

2 LAS PERSPECTIVAS ETNOMÉDICAS DEL PARTO EN BOLIVIA, CENTRADAS EN LAS PRÁCTICAS AYMARAS

Existen muchas diferencias entre las perspectivas biomédicas acerca del parto (como las que se practican actualmente en Bolivia) y las perspectivas de nuestro equipo, en que la formación sociológica, antropológica y lingüística de los diferentes miembros, da precedencia a los aspectos sociales, bioculturales, etnobiológicos y lingüísticos del parto, tanto en el domiciliario andino como en el hospitalario. Nuestros marcos de enseñanza y aprendizaje son diferentes, como lo son también nuestros marcos de profesionalidad. En el encuentro clínico entre un médico urbano y una mujer rural aymara, el médico percata los posibles peligros de las prácticas andinas del parto, en tanto que la mujer aymara se siente incómoda (y a veces escandalizada) bajo el trato biomédico. En ambos casos, nuestra tarea, profesional es entender e interpretar el choque cultural entre los modelos cognitivos del médico y de la mujer aymara.

A pesar de estas diferencias de perspectiva médica, en los últimos años han surgido muchas críticas, desde distintas posiciones, en contra de determinadas prácticas biomédicas del parto que se consideraron inhumanas y demasiado tecnologizadas. Los sociólogos de la medicina plantean un modelo más “social” del parto, y piden un “trato humanizado” y una “calidez humana” en la atención que se presta. Las parteras profesionales médicas exigen un manejo “fisiológico” del parto, en lugar del manejo “activo” practicado con mayor frecuencia en la biomedicina (con el amplio uso profiláctico de oxitocinas y la tendencia de recurrir a la cesárea). Mientras tanto, las mismas parturientas demandan por lo menos un “nuevo trato” en el parto hospitalario.

En todos estos debates, una perspectiva desde la óptica de la antropología médica busca un enfoque biosocial (o biocultural) hacia el parto, es decir un enfoque que refleje la retroalimentación entre la biología humana y la cultura. Según esta óptica, los recursos de la antropología médica nos permiten analizar la biomedicina como a cualquier otro sistema de curación, en que se genera un producto social y cultural dentro de un mundo socio-cultural,

que a la vez refleja y reproduce. Por eso se analiza el parto andino como un sistema biosocial local de la etnomedicina, con sus propios “biocomportamientos”, es decir, sus propias prácticas y técnicas bioculturales.

Desde este punto de vista, podemos profundizar el entendimiento de las prácticas andinas del parto. En vez de percibir las como prácticas primitivas, empíricas y exóticas que requieren de la modernización, podemos entenderlas como parte de un sistema íntegro de salud con su propio sentido interno y su propio sistema de conocimiento fundamentado; es decir, el conocimiento que sirve como base para la toma de decisiones y acciones. Por otra parte y desde la misma perspectiva, podemos comparar con más amplitud el sistema andino de salud materna con otros sistemas, tanto el sistema biomédico y cosmopolita de salud como otros (por ejemplo los partos en países como Holanda y Suecia, centrados en las prácticas de las parteras profesionales).

Por estas razones, quisimos llenar esta brecha hasta cierto punto en el presente proyecto, al integrar a nuestro equipo parteras profesionales médicas de otros países como Holanda y México, y al enfocar el debate médico actual, en particular al establecer las diferencias entre el manejo fisiológico y el activo del parto.

Este es un período de repensar, a nivel global, el rol del médico obstetra en el parto para poder adecuar las prácticas biomédicas a las necesidades de las mujeres andinas. También en Bolivia se notan estos cambios. Como ya dijimos, en el pasado el obstetra era el director de un equipo médico y la parturienta tomaba un rol muy secundario; hoy en día, el obstetra es visto como un proveedor de las necesidades de la mujer parturienta en un contexto multicultural.

Todavía estamos en el principio de este camino, conscientes de la escasez de recursos y personal para llevar a cabo las investigaciones necesarias para lograr un mayor entendimiento entre los practicantes de los dos sistemas de salud. No obstante, podemos por lo menos pensar en el modelo alternativo planteado por Jordan (1993 [1978]: 136), mediante el cual se busca una alianza entre los sistemas biomédicos y locales de la salud, y un modelo que permitiría no sólo un análisis de las prácticas andinas según los criterios de la obstetricia médica, sino que da lugar a un análisis sobre las prácticas obstétricas según los criterios del sistema local andino.

Según esta perspectiva, se puede enfocar las prácticas del parto de los dos sistemas, según los criterios de “positivo”, “neutro” y “nocivo”. Los estudios provenientes de otras partes del mundo demostraron que muchas de las prácticas tradicionales perinatales no son siempre nocivas, como se pensaba, sino que más bien tienden a preservar el bienestar de la mujer (Maine 1991). En Bolivia, hasta ahora se han realizado pocos estudios dirigidos al asesoramiento de las prácticas tradicionales y biomédicas del parto, según dichos criterios

(aunque la base de datos de Cochrane indica un modo de hacerlo a nivel global). Por tanto, es necesario evaluar la eficacia del sistema andino y el sistema cosmopolita de la obstetricia, además del impacto de ambas formas de tratamiento en el bienestar físico, espiritual y emocional de la parturienta, es decir, prestar mayor atención a la “calidad del cuidado” y no solamente a los resultados en sí.

La aplicación de este modelo alternativo a largo plazo daría más flexibilidad al sistema estatal de la salud materna y otorgaría mayor apoyo a la profesión médica, al proveer servicios médicos adicionales para los partos normales, dejando a los médicos más tiempo para atender los casos de parto más difíciles.

En la actualidad, es común desprestigiar las prácticas andinas de salud al llamarlas prácticas “empíricas”, sin tomar en cuenta que la larga evolución de la biomedicina fue (y es) igualmente “empírica”. De igual modo, se llaman “parteras empíricas” a las expertas rurales de la salud materna, como si sus técnicas no estuviesen respaldadas por sus propias teorías. En nuestra experiencia, sabemos que estos prejuicios, fundados en una larga historia filosófica (y médica) del Viejo mundo, deben ser repensados si realmente queremos lograr un verdadero diálogo entre los diferentes sistemas de salud. Habría que enfatizar que esta actitud hacia las prácticas locales del parto, sobre todo por parte de los practicantes de la profesión médica, no cabe en los pensamientos actuales de la filosofía: Bourdieu (1977), Foucault (1966), Deleuze y Guattari (1980), reconocen todos que el empirismo también conlleva su propia teoría de la práctica. De igual modo, hemos tratado de evitar el uso de términos como “superstición” o “creencia” por su connotación despectiva, para describir los sistemas de ideas, prácticas, nociones, técnicas y teorías del habitante andino (Good 1994).

2.1 Metodología

En el trabajo de campo, cooperamos en particular con los expertos locales: las parteras (y parteros) y las mujeres mayores. En las conversaciones que sostuvimos con ellas, aprendimos y experimentamos directamente en nuestros propios cuerpos sus técnicas para tomar el pulso y hacer masajes, etc. Además, a través de los años, experimentamos muchas técnicas de curación como pacientes en las mismas comunidades, al mismo tiempo que compartimos con ellas una mezcla de remedios caseros urbanos y prácticas biomédicas cosmopolitas.

En conversaciones tanto formales como informales, entrevistamos a los expertos, y a las mujeres y hombres en general acerca del parto. Además, en la última parte del proyecto de la Unión Europea, entregamos cuestionarios acerca de sus propias experiencias en el parto a mujeres de edad reproductiva en las comunidades, y luego analizamos los resultados.

Grabamos algunas entrevistas y sesiones de cuestionario, en total casi 50 horas de grabaciones acerca del parto.

En el presente proyecto, sostuvimos tres talleres con comunarios rurales:

- i) de la comunidad de Quenacahua (provincia Los Andes del Departamento de La Paz)
- ii) del ayllu Qaqachaka: uno en la estancia de Liwich'uku,
- iii) y otro en el pueblo de Challapata.

En estos talleres trabajamos como equipo, compartiendo nuestras experiencias acerca del parto de los últimos años con las de los comunarios y de la Sra. Christine Oudshoorn, como partera profesional holandesa. Grabamos las sesiones en unas 10 horas de cassette y sacamos fotos de las posiciones preferidas del parto y las técnicas de masaje y de versión.

2.2 Los resultados preliminares sobre las prácticas aymaras del parto

Como resultado general de estas investigaciones, se nota la “corporalidad” del parto andino: que las parteras trabajan con las posibilidades del cuerpo femenino y que muchas veces relacionan la flexibilidad del cuerpo con elementos textiles. Por eso se nota que muchas prácticas de masaje y manteo se acomodan a la flexibilidad del cuerpo e inclusive el léxico usado en las técnicas de masaje deriva de los términos del arte textil.

Por otra parte, se notan muchos campos en que se distingue entre el cuerpo “físico” de la parturienta y su cuerpo “espiritual”, lo que exige una aplicación de diferentes técnicas de la curación psicológica, ritual y física.

Además, hemos sido testigos de los obstáculos prejuiciosos que las mujeres rurales sufren ante el manejo biomédico del parto. Aun aparte de sus propias experiencias en el parto (que resumimos en la conclusión), muchas mujeres nos manifestaron que ellas se sienten ofendidas por la jerga racista y despectiva inherente al uso de términos actuales como el llamado “parto limpio”, con su implícita crítica de las prácticas de la gente rural por ser éstas “sucias”. En el *Vocabulario aymara del parto* que elaboramos (Arnold y Yapita, con Tito, 1999), vale notar las varias entradas que tratan de las prácticas de higiene tradicional no reconocidas por los practicantes de la biomedicina, por ejemplo en la práctica de las parteras de lavarse las manos con jabón u orines antes de tocar a la parturienta y en varias prácticas de lavar a la parturienta en el período postparto. También notamos que las parteras empíricas rara vez tocan las partes íntimas de la mujer, así como rara vez reciben a la wawa; por eso, sus propias prácticas reducen los riesgos de infecciones. Por su parte, los expertos rurales del

parto, critican vehementemente a los médicos por su falta de atención al aspecto espiritual del parto y por su secularidad en general.

Llegamos a entender la importancia de la placenta en las culturas andinas por diferentes medios. Uno de éstos fue el estudio del léxico del parto. En algunos estudios lingüísticos anteriores se interpreta el uso de términos prestados del castellano e incorporados al vocabulario andino del parto, como una especie de vergüenza de la gente andina por la “pobreza” lexical de su propia lengua. En realidad el asunto es mucho más complejo. En un sentido, existen ejemplos de conceptos andinos prestados a la medicina cosmopolita que se practica en la región andina. Tal es la terminología usada en los períodos perinatales que es muy distinta a la del sistema biomédico occidental. Por ejemplo, mientras que en el sistema biomédico se distinguen *tres* períodos del parto, en el sistema andino se han identificado solamente *dos*:

- i) Desde los dolores del parto hasta la dilatación y el nacimiento de la wawa;
- ii) El alumbramiento (expulsión) de la placenta (y el período de recuperación).

Por otra parte, en sentido biocultural, el alumbramiento es tratado como otro nacimiento. Esto se debe a la importancia simbólica y ritual de la placenta en las culturas andinas en las que la placenta es un símbolo de la vida, del mundo materno ancestral, y del vellón con el que se hila el universo. Por ello, se usa el término *jakaña* tanto para la placenta física como para la vida misma.

En la otra dirección, se encuentra un uso idiosincrásico de los préstamos del castellano a las lenguas andinas, debido a estas distinciones bioculturales. Por ejemplo, se distingue entre el préstamo “nacimiento” (*nasimintu*), usado para la acción de dar a luz a la wawa, y “parto” (*partu*) para el alumbramiento de la placenta.

No debemos subestimar la importancia de este sistema tradicional del saber; según el proyecto de la Unión Europea, el 80% de las mujeres de algunas provincias aprenden las prácticas del parto por primera vez de las mujeres mayores, en especial de las parteras del lugar. Luego, ellas enseñan estas prácticas a sus maridos y familiares para los partos posteriores, en que ellos las ayuden (ver ILCA, 1995b: 44).

Estas prácticas andinas de la transmisión intergeneracional muchas veces son socavadas por los proyectos actuales de capacitación de las parteras empíricas. En la actualidad, en varias partes del mundo, la formación en los cursos de capacitación se dirige hacia la mujer joven, alfabetizada y supuestamente más flexible y adaptable en sus costumbres, pero sin experiencia en el parto. Este enfoque choca con el sistema tradicional del aprendizaje por la edad de la mujer, su experiencia de vida y su experiencia religiosa; por eso

choca igualmente con los comunarios que no tienen confianza en las jóvenes capacitadas como parteras: después de un tiempo, en muchos casos, ellas no practican más su nuevo oficio. Por tanto, en vez de gastar fondos en cursos de este tipo, acaso sería mejor acercarse al sistema más tradicional de salud y entrar en un verdadero diálogo acerca de la salud materna con los/as expertos/as locales mayores.