



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

Paper Universitario

TÍTULO

**PARIENDO COMO INDIAS : EL DON DE LAS INDÍGENAS
EN LA SALUD DE LAS MUJERES ECUATORIANAS**

AUTORES

**Raúl Mideros, Docente del Área de Salud de la
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador**

**Paola Hidalgo Noboa
Investigadora independiente**

Quito, 2014

DERECHOS DE AUTOR:

El presente documento es difundido por la **Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador**, a través de su **Boletín Informativo Spondylus**, y constituye un material de discusión académica.

La reproducción del documento, sea total o parcial, es permitida siempre y cuando se cite a la fuente y el nombre del autor o autores del documento, so pena de constituir violación a las normas de derechos de autor.

El propósito de su uso será para fines docentes o de investigación y puede ser justificado en el contexto de la obra. Se prohíbe su utilización con fines comerciales.

**Pariendo como indias:
el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas**

**Reflexiones sobre la tensión entre
universalismo y particularismo en la atención del parto**

Paola Hidalgo Noboa y Raúl Mideros Morales ¹

Desde 2005 ² en unas pocas “unidades operativas” (hospitales, centros y subcentros) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador –MSP-, y desde el 2008 en muchas más ³ se aplica una “estrategia intercultural” de atención del parto, que incluye la posición vertical, el acompañamiento de una partera o familiar, el consumo de alimentos y bebidas durante la labor de parto, la entrega y conservación de la placenta, entre otras.

Son cambios importantes en la atención obstétrica, al menos en el discurso, ya que solo se concretan cuando el personal ha sido formado y está motivado a adaptar los protocolos de atención universal a las necesidades particulares de las poblaciones indígenas y afrodescendientes.

La atención culturalmente adecuada está motivada en:

Diversas experiencias e investigaciones realizadas en el país, en poblaciones indígenas y afroecuatorianas, [que] demuestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas que tienen las usuarias de acuerdo a sus necesidades socioculturales, lo que en ciertos casos puede constituir una barrera para que las mujeres acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud. ⁴

Por lo tanto, esta atención culturalmente adecuada pretende “introducir un enfoque humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal(...) de acuerdo a las necesidades culturales de la población(...), particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.” ⁵

¹ Proyecto *Introducción del enfoque intercultural en la atención obstétrica: Ecos y efectos de la atención del parto culturalmente adecuado en el Ecuador*, 2011-2012, UASB.

² Experiencia piloto “humanización y adecuación cultural de la atención del parto” (HACAP) en la Provincia de Tungurahua.

³ Desde la década de los años noventa del siglo pasado se han llevado a cabo proyectos interculturales de salud con poblaciones indígenas. A partir del 2000 fueron numerosas las actividades de capacitación y sensibilización al personal de salud de las unidades del Ministerio de Salud Pública localizadas en parroquias y cantones con población indígena, sobre todo en relación con la atención obstétrica básica, con financiamiento de ONGs y organismos de cooperación internacional.

⁴ Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008:11

⁵ Idem.

Según algunos actores responsables de esta iniciativa ⁶, la adecuación cultural de la atención del parto está basada en nociones de respeto a las costumbres de las mujeres indígenas y afrodescendientes, sin pretender proponer un protocolo paralelo, recalcando en la diversidad infinita de prácticas y costumbres ancestrales existentes en los pueblos y comunidades.

Al mismo tiempo, al preguntar más detalladamente cómo se logra este respeto de las costumbres, los responsables de la Guía ⁷ se limitan a responder que: “sólo se puede ofrecer lo que el personal maneja con seguridad, siendo utópico que se puedan ofrecer todas las posibilidades”.

De las entrevistas y del análisis documental podemos colegir que no hay noción metodológica clara que oriente el cambio de actitudes y comportamientos para alcanzar el objetivo de respeto y valoración intercultural del que se habla.

Las actividades de “sensibilización del personal” consistían, fundamentalmente, en hacer que la persona “se ubique” a sí misma en una situación y relación ideal, para respetar las expectativas de las mujeres.

Durante las entrevistas exploratorias con médicos que participaron en la creación de la Guía, se desprenden varias proposiciones contradictorias en sus discursos:

Se debe respetar las particularidades culturales para lograr que la atención sea adecuada.	No se pueden ofrecer todas las posibilidades. Se conserva lo bueno y se desecha lo malo, siendo el médico quien lo establece.
El personal debe ser formado para atender según las costumbres locales.	Es imposible preparar a los médicos para atender todas las particularidades culturales.
La Guía Técnica no tiene la misma fuerza y rango que los protocolos y normas materno-infantiles.	La Guía Técnica es una base general para una atención respetuosa de las necesidades culturales, sean cuales estas fueran, sin perder las exigencias de seguridad

⁶ Hay consenso sobre este aspecto entre los diferentes actores involucrados en la elaboración de la Guía.

⁷ Se entrevistaron a cinco personas involucradas y responsables de la edición de la Guía, dos de ellos médicos especialistas gineco-obstetras, un salubrista y dos médicas generalistas.

Se desprende del análisis de estos discursos que las adaptaciones culturales deben, siempre, someterse a los criterios técnico-científicos de seguridad de la obstetricia moderna, por ejemplo ante el riesgo de sangrado posparto hay que realizar, de manera obligatoria, el manejo activo del tercer período, el mismo consiste en la administración de oxitocina intramuscular al nacer el bebé y tracción controlada de la placenta.

Según el punto de vista expresado, hay ambivalencia al considerar la compatibilidad de los particularismos culturales y las “costumbres ancestrales” con las prácticas “modernas” médicas; el criterio principal es que garanticen un parto seguro; de inmediato las preguntas fundamentales que permitan un planteamiento que pudiera resolver la tensión entre el universalismo hegemónico del modelo técnico-médico y una perspectiva basada en el respeto de los derechos humanos de las mujeres: ¿Cuáles son los estándares de calidad y seguridad en la atención del parto que respetan y garantizan los particularismos culturales y las necesidades locales? ¿Se justifica el uso de estándares únicos supraculturales?⁸

En otras palabras, según la obstetricia moderna hospitalaria y su brazo sanitario⁹, la adaptación cultural de la atención es accesoria y secundaria (cuando no un mal necesario) que debe ser incluida para atraer y reclutar parturientas incivilizadas, entre ellas las indígenas, a los centros de salud y maternidades (lo que denominan “parto institucional”), y así lograr disminuir el parto domiciliario, considerado inseguro.

En realidad, lo que está en disputa es la aplicación de los protocolos de atención hospitalaria, considerados eficaces y útiles para la atención segura del parto incluso dentro de los parámetros del “parto culturalmente adecuado”: el control del parto mediante el uso del partograma, el manejo activo del tercer período, etc. Para lograr este cometido se hace necesario equipar las salas de parto con elementos propios del entorno comunitario, para lo cual sirve incluso la presencia, tolerada y subestimada, de la partera.

Y es que la “adecuación cultural”, por su carácter opcional, limitado y condicional, asusta menos que una actitud crítica y contrahegemónica de las prácticas modernas de la atención obstétrica, ya que estas prácticas se asumen, en el conjunto de la sociedad y el estado, como científicamente universales y con capacidad de operar libremente cuando la vida de la madre gestante y el bebé por nacer están en riesgo y resulta peligroso traspasar los rangos de normalidad y bajo riesgo en una condición tan delicada como el parto/nacimiento, así cualquier intervención se justifica, incluso la violación de derechos y el sometimiento por la fuerza de la mujer.

Para que este enfoque intercultural se vuelva realidad en los servicios médicos se requiere su inclusión en los programas académicos de las facultades de medicina, obstetricia, enfermería y ciencias de la salud.

⁸ En el 2008 se expidió el *Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal*, mientras en el 2011 los *Estándares e indicadores para el monitoreo de la atención del parto culturalmente adecuado*.

⁹ Hay que diferenciar las posiciones y opiniones técnicas y científicas al interior de la profesión médica, hay unos pocos médicos/as que sostienen planteamientos contrahegemónicos como es el parto en casa.

En otras palabras, el modelo de atención obstétrica basado en la autoridad médica tiene que dar paso a otro que contemple las necesidades culturales de la mujer, a eso propende la estrategia intercultural del MSP, de alguna manera.

Los fundamentos epistemológicos del enfoque intercultural se articulan alrededor de tres nociones; en primer lugar, el *relativismo cultural*¹⁰, a partir del cual se denuncia el etnocentrismo del sanitarismo biomédico, incluyendo la atención obstétrica; en segundo lugar, la noción de *choque cultural*¹¹, que considera que todo individuo atraviesa estados emocionales y cognitivos de desorientación y malestar al estar confrontado a cosmovisiones y prácticas sociales distintas a las de su cuadro de referencia; en tercer lugar, la oportunidad del *diálogo o la comunicación intercultural*, que propone desarrollar capacidades para adoptar la cosmovisión del otro, y así superar el choque cultural.

En la atención culturalmente adecuada del parto se proponen una serie de prácticas, elementos y recursos de orden técnico y cultural, derivados de los saberes ancestrales y los sistemas médicos y de salud indígenas que enriquecen los protocolos y normas de atención biomédica, de esta manera se pretende estimular en los profesionales de la salud el desarrollo de prácticas más respetuosas que permitan sobrellevar de mejor manera los eventuales choques culturales y las demandas específicas de las mujeres de zonas en donde la población es mayoritariamente indígena o afrodescendiente.

En sentido estricto, no se trata de una guía de comunicación intercultural, ya que una guía de este tipo daría pautas metodológicas para adaptar los comportamientos y actitudes de los profesionales a los comportamientos y actitudes de las pacientes. En este caso no hubiese sido ni siquiera necesario informar acerca de los eventuales cambios relativos a la adaptación de los protocolos universales.

Estamos, más bien, frente a un protocolo para la atención de partos de mujeres indígenas y afrodescendientes, en el cual se dan pautas generales y recomendaciones puntuales sobre la ingesta de alimentos y bebidas durante el trabajo de parto, la conservación de la vestimenta, la presencia de familiares o de la partera, la posición vertical durante el segundo período del parto, y se enfatiza en el cumplimiento de los procedimientos y protocolos de la obstetricia biomédica; de esta manera, se esencializan los comportamientos y actitudes de la población beneficiaria de estas adaptaciones.

Cabe destacar cierta utilidad que podría tener la *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* como una herramienta para el diálogo intercultural y para una atención del parto más respetuosa (de vestimenta, de ingesta de alimentos de movimiento y de posición), también para brindar confianza, intimidad y libertad tanto a la gestante y parturienta como al bebé por nacer y a la recién nacida; sin embargo, el conocimiento y divulgación de esta Guía es limitada, ni siquiera se la da a conocer a todo el personal que brinda atención obstétrica básica en las unidades del Ministerio de Salud Pública, en las facultades de medicina, obstetricia y enfermería.

¹⁰ El relativismo cultural pone todas las cosmogonías al mismo nivel

¹¹ Margalit Cohen-Emerique <http://www.iteco.be/Le-cho-culturel,44>,

Llama la atención que en los informes nacionales e internacionales ¹² sobre la atención médica y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador no se menciona absolutamente nada sobre la violencia obstétrica que padecen las mujeres en las salas de parto y quirófanos, tampoco sobre las realidades locales, los saberes y prácticas ancestrales que se resisten a ser sometidas a una atención del parto exclusivamente centrada en la autoridad médica.

¹² *Más allá de la cooperación al desarrollo: Derechos sexuales y reproductivos Bolivia, Ecuador, Perú,* Red Activas, mayo 2011