

El nacimiento shuar: entre el nacer en casa o nacer en el hospital

*Rosana Posligua Gordillo**

RESUMEN

EL PRESENTE ARTÍCULO, TIENE POR OBJETIVO ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA BIOMÉDICO Y SHUAR A TRAVÉS DE LOS ITINERARIOS DE LAS MUJERES SHUAR EN TORNO AL PARTO. EL PROPÓSITO ES ENTENDER LOS ALCANCES Y LAS LIMITACIONES DE LOS DOS SISTEMAS. LA INVESTIGACIÓN SE REALIZÓ EN EL CANTÓN SUCÚA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO. EL PERÍODO DE ANÁLISIS COMPRENDIÓ DESDE EL 2012 HASTA EL 2014, AÑOS POSTERIORES A LA PROMULGACIÓN DE LA POLÍTICA SOBRE “PARTO CULTURALMENTE ADECUADO” DEL 2008. EN ESTA INVESTIGACIÓN, DE CARÁCTER CUALITATIVO, LA METODOLOGÍA UTILIZADA SE INSCRIBIÓ EN EL ANÁLISIS RELACIONAL ENTRE MODELOS DE SALUD, BAJO LOS CRITERIOS DE HEGEMONÍA/SUBALTERNIDAD. ADEMÁS, SE UTILIZÓ EL ENFOQUE DE GÉNERO PARA APLICAR A LA ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL -UNIDADES DE SALUD- Y LAS MUJERES QUE ACUDIERON A ESAS UNIDADES. LAS TÉCNICAS UTILIZADAS FUERON LA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA EFECTUADA A HOMBRES Y MUJERES SHUAR; ASÍ COMO LA OBSERVACIÓN DE LOS PARTOS. LA INVESTIGACIÓN PERMITIÓ CONSTATAR QUE LAS MUJERES SHUAR, AUNQUE PREFIEREN EL SISTEMA PROPIO, TAMBIÉN, RECURREN AL BIOMÉDICO PARA RESOLVER SUS PROBLEMAS DE SALUD. ADEMÁS, SE CONCLUYÓ QUE LA POLÍTICA PÚBLICA TIENDE AL AVANCE DEL PARTO INSTITUCIONAL SOBRE EL PARTO EN CASA O EL SISTEMA PROPIO.

PALABRAS CLAVE: NACIMIENTO - SHUAR - GÉNERO - SALUD - MUJERES - AMAZONÍA.

THE SHUAR BIRTH: BETWEEN BEING BORN AT HOME OR BEING BORN IN THE HOSPITAL

ABSTRACT

THIS ARTICLE ANALIZES THE RELATIONSHIP BETWEEN THE BIOMEDICAL SYSTEM AND THE SHUAR THROUGH THE ITINERARIES OF SHUAR WOMEN AROUND CHILDBIRTH. THE PURPOSE IS TO UNDERSTAND THE SCOPE AND LIMITATIONS OF THE SYSTEMS. THE RESEARCH WAS CARRIED OUT IN THE SUCÚA CANTON -PROVINCE OF MORONA SANTIAGO-. THE ANALYSIS PERIOD INCLUDED FROM 2012 TO 2014, YEARS AFTER THE PROMULGATION OF THE POLICY ON “CULTURALLY APPROPRIATE CHILDBIRTH” IN 2008. IN THIS QUALITATIVE RESEARCH, THE METHODOLOGY USED WAS INSCRIBED IN THE RELATIONAL ANALYSIS BETWEEN HEALTH MODELS, UNDER THE CRITERIA OF HEGEMONY/SUBALTERNITY. IN ADDITION, THE GENDER APPROACH WAS USED TO APPLY TO THE INSTITUTIONAL ARTICULATION - HEALTH UNITS - AND THE WOMEN WHO ATTENDED THOSE UNITS. THE TECHNIQUES USED WERE THE SEMI-STRUCTURED INTERVIEW CARRIED OUT WITH SHUAR MEN AND WOMEN; AS WELL AS THE OBSERVATION OF BIRTHS. THE RESEARCH CONFIRMED THAT SHUAR WOMEN, ALTHOUGH THEY PREFER THEIR SYSTEM, ALSO USE THE BIOMEDICAL SERVICES TO SOLVE THEIR HEALTH PROBLEMS. FURTHERMORE, IT WAS CONCLUDED THAT PUBLIC POLICY TENDS TO ADVANCE INSTITUTIONAL BIRTH OVER HOME BIRTH OR THE OWN SYSTEM.

KEYWORDS: BIRTH - SHUAR - GENDER - HEALTH - WOMEN - AMAZONIA.

* Doctoranda en Historia de los Andes, FLACSO Ecuador. Correo electrónico: posliguar19@gmail.com.
<https://orcid.org/0000-0002-6253-656X>.

Introducción

El presente artículo, fruto de la investigación de tesis de maestría¹ de la autora, parte de la siguiente pregunta ¿Cuáles son las incidencias mutuas entre los sistemas, así como sus ventajas y desventajas para las mujeres parturientas? Bajo esta interrogante el objetivo es analizar la relación entre el sistema biomédico y shuar a través de los itinerarios de las mujeres shuar en torno al parto, con miras a entender sus alcances y limitaciones. En este ámbito, también, se tomó en cuenta el enfoque de género por cuanto la mujer es el centro de atención de este evento y se precisó comprender la valoración que se realiza sobre ella, sobre todo en el sistema biomédico. Esta investigación se inscribe en el momento casi inmediato -2012 a 2014- a la aplicación de la política pública del parto culturalmente adecuado, dictada en el 2008, por tanto, contribuyó a comprender los efectos de su aplicación. La investigación se efectuó en el cantón Sucúa de la provincia de Morona Santiago.

Con respecto a los estudios comparativos efectuados sobre el parto, estos tomaron impulso a partir de la década de los setenta al interior de la escuela estadounidense. La obra de Brigitte Jordan (1978) marca un hito al realizar un análisis comparativo del parto en cuatro sociedades distintas: en Yucatán con el parto en casa; Holanda y Suecia caracterizado por el parto atendido por parteras; Estados Unidos y el parto hospitalario. El estudio demuestra la variabilidad cultural en torno al parto, en otras palabras, cualquier sistema de salud se encuentra imbuido dentro de un contexto social, cultural, económico e histórico, por esa razón el parto no puede ser comprendido únicamente por aspectos fisiológicos. Además, en la comparación que realizó entre el parto en Yucatán y Estados Unidos observó que, en el primer caso, la mujer tiene un papel activo, en cambio, en el segundo caso prevaleció la autoridad médica sobre la mujer. Por otro lado, la autora destacó los préstamos o relaciones transculturales entre sistemas como ocurre en el aprendizaje del parto en Yucatán, donde las parteras también asistieron a cursos promovidos por el Ministerio de Salud (Jordan, 1993: 3-16).

La antropóloga Robbie Davis-Floyd, en la década de los noventa, si bien es cierto, analiza la partería en el mundo, sobre todo en sociedades indígenas, por otro lado, uno de los tópicos que desarrolló ampliamente fue el estudio del sistema formal de salud -en Estados Unidos principalmente-, desde el enfoque cultural, simbólico y ritual -es decir, la ritualidad o las creencias no escapan del modelo biomédico-. La autora, denomina al sistema formal como modelo tecno médico debido a que se encuentra subordinado a la tecnología y en muchos de los casos existe una excesiva medicalización. Según Davis-Floyd y John (2004), este modelo, pese a que se nutrió del propio conocimiento de las mujeres sanadoras en Europa, les usurpó este conocimiento. Por esa razón la medicina, sobre todo en sus inicios, se convirtió en una ciencia regentada por varones (Ibíd.: 73). Aunque en la actualidad existe una evidente incorporación de las mujeres en esta rama, las reflexiones de esta autora permiten abrir la discusión al papel de la relación entre médico/a-paciente mujer como es el caso del parto al interior del sistema formal de salud, desde una óptica de género.

El interés por conocer las relaciones entre los sistemas permite remitirse a la propuesta del antropólogo Eduardo Menéndez (1992), desde América Latina, quien señala que en este continente existen tres modelos de atención: 1. el hegemónico de carácter biologicista, pragmático, ahistórico, normatizado por el mercado, y en el cual se inscribe la salud pública; 2. el modelo alternativo subordinado, donde incluye las prácticas tradicionales y alternativas -bajo el gran paraguas de tradicionales se localizan los sistemas de salud provenientes de los pueblos originarios-; 3. el modelo de auto-atención, como su nombre lo indica, se refiere a la atención que se prodiga el propio involucrado o su familia sin que medie un profesional o especialista. Los tres

1 El presente artículo se desprende de la investigación realizada para obtener el grado de magister por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-FLACSO, tesis titulada: "Realidad actual del nacimiento shuar: Entre el nacer en casa y nacer en el hospital: una mirada desde la perspectiva de las mujeres shuar", 2014.

modelos tienen sus propios procesos dentro de la salud-enfermedad, atención y prevención. Los aportes de esta propuesta, para el caso del presente estudio, es su acento en la interconexión entre sistemas. Sin embargo, la articulación entre el modelo biologicista y el modelo “tradicional” u originario, es una relación hegemónica-subalterna². Un elemento que permite visibilizar la interconexión entre modelos es precisamente el concepto de “pluralismo médico” y que alude al itinerario de las personas entre uno y otro sistema. El modelo biomédico o hegemónico, que se fortaleció en el siglo XVIII, logró subordinar al resto de modelos bajo el halo científicista-positivista (Ibíd.: 103-105).

Hace unas dos décadas, en el país, se comenzó a utilizar el concepto de interculturalidad, primero en el ámbito educativo y luego en salud, de ahí la necesidad de reflexionar sobre este término. De acuerdo con Xavier Albó (2004), la interculturalidad puede aludir a la relación cotidiana entre individuos. En una segunda instancia, se refiere a la articulación entre sistemas culturales. Sin embargo, la interculturalidad tendría un carácter positivo o negativo, en el primer caso se produce cuando existe una aceptación entre uno y otro sistema cultural, es decir, es un intercambio mutuo. Es negativa cuando un sistema destruye al otro o en su defecto lo asimila y disminuye, -esta segunda caracterización se relaciona con países como el Ecuador- (Ibíd.: 65). Ahora bien, la interrogante clave que subyace en el pensamiento del autor cómo superar la tolerancia al otro y más bien trascender hacia un verdadero intercambio.

Para el abordaje de género se retoma la propuesta de Joan Scott ([1999] 2008: 65-66) quien lo considera como una categoría de análisis. Esta apunta a la comprensión de las relaciones de poder que se entablan entre individuos o instituciones. A su vez, el género se manifiesta, también, en relaciones simbólicas de poder. Sin embargo, para la autora se torna de vital importancia el contexto donde se desarrollan los acontecimientos (Ibíd.), en ese sentido, el género depende de la realidad situada.

En síntesis, con el propósito de abordar el parto se consideró la variabilidad cultural que existe en cada sistema o modelo de salud, aunque sin perder de vista los aspectos económicos, sociales, terapéuticos, entre otros. Por otro lado, el modelo hegemónico -según Menéndez- o tecno médico -de acuerdo con Davis -Floyd y John- es el dominante, el cual bajo la lógica hegemónica se relaciona con los otros sistemas. Por otro lado, el enfoque de género permitió visibilizar la valoración de la mujer al interior del biomédico. Finalmente, se consideró a la interculturalidad en la medida que es un concepto ampliamente utilizado en estas últimas décadas, en el ámbito público.

Con respecto a las investigaciones en torno al nacimiento en el país y específicamente en la Amazonía -aunque no se pretende efectuar un análisis exhaustivo- se pueden localizar varias líneas para su abordaje. Desde la línea etnográfica monográfica, donde el nacimiento se encuentra descrito como parte del ciclo vital: Rafael Karsten, quien estudio a los shuar, achuar y quichuas ([1935] 2000: 179-184); Michel Harner, específicamente trabajó con los shuar ([1976] 1994: 103-108); Udo Oberem, en este estudio analiza a los quijos -quichuas- desde el siglo XVI hasta el siglo XX (1980: 233-251); Laura Rival sobre los Huaorani (2015: 129-164).

Otro grupo de investigaciones se centró en la antropología médica, la cual despuntó en el país en la década de los ochenta, por ejemplo, el trabajo de Genny Iglesias desentrañó el sistema tradicional quichua de la Amazonía, aunque enfatizó en el uso de las plantas medicinales, incluidas las vinculadas al parto (Iglesias, 1989: 180 – 185). Específicamente sobre el parto Soledad Varea, desde un enfoque de género, analizó el papel de las parteras y los chamanes

2 La concepción de hegemonía /subalternidad proviene del pensamiento gramsciano, de acuerdo con William Roseberry (1994: 355-357), Gramsci concibió a los grupos de poder y los subalternos dentro de un campo de fuerza en donde las relaciones- entre estos dos grupos- se caracterizan por la contención, la lucha y la discusión. Por tanto, eso significa que los grupos subalternos son activos y confrontativos, aunque evidentemente existen momentos de negociación. Ese campo de fuerza está delimitado por las instituciones y organizaciones del Estado, al igual que la sociedad civil donde se desarrollan los grupos subalternos. Así, Gramsci concibió a los grupos subalternos como activos, aunque sus formas organizacionales políticas, en muchos de los casos, se encuentran modeladas por los grupos hegemónicos.

entre los quichuas (Varea, 2005). También se encuentra el estudio de Dayuma Albán sobre los huaorani (Albán, 2008), la tendencia de estas investigaciones se centró, principalmente, en el sistema médico “tradicional”.

Estudios sobre las relaciones entre los sistemas o modelos -tradicionales y públicos-, se desplegaron, principalmente, en el siglo XXI. Una conclusión similar en las investigaciones analizadas, en mayor o menor medida, es que este proceso de diálogo es inacabado, pese a los esfuerzos desplegados por los servicios públicos. Entre los estudios generales sobre la relación entre sistemas se encuentra el trabajo de Monserrat Pulidos-Fuentes, ella realiza una triangulación entre el sistema de salud achuar, las políticas y programas estatales, y la cooperación internacional. Según la autora, el sistema médico tradicional se redefine bajo la lógica de los programas de salud intercultural, anclados en el sistema biomédico y en las lógicas de la cooperación (Pulidos-Fuentes, 2016: 509). Magali Kanterewicz (2016: 7), al igual que Pulido-Fuentes, analiza la relación entre la política pública de la salud intercultural y la cooperación, en este caso considera al shuar de la cordillera del Cóndor.

Entre las investigaciones sobre el parto se encuentran la realizada por Alí Aguilera (2018), si bien su estudio se concentra en la asociación de parteras kichwas del Napo -apoyada por la cooperación internacional-, también se refiere al complejo “diálogo” entre las parteras y el sistema médico. La investigación realizada por Erika Arteaga, Miguel San Sebastián y Alfredo Amores, ellos trabajaron con los kichwas en Loreto. El eje central de este trabajo fue la creación de indicadores con carácter cultural en el modelo de salud. Estos autores despliegan su crítica hacia el “parto culturalmente adecuado” por limitarse al ámbito institucional (Arteaga et al., 2012: 411). El aporte de la presente investigación, con referencia a los estudios antes nombrados es analizar el parto en una sociedad -la shuar- donde no existe la figura del parterismo, como sucede en el caso de las sociedades kichwas. Por otro lado, si bien es cierto los estudios a partir de la última década se han centrado en la relación intercultural y que entraña la problemática de la articulación entre los sistemas, en el caso del presente trabajo se ha incluido el enfoque de género sobre todo para analizar la relación institucional con respecto de las mujeres shuar.

Metodología

El presente artículo se desprende de uno de los capítulos del trabajo de tesis -finalizada en el 2014- sobre el parto de las mujeres shuar en Morona Santiago. La investigación fue de carácter cualitativa y cuyo abordaje metodológico se centra en el enfoque relacional tanto a nivel de sistemas -hegemonía/subalternidad-, cuanto a nivel individual e institucional a través de la perspectiva de género. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista semi-estructurada y la observación. Las entrevistas se realizaron a madres shuar- sobre todo se trabajó con aquellas que asistieron a los servicios de salud públicos-, hombres shuar y personal de salud. Se realizaron un total de 35 entrevistas, 20 a mujeres madres y 15 a hombres³. También se participó en la observación de dos partos en el hospital de Sucúa⁴ - N1 y N2 -. El lugar de la investigación fue el cantón Sucúa y tuvo dos referentes principales el puesto de salud de Yukutais -lugar donde se realizaron el mayor número de entrevistas-, que queda aproximadamente a unos diez minutos de Sucúa, en transporte terrestre, y el hospital de Sucúa. Contribuyó a esta investigación la serie de entrevistas y talleres realizados tanto al personal de salud como a la población shuar entre el 2003 y 2009 con el objeto de conocer sobre el parto shuar⁵.

3 Con el fin de asegurar el anonimato de los y las participantes sus nombres fueron cambiados.

4 Al momento de la investigación de campo el hospital de Sucúa se encontraba en transición de ser fiscomisional al público debido a la nueva construcción del hospital. El hospital fiscomisional de Sucúa se denominó “Pío XII” y luego se denominó hospital Básico de Sucúa. Por esa razón el parto N1 se observó en el “Pío XII” y el N2 en el hospital Básico.

5 Esto se realizó bajo el proyecto de desarrollo en el río Santiago en el que estuvieron involucrados el Ministerio de Salud Pública -en Morona Santiago- y UNICEF.

Antecedentes: desde el origen de los sistemas hasta la propuesta intercultural

La actual provincia de Morona Santiago forma parte del amplio territorio amazónico. Al presente habitan, principalmente, los shuar y achuar. Estas nacionalidades en conjunto con los awajún y huampis -localizados en el Perú- pertenecen al complejo aént chicham (antes jíbaros). Los actuales shuar son parte de una cultura milenaria⁶ que evidentemente se formó a través de un largo proceso histórico y de interacción con otros grupos. Aunque las huellas arqueológicas son brumosas en torno a la salud, por lo menos, dejaron en evidencia sobre el uso de plantas medicinales dentro de Huapula -800 a 1200 d.c.- (Rostein y Saulieu, 2013: 150). Más tarde, con la colonización española en Amazonía – la antigua Provincia de Maynas- los cronistas también dieron cuenta de algunos de los rasgos del sistema de salud de esos pueblos:

“Para curar sus enfermos es verdad que tienen medicinas naturales y yerbas eficaces en especial para las mordeduras de víboras como he dicho en otra parte; que para cada especie tiene conocida la hierba para su ponçoña, conque apenas alguno pelagra de este achaque sino es cuando se les acude tarde con la contrayerba por haberse apoderado el veneno del cuerpo” [Ortografía del texto original] (Figueroa, [1661] 1904: 243).

A través de este ejemplo se reafirma el conocimiento y las prácticas realizadas por los habitantes amazónicos. Ahora bien, el interés por entender el origen de la relación entre el sistema de salud shuar y el biomédico se remite a finales del siglo XIX, cuando llegaron los misioneros salesianos por encargo del gobierno ecuatoriano para evangelizar y “civilizar” a los entonces denominados “jíbaros”, considerados “salvajes” (Brito, 1935), esta visión se acopló a un proceso neocolonial. La presencia misionera, así como el afán del Estado por integrar a los pobladores amazónicos a la incipiente nación fue de la mano con la colonización, principalmente, por los habitantes de la sierra.

Esta relación -shuar – misión- colonos- trajo consigo la presencia de nuevas enfermedades dentro del espectro de salud de los shuar como fueron las epidemias⁷. Además, la misión salesiana, al interior del componente “civilizatorio” tuvo en su mira a la salud, es así como desde 1925 cuando llegaron las misioneras salesianas -hijas de María Auxiliadora-, se estableció a la enfermería como una de sus tareas. De hecho en 1944, el Estado decretó el apoyo económico al hospital de Méndez⁸ -gestionado por la misión- y el primero de esa provincia. Igualmente, ese hospital, a partir de la fecha, se convirtió en fiscomisional y representó los inicios formales de la presencia de la salud pública.

Después de formada la Federación de Centros Shuar en 1964, y que significó el inicio del proceso de ruptura de la tutela de la misión salesiana, el Estado a través del Ministerio de Salud Pública, firmó con esta organización un convenio de apoyo a la salud, sobre todo encaminado a fortalecer las unidades de salud públicas (FICSH, 1974: 212-213). Esta firma, por cierto, representa la aceptación o la necesidad de la población shuar de los servicios procedentes del sistema biomédico, aunque esto no quiso decir dejar su sistema propio.

Un hecho significativo en el siglo XX fue el levantamiento indígena -1990-, sobre todo en la Sierra. Más tarde -1992- se dio la marcha de la Organización de Pueblos indígenas del Pastaza (OPIP) -en Amazonía-, sin duda estos eventos incidieron en las posteriores políticas públicas en las que se incluyen las de salud. Es así como en 1994 la Confederación de Nacionalidades

6 Aún no se tiene una clara idea de su origen o su antigüedad, sin embargo, estudios arqueológicos realizados en la provincia permiten ubicar cronológicamente algunas tradiciones culturales como son: Sangay -700 a.c.-, Upano -500 a 200 a.c., Kilamope – 400/600 d.c y Huapula – 800 a 1200 d.c.-, esta última asociada a formas organizacionales similares a la de los actuales shuar y achuar (Rostein y Saulieu, 2013: 22).

7 Kroeger y Freedman para la década de los 50 indican que el sarampión llegó a Taisha y Yaupi. En Yaupi murieron 108 personas por esta enfermedad -especialmente los más pequeños- (Kroeger y Freedman, 1984: 31).

8 Registro Oficial N 50 1944.

Indígenas del Ecuador en su Plan de Gobierno, anclado en la propuesta del Estado Plurinacional⁹, deja claramente establecida la compleja problemática a la que se ven abocados los pueblos. Por un lado, por efectos de causas estructurales -como la económica- ubican a las poblaciones indígenas con los peores indicadores en salud -desnutrición, mortalidad materna, mortalidad infantil-. Además, de la poca capacidad resolutive de los servicios de salud pública -falta de médicos, medicinas, entre otros-. En otra instancia, se encuentra la persecución a los hombres de sabiduría (CONAIE, 1994: 45), es decir, se desconocen y desvalorizan los sistemas de salud indígenas. Sin duda esta radiografía, a pesar de la distancia temporal, no se aleja de la actualidad.

La propuesta de la CONAIE, en esa época, se enfocó en la legalización y rescate de la medicina tradicional, la creación de viveros con plantas medicinales, un modelo de salud desde las comunidades, el mejoramiento de las unidades de salud públicas, el acceso a medicinas genéricas, entre otros (CONAIE, 2014: 45-46). En síntesis, se requiere de los dos sistemas, aunque sin la hegemonía del biomédico. Además, en estos enunciados se encuentra la impronta de la interculturalidad positiva nombrada por Xavier Albó. En 1999 se creó la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI), en el 2003 cambió su nombre por el de Dirección Nacional de Medicina Intercultural, también, en la Constitución de 1998 y 2008 se consideró a los sistemas de salud indígenas, inclusive en la segunda se designó al Estado ecuatoriano como plurinacional (Mozo, 2017: 57), sin embargo, este es aún un proceso en construcción.

En el tema referente al parto, en la década del setenta, se promovió desde la cooperación internacional -ONU, principalmente-, la capacitación a parteras en el continente, y también en el Ecuador, con el fin de apoyar los programas maternos infantiles (Oficina Panamericana Sanitaria, 1984: 260 -266). Sin embargo, será en el siglo XXI, donde se despliegue un plan más sostenido de la cooperación internacional y los gobiernos para tomar en cuenta a estas especialistas o sus costumbres al interior de los programas de salud. Es así como en el Ecuador se creó la “Guía del parto culturalmente adecuado” en el 2008 a fin de involucrar elementos del parto tradicional al interior de la institución pública (MSP, 2008). En este marco se analizó los datos que se presentan a continuación.

Comparación y relación entre el sistema shuar y el sistema biomédico en torno al parto

El parto en los dos sistemas: algunos datos numéricos

Del número total de hijos/as -118- de las 20 mujeres entrevistadas el 78% lo hicieron en el domicilio y el 22% en el sistema biomédico, en ese sentido se puede afirmar que la preferencia, entre las mujeres, era el parto en casa. Se debe tomar en cuenta, además, que una misma mujer podía tener dos hijos/as en el hospital y los otros en casa. El factor fundamental que las motivó para asistir al hospital fueron los problemas por las demoras en el parto o la salida de la placenta y las hemorragias; en segunda instancia porque estaban solas en casa; y en un tercer lugar porque lo deseaban (Poslígua, 2014: 58 -73). Es decir, las mujeres transitan por los dos sistemas según su necesidad. Por otro lado, la mayor parte de las mujeres entrevistadas pertenecen al centro shuar de Yukutais a unos 10 minutos -en carro- de Sucúa, esta particularidad se puede considerar como un lugar privilegiado porque pueden acceder a los dos sistemas sin problemas de distancia u obstáculos geográficos como ocurre con otros centros.

Al tomar en cuenta las estadísticas del hospital de Sucúa -atiende a los cantones de Sucúa y Logroño- se notó un aumento progresivo de la asistencia de mujeres shuar al parto hospitalario, incluso antes de la implementación de la política del parto culturalmente adecuado del 2008.

9 Es decir, la búsqueda de la autonomía de las nacionalidades.

Así en el 2001 fueron atendidas un 36.92%¹⁰ mujeres shuar con respecto al 63.08% de mujeres mestizas. En el 2005 fue del 44% para las mujeres shuar y el 56% en las mujeres mestizas, esta cifra se mantuvo en el 2007. En el 2008, se inició la atención del parto culturalmente adecuado en octubre, este fue muy promocionado por la institución, en ese año las mujeres shuar fueron al hospital a dar a luz en un 48% con respecto al 52% de las mujeres mestizas. Al 2010 la cifra se revirtió al advertir que el porcentaje de mujeres shuar llegó al 50,54% y las mujeres mestizas lo hicieron en un 49,6% (Departamento de Estadística del Hospital Básico de Sucúa).

Aunque la tendencia en general fue el aumento de la atención hospitalaria a mujeres shuar se debe considerar los siguientes aspectos: el hospital de Sucúa fue uno de los primero en brindar el servicio del parto culturalmente adecuado en la provincia, por tanto, tuvo sus efectos en la población a nivel provincial, de ahí que al revisar el grado de asistencia de mujeres parturientas al hospital en el 2009, es decir, un año posterior a la implementación del parto culturalmente adecuado, se incrementó la asistencia en un 10.57% con respecto del 2008-. Por otro lado, al considerar la categoría “lugar de asistencia regular de la madre” del 2009 se verificó que las mujeres no solo eran de los cantones Sucúa y Logroño sino que procedían de otros como Santiago de Méndez o Macas -cantones vecinos-, incluso lo hacían de lugares muy lejanos como Tiwintza, Limón e Indanza o Taisha (Departamento de Estadística del Hospital Básico de Sucúa). En este punto es pertinente preguntarse cómo era la atención en el hospital bajo los criterios del parto culturalmente adecuado y si llenaba las expectativas de las mujeres.

Referencia general sobre el sistema shuar y biomédico

Antes de realizar la comparación entre los sistemas al momento del parto, se efectuará una breve referencia al parto shuar como al biomédico. Es necesario señalar que entre los shuar no existen parteras, más bien el parto es atendido por una familiar femenina, el esposo o ambos, lo importante es la experiencia (Posligua, 2014: 72). Este modelo tiene relación con la forma organizativa que prevaleció incluso en el siglo XX. Es decir, eran sociedades atomizadas diseminadas en la selva, donde no existía una autoridad política defina. Una autoridad más cohesionada surgía solo al momento de la guerra con otros grupos del complejo aént chicham. Esta atomización, permitía que el grupo endogámico formado, generalmente, por un matrimonio poligámico -el más común era un hombre con dos hermanas- con los hijos y las hijas recién casadas y sus esposos, se encuentre alejado incluso de la casa más cercana (Karsten, [1935] 2000; Harner, [1978] 1994; Descola, 1986). En ese sentido la resolución del parto se efectuaba al interior de cada grupo familiar.

Por otro lado, el parto, pese a corresponder a un momento biológico se contextualiza por parámetros sociales, culturales, por esa razón no está exento de peligros o circunstancias que pueden romper con el equilibrio al que se ve sometido la mujer y su familia, y que tiene relación con la alimentación, animales peligrosos, el frío y el calor, los seres invisibles de la selva, inclusive las conductas sociales pueden afectar al parto -afectos- (Posligua, 2014: 72), en ese sentido los shuar asumen el parto desde una visión integral con el fin de solucionar todos los elementos antes nombrados.

Con el propósito de entender de mejor manera los peligros a los que se expone la mujer parturienta y su familia, se retomará la clasificación que efectúa Patricio Warren (1994) sobre las patologías entre los achuar. Este autor encuentra tres grandes categorías, como son: játa -dejaste morir-. Esta categoría se relaciona con concebir a la muerte como un evento no natural, en ese sentido toda muerte es provocada, principalmente, a través de los dardos invisibles enviados por los uwishin o shamanes. Una segunda categoría es la de Mingkau referente a las patologías vinculadas con los bebés y producidas por el contacto de los padres con objetos,

10 Todos los porcentajes que se presentan en este párrafo se construyeron a partir de las cifras proporcionadas por el Departamento de Estadística del hospital Básico de Sucúa.

animales, o eventos negativos -este criterio, de acuerdo con las entrevistas realizadas también se puede ampliar al embarazo, al parto y al post parto-. Una última categoría es la de sungkúr y que se refiere a patologías menores y tienen relación con lesiones o por la exposición a elementos contaminantes (Warren, 1994: 12-13). Con respecto al parto las tres categorías pueden producirse cuando ocurre la muerte -játa-; en el caso de un evento fortuito como una caída -sungur; sin embargo, la categoría mingkau es la que se encuentra directamente vinculada al parto.

El sistema biomédico se centra en los aspectos biológicos de la persona -por supuesto esa es una construcción socio-cultural-. Además, se enfoca en los padecimientos y la curación a través de la producción de fármacos. Por otro lado, la medicalización también se expande a los comportamientos humanos -del ciclo vital-, por ejemplo, el parto es tratado como una enfermedad y en permanente riesgo. La crítica más fuerte al parto biomédico ha sido la realización de cesáreas innecesarias (Menéndez, 2002: 193 – 194). Por otro lado, en la actualidad una característica de esta medicina es su alta dependencia con la tecnología y su importación a América Latina. De todas formas, al interior del modelo se suscitaron otras nuevas tendencias que nacen precisamente del autoanálisis del sistema como la aparición de modelos humanistas u holísticos (Davis-Floyd y Jhon, 2004: 5).

Entre el nacer en casa y nacer en el hospital

Por motivos de espacio la comparación se realizará exclusivamente al momento del parto, aunque es un hecho que la relación entre sistemas se produce en el embarazo y en el post parto. Se compararán algunos elementos relacionados con el parto como son: la llegada al hospital y el tacto vaginal, el lugar del parto - el acompañamiento, la posición del parto y las formas para acelerarlo.

La llegada al hospital y el tacto vaginal

Cuando ingresan las parturientas al hospital, el primer paso fue separarlas de sus parientes. Ellas entran a la sala de parto, donde no puede acompañar ningún pariente. En ésta hay tres camas destinadas al descanso de las mujeres. Antes de llegar a esta sala se encuentra un pasillo donde se permitía que las mujeres caminen, muchas de ellas con una intravenosa puesta en su brazo. A más de tomarles los signos vitales, de acuerdo con la Guía del parto culturalmente adecuado del 2008, se procede al tacto vaginal -uno de los primeros exámenes que se efectúan a la mujer como parte del protocolo de atención- y se realiza con el propósito de verificar si el momento del parto está cerca al comprobar la dilatación uterina. De todas formas, cabe resaltar que se han eliminado algunos procedimientos de rutina como la aplicación del edema, la episiotomía y el rasurado, (MSP, 2008: 30-42). La eliminación de esos elementos rutinarios demuestra que la verdad científica también cambia, por tanto, esta no es absoluta.

En el sistema shuar verifican el momento del parto a través del calor que emana la coronilla en la cabeza, cuando está caliente significa que ha llegado el momento. Es decir, esta técnica no invade las partes íntimas de la mujer. Por esa razón, para las mujeres resulta incomprensible cualquier tipo de manipulación realizada por el personal de médico sobre sus genitales. Este sentir se expresa en las siguientes frases: “no nos gusta porque el doctor ve todo”; “en el hospital vuelta nos baja, vuelta nos sube, vuelta abre, vuelta baja” (Posligua, 2005: 8). Estas frases no solo demuestran la incomodidad de las mujeres, sino también la autoridad que se ejerce sobre sus cuerpos.

En otras culturas del país tampoco se realiza el tacto, por ejemplo, las mujeres kichwas de Cusubamba (Cotopaxi) también usan esa técnica -calor en la coronilla- (Posligua, 1988). De igual manera el Dr. Michel Odent (2005: 84), el padre del parto en agua no recurre a técnicas invasivas, él señaló lo siguiente:

“Nuestro modo de determinar la secuencia de la segunda etapa de la labor es muy diferente de la práctica médica común. La mayoría de los profesionales hacen una revisión vaginal, para decidir si una mujer tendrá que empujar o no. Nosotros podemos generalmente distinguir las etapas del trabajo, sin exámenes internos. Sabemos que la segunda etapa del trabajo ha comenzado cuando la mujer que ha estado parada o caminando de repente quiere doblar sus rodillas durante las 78 contracciones y tiene una urgente necesidad de agarrarse de algo o de alguien”.

La experiencia de Odent, en miles de casos, con esta técnica, le permite afirmar que no existe la necesidad de la manipulación vaginal. De igual manera, la experimentación de cientos de mujeres shuar a lo largo del tiempo reafirman la validez de esta práctica. De todas maneras, el personal de salud se ve abocado a realizar el tacto vaginal porque los protocolos -del parto culturalmente adecuado- así lo prescriben (MSP, 2008: 47), en ese sentido la institución impone sus reglas a las mujeres.

El lugar del parto y el acompañamiento

En la sala de partos del hospital se localiza la cama ginecológica donde la mujer da a luz en la posición horizontal. Junto a esta se encuentra el monitor fetal estable, que sirve para detectar el ritmo cardiaco del bebé, cuentan, además, con un monitor portátil. Al otro lado, se ubica la cuna de calor radiante -uno de los objetivos de este instrumento es mantener la temperatura normal del cuerpo del bebé, es decir que no tenga frío-, al costado está la balanza y una mesa para la medición del bebé. La sala se encuentra iluminada a través de una lámpara grande de cuatro focos, además, tiene un reloj colgado en la pared -símbolo del tiempo-. En otra esquina se ubica un aparato con una colchoneta, casi a la misma altura del piso, y sirve para dar a luz verticalmente. Para entrar en el recinto es necesario usar una vestimenta especial (mandil, zapatillas y gorro) que proporciona el mismo hospital, por efectos de la asepsia.

El parto shuar se efectúa fuera de la casa. La costumbre de dar a luz en un espacio privado prevalece en el tiempo. La autora observó cómo se acondicionó para este evento una pequeña choza donde se destacó el fogón típico shuar¹¹ cuyo propósito era mantener abrigado el cuerpo de la mujer. También, se encuentra una cama, un banco y una pequeña hamaca para el bebé. En el piso se ubica una estructura hecha de palos clavada para que la mujer se sostenga al momento del parto -posición vertical-. Con respecto a la iluminación, en muchos casos se utiliza la que procede del fogón.

Al comparar el lugar de nacimiento entre el hospital y la casa se observó que dar a luz en casa representa encontrarse en un ambiente familiar y rodeado por conocidos, pueden acompañarle su madre, esposo o ambos. En el hospital los profesionales de la salud que realizan los primeros exámenes no fueron los mismos que atendieron los partos, el personal siempre rota. Por otro lado, a pesar de que en la Guía está escrito que se debe asegurar “el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la labor del parto” (MSP, 2008: 46), en uno de los partos observados (N1) se permitió el acompañamiento de la suegra, pero no todo el tiempo sino cuando los dolores se hicieron más intensos. Además, entró el esposo de la parturienta solo al momento del parto, tomó unas fotos y fue invitado a salir. En ese sentido el acompañamiento de un pariente en su aplicación fue parcial o muy puntual. En el caso N. 2 los parientes estuvieron ausentes.

En efecto, de acuerdo con las mujeres que han dado a luz en esta casa de salud, uno de los elementos perturbadores fue que los médicos o enfermeras “les dejan solas”, pues les hubiera gustado que se encuentren más tiempo con ellas, sobre todo en la noche:

11 El fogón shuar consta de tres grandes troncos.

“me dejaban ahí sin verme, yo pasaba solita, ella [mi madre] no me dejaba ni un rato, ya estaba ahí con el agua, lavando, dándome agüita, sobándome...En el hospital yo ya sentía que ya estaba saliendo mi nena, yo gritaba pidiendo auxilio...[pero] no oían, tanto llamarles vinieron” (Margarita, Yukutais, 48 años, 2012).

Como se aprecia en la cita, en la casa el acompañamiento fue constante. Por otro lado, también se advierte ciertas prácticas para apoyar al parto como son los masajes y la toma de aguas medicinales, demostrando sus conocimientos sobre el tema. La experiencia en el hospital evidenció la falta de atención cuando el parto estuvo cerca, esto redundó en un maltrato a la mujer por efectos de una larga espera.

La calidad del trato hacia las mujeres en el hospital se muestra, también, en el lenguaje verbal que utilizaron los prestadores de salud:

“me dice la doctora vas a morir tú o muere tu hijo, una de las dos cosas. Yo le dije ayúdame no me digas de muerte de mi hijo o de mí, yo quiero dar a luz a mi hijo más me haces asustar, le dije me tienes que dar valor” (Pascuala, Yukutais, 35 años, 2012).

En un momento tan delicado como el parto palabras de desaliento afectan al estado anímico de la mujer y por tanto a la demora del parto. Por otro lado, las mujeres indican constantemente que el personal no las “apoya”, ellas se refieren al “apoyo físico”. Este apoyo, en el parto en casa se produce sobre todo en el momento de los pujos, por ejemplo, uno de sus parientes puede abrazarla por la espalda poniendo sus brazos bajo el tórax¹²; ella, a su vez, se abraza del cuello del esposo en una posición frente a frente, otra variante es cuando la mujer se abraza por detrás. Esta serie de maniobras permite comprender el papel protagónico de los acompañantes en el momento del parto y el libre movimiento de la mujer. Esta actitud de libertad resulta imposible pedir al personal de salud por su formación, y si bien se permite la entrada de un pariente, su accionar en el terreno de los médicos fue muy limitado, en el parto N.1 solo cuando salió el personal de salud la suegra de la joven la abrazaba por detrás. Cabe señalar que estudios clínicos controlados dirigidos a la medición del impacto del acompañamiento en la labor de parto han demostrado que esta presencia influye en la disminución del tiempo de parto y dolor. (Valdés y Morán, 2005: 109).

La posición en el parto

Dentro del hospital la mujer puede decidir por el parto vertical u horizontal (recuérdese los muebles e implementos de la sala de parto); además, la opción sobre la posición se encuentra estipulada en los protocolos de atención de la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado”: “permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto...o la posición que adopte la parturienta de acuerdo a su cultura” (MSP, 2008a: 50), sin embargo, esto no se cumple totalmente pues no todo el personal pregunta sobre esta forma de dar a luz y simplemente se señala a la paciente la cama gineco obstétrica. “*Di en la posición acostada, no me preguntaron [sobre la posición] porque decían que en hospital viejo si había y ahora ya no*” (Janett Kayamas, 22 años, 2012).

En el parto N. 2, Elena decidió por el parto en posición vertical, sin embargo, el momento de la salida de la placenta, el personal de salud le ubicó en la cama ginecológica y por lo tanto retorna a la posición horizontal. En el parto shuar la posición vertical se aplica en sus diferentes variantes. A continuación, un testimonio de lo que sienten las mujeres cuando dan a luz en forma horizontal en el hospital:

12 En la descripción del parto shuar se puede constatar las diferentes formas de relación física que se entablan entre la parturienta y las personas que le ayudan (le abrazan, se abraza, se cuelga, la cargan).

“yo di acostada en la cama eso da un poco de vergüenza... estar abriendo las piernas, mostrándose; eso si es feo vuelta en la casa una misma cuando viene el dolor una se arrodilla y cuando llega le ayudan y ya baja el huahua” (María, Yukutais, 46 años, 2012).

“acostada hay que morir...no era acostumbrada a acostar y a dar a luz, como que a mí me subía, subía mi bebé...como que me desmayaba, me faltaba el aire, así me sentía yo, es que acostada donde se va a agarrar, no hay ni donde agarrar, no hay ni donde para dar la fuerza” (Alexa, Nuevos Horizontes, 42 años, 2012).

Según un padre de familia shuar la diferencia entre los dos tipos de partos es la siguiente:

“la diferencia de los partos en la casa [es que se] atiende normal. A veces dicen [las mujeres] que se tiene recelo al médico [piden] que no le desvistan. Es algo diferente [en la casa] no le tocan nada, no hay que desnudarle. A veces las mujeres ya no quieren eso, es la cultura...los médicos son hombres...sería que...atiendan doctoras mujeres” (Ramón, Etsa, 44 años, 12).

Como se puede observar en las citas antes enunciadas las mujeres shuar sienten que tienen que realizar un mayor esfuerzo, no existe libertad de movimiento y se pierde su intimidad, lo que no ocurre cuando el parto es en casa; son esas las razones por las cuales les resulta muy complejo aceptar la posición horizontal; sin embargo, la visión de los médicos es distinta porque para ellos la posición horizontal es más ventajosa:

“es algo cómodo para el médico porque tiene una buena visión, porque es como le enseñan a uno...es la forma más cómoda para que el médico pueda valorar y poder tener una situación clara viéndole a la paciente acostada” (Gustavo, personal de salud, 30 años, 2012).

Si bien es cierto esta posición (horizontal) es cómoda para los médicos, no lo es para las mujeres. Además, los beneficios de la posición vertical son numerosos: menor sangrado, menor tiempo para dar a luz, menor esfuerzo de la mujer, mayor oxigenación al bebé¹³ (Cárdenas *et al.*, 2005; Ministerio de Salud Pública, 2008; Davis-Floyd, 2001). Pese a los aspectos positivos de esta posición no siempre es aceptada por el personal de salud.

De acuerdo con Davis-Floyd, la litotomía es una demostración del poder de los médicos/as ejercido sobre la mujer que prácticamente queda inmovilizada y no tiene ninguna capacidad de respuesta en ese momento, convirtiéndose el conocimiento médico en autoritario (2001). También las normas hospitalarias no permiten al personal de salud desempeñarse creativamente y aceptar con mayor facilidad otro tipo de posiciones, en definitiva, se prioriza el intervencionismo en el proceso del parto, dejando de lado las necesidades de la mujer.

Formas para acelerar el parto

Por otro lado, para ayudar a la salida del bebé, los y las profesionales de la salud pueden optar por la episiotomía que hasta antes del 2008 era de carácter sistemática, y si bien eso está cambiando¹⁴, aún no se ha logrado finalizar con la práctica rutinaria, al respecto una trabajadora de salud asignada a la sala de partos señaló:

“los médicos hacían las episiotomías toda una vida y ya últimamente...cuando dieron ese curso de parto humanizado, entonces empezamos a dejar lo que son las episiotomías, porque antes toda

13 A pesar de los múltiples beneficios de la posición vertical el Ministerio de Salud Pública, la asume únicamente para las mujeres indígenas o afros. Pues solo se encuentra en la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado” (2008) y no en la “Norma y Protocolo Materno” (2008a).

14 Tanto en la “Norma y Protocolo Materno” como en la “Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado” se refieren a la episiotomía de la siguiente manera: “Valore la necesidad de realizar episiotomía selectiva. No realice episiotomía rutinaria a todas las mujeres...la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de desgarros de un tercero y cuarto grados y disfunción de esfínter anal” (MSP, 2008 a: 215 y 52 respectivamente).

paciente hacíamos las episiotomías...eso era normal hasta el segundo y tercer hijo le hacían... todavía hay médicos que si quieren cortarle,...es que ellos vienen de otra formación, vienen directamente de la episiotomía, yo muchas veces he dicho no, esperemos...y que bien que sale, a veces también hay desgarros...pero no es lo mismo que coger la tijera y cortarle y se rompe todo” (Mercedes, personal de salud, 50 años, 2012).

Si bien, en el futuro se debe realizar un estudio más profundo para ver si se ha erradicado la práctica sistemática de la episiotomía, en esta cita se deja entrever que aún se tiende a aplicar en forma no selectiva. En lo referente al nacimiento entre las mujeres shuar no existe esta práctica, y aunque se pueden producir desgarros no son de la magnitud de lo que implica una intervención con la tijera que atraviesa las diferentes capas de la piel. De hecho, las secuelas de una episiotomía pueden ser para siempre, a continuación, la cita de una mujer que hace muchos años atrás le hicieron la episiotomía¹⁵:

“Yo siempre [tengo dolor] por eso me hice ver una vez con un ginecólogo y me dijo a lo mejor algún nervio le llegó con el corte, me entiende, le da reacciones. Mi hija tiene casi treinta años, yo todavía tengo problemas. Es que por ejemplo a veces queda cosido y esa partecita queda delicada. A cualquier golpe que tiene o se sienta en una cosa dura: una banca le molesta, se le inflama” (Mercedes, personal de salud, 50 años, 2012).

Por otro lado, el personal médico, cuando se demora el parto, utiliza la oxitocina¹⁶ que acelera inmediatamente el momento de parir, véase las siguientes citas: *“solo en la pierna me pusieron... una inyección...ya cuando estuve cerca me pusieron la inyección de ahí ya di el parto” (Lorena, Yukutais, 19 años, 2012). “ponen ampolla en las piernas y el dolor viene fuerte, viene enseguida, da más rápido el parto” (María, Yukutais, 46 años, 2012).*

De hecho, el uso de la oxitocina se presenta como una práctica rutinaria dentro del protocolo de atención de la Guía. Este mecanismo es un elemento que permite al médico tener un mejor control del tiempo en el nacimiento. Por ejemplo, en el parto N. 2, a la mujer le aplicaron la oxitocina a las 10:54 y el niño nació a las 11:05 y luego todos pudimos salir del hospital para la hora de almuerzo.

Al respecto, Jordan (1994), en la década de los 70 -cuando realizó sus investigaciones en hospitales de los E.E U.U- observó que los médicos/as al tener disponibilidad de las técnicas, como es el caso de la oxitocina, y a pesar de reconocer que eran partos normales recurrían a éstas. En ese sentido no existe una separación entre parto normal y complicado, convirtiéndose las situaciones normales en urgentes o riesgosas.

Por otro lado, Davis-Floyd (2001), refiriéndose al uso de las técnicas en el parto, señala que éstas se relacionan con un patrón intervencionista, donde se refuerza el papel pasivo de la mujer. Sin duda, los protocolos de atención de la guía propician transformaciones en la atención del parto en el hospital y por ende en el Ministerio de Salud Pública, entre estas: la eliminación sistemática de la episiotomía, limitar el número alto de tactos, dejar que, entre un acompañante. Sin embargo, la toma de decisiones sobre cada uno de estos eventos es una prerrogativa de los profesionales de salud involucrados. Y su decisión se encuentra supeditada al vaivén de varias tensiones: 1) lo que se aprende en la universidad y lo que se dice que hay que hacer en el hospital 2) los protocolos de atención y la interiorización de este conocimiento en la práctica cotidiana 3) entre la comodidad de la mujer o la comodidad del personal de salud.

En el sistema shuar, estas decisiones se centran en el diálogo permanente entre la mujer que atiende el parto (especialista) y la parturienta. La especialista no solo prodiga sus conocimientos -masajes, uso de hierbas medicinales- y experiencia sino también afecto, aliento y un contacto

15 En la «Guía Práctica para los cuidados en el Parto Normal» publicada por la OMS en 1996, se considera la realización de la episiotomía sistemática como una práctica inadecuada. Asociada con desgarros de tercero y cuarto nivel. (Organización Mundial de la Salud, 1996).

16 Hormona sintética que se utiliza para acelerar el parto.

físico permanente con la mujer; elementos que contribuyen a un parto más rápido. Por otro lado, el esposo, es un apoyo constante en todo el proceso del parto, y se avizora su participación desde el embarazo al procurar la alimentación solicitada por su esposa. En el momento del parto su papel es de un ayudante imprescindible al procurar la leña del fogón, el agua caliente, etc.

Conclusiones

La presente investigación se inscribió en la antropología médica y el enfoque de género. Con respecto a la antropología médica el modelo utilizado fue el propuesto por Eduardo Menéndez (1994) que apunta a observar los sistemas dentro un orden transaccional, aunque desde una relación de hegemonía/subalternidad. En ese sentido, se tornó obligatorio superar los estudios aislacionistas y que conciben a cada modelo en forma separada. En lo que concierne al parto, los modelos protagónicos fueron el parto bajo la lógica shuar y el biomédico practicado en las unidades de salud, ambos dentro de la arena política en diálogo y disputa. Ahora bien, el punto de tensión entre ambos sistemas se manifiesta cuando el biomédico- a través de la Guía- apunta al parto “culturalmente adecuado” solo dentro del hospital, es decir, se desconoce el parto en casa. El parto en casa es en donde se desenvuelve el sistema de salud shuar, el minimizarlo o pretender que todos los partos se realicen en el hospital -inclusive los normales- es una posición hegemónica en desmedro del libre desarrollo del parto shuar.

Por otro lado, al considerar el punto de vista de las mujeres shuar, si bien es cierto prefieren el parto en casa porque en este encuentran: afectividad, acompañamiento físico y emocional, prácticas no invasivas, uso de plantas medicinales, entre otros, no dudan en ir al hospital si el problema no puede ser resuelto en el contexto familiar -demora, hemorragia-, en ese sentido, el parto hospitalario si es una alternativa frente al riesgo al momento de dar a luz, en otras palabras, ellas y sus familiares practican el pluralismo médico.

Desde hace unas dos décadas en el panorama nacional se puso en la mesa de la discusión el tema de la interculturalidad, por parte del movimiento indígena, y se refiere precisamente a la relación entre sistemas -desde el ámbito cultural-, por un lado, se exige al Estado su intervención frente a problemáticas complejas como los índices de mortalidad materno-infantil; y, por otro lado, se solicita el respeto a los sistemas propios. Bajo esta lógica se encuentra la propuesta del Estado del “parto culturalmente adecuado”. Sin embargo, la concepción de interculturalidad del Estado se supedita a incluir ciertos rasgos culturales del sistema shuar en la atención institucional, y si bien es cierto al interior de un hospital no se va a realizar todo el parto shuar en su complejidad -este se desarrolla en casa-, lo preponderante es que el personal de salud interiorice los protocolos expuestos en la “Guía del parto culturalmente adecuado” (2008), aspecto que aún es discrecional, en otras palabras la relación intercultural al interior del hospital aún se torna asimétrica.

Continuando con la antropología médica y el género, las propuestas de Brigitte Jordan (1994) y Robbie Davis (2001), comprenden que los sistemas de salud están formados de prácticas como creencias. Estas creencias se avizoran en el biomédico a través de las prácticas rutinarias -por ejemplo, el uso sistemático de la oxitocina- las cuales están ligadas a la autoridad médica sobre el cuerpo de la mujer, en otras palabras, las relaciones de género se manifiestan en la articulación entre la institución que funge de autoridad paterna sobre la mujer shuar. En esa línea de pensamiento, si bien es cierto, que en la Guía del parto culturalmente adecuado (MSP, 2008) se estipulan algunas nuevas orientaciones para incorporar los elementos de las otras culturas, la autoridad médica sobre el cuerpo de la mujer persiste y se manifiesta cuando el profesional de la salud toma las decisiones por su cuenta. Es decir, no pregunta a la parturienta sobre la posición que desea, o simplemente cuando los parientes solo pueden acompañar a la mujer en determinados momentos. Además, actitudes de indiferencia del personal de salud o de amonestaciones verbales en el momento parto, también se encuentran ligadas hacia la violencia obstétrica.

Referencias bibliográficas

- Albán, D. 2008, *Parto y Terapias entre los Waorani de Twino*, tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Albó, X. 2004, “Intercultural y salud”, en: Fernández, G. (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, ABYA – YALA. BOLHISPANA. UCLM, Quito.
- Aguilera, A. 2018, *Parteras Kichwas de Napo: una etnografía audiovisual y sensorial*, tesis de maestría en: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Quito.
- Arteaga, E. et al. 2012, “Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador”, en: *Revista Saúde em Debate*, v. 36, n. 94, pp.: 402-413.
- Brito, E. 1938, *La apoteosis de San Juan Bosco en el Ecuador y las Misiones Salesianas (1888 – 1938)*, tomo tercero, Escuela tipográfica salesiana, Quito.
- Cárdenas, O. et al. 2005, “Diseño y construcción del equipo médico para la atención del parto en posición vertical materna”, en: *Revista Comparative Cultural Studies: European and Latin America Perspectives*, 3: 55-65.
- CONAIE. 1994, “Proyecto Político de la CONAIE: Declaración Política”, Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).
- Davis Floyd, R. y John, G. 2004, *Del Médico al Sanador*, CREAVIDA, Madrid.
- Davis Floyd, R. 2001, “Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto”, en: *Revista International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75 (1), pp.: 5-23.
- Descola, P. 1986, *La Selva Culta. Simbolismo y Praxis en la Ecología de los Achuar*, Abya – Yala/ IFEA, Quito.
- Federación de Centros Shuar. 1976, *Solución Original a un Problema Actual*, Directorio de la Federación Shuar, Sucúa.
- Figuroa, F. [1661] 1904, *Relaciones de las Misiones de la Compañía de Jesús en el país de los Maynas*, Tomo I, Colección de libros y documentos referentes a la Historia de América, Madrid.
- Harner, M. 1994, *Shuar: pueblo de las cascadas sagradas*, Abya – Yala, Quito
- Iglesias, G. 1989, *Sacha Jambí. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los quichuas del Napo*, Ed. ABYA – YALA / MLAL, Cayambe.
- Jordan, B. 1994, *Birth in Four Cultures. A Cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Waveland Press, INC Illinois, United States of América.
- Kanterewicz, M. 2015, *Salud intercultural: discursos y prácticas de los procesos de salud/enfermedad/atención entre los shuar de Morona Santiago*, tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Quito.
- Karsten, R. 2000, *La vida y la Cultura de los Shuar: cazadores de cabezas del Amazonas Occidental*, Abya – Yala, Quito.
- Kroeger, A. y Freedman F. 1984, *Cambio Cultural y Salud. Con especial referencia a los shuar – achuar*, Mundo Shuar.
- Menéndez, E. 1992, “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en: Campos Navarro, R (Comp.) *La antropología médica en México*, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Ministerio de Salud Pública. 2008, *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2008, *Norma y Protocolo Materno*, Ministerio de Salud Pública, Quito.
- Mozo, C. 2017, “Salud e interculturalidad en Ecuador: las mujeres indígenas”, en: *Comparative Cultural Studies*, Vol. 2, N.3, en: <https://oajournals.fupress.net/index.php/ccselap/article/view/8115>
- Oberem, U. 1980, *Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano*, Instituto Otavaleño de Antropología (IOA), Otavalo.
- Odent, M. 2005, *Nacimiento Renacido*, CREAVIDA, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. 1996, “Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica”, Informe presentado por el grupo técnico de trabajo en Ginebra, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra.
- Organización Sanitaria Panamericana. 1984, “Parteras tradicionales y planificación familiar”, en: *Boletín de la Organización Panamericana*, pp.:260 – 266.
- Posligua, R. 2014, *Realidad actual del nacimiento shuar: entre el nacer en casa y nacer en el hospital (Una mirada desde la perspectiva de las mujeres shuar)*, tesis de maestría, PRIGEPP - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Argentina.

- 2005, “Parto Tradicional en la Cultura Shuar”, Informe final (UNICEF), documento, Morona Santiago, Ecuador.
- 1988, *Matrimonio y Nacimiento en una Comunidad Andina*, tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Pulido-Fuentes, M. 2016, “Diálogos y contrastes entre proyectos de desarrollo y modelos de salud. Experiencia y consideraciones en torno a los achuar de la Amazonía Ecuatoriana”, en: *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXXI, N. 2, pp. 509-533.
- Rival, L. 2015, *Transformaciones Huaoranis. Frontera, cultura y tensión*, UASB, Latin American Centre, University of Oxford, ABYA –YALA, Quito.
- Rosebery, W. 1994, “Hegemony and lenguaje of contention” en: Joseph, G. y D., Nugent (Eds.), *Everyday forms of state formation. Revolution and the negotiation of ruler of modern Mexico*, Duke University Press, Durban and London, pp.: 355-366.
- Rostein, S. y Saulieu, G. 2013, *Antes. Arqueología de la Amazonía ecuatoriana*, IFEA, IPGH, IRD, Quito.
- Scott, J. [1999] 2008, “El género: una categoría útil para el análisis histórico” en: *Género e Historia*, Fondo de Cultura Económica / Universidad Autónoma de México, México, pp.: 48-76.
- Valdés, V. y Morlan, X. 2005, “Aportes de las doulas a la obstetricia moderna”, en: *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol.70, N.2, pp.: 108-112.
- Varea, S. 2005, *Relaciones de Género y uso de las Plantas Medicinales Chamanes, Parteras y Pajuyos*, tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Warren, P. 1994, “Representaciones cognitivas y Administración Social de las enfermedades en los Jívaros – Achuar”, en: *Salud y Antropología. Hombre y Ambiente N 29*, pp.: 7-46.