

INTRODUCCIÓN: APORTES TEÓRICOS Y BIBLIOGRÁFICOS

En 1995-6, en un proyecto auspiciado por la entonces Comunidad Europea, “Hacia la reducción de la mortalidad materna: prácticas apropiadas del parto”, nosotros en ILCA (El Instituto de Lengua y Cultura Aymara) hicimos una investigación centrada en las prácticas del parto en el sistema andino de salud en dos comunidades aymara hablantes del altiplano boliviano, lo que sirvió como nuestro punto de partida para sugerir algunas maneras de rebajar la cifra de mortalidad materna en la misma región. Como la base metodológica de nuestra investigación, recurrimos inicialmente a un informe preliminar para el mismo proyecto (Arnold y Yapita, 1994) que posteriormente publicamos en parte (Arnold y Yapita, 1996), agregándole los conocimientos derivados de nuestra revisión bibliográfica de aquellos años sobre el parto y la mortalidad materna en el parto.

En la revisión bibliográfica, primero fue necesario revisar las ramificaciones del debate acerca de la articulación entre el sistema biomédico y el sistema tradicional de salud materna centrado en las prácticas del parto a nivel mundial: en los países desarrollados (Davis-Floyd, 1992), en América Latina (Gabarrón y Landa, 1994; Gómez, 1993), en Los Andes en general y en Bolivia en particular (CIAES, 1991; Ayufam, 1993). En especial, tuvimos que entender las altas cifras de la mortalidad materna en el parto en el altiplano boliviano, en el contexto más amplio de la fertilidad en Bolivia (INE, 1994) y de las posibles causas de esa mortalidad materna y sus consecuencias socio-culturales a nivel nacional (INE, 1994), en la ciudad de La Paz (MEDICON, 1994) y en el área de nuestro estudio en particular (CSRA, 1993; Ayufam 1993).

Por otro lado, tuvimos que revisar la bibliografía existente sobre la vigencia de la maternidad tradicional, tanto en las prácticas familiares como en las prácticas de las llamadas “parteras tradicionales” (PT), y su grado de integración en el sistema biomédico a nivel mundial (Fleming, 1994), y en América Latina en particular: por ejemplo, en las áreas rurales de Yucatán (Good Maust, 1994); los barrios de Lima (Naccarato y Vargas, s.f.); la selva

ecuatoriana (Baruffati, 1984); y en los Andes (Bianchetti, 1989; AYUFAM, 1993; Arnold y Yapita, 1994 y CSRA, 1994 y s.f.). Los estudios más pertinentes en este campo para nuestro proyecto fueron dos ensayos del Proyecto CSRA (Consejo de Salud Rural Andina) acerca de la salud materna y las causas de la mortalidad materna en una zona cercana a Carabuco (prov. Camacho, depto. de La Paz). Como resultado de estos estudios, ellos concluyen que:

- i) Las prácticas de la obstetricia tradicional en la región consisten mayormente en masajes, el ‘manteo’... y el uso de infusiones de hierbas con potencia ergovínica. [Aunque] los masajes y el manteo son comúnmente rechazados por los obstetras bolivianos con formación occidental... nosotros no pudimos encontrar ni un caso dentro de los 17 de mortalidad materna en los últimos seis años, cuya causa estaría relacionada con estas prácticas;
- ii) Por tanto, se carece de evidencias concretas para condenar la práctica obstétrica tradicional;
- iii) Al mismo tiempo, habría que notar que las parteras empíricas y los miembros de las familias estaban desamparados frente a las causas ‘clásicas’ de mortalidad materna, así como la atonía uterina y la sepsis puerperal;
- iv) La ‘ineficiencia’ de la práctica tradicional de anticoncepción y aborto se debe en parte al modelo fisiológico aymara (que atribuye los días fértiles al período de la menstruación);
- v) Los riesgos “sociales” (la pobreza, la ignorancia acerca de la planificación familiar y los embarazos de jóvenes solteras) son más significativos que los riesgos “biológicos”;
- vi) La tasa alta de mortalidad materna en la región probablemente refleja una mortalidad “natural”, la cual se debe más que nada a la ausencia de atención obstétrica adecuada.

Nos apoyaron también algunos estudios de la historia del parto en Europa que tratan del surgimiento de la profesión médica, bajo control masculino, y de sus críticas en aquella periodización histórica de las parteras tradicionales (por ejemplo Oakley, 1976). De este modo, nos dimos cuenta del desarrollo histórico de las ideologías distintas sostenidas, respectivamente, por la profesión médica, y por las parteras y las parturientas (Graham y Oakley, 1981), como una parte de los cambios que han ocurrido en los países desarrollados, primero con el aumento del poder de los parteros (Murphy-Lawless, 1989) y luego de la profesión médica en sí (Bates y Lapsley, 1985). Desde este marco histórico, se puede entender mejor algunos aspectos de los debates actuales en Bolivia en torno a las políticas nacionales de salud, que critican desde la perspectiva del sistema biomédico muchas de las prácticas de las parteras tradicionales, con la intención de mejorarlas, por ejemplo para llegar al llamado “parto limpio” (MPS y SP, 1991).

Otro debate, muy relevante al proyecto, surgió en los últimos años dentro de la misma profesión médica, inspirado por algunos médicos que han practicado en las áreas rurales de

diferentes países (por ejemplo Inch, 1989) y que quisieron introducir a su profesión una perspectiva más crítica al parto hospitalario. Otro aspecto del mismo debate surge de la posición, cada vez más ambigua, de las parteras profesionales dentro del sistema médico (Murphy-Lawless, 1991). Así, las parteras profesionales comenzaron a criticar algunas prácticas obstétricas con el propósito de hacerlas menos riesgosas y más humanas (Begley, 1987, 1990, 1991).

Algunas contribuciones de la antropología médica nos dieron pautas no sólo para entender las prácticas de las áreas rurales andinas sino también para entender mejor las mismas prácticas médicas dentro de su sistema social y cultural (Good, 1994). También nos dieron ideas de cómo entender los aspectos rituales del parto en ambos sistemas de salud (Davis-Floyd, 1992; Lutz, 1993) y de cómo el sistema biomédico funciona en ciertas instancias como un “sistema de poder” que “coloniza” el parto y la experiencia de la mujer (Wagner, 1994).

Otras perspectivas acerca del parto que nos inspiraron, derivan de las experiencias de las mismas parturientas, tanto en el sistema biomédico (Davis-Floyd, 1992) como en el sistema tradicional andino, y en las comparaciones de las atenciones que ellas recibieron en ambos sistemas (Good Maust, 1994; Lutz, 1993), especialmente aquellos estudios escritos desde una perspectiva feminista (GS y TAHIPAMU, 1994).

Por otra parte, en todo el transcurso del proyecto, sufrimos de la carencia de información bibliográfica sobre la historia de la medicina en los Andes. Este estudio es muy necesario para el futuro, tanto en el nivel lingüístico como el cultural: cuándo y cómo fueron introducidos ciertos conceptos y prácticas en el parto desde la cultura hispana o de la medicina europea. Por ejemplo, se nota que el vocabulario aymara-castellano del jesuita Ludovico Bertonio (escrito a comienzos del siglo XVII), centrado en la región de Juli (Perú) en orillas del lago Titicaca, traduce el “embarazo” al aymara como *japiña*, palabra desconocida hoy en día. En su lugar, la palabra aymara actual para el embarazo es *usuña* que quiere decir literalmente “enferma”, con todas sus connotaciones del embarazo como una “enfermedad”, y sería interesante saber la influencia de la cultura hispana en aquel significado. Otro ejemplo es la carencia actual de una palabra aymara para el cuerpo humano, en favor del préstamo *kurpu*. Aun así, habría que tomar en cuenta que los sabios andinos usan el término *qama* para el cuerpo humano, con su amplia gama de significados como “sangre menstrual”, “vida”, “aliento”, “barriga”, “suerte” y “riqueza”. Estos ejemplos nos llaman la atención a los cambios semánticos dentro del léxico aymara en torno al cuerpo a través de los siglos, lo que habría que estudiar más detenidamente (ver también Arnold y Yapita con Tito, 1999).

Después de revisar la bibliografía pertinente, decidimos ceñir nuestra investigación a ciertos aspectos de los que carecían los estudios anteriores. Por ejemplo, prestamos mucha atención a los criterios sobre el parto de la gente del lugar, no sólo en la recolección de datos en

la primera fase de la investigación, sino también en las fases de retroalimentación, exégesis e interpretación, cuando intentamos mejorar las metodologías que desarrollamos en estudios anteriores (Arnold, comp., 1992; Arnold y Yapita, 1994). Además, como equipo, decidimos abandonar el uso del término “creencia” para describir los criterios en torno al parto de la gente andina. Como señala Good (1994), el aplicar la palabra “creencia” es una subestimación de los conocimientos de una cultura determinada, siendo especialmente inadecuado para describir el complejo sistema de dichos, prácticas, actitudes e ideas arraigadas en las filosofías de las culturas andinas. Ni sirve en términos lingüísticos, pues una descripción, observación o comentario acerca de una determinada práctica relacionada con el parto, hablada con certeza por una persona mayor después de toda una vida de experiencia, no es una “creencia”.

En toda la investigación, describimos las prácticas andinas del parto dentro de un sistema social y cultural más amplio. Para desarrollar una teoría aymara de la práctica, recurrimos a la metodología de la “antropología interpretativa”, lo que nos exigía un análisis detallado del discurso y exégesis sobre el parto en su aspecto filosófico de aquellas parteras/os que son también reconocidos como “sabias/os” en su cultura. Esta parte necesariamente incluyó un análisis del parto en sus aspectos rituales e ideológicos dentro de las culturas andinas. Nos apoyó en esta parte de la investigación el estudio comparativo. De este modo, averiguamos las críticas específicas de la gente del campo, y de las parteras en particular, acerca de las prácticas médicas en el parto hospitalario, según su experiencia y con su razonamiento detrás de las críticas.

Sólo en los últimos días del estudio, tuvimos tiempo para debatir los aspectos en común y las diferencias en las dos regiones del estudio. En estas ocasiones, llegamos a entender que la organización conceptual del parto en el campo es muy distinta a aquella del sistema biomédico. Por tanto, usando el “modelo obstétrico” del campo como nuestra base de referencia, comenzamos a reorganizar los materiales de estudio según la misma lógica.