reconocidas en la conferencia internacional de Fortaleza*. Brasil: OMS.
- Ortega Fernando (2008). "Los modelos de atención de salud en el Ecuador". *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*. Ecuador: FLACSO.
- Palma Milagros (s/f), "Simbología de la Femenidad: la mujer en el imaginario mítico religioso de las sociedades indias mestizas". En *Simbología de la Femenidad*. Avía Bala.
- Sánchez-Parga José, Rafael Pineda (1997). *Antropo-lógicas andinas*. Quito: Abya Yala.
- Tello Vásquez, Amanda (2007), *Tesis de antropología aplicada. Entre la ciudad planificada y la ciudad vivida: patrimonio y cotidianidad en el centro histórico de Quito*. Quito: Universidad Politécnica Salesiana.
- UNESCO (s/f). *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. UNESCO
- Varea Viteri María Soledad (2006). "Relaciones de poder entre chamanes, parteras, pajuyos alrededor de las plantas medicinales". Tomado de *Decorriendo velos de las ciencias sociales, estudios de género en el Ecuador*. Quito: Abya Yala.
- Walsh, Catherine (2008). *Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder*. Entrevista a Walter Mignolo. (www.oei.es/salactsi/walsh.htm - 97k).
- Waters, William (2008). *Institucional births in Peru*. Perú: Peru Institucional births PSIA.

Páginas electrónicas:

- Web del parto natural y lactancia materna, disponible en <http://www.durga.org.es/webdelparto/>
- Diario hoy disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/se-amplia-investigacion-en-chone-242042-242042.html>
- <http://symploke.trujaman.org/index.php?title=Emic/etic> (Enciclopedia filosófica virtual)
- <http://165.158.1.110/SPANISHH/HSP/indres7.htm> (septiembre del 2001)
- <http://faraday.us.es/~josag/parto/parto.html> (septiembre del 2001)
- <http://www.tupediatra.com/embarazo/preparacion-parto.htm> (julio del 2001)
- <http://www.tupediatra.com/embarazo/emb-apunto-de-dar-a-luz.htm> (julio del 2001)
- <http://www.tupediatra.com/embarazo/emb-alumbramiento-doloroso>. (julio del 2001)
- <http://www.elparto.com/humani/humani2.htm#El%20parto%20en%20casa%20o%20en%20el%20hospital> (septiembre del 2001)
- <http://www.fmed.uba.ar/mspba/ipprm.htm> (mayo del 2004)
- <http://www.partoacuatico.com.ar/partoacuatico/historia.shtml> (febrero de 2003)
- http://www.encolombia.com/epoca%20pre2_ginec obstetricia.htm (febrero de 2003)
- http://www.encolombia.com/epoca%20pre3_ginec obstetricia.htm (febrero de 2003)
- http://www.encolombia.com/epoca%20pre4_ginec obstetricia.htm (febrero de 2003)
- <http://www.terraeantiqvae.com/lasmujeresdelnilocap4pag2.htm> (septiembre del 2001)
- <http://www.lavida.cl/metodoparna.html> (septiembre del 2001)
- <http://www.hoy.com.ec/libro6/salud/salud08.htm> (febrero del 2003)
- <http://www.geocities.com/HotSprings/Sauna/8040/> (septiembre del 2001)
- [Mehl LE, Home delivery research today--a review., Women Health 1976; 1:\(5\): 3-11 / Medline ID: 77217859](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/77217859) (septiembre del 2001)
- [jesussanz\) www.geocities .com](http://www.geocities.com/jesussanz) (septiembre del 2001)
- http://www.encolombia.com/siglo%20xix1_ginec obstetricia.htm (febrero de 2003)
- <http://bebesdemama.blogspot.com/2008/02/16-recomendaciones-de-la-oms-para-un.html> (junio de 2008)
- *Codificación de ley de maternidad gratuita y atención a infancia.* www.ecuanex.net.ec/constitucion/indice.html - 14k (junio de 2008)
- *Constitución Política de la República Nacional del Ecuador.* www.ecuanex.net.ec/constitucion/indice.html - 14k (junio de 2008)
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Beta-Endorfina> (marzo del 2009)
- <http://www.amupakin.org.ec/paginas/contac.htm> (marzo del 2009)
- <http://www.diariomedico.com/ginecologia/n180101.html>
- <http://symploke.trujaman.org/index.php?title=Emic/etic> (Enciclopedia filosófica virtual) (marzo del 2009)
- otavalovirtual.com/ciudad/instituciones.htm (14/06/08).

ENTREVISTAS

- 01a *Mama* Conchita, María Concepción Brusil; octubre/2008
- 01b *Mama* Conchita, María Concepción Brusil; noviembre/2008
- 01c *Mama* Conchita, María Concepción Brusil; febrero/2009
- 02 Darwin Tamba, encargado del *Jambi Huasi*; noviembre/ 2008
- 03 Viviana Freile, interna; octubre/2008
- 04 Nelly Gaibor, interna; octubre/2008
- 05 Gladys Criollo, interna; junio/2009
- 06 Doris Yupanque, externa; junio/2009
- 07 Lic. Magdaly Hermosa, subdirectora del Hospital San Luis de Otavalo; mayo/2009
- 08 *Mama* Margarita Morales, presidenta de las parteras de Otavalo; mayo/2009
- 09 Lucy Verdesoto, secretaria de la Escuela de Obstetricia; septiembre/2009
- 10 Lucy Verdesoto, secretaria de la Escuela de Obstetricia; febrero/2010

ANEXOS

Instrumento de investigación: banco de preguntas de las entrevistas

Guía de entrevistas para las parteras:

- ¿Usted dónde aprendió a ser partera?
- ¿Dónde atendía antes?
- ¿Cómo era antes del Jambi Huai?
- ¿Desde cuándo atiende aquí?
- ¿Cómo fue el proceso de convivencia con el resto del personal?
- ¿Qué hierbas, emplastos, infusiones o medicamentos utiliza? ¿Son las mismas que antes?
- ¿Cuándo les da hierbas calientes, frías, amargas o dulces? (paradigma terapéutico)
- ¿En qué horario les atiende a las mujeres? ¿Cómo era antes?
- ¿Usted acompaña a las mujeres en el embarazo? ¿en el parto? ¿postparto?
- ¿Cuál es el rol de la familia en las consultas?
- ¿Ha aprendido algo nuevo de los doctores y de su medicina?
- ¿Ellos han aprendido algo de usted y cómo usted atiende?
- ¿Ha recibido capacitaciones? ¿Qué le han enseñado en estas capacitaciones?
- ¿Los/as médicos/as, enfermeras/os, auxiliares y obstetras han interferido o participado de sus consultas? ¿De qué forma?
- ¿Cuál es la relación entre ellos/as y ustedes? (posibilidad de indagar sobre comportamientos de paternalismo, convivencia, autonomía, culturalista)
- ¿Cómo se portan ellos/as con ustedes?
- ¿Qué cree que ellos/as piensan de ustedes? (insistir sobre si ¿Existen fronteras definidas culturales entre los dos sistemas de salud?)

Preguntas a incorporarse para parteras que atienden en el Hospital San Luis de Otavalo:

- ¿Les rasura en la hora del parto? ¿antes?
- ¿Les “corta a la del parto (episiotomía)? ¿y antes?
- ¿En qué posición dan a luz las mujeres en el Jambi Huasi? ¿cómo era antes del Jambi Huasi?

Guía de entrevistas para los agentes de salud institucionales:

- ¿Cómo era antes del Jambi Huai? ¿Dónde trabajaba usted?
- ¿Desde cuándo atiende aquí?
- ¿Desde cuándo se abre este programa?
- ¿Cómo fue el proceso de convivencia con el resto del personal?
- ¿Qué hierbas, emplastos, infusiones o medicamentos utiliza? ¿Son las mismas que antes de trabajar en el Jambi Huasi?
- ¿Usted acompaña a las mujeres en el embarazo? ¿en el parto? ¿postparto?
- ¿Cuál es el rol de la familia en las consultas?
- ¿En qué casos atienden ustedes una consulta y en qué casos lo hace la partera?
- ¿Ha aprendido algo nuevo de las parteras?
- ¿Ellas han aprendido algo de usted y cómo usted atiende?
- ¿Las parteras han interferido o participado de sus consultas? ¿De qué forma?
- ¿Cuál es la relación entre ellas y ustedes? (posibilidad de indagar sobre comportamientos de paternalismo, convivencia, autonomía, culturalista)
- ¿Cómo se portan ellas con ustedes?
- ¿Qué cree que ellas piensan de ustedes? (insistir sobre si ¿Existen fronteras definidas culturales entre los dos sistemas de salud?)

Preguntas a incorporarse para agentes de salud académicos e institucionales que atienden en el Hospital San Luis de Otavalo:

- ¿En qué posición dan a luz las mujeres en el Jambi Huasi? ¿cómo era antes del Jambi Huasi?
- ¿Cómo se atiende un parto normal?
- ¿Cuándo atiende ustedes un parto?

Material fotográfico

El *Jambi Huasi* y sus actores



Foto: María Fernanda Acosta A. *Jambi Huasi*, entrada.



Foto: María Fernanda Acosta A. Darwin Tamba.



Foto: María Fernanda Acosta A. *Mama Conchita*.



Foto: María Fernanda Acosta A. "Consultorio" de *Mama Conchita*.

Las estudiantes de obstetricia y su consultorio



Foto: María Fernanda Acosta A. Interna Gladis Criollo y externa Doris Yupanqui.



Foto: María Fernanda Acosta A. Consultorio de las estudiantes obstetricia.

El Hospital San Luis de Otavalo



Foto: María Fernanda Acosta A. Hospital San Luis de Otavalo.



Foto: María Fernanda Acosta A. Hospital San Luis de Otavalo.

Agentes de salud del Hospital San Luis de Otavalo



Foto: María Fernanda Acosta A. Lic. Magdaly.Hermosa.



Foto: María Fernanda Acosta A. Lic. *Mama* Margarita.

La casa de partos del Hospital San Luis de Otavalo



Foto: María Fernanda Acosta A. Hospital San Luis de Otavalo, casa de partos en construcción, fachada.



Foto: María Fernanda Acosta A. Hospital San Luis de Otavalo, casa de partos en construcción, cocina.



Foto: María Fernanda Acosta A. Hospital San Luis de Otavalo, casa de partos en construcción, chimenea de la sala común.



Foto: María Fernanda Acosta A. Hospital San Luis de Otavalo, casa de partos en construcción, armarios y puertas de dos de las nueve habitaciones.

Principales causas de muerte relacionadas con embarazo, parto, puerperio

Desglose: país. **Fuente:** Estadísticas Vitales, INEC. **Año:** 2006. **Medida:** porcentaje, número. **Elaboración:** INEC.

Causa de mortalidad materna	%	Número
Eclampsia	21,5	29
Hemorragia postparto	11,9	16
Resto de causas de mortalidad materna	8,1	11
Anormalidades de la dinámica del trabajo del parto	7,4	10
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa	6,7	9
Desprendimiento prematuro de la placenta (Abruptio Placentae)	5,9	8
Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	5,9	8
Sepsis puerperal	5,2	7
Retención de la placenta o de las membranas sin hemorragia	5,2	7
Otro trauma obstétrico	4,4	6
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	4,4	6
Embarazo ectópico	3,7	5
Muertes obstétricas de causa no especificada	3,0	4
Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte	2,2	3
Aborto no especificado	2,2	3
Placenta previa	2,2	3
Total de defunciones maternas	100,0	135

Tasa de mortalidad materna



Fuente: SISSE (2008).

Atención de parteras en las comunidades

Atención de parteras en las comunidades				
Fuente: Primera encuesta a las comunidades de las Nacionalidades y Pueblos				
Año: 2002				
Elaboración: SIDENPE				
Región	Pueblos y Nacionalidades	% Comunidades donde las mujeres demandan atención	% Comunidades donde los niños demandan atención	% Comunidades donde jov.y ancian. demandan atención
Amazonia				
	Achuar	0	0	88
	Ai Cofán	0	0	0
	Huaorani	25	0	0
	Kichwa Amazonia	9	15	21
	Secoya	67	0	0
	Shiwiar	0	0	80
	Shuar	9	7	18
	Siona	0	0	0
	Zápara	0	60	40
Costa				
	Awa	0	0	5
	Chachi	24	24	18
	Epera	0	0	0
	Manta - Huancavilca	18	27	12
	Tsa chila	0	0	0
Sierra				
	Chibuleo	16	5	48
	Karanki	5	3	30
	Kayambi	23	31	31
	Kañari	26	23	10
	Kichwa Tungurahua	3	41	12
	Kitukara	6	28	22
	Natabuela	0	14	14
	Otavalo	27	15	12
	Panzaleo	14	0	0
	Puruhá	20	6	35
	Salasaka	8	0	46
	Saraguro	35	13	13
	Waranka	13	4	35

Fuente: SISSE (2002).

Asistencia profesional durante el parto

Asistencia profesional durante el parto		
Fuente: Encuesta de condiciones de vida (ECV) - INEC		
Año: 2006		
Elaboración: SIMUJERES		
	Desgloses	Partos con asistencia profesional (%)
Nacional		
	Nacional	85,6
Area Residencial		
	Urbano	96,0
	Rural	67,5
Región		
	Sierra	81,9
	Costa	91,3
	Amazonía	61,7
Provincia		
	Azuay	82,3
	Bolívar	54,1
	Cañar	74,0
	Carchi	88,8
	Cotopaxi	64,2
	Chimborazo	53,5
	El Oro	93,2
	Esmeraldas	71,9
	Guayas	96,5
	Imbabura	77,7
	Loja	72,9
	Los Ríos	90,7
	Manabí	82,5
	Pichincha	93,0
	Tungurahua	86,0
	Amazonía	61,7
Quintiles económicos		
	20% más pobre	37,9
	2do. Quintil	90,1
	3er. Quintil	90,0
	4to. Quintil	85,3
	20% más rico	72,8
Etnia		
	Indígena	81,6
	Mestizo	86,0
	Blanco	90,4
	Afroecuatoriano	95,0
Grupos de Edad		
	15-17 años	86,2
	18-29 años	86,4
	30-49 años	84,5

Fuente: SISSE (2006).

Las endorfinas

<http://www.diariomedico.com/ginecologia/n180101.html> (Jueves, 18/1/01)

La educación maternal reduce los niveles de angustia

Los partos estresados triplican las b-endorfinas

El beneficio derivado de la preparación al parto de las embarazadas se puede comprobar analizando los niveles de beta-endorfinas, unas sustancias que libera el organismo cuando se encuentra en situaciones de estrés y dolor. Las variaciones de este parámetro han sido analizadas por el ginecólogo Claudio Becerro de Bengoa.

Los niveles de beta endorfinas varían de las gestantes que han recibido preparación al parto de las que no han seguido estos cursos. "Las determinaciones durante la gestación no revelan grandes variaciones entre ambos grupos. Sin embargo, durante el parto las diferencias se agrandan hasta encontrar que, en el periodo expulsivo, las embarazadas que recibieron preparación al parto presentan una cifra de beta-endorfinas de 155,02 picogramos/mililitro mientras que en las primíparas no preparadas la media es de 430 picogramos/ mililitro". Esta es la principal conclusión de una investigación de Claudio Becerro de Bengoa Callau y Claudio Becerro de Bengoa García que ha merecido el Premio Salvatierra de Toco-Ginecología Práctica durante el XIII Congreso Nacional de Ginecología Psicosomática, celebrado en Oviedo.

Variaciones

Según ha precisado Becerro de Bengoa Callau, ginecólogo de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, de Madrid, la beta endorfinas son unas sustancias que secreta el organismo para calmar el dolor cuando se encuentra sometido a situaciones de sufrimiento. Por ello, "la elevación de esa cifra es un indicador de la intensidad del dolor".

El incremento de esta sustancia también revierte en el niño, tal y como recoge el trabajo. "La determinación del pH medido en la sangre de cordón reveló que era de 7,33 en los hijos de madres preparadas, frente al 7,25 en los de madres no preparadas. Además, el test de Apgar en el primer grupo fue de 8,22 al primer minuto, frente al 6,37 en las no

preparadas. A los cinco minutos, ascendió a 9,54 en los hijos de las gestantes preparadas y a 8,50 en las no preparadas".

El propósito de la investigación fue determinar cómo variaban los niveles de estos neuropéptidos en las gestantes que habían seguido cursos de preparación al parto y en otras que no recibieron esa formación. "Los resultados bioquímicos demostraron que las mujeres carentes de angustia, miedo y tensión afrontaban el parto con menos dolor".

La determinación de los niveles maternos de beta endorfinas se hizo con muestras de sangre obtenidas en diferentes momentos del parto, y principalmente durante el periodo del expulsivo.

Otra variable analizada fue la forma de terminar el parto en ambos grupos. Así, "los partos instrumentalizados fueron más frecuentes en las no preparadas. El hecho de que hubiera más distocias se puede atribuir, en gran parte, al estado de la paciente, puesto que el estrés libera