

Pasando por comadrona, *midwife* y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala*

Soraya Fleischer

Universidad Federal de Río Grande do Sul, Brasil

RESUMEN

En este artículo examino, de acuerdo con la propuesta teórico analítica de Menéndez (1994), los diferentes itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres y las parteras de Antigua, Guatemala, durante la gestación y el parto. Intento describir y analizar un parto que tuvo lugar durante la presente investigación, primero, como un ejemplo paradigmático del diálogo, no siempre amistoso ni pacífico, entre varios sistemas médicos locales: la comadrona (partera lega) maya, el médico ladino y la obstetrix (enfermera obstétrica) extranjera. En segundo lugar, este parto ilustra el entrelazamiento de relaciones étnicas, de clase y de género, todas ellas permeadas por el poder y el conflicto que caracterizan a la sociedad guatemalteca.

Palabras clave: Guatemala, parteras, parto.

ABSTRACT

In this article, I discuss, according to the theoretical-analytical framework of Menendez (1994), how women and their midwives follow a plural therapeutical itinerary during pregnancy and labor in the region of Antigua, Guatemala. I look forward to present and analyze an example of a delivery that happened during my research, first, as

* Traducido del portugués por Danilo de Assis e Inés Olivera.

a paradigmatic example of dialogue, not always friendly and pacific, among various local medical systems: a Mayan comadrona (the local midwife), a ladino doctor and a foreign nurse-midwife. Second, this delivery illustrates an encounter that brings together ethnic, class and gender relations influenced by power and conflict that has structured the material and symbolic construction of this «young» country.

Key words: birth, Guatemala, midwife.

Un fenómeno universal, común a todos los grupos humanos, es la experiencia de disturbio de la salud, sea en forma de enfermedad, alteración, crisis, angustia, sufrimiento, etc. Y también es general que se busque solucionar, de algún modo, este disturbio. La elección de la estrategia y el itinerario terapéutico es lo que particulariza a cada grupo.

En este artículo intento reflexionar acerca de los itinerarios terapéuticos que siguen las mujeres embarazadas y sus parteras durante la fase final del embarazo, particularmente el trabajo de parto, en la región de la ciudad de Antigua, en Guatemala. Para ello, hago uso de dos perspectivas complementarias: un recorte empírico y un aparato teórico. Primero, me baso en el relato de uno de los partos que ocurrió durante mi investigación¹ y que, a mi modo de ver, sirve como ejemplo paradigmático del diálogo, no siempre amistoso y pacífico, entre varios sistemas médicos locales. Creo que este parto puede ser «bueno para pensar» —como diría Claude Lévi-Strauss— porque fue, por un lado, analizado y semantizado por una comadrona maya, por *midwives* extranjeras² y por un médico

¹ Este artículo se basa en los datos recogidos en la investigación etnográfica realizada entre marzo y junio del año 2004 en los estados de Sacatepequez, Quetzaltenango y Huehuetenango, en Guatemala. La observación participante fue conducida diariamente en la clínica La Matriz (p. ej., sala de espera, reuniones, partos y documentos). Aparte se realizaron entrevistas con miembros de la organización no gubernamental (en adelante ONG) La Matriz, de la misma clínica, también con comadronas y sus pacientes, integrantes de asociaciones comunitarias menores y locales representantes de otras ONG ligadas a cuestiones relativas a la salud reproductiva. También observamos clases impartidas a tres grupos de comadronas que fueron «entrenadas» en la misma época en que se realizó el trabajo de campo. Los datos fueron, en su mayoría, registrados en un diario de campo y/o en la forma de entrevistas, grabadas o no.

² Comadrona y *midwife* son los nombres para *partera* en castellano e inglés, respectivamente, y son usados, por ejemplo, en Guatemala y en los Estados Unidos de Norteamérica. En este artículo, siempre que use el término «comadrona» me estaré refiriendo a las parteras guatemaltecas y usaré «*midwife*» para las parteras extranjeras que actúan en Guatemala. «Partera» será usado como un término genérico para toda mujer que tiene como una de sus principales actividades atender mujeres en el parto, parto y puerperio.

ladino;³ y, por otro, tuvo varias etapas: la casa, una clínica de «parto natural» y el consultorio médico «convencional». En segundo lugar, propongo pensar ese diálogo dentro de la propuesta teórico-analítica de Eduardo Menéndez, antropólogo mexicano que viene problematizando de forma muy interesante este tema. El artículo está dividido, por lo tanto, en tres partes: el contexto obstétrico en cuestión, el ejemplo etnográfico y una sugestión interpretativa.

CONTEXTO OBSTÉTRICO DE ANTIGUA, GUATEMALA

Guatemala es un país con cerca de 13 millones de personas, localizado en Centroamérica, al sur de México. Desde hace varias décadas, muchos extranjeros (en general llamados «gringos» por los locales), principalmente norteamericanos, han elegido vivir y trabajar en esta región con la intención de contribuir con su conocimiento y experiencia al desarrollo de estos países. Hay muchas fundaciones y ONG financiadas por capital foráneo y manejadas por personal extranjero, así como iniciativas individuales que tienen, como objetivo, aliviar los impactos de la pobreza, del analfabetismo, del hambre, de las consecuencias de las guerras y desastres naturales, etc. Los proyectos sobre las relaciones de género y derechos de las mujeres están, en general, focalizados en la salud reproductiva y vienen recibiendo atención creciente.

Una de estas instituciones privadas sin fines lucrativos es La Matriz,⁴ ONG feminista norteamericana radicada en la ciudad de Antigua desde 1996, año en que los acuerdos de paz fueron firmados y una relativa tranquilidad se instaló tras 30 años de «guerra civil» (conocida como «La Violencia»). La principal misión de esta ONG es «capacitar comadronas tradicionales», disminuir los índices de mortalidad materno-infantil y elevar los resultados alcanzados por las políticas de salud en todo el ámbito nacional. Ello lo podemos notar en su panfleto de divulgación:⁵

³ «El término “ladino” se refiere tanto a los descendientes de españoles anteriores como a aquellos con ancestralidad mixta española e indígena y a las personas que siguen la cultura española y occidental en contraste con aquellos orientados a la cultura indígena» (Cosminsky 1982: 234).

⁴ Todos los nombres y referencias directas a las personas e instituciones fueron cambiados por seudónimos para resguardar su privacidad.

⁵ Como mostró Greenberg (1982), Guatemala fue uno de los países que primero implantó el entrenamiento para parteras, en 1935, como una política del Ministerio de Salud. A pesar de ser más reciente, la siguiente explicación puede ser usada para retratar la intención de esas iniciativas gubernamentales: «La razón para la utilización de las atendientes tradicionales de parto (*traditional birth attendants*, en adelante TBA), es bastante simple y lógica: si la población no tiene acceso a los modernos servicios de salud, entonces las TBA, con algún

Nuestra misión es proveer a las mujeres cuidados de salud que sean respetuosos, empoderadores y amplios por parte de *midwives* profesionales [...]. Creemos que cada mujer tiene derecho a un cuidado accesible, humano, culturalmente apropiado y personalizado. Usamos métodos tradicionales efectivos y tecnología basada en evidencias cuando es apropiado. Finalmente, creemos que las *midwives* y las mujeres que ellas sirven comulgan con objetivos mutuos en beneficio de nacimientos seguros y de familias saludables y que estos objetivos están inseparablemente ligados y mutuamente reforzados. (La Matriz 1996)

La Matriz, hasta mediados de 2004,⁶ dividió el espacio de una simpática casa estilo colonial para implementar, también, una clínica que ofrecía servicios ginecológicos y obstétricos «naturales» y «humanizados», esto es, con el mínimo de intervención tecnológica y donde la mujer debería ser el centro de la autoridad y autonomía. Para Mary Smith, secretaria-ejecutiva de La Matriz y «certified nurse midwife» (enfermera partera certificada): «Esta es una sofisticada clínica de partos en Antigua. Pero no es la estructura, sino el modelo lo que nosotras queremos replicar. Es un lugar fantástico para que nazcan bebés de forma saludable y natural» (diario de campo, 21/02/2004).⁷ Además de la participación activa de la parturienta, la Clínica permitía y apreciaba la presencia del marido y de otros familiares importantes, como madre, suegra, hermana y cuñada (en el caso de Guatemala). El programa ofrecido por la Clínica costaba entre «Q\$ 500 y Q\$ 2.000, e incluía los siguientes servicios: todas las consultas prenatales, parto, pernoctación y refecciones en el

entrenamiento diseñado para reducir o eliminar prácticas nocivas, solo podrían ser benéficas contra el status quo, esto es, TBA no entrenadas y ningún servicio de salud. Este mejoramiento podría ser alcanzado con bajos costos, pero debe ser considerado como una fase transitoria, hasta que las condiciones permitan la instalación de un sistema mejor (enfermeras obstétricas, etc.)» (Velimirovic y Velimirovic 1981: 90).

Desde entonces, muchos entrenamientos fueron realizados por el gobierno del país y, más recientemente, varias ONG locales y extranjeras se están dedicando a capacitar parteras, como es el caso de La Matriz.

⁶ Actualmente la clínica no funciona, y la ONG La Matriz trasladó su sede de Antigua a la ciudad de Quetzaltenango.

⁷ Es importante resaltar cómo ese campo de «feminismo gringo» (Nelson 2001) es permeado por varias lenguas. De hecho, las *midwives* siempre conversaban conmigo en inglés (aun delante de locales) y las comadronas se dirigían a mí en castellano. Berta Kohl y Carolina Schneider, *midwives* que más adelante describiré, conversaban entre sí en alemán; y las comadronas, que en su mayoría tenían ascendencia indígena, entre parientes y paisanos conversaban en sus lenguas maternas (quiché, mam, popiti, kachiquel eran las más presentes). Esta diversidad lingüística expresaba un poco de la atmósfera «internacional» de Antigua y del trabajo de La Matriz.

día del parto, y dos consultas de postnatal». ⁸ La Matriz también tenía un propósito clínico: las comadronas recién entrenadas por la ONG eran incentivadas a atender allí mismo a sus pacientes en consultas y partos, siempre acompañadas de una *midwife* de la casa, para poner en práctica lo que habían visto en clase.

La Clínica ofrecía también la oportunidad de pasantías para *midwives* extranjeras que deseaban acumular experiencia en una clínica de parto normal, convivir con parteras de otros países y ampliar sus conocimientos obstétricos. Así, en la época de la investigación, pasaron por la Clínica dos *midwives* que desembolsaron US\$ 600 por mes en la pasantía. En su mayoría eran norteamericanas, canadienses, alemanas e inglesas. Estas mujeres —tanto *midwives*, como las practicante de *midwives*— compartían el *ethos* de partera profesional: estudiaron, por lo menos, tres años en un curso de nivel superior específico para parteras, siguen el modelo biomédico de salud y, justamente por ello, buscan esta clínica para adquirir, según me repetían, una «experiencia alternativa» y «más positiva» del embarazo y del parto. Beverly Adams, *midwife* norteamericana y directora de la Clínica durante mi estadía, dio una explicación inicial para esta diferencia: «los médicos creen que el parto es normal solo después de que termina. Las parteras ven el parto como normal antes de todo. Todo parto es normal, potencialmente. Los médicos inventan y ven las anormalidades de los partos» (diario de campo, 25/04/2004). Así, las extranjeras trabajaban como *apprentices* o practicante de *midwives* (Carolina Schneider, alemana; Devon Lee, canadiense; y Cindy Slater, norteamericana), *midwives* formadas (Beverly Adams y Mary Smith, ambas de EE. UU.) o instructoras de los cursos de comadronas (Berta Kohl, alemana).

⁸ En la época de la investigación, un quetzal (Q\$ 1) equivalía a doce centavos de dólar (US\$ 0,12). El programa más barato (Q\$ 500) era ofrecido por la Clínica a las clientas de las comadronas, ambas, generalmente, de clases más populares. La comadrona que ahí atendiera a su paciente, recibiría en la Clínica Q\$ 100 por su trabajo (mientras que, comparativamente, Beverly Adams, la directora de la Clínica en la época de la investigación, percibía un salario mensual de US\$ 5.000). El parto en casa variaba de Q\$ 50 a Q\$ 500. El programa semejante en un hospital o clínica privada en la capital del país podía llegar a costar hasta Q\$ 15.000. Apenas la élite accede a este servicio más caro, la gran mayoría de la población utiliza los hospitales públicos en los municipios mayores. Pero una parte del diario de campo señala cómo la clínica es resignificada a escala local: «Mariana Castro (secretaria de La Matriz) me contó que hay mujeres que pasaron a buscar una comadrona solo para que le encaminen a la clínica y poder pagar más barato. Esta es una deformación del modelo pretendido por La Matriz, según Mariana. Hubo entonces que pasar a hacer una investigación sobre el poder adquisitivo de la clienta para, solo entonces, decidir cuánto esta debería pagar. Los aspectos evaluados eran: agua caliente en casa, casa propia, empleo, nivel de educación, número de hijos. [...] Mariana dijo que quien puede está subsidiando a quien no puede. Hay casos en que hacen todo gratis si la mujer realmente no tiene ninguna condición» (diario de campo, 23/03/2004).

Hay una serie de valores ligados a la visión de mundo de las *midwives*, en general enfermeras-obstetrices de países desarrollados. Aquí resalto los valores más recurrentes. Por lo expuesto líneas arriba por Beverly, el *midwifery* (filosofía, trabajo y carrera de *midwives*) quiere relativizar la idea de riesgo y *positivar el parto*, corriente muy influenciada por ideales del «parto natural» o, más recientemente, del «parto humanizado» (véase Langdon 1995, Torquinst 2004, Fleischer 2005). Las *midwives* demandan que el parto regrese a las manos de las mujeres, en contraposición a la creciente masculinización del sector médico. Ellas también argumentan que la conexión entre mujeres es más fuerte que la existente entre una parturienta y un atendiente masculino. Para ellas hay una conexión (*bond*) entre *todas* las mujeres del mundo, una identificación más intensa que facilitaría el vínculo necesario en el parto, considerado como un momento íntimo e intenso. Según ellas, este mismo *bond* se presenta entre parteras de todo el mundo, lo que puede ser notado por la similitud de algunas características de su trabajo. Por ejemplo, Beverly contó que hay parteras que «no trabajan por dinero, pero hay un llamado, una comprensión de las necesidades de las mujeres» (diario de campo, 18/03/2004). Ellas creen que las mujeres, y también las parteras, están más ligadas a la naturaleza, al cuidado, a lo sagrado, a la espiritualidad.⁹ Y, por fin, las *midwives* son organizadas y representadas por colectivos fuertes como, por ejemplo, *Midwives Alliance of North American* (MANA) en los EE. UU. o la *International Confederation of Midwives* (ICM) que es «una ONG internacional que reúne 85 asociaciones nacionales de *midwives* de más de 75 países» (sitio web de la ICM). *Midwives* como Mary Smith y Beverly Adams tienen licencia para practicar en Guatemala porque la clínica La Matriz estaba bajo responsabilidad legal de un médico guatemalteco de la capital. Teóricamente, él debía supervisar las actividades de la Clínica, pero la relación se basaba en la confianza mutua y raramente el doctor aparecía en el local.

Pasemos ahora a realizar un breve perfil de la comadrona. Hay una tradición ya consolidada de etnografías sobre parteras en México y en Guatemala. Principalmente sobre sus prácticas obstétricas y su rol sagrado en la cultura local (Cosminsky 1977a, 1977b, 1982; Cosminsky y Scrimshaw 1980; Davis-Floyd 1992; Greenberg 1982; Hurtado 1984; Jordan 1993; Kelly 1956; Parra 1993; Paul 1975; Villatoro 1996). Pero solo recientemente la relación que ellas vienen construyendo con las demás alternativas médicas disponibles ha pasado a ser foco de discusión. En general, en Guatemala, ellas tienen una licencia para trabajar conferida

⁹ En todas estas explicaciones, al generalizar los enunciados sobre las mujeres y las parteras hay —a mi modo de ver—, tendencia a una naturalización de las mujeres. Esto puede considerarse, por algunos movimientos feministas, como un retroceso al reedificar los paralelos mujeres/naturaleza y hombres/cultura (véase Fleischer 2005).

por el Ministerio de Salud, un documento en la forma de una tarjeta (que identifica su nombre y dirección) denominado «carné». Pero, en algunos estados, como en Sacatepequez, por ejemplo, las comadronas están prohibidas de atender primíparas (parturientas de primer hijo), múltiparas (mujeres con más de siete hijos) y mujeres con menos de 15 o más de 35 años que, según las autoridades estatales, constituyen casos de «embarazo de riesgo». Hay solo unas pocas organizaciones formales de comadronas en el país que apenas logran tener expresividad, representatividades y actuaciones locales, consiguiendo escasamente defender a sus asociadas ante las instancias gubernamentales de la discriminación en hospitales o de las estafas de clientas, dos quejas que frecuentemente escuché.

La comadrona aprende su oficio acompañando y observando el trabajo de su madre, tía, abuela o suegra. Solo después realiza cursos formales de corta duración ofrecidos por el Estado o por alguna ONG. Aun son minorías aquellas comadronas que primero asisten a cursos y, solo después, parten para la práctica. Las mujeres mayores, que ya actúan en el área y tienen su clientela consolidada, buscan los cursos gubernamentales para ganar el «carné» y no ser, así, penalizadas por practicar de forma «ilegal»; ellas buscan, entonces, cursos suplementarios (como los de La Matriz) para —a mi modo de ver— aumentar la legitimidad de su trabajo debido a su proximidad con los valores biomédicos, entre otros motivos. Las más jóvenes participan de los cursos para aprender el oficio, comenzar a formar su público y conseguir competir con las mayores y más expertas. Rosa Cuervas, una comadrona de 40 años y con apenas dos partos realizados, me explicó que, después del curso de La Matriz, ella sería requerida por mujeres que valorizan el estudio, el «letramiento» y el tránsito por «el mundo de los hospitales y doctores», pero sería ignorada por mujeres que buscan la familiaridad con plantas medicinales, «la sobada», «el tuj» o «temescal», «la faja», «el mal de ojo» que son, por ejemplo, conocimientos y prácticas de «saber popular». *Información formal y sabiduría popular* pasan a ser dos formas de mantenerse en el mercado. Muchas comadronas, como la población en general en el país, son indígenas y hablan con dificultad o son analfabetas en castellano y, por eso, tienen más dificultad de participar en los cursos (como el de La Matriz, basado en un libro didáctico en castellano). A continuación, antes de pasar a la discusión sobre el itinerario terapéutico en el embarazo en esta región en Guatemala, narraré uno de los partos que presencié.

CECILIA, LA PARTURIENTA: UN EJEMPLO ETNOGRÁFICO

Era un día martes, 13 de abril de 2004, cuando llegué una mañana casi fría a la clínica La Matriz. Rápidamente, observé una atmósfera diferente. No había nadie

en la recepción, ni siquiera Mariana, la secretaria que siempre estaba trabajando diligentemente en su mesa. En el pasillo, entre el consultorio y el baño, había un montón de gente: una pequeña joven embarazada con expresión ansiosa y aún con su traje indígena, un joven también indígena vestido con el uniforme del hospital, una señora mayor aconsejando a la embarazada y otras personas de traje, también relativamente jóvenes. No entendía lo que pasaba. Como no vi a nadie de la Clínica, me dirigí a ellos; les pregunté entonces si querían hablar con Beverly, la directora de esta, y dijeron que sí. Pasé a buscarla y, cuando llego a la cocina, encuentro a Beverly y Carolina, respectivamente directora y practicante, ambas con expresiones acabadas. «¿Qué ocurre? ¿Estamos teniendo un parto aquí?» —pregunto. Las dos estaban allí desde la una de la mañana, cuando Cecilia, la joven embarazada, había llamado a la casa de Beverly avisándole que se dirigiría a la Clínica, mas llegó allí con apenas un centímetro de dilatación, según la directora.

Sin embargo, la historia empezó antes, la mañana del día anterior, cuando Cecilia visitó la Clínica porque creía estar ya en trabajo de parto. Beverly le dijo que estaba yendo todo bien, que las primeras contracciones habían comenzado, pero que su bebe solo vendría en la fecha esperada, 2 de mayo (dos semanas más adelante), y que podía volver a casa. Insatisfecha con la atención, Cecilia fue donde su comadrona, doña Blanca Giménez, y la convenció de acompañarla hasta un obstetra conocido en Antigua, el doctor Rubén Alvarado. Este le dijo que el bebe era demasiado grande y que todo el líquido amniótico ya se había perdido. En estas circunstancias, según el doctor, era probable que ella necesitara una cesárea. Él dio a Cecilia un remedio para acelerar el parto, el mismo que funcionaba (según Beverly me explicó más tarde) para ablandar la cervix.

Cecilia comenzó a tener dolores más fuertes y fue a La Matriz en la madrugada del lunes para el martes, arrastrando toda una cuerda de gente tras ella: el marido, la hermana, el marido de la hermana y la tía. La practicante alemana Carolina me contó que, desde que llegó, Cecilia dio mucho trabajo: «No fue nada parecido con los partos que ya habíamos visto». Cecilia, según Carolina, gritó, pataleó, insultó, berreó, se quejó por varias horas. Las *midwives* ya le habían orientado para que caminara, se acostara, se relajara en la bañera, que hiciera fuerza o que descansara. Beverly y Carolina recurrieron a varias técnicas, posiciones y movimientos para evolucionar el trabajo de parto y, sin embargo, casi nada ocurría.

Mientras conversábamos en la cocina, Cecilia estaba con apenas cinco centímetros de dilatación, según Beverly, y repetía para que fuera oído en toda la Clínica: «Que me lleven de aquí. ¡Ya no quiero! ¡No aguanto!». Enseguida, Beverly dijo: «Ella es una chiquilla engreída. Ella ya no quiere este embarazo, está cansada de esperar hasta el último minuto y por eso es que fue hasta el doctor Alvarado. Pero ella no quiere ayudar, ni pujar, ni trabajar, ella no quiere ya hacer su parte.

Todo lo que ella quiere es que alguien le lleve al hospital, que le hagan una cesárea y que termine todo ese lío de una vez».

Cuando llegué aquella mañana a la Clínica, esta era la difícil situación. Beverly y Carolina ya no se metían en la historia, la primera comía bocaditos picantes y la segunda molía y pasaba un café más que oloroso. Ellas, por un lado, se sentían molestas, impotentes y frustradas con toda la historia. Los parientes de Cecilia, por otra parte, estaban exhaustos, sin dormir ni comer desde el día anterior. Y *todos* estaban preocupados. Tres aspectos agudizaban aquel cuadro: (a) este era el primer bebe de Cecilia; (b) ella había perdido a su madre hace un año como consecuencia de un cáncer de páncreas (uno de los tipos más dolorosos de la enfermedad, Beverly me comentaría después); (c) Débora, hermana de Cecilia, había tenido hace poco tiempo un bebe con síndrome de Down. Era una conjunción de factores que hacían del parto de Cecilia una intensa fuente de expectativa, ansiedad y miedo.

Poco después de las ocho de la mañana, cerca de media hora después de mi llegada, entró doña Blanca Giménez, la vecina y comadrona que había acompañado a Cecilia durante su embarazo. Ella saludó a los familiares de la joven, preguntó a Beverly sobre lo que había ocurrido hasta entonces y sacó a Cecilia del pasillo. No dejó que nadie más se acercara o entrara en la sala de parto. Doña Blanca salió de allá solo una sola vez, para pedir una infusión de té con canela que administraría a la paciente.

Nadie supo qué hizo o conversó doña Blanca con Cecilia. Todos tenían curiosidad respecto del repentino silencio de la parturienta en compañía ahora de su comadrona. En la florida y aireada terraza que se abría delante del cuarto, se quedó toda la familia de la parturienta, Beverly y yo, charlando. Algo después de las diez hubo un ruido dentro del cuarto en la forma de algunos pocos y discretos gritos infantiles: el nene finalmente había nacido. Pesó cuatro kilos, lo que no fue considerado por Beverly como un bebe grande, y el líquido solo entonces salió; ambos hechos contrariaban el diagnóstico que el doctor Rubén Alvarado realizó el día anterior.

La familia estaba muy feliz. La hermana de la joven, llorando discretamente, repetía «gracias a Dios». El marido de Cecilia, al que apenas le salían los primeros pelos de barba, no contenía la sonrisa. La levedad rápidamente sustituyó a la angustia. La tía enseguida llamó al resto de los parientes que aparecieron unos pocos minutos después, llenando los pasillos de la Clínica. Beverly y Carolina entraron en la habitación para ver a la paciente. Una pequeña rasgadura en el periné fue suturada rápidamente por Carolina, y Cecilia, después de pernoctar en la Clínica y recuperarse un poco, volvió a casa con el bebe en brazos (versión revisada, diario de campo, 13/04/2004).

NOTAS PARA UNA PROPUESTA DE INTERPRETACIÓN

Varios antropólogos ya afirmaron las principales ideas presentes en la obra de Eduardo Menéndez (1994), pero su capacidad de sintetizar y organizar esos principios le garantiza la visibilidad con la que viene circulando en Latinoamérica. De una forma más general, él nos recuerda que el *proceso de salud, enfermedad y atención* (o proceso s/e/a como él prefiere) es universal, y «[...] los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables» (1994: 71). Por eso, «[...] los padecimientos constituyen, en consecuencia, uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos» (1994: 71). Evidentemente inspirado por autores como Gramsci y Foucault, Menéndez considera importante el rol de las relaciones de poder —en las ideas de «hegemonía» y «subalternidad»— en los procesos de salud y enfermedad. Pero aun cuando algunos sistemas médicos crecientemente se vuelvan hegemónicos, el autor resalta que este cuadro no erradicó otras expresiones médicas. Por más que las opiniones de Rubén, Beverly y Carolina hayan sido tomadas en cuenta por Cecilia, su relación con doña Blanca resultó más importante para concluir el recorrido terapéutico: «[...] todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción, técnica y socioideología respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva» (1994: 72).

De una forma más específica y, a mi modo de ver, bastante influenciado por el interaccionismo que encontramos en Schutz, Simmel, Park y Goffman, quedándonos con los ejemplos más conocidos, la propuesta del antropólogo mexicano es *relacional*: «Es a partir de *las relaciones existentes entre las partes* donde se debe analizar el proceso s/e/a» (1994: 73, énfasis del autor). Él usa incluso la expresión: «relación diádica» (exactamente como es usada por Simmel 1971) para la relación entre médico y paciente. Y añade otro punto importante:

La descripción y el análisis del campo relacional deben tomar en cuenta las características «propias» de cada una de las partes, pero sobre todo deben enfocar su mirada sobre el sistema de relaciones construidas que constituyen una *realidad* diferente del análisis aislado de cada una de las partes. [...] Tanto el saber popular como el médico *no pueden ser entendidos si no están relacionados con el campo en el cual interactúan.* (1994: 74, cursivas del autor)

Para esto, Menéndez trae una discusión muy importante sobre la categoría «tradicional», tantas veces utilizada para adjetivar medicina «local», «étnica» y/o contrapuesta a la biomedicina. En el caso de las parteras, en Guatemala y en Brasil,

eso queda muy claro, ya que son, en general, llamadas (pese a que no es así como se autorrefieren) de «partera tradicional» o, en la jerga obstétrica, de «*traditional birth attendants*».¹⁰ El autor nos orienta a no usar el término «tradicional» en sí o por sí solo. Esta estrategia, por un lado, «ignora frecuentemente el sistema relacional en el cual se desarrolla [o se aísla] del conjunto de prácticas y representaciones operadas respecto del proceso s/e/a por los grupos concretos» (1994: 74). Y, por otra parte, se corre el riesgo de siempre definir lo «tradicional» como un tipo en referencia al polo moderno, sea como transformación de este o como exponente a-histórico, cristalizado e incommunicable con su propio tiempo (1994: 74). Por ello, creo que el parto de Cecilia es bastante útil para pensar los sistemas de atención «popular», «natural» y «biomédico» en sus interrelaciones, sin polarizar o aislar ninguna de estas puntas. Como nos recuerda Menéndez, no es productivo —teórica, analítica ni ideológicamente— simplemente ignorar que la medicina alopática coexiste y es usada por las poblaciones locales como una forma de valorizar y visibilizar la «medicina tradicional». Esto, según el autor, puede ser evitado si, primero, no partimos en nuestros proyectos e investigaciones de estudiar lo «tradicional» en sí y a priori; y, segundo, si consideramos lo «tradicional» en una perspectiva relacional. Así, la propuesta de Menéndez está centrada «[...] en el *proceso de cambio* y [en] que este no supone un proceso casi inevitable de “inautenticidad”» (1994: 77, énfasis mío).

El hecho de que Cecilia accione y escuche las opiniones de la *midwife* Beverly y del médico Rubén no significa que ella desacredite o se oponga a las opiniones de la comadrona doña Blanca. Los tres sistemas parecen convivir paralelamente, siendo manipulados por la paciente cuando mejor le conviene. Con este abordaje, intento demostrar que Cecilia, y las mujeres guatemaltecas o tercermundistas descritas de forma siempre tan pasiva frente a la transformaciones en el escenario médico y frente a los índices de mortalidad materno-infantil, tienen «agencia» (Dirks 1994). Aparte de eso, algunas antropólogas han mostrado cómo Guatemala es un ejemplo de «pluralismo médico»: «El comportamiento pluralístico es pragmático, generalmente basado en el intento y en el error, en la eficiencia ya observada, en la incerteza de la causa de la enfermedad y en la expectativa por resultados rápidos» (Cosminsky y Scrimshaw 1980: 275; véase también Goldman y Gleit 2003).

¹⁰ Solo recientemente se está adoptando, bajo influencia clara de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término «*skilled birth attendant*» (SBA). Mas creo que, en este caso, ambos términos, TBA y SBA, no pueden ser considerados como equivalentes, ya que el segundo trae una idea de entrenamiento o capacitación, condición que no todas las parteras cumplen.

El encuentro entre la medicina alopática (o biomédica, como tiendo a usar de forma más general) y la medicina popular (o local, término que también puede funcionar) viene siendo ampliamente descrito y analizado etnográficamente. Hay descripciones de usos complementarios, consecutivos, sustitutivos, zigzagueantes, por ejemplo, entre esos dos exponentes médicos (y en el parto de Cecilia también verificamos esos recorridos). Creo que la novedad del presente artículo es el tercer elemento: una clínica de parto natural, concebida, fundada y mantenida por ideales y recursos extranjeros. Como dije líneas arriba, no creo que Cecilia recurra a La Matriz para sustituir a su comadrona ni al médico. Pero la Clínica ofrece una nueva gama de significados que vienen siendo manoseados e incorporados según el caso. Por el hecho de que primíparas no puedan ya ser atendidas en casa (sea la suya propia, sea la de la comadrona o la de la suegra, escenarios que son igualmente comunes en este país), surge la necesidad de que un nuevo espacio sea encontrado para el parto. Creo que cuando los interventores impusieron esta exigencia, se imaginaban que los primeros bebés de las mujeres iban todos a nacer en el hospital nacional, la mayor y más próxima institución pública en Antigua. Pero la regla no fue interiorizada por todos automáticamente, y fue desafiada por algunas alternativas.

Una de estas opciones surgidas la constituyó La Matriz, donde las mujeres podrían parir con algunas ventajas semejantes a las que tenían en casa (poca tecnología pero autonomía de la parturienta, presencia de la familia, atención de la comadrona, alimentos y agua, privacidad y decoro), a pesar de que tuvieran que pagar alguna cosa por ello. La Clínica era también un lugar donde las comadronas podrían continuar la atención a sus clientas, sin perderlas por la prohibición del hospital y aun ganando alguna remuneración por ese trabajo.

Otra alternativa son las pequeñas clínicas particulares que tienen un perfil biomédico más convencional. Una tercera alternativa más indirecta, que yo veía utilizar a algunas mujeres y sus comadronas, era parir en un estado vecino, como Chimaltenango, por ejemplo, que estaba a pocos kilómetros de Sactepequez y que no imponía la «ley de las primíparas». De cierta forma y en algunos momentos, La Matriz puede ser tenida como una *fuerza mediadora* en ese «embate» entre el individuo y el Estado, o entre el parto en el domicilio y el parto hospitalizado.

Por lo que yo pude observar, tanto en Guatemala cuanto en Brasil, el parto puede ser considerado como un *drama social*, a la Turner. Eso porque, entre otras cosas: (a) es un intenso y doloroso ritual de pasaje para la mujer (especialmente la primípara); (b) socializa los cuerpos y los roles para la nueva configuración social que se presentará al fin del drama; (c) anuncia la llegada de un nuevo miembro de la familia que necesita ser debidamente semantizado en la gramaticalidad del parentesco; (d) revela las fuerzas y los conflictos de esta estructura; (e) ya fue

representado muchas veces y, cada vez, reactiva el valor de los significados nucleares, reavivando la idea de la temporalidad cíclica, etc. Por ese ángulo, el parto de Cecilia, en aquella mañana del día 13 de abril, nada tenía de excepcional: ella reclamaba por los dolores y el cansancio, y su familia la apoyaba y deseaba el rápido fin de ese drama. Lo que agudizaba esta crisis (que siempre existe y se espera que exista en el drama del parto) era que: (a) las *midwives* ya no estaban participando activamente, como era la regla en la Clínica; (b) la comadrona responsable no estaba presente; (c) las opiniones y práctica de un obstetra, el doctor Rubén Alvarado, también estaban siendo consideradas por todos los actores envueltos.

En general, muchos antropólogos que tratan de cuestiones relativas a la salud tienden a abordar la enfermedad por el sesgo del *itinerario terapéutico* (p. ej. Langdon 1994; Arias 1999; Buchillet 1991; Freidson 1988). Entre los exponentes del feminismo en Brasil y en Latinoamérica, y en los movimientos de humanización del parto hay toda una lucha para desvincular el parto de la enfermedad. Por eso, tomo el cuidado de no naturalizar ese evento y recordar cómo él es concebido en Guatemala:

Para los guatemaltecos de áreas rurales, el embarazo es una enfermedad que requiere manipulación cuidadosa y el equilibrio de ciertas comidas, yerbas, posiciones corporales, temperaturas, principios de calor y frío, relaciones interpersonales y factores ambientales. Se espera de las comadronas indígenas, como especialistas rituales, que manejen el proceso del embarazo y parto e implícitamente transmitan valores, creencia y apoyo psicológico. (Greenberg 1982: 1600)

Así, por la pluralidad de acciones y actores que son buscados para que el parto acontezca según lo que la paciente desea y la familia espera, es posible pensarlo dentro de la lógica del «itinerario terapéutico», en el sentido en que los diversos «terapeutas» le ayudarán a suplantar los dolores y la ansiedad, harán todo lo que sea posible para que el bebe nazca bien y contribuirán para dar sentido a ese ritual y drama social.

El itinerario de Cecilia comenzó bastante antes del trabajo de parto en sí y sugiero que, para efectos analíticos, sea dividido en *tres etapas*. La primera de estas comienza con el trabajo prenatal y se extiende hasta antes de las contracciones. Como yo no acompañé esta primera fase de su embarazo, la descripción siguiente tiene como base varias otras embarazadas con quien conviví durante la investigación, y me aventuro en trazar un patrón, con posibilidades más o menos semejante para Cecilia. Además, otros relatos etnográficos sobre las comadronas guatemaltecas y sus pacientes retratan prácticas obstétricas semejantes (Cosminsky 1977a, 1977b, 1982; Cosminsky y Scrimshaw 1980; Greenberg 1982; Hurtado 1984; Paul 1975; Villatoro 1996).

Supongo que Cecilia, sospechando de su embarazo, por ser recién casada y sin hijos, consultó a sus cuñadas, hermanas y amigas para averiguar sobre el «mercado» de comadronas en su «pueblo», San Antonio de Aguas Calientes, distante algunos pocos kilómetros de Antigua. Como la ciudadela cuenta con varias parteras conocidas y respetadas (doña Blanca, doña Mafalda, doña Flor, doña María Cristina, doña Teresa, por ejemplo), Cecilia también contó con su red social para elegir una de ellas. Posiblemente visitó primero a doña Mafalda, que es, de lejos, la más renombrada y famosa, pero también la más ocupada. Como probablemente no tenía disponibilidad para atenderla, Cecilia tal vez recurrió a la segunda comadrona recomendada por sus parientas y fue visitar así a doña Blanca. Esta no solo le corroborará sus sospechas de embarazo, sino también le pedirá que se realice un examen de sangre en la posta de salud de la vecindad, «para que se certifique» su estado, como tantas veces vi a las comadronas sugerir. Seguras del embarazo, comienza el acompañamiento mensual, «los controles» por parte de la comadrona. Por dos quetzales, doña Blanca le recibiría en su cuarto de parto (habitación especialmente reservada en su casa para consultas prenatales y partos). Por cinco quetzales, la comadrona haría el mismo servicio a domicilio. Es bastante posible que, en el caso de doña Blanca, que tiene una clientela numerosa y un renombre formado, el precio por el parto ya hubiera sido convenido en los primeros encuentros entre las dos mujeres. Una comadrona menos famosa quizá tuviera cierta dificultad para tratar el asunto, esperando realizar la negociación del precio en el período posparto y corriendo gran riesgo de no recibir nada (casos de estafa eran comúnmente comentados por las comadronas).

Como era el primer hijo (pero es importante recordarlo, quizá no el primer embarazo) de Cecilia, ella y su comadrona ya sabían que, en Sacatepequez, el parto no podría ocurrir en casa. Comenzaba entonces la segunda etapa del itinerario terapéutico: definir el escenario. Esa etapa tal vez no consista en un desplazamiento físico hasta cada escenario, como la idea de «itinerario» puede transmitir, pero sí en una consulta a otras mujeres sobre sus experiencias en diferentes escenarios considerados por Cecilia y Blanca. La primera alternativa, más evidente y barata, era permanecer con la comadrona hasta el inicio del trabajo de parto; entonces iría al hospital público solo cuando la bolsa de agua se hubiese roto y los dolores fueran ya bastante intensos, eso para garantizar que el parto fuera rápido en el hospital y para que Cecilia no tuviera que quedarse sola esperando y sintiendo las contracciones por horas en un pasillo frío y vacío. Es bueno recordar que esa estrategia solamente es posible por la cercanía de San Antonio de Aguas Calientes al referido hospital —queda a escasos veinte minutos— y también porque la familia de Cecilia contaba con un automóvil, «motorista» y combustible para que ese traslado fuera efectuado exactamente en el momento en que la paciente y

la comadrona lo decidieran. Todo eso nos revela cómo el parto gana aún más tensión y dramaticidad, pues depende de varios factores y actores para que sea un éxito, en función de seguridad y salud para la madre y su bebe.

Sin embargo, el parto hospitalario solo idealmente puede ser planeado, porque las mujeres en Guatemala saben que lo probable es que este sea mucho menos satisfactorio de lo esperado. Es decir, hay grandes probabilidades de que la mujer llegue al hospital y que los médicos, o en general las practicantes y las enfermeras, hagan un rápido toque vaginal antes de anunciar que hay poca dilatación y que la parturienta debe regresar horas más tarde. El hospital, desde el punto de vista de la infraestructura y personal, no tiene capacidad para atender toda la demanda. Volver a casa es siempre una decepción, por lo que pude observar, tanto porque dobla los costos del traslado, cuanto porque desanima a la paciente y desautoriza a la comadrona sobre el anuncio del *momentum optimum*.

Mas si la parturienta es aceptada en el hospital, otros problemas pueden ocurrir, como lo escuché de varias mujeres locales. Entre ellos está la falta de privacidad: las mujeres paren en cuartos repletos de otras mujeres, médicos y equipo. Sin embargo, el más importantes está relacionado con el decoro: el equipo está compuesto en su mayoría por hombres, los trajes de las pacientes son sustituidos por batas que causan incomodo y malestar o a veces las tienen sin ninguna ropa, no pueden contar con la presencia solidaria de sus maridos, madres, suegras y comadronas, son sometidas a toques vaginales frecuentes e invasivos por distintos profesionales, reciben dosis de ocitocina intravenosa para acelerar las contracciones y, así, concluir el parto y desocupar rápidamente el lecho, sus pedidos no son atendidos (agua, alimento, uso del baño, posiciones de parir, etc.), no cuentan con un equipo que las atiendan en su lengua materna, reciben órdenes, manotazos, gritos, son discriminadas por su origen indígena (el personal médico es generalmente de origen ladino) y aun me fueron relatados casos de violación por parte del equipo médico. Por todo eso, el hospital era evitado siempre que fuera posible (es necesario considerar también que Guatemala está pasando por la «reconstrucción» de un Estado democrático y una de las consecuencias de ello es una descreencia y profunda desconfianza en las instituciones públicas).

Doña Blanca, como una de las primeras alumnas de los cursos de La Matriz, venía frecuentando la Clínica hace varios años. Muchas mujeres de San Antonio procuraban esa comadrona en lugar de otras (como doña Mafalda, por ejemplo, que también había comenzado el curso de La Matriz, mas por conflictos con la secretaria ejecutiva, Mary Smith, lo abandonó a la mitad). Así, el contacto entre doña Blanca y La Matriz era uno más de sus atractivos para las jóvenes embarazadas. Eso no solo le garantizaba una dosis extra de respaldo y legitimidad en el mercado obstétrico local (porque, a mi modo de ver, el contacto con el mundo

biomédico puede ser visto, de forma general y metafórica, como otro más de los «instrumentos en su caja de herramientas»), sino también permitía que sus pacientes fuesen atendidas con descuento (véase la nota 8). Por ello, doña Blanca sugirió y Cecilia aceptó que su parto aconteciera en la Clínica. Esa opción, vale recordarlo, solo es posible si Cecilia y su esposo —o como generalmente ocurre según la regla de la virilocalidad, la familia de su esposo—, pueden asumir los costos de una clínica privada. Entonces, también esa decisión en el itinerario necesita ser negociada con su marido y con la familia de este. Casi nunca una familia modesta como la de Cecilia tendrá todo el dinero en el momento de tomar la decisión. Así, creo que la comadrona y su clienta trataron pronto de elegir el lugar del parto para que la familia pudiera «empezar a ahorrar», como me decían.

La tercera y última etapa del itinerario terapéutico se inicia con la fase final del embarazo, cuando este comienza a dar más trabajo, ansiedad y a anunciar las primeras contracciones. Aun cuando Cecilia, como es el caso de muchas jóvenes en el país, contara con los consejos y la experiencia de las mujeres de su círculo doméstico, ella necesitaba oír opiniones «técnicas». Por eso, a pesar de saber que faltaba más de una quincena para la fecha probable del parto, ella fue donde la *midwife* Beverly. Ella ya había ido a la Clínica algunas veces, tanto para consultas de prenatal (acompañada o no por su comadrona), cuanto para conocer el lugar y concertar el precio y lo incluido por el programa del parto. Es interesante anotar que, cuando sintió los primeros dolores, ella fue directamente a la Clínica en lugar de buscar a su comadrona que estaba más cerca de su casa. Creo que Cecilia sabía que todavía no le había llegado la hora, como había oído decir a doña Blanca quien dice acotó que «no tenga pena». Es poco probable que esa comadrona diera una «inyección» de ocitocina con el fin de acelerar las contracciones y el parto, a pesar de que las «inyecciones» son conocidas, compradas y administradas de forma ilegal por algunas parteras en el país. El Ministerio de Salud viene tratando de exterminar esta práctica por juzgarla insegura cuando es realizada por las comadronas. Así, Cecilia quizá contara con que Beverly, enfermera, le ayudara a suspender aquel «sufrimiento», esto es, intervenga con alguna tecnología o medicina. Al inferir que Cecilia esperaba eso de La Matriz, yo me inclino a pensar que, en este momento por lo menos, ella no necesariamente identificó la perspectiva «natural» y «humanizada» de la Clínica como una contracorriente a lo que se practica en los hospitales biomédicos convencionales. El que La Matriz contara con mujeres gringas, blancas, escolarizadas, trabajando en una casa sofisticada y «llena de aparatos», tal vez fuera leído como un exponente médico semánticamente próximo al mundo hospitalario local. (Según Beverly —la directora de la Clínica— me explicó, el hecho de que La Matriz resuelva los «problemas» traídos por las comadronas hace que ellas también establezcan con la Clínica una relación muy semejante

a la que tienen con el hospital, donde la «tecnología de los blancos ladinos o gringos, “lo resuelve todo”».)

Beverly recibió a Cecilia, verificó su dilatación y le calmó al decir que el parto solo ocurriría dentro de unas dos semanas. Beverly no imaginaba cómo la historia se desarrollaría a partir de ahí. Cecilia volvió a San Antonio y fue a conversar con su comadrona. Doña Blanca entendió el desasosiego de su paciente y, además, «a pesar de la comadrona ser altamente respetada y considerada como una autoridad en el parto, su rol es el de apoyo, no el de amenaza. Y el lugar del proceso decisorio está primordialmente en las manos de la parturienta y no en las de la comadrona, en contraste con el sistema obstétrico estadounidense» (Cosminsky 1982: 241). Blanca sabía qué esperar de La Matriz y de la medicina alopática; reconocía que eran dos sistemas diferentes, como nos recuerda nuevamente Cosminsky: «La comadrona local [...] incorporó algunos aspectos de la medicina occidental que ella aprendió en sus cursos de entrenamiento, pero mantuvo varias de sus prácticas folk, muchas de las cuales son altamente benéficas. Esto le permitió aumentar su status, acomodar las preferencias de su paciente y aún así, mantener su confianza» (1977a: 99). Doña Blanca encontró, entonces, una forma de que le indujeran el parto. El doctor Rubén Alvarado ofreció a Cecilia justamente lo que ella deseaba: un trabajo de parto anticipado, aun por un precio extra e inesperado, el cual su familia tendría que asumir. Para él, era irrelevante que la joven hubiera recurrido a una filosofía distinta, como La Matriz. Él contaba con el respaldo de la comadrona ahí presente. El doctor Rubén le colocó algunas cápsulas de prostaglandina intravaginal y la envió a casa. Por lo que parece, no explicó a la joven el efecto intensificador que esta sustancia provocaría sobre las contracciones, ni que él no estaría disponible para ayudarla en caso el parto ocurriera en las próximas horas. O quizá todo eso ya estaba implícito, pues no creo que Cecilia hubiese recurrido a esa opción de haber desconocido por completo sus consecuencias o si no hubiera visto parientas y amigas visitar al mismo doctor Rubén en igual momento de la tercera etapa del itinerario terapéutico.

Ella fue a casa y, a la una de la madrugada, los dolores se hicieron insoportables, por lo menos para una primípara inexperta. Entonces llamó a su comadrona pidiendo ayuda pero, como después vendría yo a enterarme, doña Blanca había atendido otro parto largo y difícil en aquella noche del lunes y estaba muy cansada. Esta orientó a Cecilia para que llamara por teléfono a Beverly y se dirigiera a la Clínica, al final, como la comadrona explicó, la directora está allá para esas emergencias: «Duermo un rato más y después le encuentro allá», le dijo por teléfono a la parturienta.

Para sorpresa y horror de Beverly, Cecilia no solo llamó antes de lo que ella había imaginado sino que apareció medicada. Beverly convocó a Carolina para

juntas intentar todas las posiciones y técnicas de masaje y relajamiento que conocían; querían terminar la dilatación de la joven y recibir, finalmente, aquel bebe apurado. Carolina Schneider, la joven *midwife* y *apprentice* alemana, lo relata:

Ella llegó a la una. Yo vine a la una y media. Estaba cansada y con mucho sueño. Nada ocurrió hasta las tres y media. Ahí, ella comenzó a hacer bulla. Llegué cerca otra vez y ella estaba con dos o tres centímetros, pero ella actuaba como si estuviera con nueve centímetros. Después de eso, todo solo empeoró. Las contracciones venían cada dos minutos. Pregunté a Beverly por la posibilidad de chequear las contracciones porque yo no podía creer que Cecilia nos decía lo que realmente estaba ocurriendo dentro de ella. En lugar de descansar, como Beverly le sugirió, Cecilia usaba los intervalos, entre las contracciones, para quejarse, conversar, gemir. Beverly fue muy paciente. [...] A las 6:30 horas, Cecilia nuevamente se puso bulliciosa. Volví al baño y ella estaba agarrada a su marido. Ella gritaba que no aguantaba ya aquello, imploraba a todo el mundo para que le llevaran para el hospital inmediatamente. Yo no conseguía comunicarme muy bien con ella, entonces Beverly asumió el español, en un intento de hacerla más calma. Pero Cecilia solo gritaba, «¡No puedo! ¡No quiero más! ¡No puedo!». (Y Carolina se levantó de la silla e imitó a la parturienta golpeándose los puños cerrados contra las piernas, despeinándose, haciendo muecas de dolor.) (Diario de campo, 14/04/2004)

Ambas *midwives* no solo tuvieron que «aguantar las resistencias, engreimientos y quejas» de Cecilia, sino también la presión y la angustia de la familia que le acompañaba, como generalmente ocurre en ese país. Recuerda Carolina:

El marido estaba desesperado, él lloraba mucho. Él también estaba con miedo. Cecilia no escuchaba ni a Beverly ni al marido ni a la hermana ni a la tía —todas esas personas estaban en el baño. La hermana y la tía estaban de acuerdo con todo lo que Beverly hacía porque ellas habían tenido sus partos aquí, ellas conocían la casa. Ya los hombres, el marido de Cecilia y el marido de la tía estaban con miedo. Eran ellos quienes querían irse al hospital. Los dos querían que todo terminara rápido. Yo no tuve la paciencia de Beverly. Yo solo quería chillar y gritarle a Cecilia: «¡Cállate, putita!». (Diario de campo, 14/04/2004)

Y Beverly, a su vez, relata:

Cecilia estaba presentándose a una platea. Ella paraba cuando su marido dejaba el cuarto y seguía cuando él regresaba. Ella no estaba muy involucrada con el parto como ella pensaba que estaba. Pero esa situación es muy frustrante para la *midwife*. Y sigue con una letanía: «Yo no consigo. Yo no consigo. Yo no consigo». Es fastidioso y patético. [...] Es una espiral ascendente [...] ni nosotras podemos romper esa espiral. Una espiral —la letanía del «Yo no puedo»—

puede llevar a otra —«Que me lleven al hospital». Y ahí, queda todavía peor. Cecilia iba a terminar hiriendo al bebe. El hospital no iba a darle la cesárea que ella quería porque ella no necesitaba de una. Entonces, el hospital no iba a terminar con su sufrimiento, que era lo que ella quería. (Diario de campo, 14/04/2004)

Y Carolina concluye la historia:

Ahí, Beverly decidió llamar a Blanca hasta la Clínica. «Tienes que venir», le dijo, «Ella no es nuestra paciente, ella es tu paciente. Tú la conoces mejor. Tú realmente tienes que venir acá. Tú estuviste con ella en todo el embarazo». [...] Ahí, Beverly y yo dejamos a la joven con la familia. Doña Blanca llegó y asumió la situación. [...] Blanca apartó a toda la familia. Llevó a Cecilia hacia dentro del cuarto y le echó una bronca fuerte. De ocho a diez de la mañana, mientras las dos estaban adentro, yo no oí ni un sonido. Ni griterío, ni palabras, ni ruido. Blanca hizo lo cierto. A las diez y media, el bebe había nacido. (Diario de campo, 14/04/2004)

Me queda claro cómo Cecilia, astutamente, establece polos antagónicos y oscila entre ellos según la eficacia de cada uno, a cada momento. Ella transita con una flexibilidad (que solo parece instigar a Beverly y Carolina), por ejemplo, entre la previsión del parto de las *midwives* y la previsión de la comadrona y del médico; elige entre ‘muchas quejas’ (en presencia de las *midwives*) o en ‘pocas quejas’ (en presencia de la comadrona); queda entre fragilidad/pasividad y fuerza/autonomía; queda entre la Clínica y el hospital. Por lo que parece, la parturienta, considerada por la biomedicina como la punta más pasiva del drama del parto, fue imponiendo su voluntad y encontrando medios para que se viabilizara en la práctica: visitó uno por uno a sus terapeutas, pidió a cada uno de ellos que solucionara su dilema, esperaba que todos los recursos de la casa y de la Clínica se agotaran para que el hospital —la tercera, última y, por lo que parece, redentora opción pudiese ser accionada— pueda realizar una cesárea. Sin embargo, no estoy segura de que Cecilia haya querido, de hecho, una cesárea; ella sabía explorar los significados de esa operación frente a las *midwives* (que habían venido del Primer Mundo, al final, para enseñar el parto ideal —«natural» y «humanizado»— en el Tercer Mundo) y a la comadrona (que nada recibiría del cliente, al igual que la Clínica, si el parto ocurría en el hospital).

Si lo que deseaba La Matriz era, entre sus objetivos gringos en Guatemala, empoderar a las mujeres, tanto a las comadronas como a sus clientas, lo habían conseguido: Cecilia sabía muy bien lo que buscaba, desde el principio (de la primera etapa del itinerario terapéutico), y trabajó por eso hasta el fin. Para Cecilia, era irrelevante que La Matriz fuera diferente de las alternativas obstétricas convencionales en Antigua, a pesar de reconocer muy bien ese perfil. Para ella, la

Clínica era una alternativa más y no, como las *midwives* esperaban de los locales en general, *la* alternativa. Y Beverly deja eso bien claro: «Cecilia es una joven muy inteligente y creativa. Ella descubrió qué le movería el piso a La Matriz. Ella sabía que la Clínica no quería una cesariada, entonces ella quería que la Clínica acelerara su parto para que se evitara la cesárea». Y la directora concluye:

Hay mujeres con fuertes necesidades de controlarlo todo, que están acostumbradas a estar en el comando de todo, todo el tiempo. Control de la familia, de los maridos, de la casa, del trabajo. Es la cabeza peleándose con el cuerpo. Ella quería que el parto terminara en aquel mismo minuto, pero ella no estaba relajando sus músculos, su cuerpo. Ella necesitaba de una voz fuerte para poner a trabajar, para centrarla, para sacarla de ese control mental. (Diario de campo, 15/04/2004)

Por lo que parece, el «empoderamiento» femenino debe tener un límite y no se debe dejar que la mente «controle» el cuerpo, el parto, la naturaleza. Y cuando el «empoderamiento» de las guatemaltecas queda demasiado «autónomo», parece que las gringas deben interceder y ejercer una «voz fuerte» sobre él.

Beverly también comentó la actuación de los otros terapeutas, no tan «cooperativos» con los ideales esperados por La Matriz. Primero, ella habla sobre el médico y, enseguida, sobre la comadrona:

Blanca mandó a Cecilia donde Rubén Alvarado. Él mide la cabeza en el ángulo equivocado y parece mucho mayor de lo que realmente es. Después dice que el líquido amniótico no es suficiente y eso también fue un diagnóstico equivocado. Semillas de inseguridad fueron esparcidas por ese médico. Esa es la segunda vez que él hace eso, dar informaciones incorrectas y contradecirme. Si él quiere amedrentar a sus pacientes, excelente. Pero no venga a hacer eso con mis pacientes. Yo voy allá a conversar con ese tipo. (Diario de campo, 14/04/2004)

Tengo que sentarme con Blanca y conversar con ella porque ella está simplemente dejando a sus pacientes acá en la Clínica. No sería así si estuviéramos trabajando en una atmósfera cooperativa de trabajo. Está bien si Blanca está cansada, yo puedo sustituirla. Pero ella tiene que comprender que es un trabajo de equipo. Ella no lo ve así. Yo no quiero una clínica donde la comadrona solo trae a sus pacientes en las emergencias. Si nosotras no les enseñamos cómo funciona una clínica, apenas estaremos perpetuando un modelo de dependencia, el mismo modelo que ese país viene manteniendo con los EE. UU. Los estadounidenses vienen acá e implementan un nivel más alto de cuidado y se van. Nada es dejado acá. Eso ni sirve ni ayuda a estas personas. Cualquier misionero podría hacer eso. Nosotras tenemos que enseñarles cómo pescar por sí mismos y no solamente cómo comer el pescado. Sueño con una clínica que pueda ser alcanzada por las comadronas. (Diario de campo, 14/04/2004).

Ese parto de Cecilia, como todos de los cuales participé y observé durante mi investigación y como muchos otros que me fueron relatados por las comadronas y *midwives*, estuvo permeado por relaciones evidentes de poder, en función de clase, etnia y género. Cecilia, en el itinerario que trazó para que su bebe naciera dentro de las lógicas de «salud», «decoro» y «parentesco» que le fueron enseñadas, circuló no solamente entre una comadrona, un médico y una *midwife* sino también, como es importante recordarlo, entre una mujer indígena, marrón, clase baja y semianalfabeta; un hombre ladino, blanco, clase media alta y escolarizado; y una mujer gringa, blanca, clase media alta y escolarizada, respectivamente.

Ella también tuvo que entender que esos terapeutas tenían opiniones y prácticas ora semejantes, ora discordantes. Beverly Adams y Rubén Alvarado fueron entrenados con el mismo paradigma biomédico y alopático, pero ejercían su medicina con filosofías diferentes. Beverly y Blanca reconocían el valor del trabajo de la partera en el bienestar de las mujeres y sus hijos, sin embargo, concebían la actividad cotidiana en la Clínica de forma conflictiva. Blanca y Rubén reconocían que, muchas veces, la parturienta desea otro abanico de alternativas para su parto, pero cada uno lanza mano de un instrumental para viabilizar eso: ella podría usar «té de canela», «sobada» y «temescal», mientras él optaría por la «prostaglandina» y, en último caso, la «cesárea». Creo que Cecilia me ayuda a dicotomizar menos esos polos médicos, al apuntar hacia especificidades no tan evidentes en cada uno de ellos, al accionar servicios personalizados de cada uno (aun cuando, dentro de una ideología feminista o biomédica, el igualitarismo sea un principio), al improvisar, en sus idas y venidas, sus proximidades. El parto de Cecilia me ayuda a colocar en práctica lo que Menéndez nos sugirió líneas arriba: para entender cómo coexisten y son usadas diferentes medicinas, es necesario contextualizar y relacionarlas, en lugar de categorizarlas a priori como «moderna» y «tradicional». Y también me lleva a pensar, en la línea de Langdon, en la que «el proceso terapéutico es considerado como una negociación de interpretaciones entre personas con conocimiento y posiciones de poder diferenciados» (1994: 115, 118).

Y añadido, esas clasificaciones —moderno y tradicional—, si existen, necesitan partir de los propios actores, de las formas cómo conciben y semantizan cada servicio de salud que buscan. La *eficiencia terapéutica*, según sus *patrones étnicos*, y los valores que configuraban las relaciones de parentesco, conyugalidad y bienestar, mucho más de que sus atributos de modernidad o autenticidad, fueron, a mi modo de ver, los que orientaron a Cecilia en sus pasos y elecciones.

Creo que Cecilia, más allá de su propio acto, intentaba también dar sentido a esa «nueva Guatemala», en una era de poscolonialismo, posguerra, posdictadura en que, primero, lo «tradicional» viene siendo crecientemente valorizado en el proceso de *nation building* del país. En segundo lugar, la biomedicina se expande

con vigor y tiende a reunir varios valores de la cultura rica y blanca de la nación y, tercero, las ONG y el feminismo internacional vienen ocupando cada vez más espacio en el Tercer Mundo, en general con intenciones filantrópicas y salvacionistas. Blanca podría representar las históricas luchas indígenas por la lengua, hábitos, prácticas (de salud, incluso); Rubén ilustraría las diferencias de renta y estatus que existen según el grado de instrucción, la familia en que se nace, el color de la piel, etc.; Beverly, funcionaria de una ONG feminista y según la forma como practica su medicina, nos recuerda las demandas por la equidad entre los sexos en este país, aunque estas sean demandas «importadas» de los EE. UU.

Así, Blanca Giménez (en el polo étnico), Rubén Alvarado (en el polo de clase) y Beverly Adams (en el polo de género) podrían ser considerados como ejemplos de esas tres importantes fuentes de sentido que actualmente están en juego en la construcción de las principales hegemonías y subalternidades en el cotidiano guatemalteco, y no solamente de las macroestructuras (como tendemos a pensar). Estas relaciones étnicas, de clase y de género se expresan con fuerza y relevancia paradigmática, por ejemplo, en el escenario del parto; así nos lo recuerda Menéndez, parafraseando una importante contribución de la ya consolidada Antropología de la Salud: «[...] el proceso de salud/enfermedad/atención ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en la sociedad, incluidas las sociedades actuales» (1994: 3). Nelson, en su investigación también en Guatemala, nos recuerda: «The transparency of access to subjectivity, the very category of “woman”, and the move to “speak for” the other made by anthropologists, whites, feminists, first worlders, and solidarity activists, and so on (all locations I must speak from) have been stumped (bewildered, *and* made political) for some time now» (2001: 318, énfasis de la autora).

REFERENCIAS

ARIAS, David

- 1999 «Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes». En *Gazeta de Antropología*. En línea <http://www.ugr.es/~pwlac/G15_12David_Lagunas_Arias.html>. Consulta hecha en 26/07/2005.

BUCHILLET, Dominique

- 1991 «A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde». En Dominique Buchillet (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP, pp. 21-44.

COSMINSKY, Sheila

1977a «Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca». *Medical Anthropology*, vol. 6, n.º 3, pp. 69-103.

1977b «El papel de la comadrona en Mesoamérica». *América Indígena*, vol. XXXVII, n.º 2, pp. 305-351.

1982 «Knowledge and Body Concepts of Guatemalan Midwives». En Margarita Artschwager Kay (org.). *Anthropology of Human Birth*. Filadelfia: Davis Company, pp. 233-252.

COSMINSKY, Sheila y Mary SCRIMSHAW

1980 «Medical Pluralism on a Guatemalan Plantation». *Social Science and Medicine*, vol. 14B, n.º 4, pp. 267-278.

DAVIS-FLOYD, Robbie

1992 *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.

DIRKS, Nicholas; Georff ELEY y Sherry ORTNER

1994 «Introduction». En Dirks, Eley y Ortner (orgs.). *Culture/Power/History: A Reader in Contemporary Social Theory*. Princeton: Princeton University Press.

FLEISCHER, Soraya

2004 Diário de campo. Mimeo.

2005 «Doulas como “amortecedores afetivos”»: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto». *Revista Ciências Sociais da UNISINOS*, vol. 41, n.º 1, pp. 11-22.

FREIDSON, E.

1988 *Profession of Medicine*. 2.^a ed. Chicago: The University of Chicago Press.

GOLDMAN, Noreen y Dana A. GLEI

2003 «Evaluation of Midwifery Care: Results from a Survey in Rural Guatemala». *Social Science and Medicine*, vol. 56, pp. 685-700.

GREENBERG, Linda

1982 «Midwife Training Programs in Highland Guatemala». *Social Science and Medicine*, vol. 16, pp. 1599-1609.

HURTADO, Elena

1984 «Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala. Etnomedicina en Guatemala». En Elba Villatoro (ed.). *Etnomedicina en Guatemala*. Guatemala: CEFOL.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES

2005 [Portal] En *International Confederation of Midwives*. En línea <<http://www.internationalmidwives.org>>. Consulta hecha en 26/07/2005.

JORDAN, Brigitte

1993 *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. 4.^a ed. [s/l]: Prospect Heights, Waveland Press, Inc.

KELLY, Isabel

- 1956 «An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico». *Journal of Tropical Pediatrics*, n.º 1, pp. 200-205.

LA MATRIZ

- 1996 Folleto de divulgación de la Organización no Gubernamental de Desarrollo La Matriz.

LANGDON, Jean E.

- 1994 «Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana». En R. V. Santos y C. E. Coimbra (org.). *Saúde e povos indígenas*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- 1995 «A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. Conferência '30 Anos de Xingu'». Escola Paulista de Medicina, São Paulo. [También en: *Centro de Filosofia y Ciências Humanas-Universidade Federal de Santa Catarina*. En línea <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>>. Consulta hecha en 20/08/2006.]

MENÉNDEZ, Eduardo

- 1994 «La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?». *Alteridades*, vol. 4, n.º 7, pp. 71-83.

NELSON, Diane M.

- 2001 «Stumped Identities: Body Image, Bodies Politic, and the "mujer maya" as Prosthetic». *Cultural Anthropology*, vol. 16, n.º 3, pp. 314-353.

PARRA, Pilar

- 1993 «Midwives in the Mexican Health System». *Social Science and Medicine*, vol. 37, n.º 11, pp. 1321-1329.

PAUL, Lois

- 1975 «Recruitment to a Ritual Role: The Midwife in a Maya Community». *Ethos* n.º 3, pp. 449-467.

SIMMEL, Georg

- 1971 *On Individuality and Social Forms*. Edición de Donald Levine. Chicago: University of Chicago Press.

TORQUINST, Carmen Susana.

- 2004 «Parto e poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil». Tesis de Doctorado en Antropología. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina.

VELIMIROVIC, H. & B. VELIMIROVIC

- 1981 «The Role of Traditional Birth Attendants in Health Services». *Medical Anthropology*, n.º 5, pp. 89-105.

VILLATORO, Elba

- 1996 «El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediátrica en Guatemala». *Tradiciones de Guatemala*, n.º 45, pp. 69-83.