

Parto y autoatención en contextos de migración campo-ciudad

Estudio de caso en el municipio de Cercado, Tarija

Elena Peña y Lillo Llano¹

Resumen

La atención de la salud materna en contextos interculturales representa un desafío en sectores urbanos periféricos, pues en estos espacios los factores económicos y socioculturales suponen una barrera a la hora de acudir al hospital.

Esta investigación recoge historias de vida de mujeres en torno a la atención del parto en el centro de salud y en el hogar. Desde ahí, se reflexiona sobre cómo los procesos de migración campo-ciudad modifican las formas de atención del parto, es decir, la diáspora de las representaciones y prácticas de la atención prenatal, parto y posparto en un contexto urbano moderno y con políticas de salud pública que interactúan, inevitablemente, con el bagaje de las gestantes provenientes del campo.

A partir de una reconstrucción de la transformación de las formas de atención en salud desde principios de siglo –mediante testimonios, revisión bibliográfica y estadísticas–, se analiza los cambios cualitativos generados por las políticas de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), asimismo se presenta la visión expresada por el personal de salud que trabaja en el territorio donde se realiza esta investigación.

Palabras clave: Parto, autoatención, sistemas médicos, migración campo-ciudad e interculturalidad.

¹ La autora es estudiante de la carrera de Antropología de la Universidad Católica Boliviana, Cochabamba, modalidad a distancia. Correo electrónico: ely.281097@gmail.com.

1. Introducción

Las sociedades han desarrollado representaciones, prácticas y construcciones metodológicas en torno a la salud y las enfermedades con sus respectivas atenciones y tratamientos. Los procesos de globalización y crecimiento de las ciudades trajeron consigo una convergencia asimétrica de estas formas, muchas de ellas son invisibilizadas y consideradas subalternas por el sistema biomédico occidental. Al respecto, las críticas hacia esas formas excluyentes han encaminado el avance de políticas públicas de salud intercultural comunitaria. Estos avances no significan, necesariamente, que las articulaciones entre las formas y los criterios de atención al parto sean armónicas en la actualidad, puesto que este es un proceso de largo aliento que comprende desafíos y aprendizajes conflictivos dentro de las dinámicas sociales.

Esta investigación indaga la atención prenatal, el parto y el posparto de una mujer que vive en una zona periurbana de la ciudad de Tarija y que hace veinte años migró desde una comunidad alejada. El objetivo general de la investigación es descubrir cómo esta mujer migrante campesina atendió sus partos, con este fin acudí al relato de su vivencia, y con base en su testimonio confronté y analicé los alcances y desafíos de las políticas de salud pública e intercultural de atención materna, fundamentalmente desde el enfoque SAFCI. Bajo esta línea, los objetivos específicos de la investigación buscan acceder a la subjetividad de las protagonistas para describir el proceso de atención de sus partos en contextos de migración campo-ciudad. Desde el estudio de caso se identificaron elementos para un análisis comparativo que evalúa la transformación de las formas de atención en salud, en los últimos veinte años, y los impactos del enfoque SAFCI en el contexto estudiado (**Figura 1**).

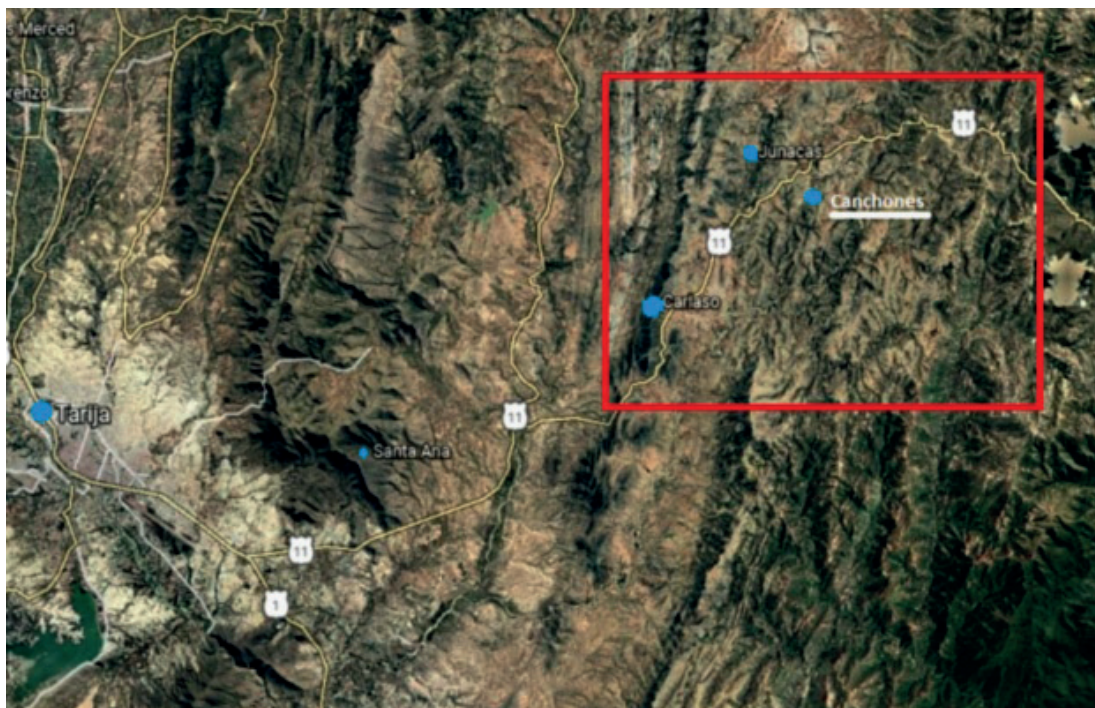


Figura 1. Área de investigación. **Fuente:** Delimitación con base en una captura de Google Earth. Disponible en <https://earth.app.goo.gl/3euCkB>.

La investigación privilegió el enfoque cualitativo porque es adecuado para acceder y abordar holísticamente los escenarios de interés y los actores que se desenvuelven en ellos. Por ende, desarrollé el trabajo de campo para insertarme en la realidad estudiada y aprehender la lógica subyacente que dirime el actuar cotidiano de las personas. También empleé el estudio de caso como estrategia investigativa porque tiene como meta el estudio intensivo de un sujeto o situación única a través de descripciones, interpretaciones y evaluaciones; de este modo, el sujeto de investigación fue la unidad clave, y desde él aspiré a comprender sus sentidos dentro de su marco sociocultural particular (Tamayo y Tamayo, 1999).

Por consiguiente, empleé el método etnográfico a través de entrevistas semiestructuradas y un estudio de caso. Las entrevistadas fueron: 1) La señora Dora Castro² (40 años), para el estudio de caso, su relato es el hilo conductor de este trabajo, la aprehensión de su discurso fue mediante la entrevista etnográfica no dirigida, combinando procedimientos de atención flotante y asociación libre del informante (Guber, 2001). 2) La doctora Mabel Baldivieso (38 años), residente médica SAFCI del consultorio «Mi Jardín» del barrio Portillo El Jardín, donde reside Dora; y 3) Rocío Velásquez (20 años) y Soledad Gumiel (59 años), ambas en una entrevista colectiva brindaron sus impresiones sobre la evolución de las formas de atención materna en los últimos veinte años. Rocío Velásquez desde la experiencia de vida de su madre, el nacimiento de sus hermanas y las situaciones de las mujeres en la comunidad de Santa Ana La Nueva; y Soledad Gumiel a partir de su experiencia laboral como enfermera laboratorista en provincias de los departamentos de Santa Cruz y Tarija, entre 1992 y 2005.

Para una mejor comprensión del trabajo, el artículo está organizado en tres apartados: el primero desarrolla el marco teórico de

2 Algunos nombres son ficticios.

referencia que iluminó el estudio y que problematiza ciertos sentidos comunes, entre ellos los ejes conceptuales –sistemas biomédicos, tradicionales y de autoatención; la transformación de los sistemas médicos en contextos de migración; y el enfoque intercultural en la salud y el manejo de la atención maternoinfantil como índice de desarrollo–; el segundo apartado presenta las entrevistas multilocales con elementos de análisis y reflexión; y finalmente, el tercer apartado expone las conclusiones.

2. Desarrollo

2.1 Conceptos y prolegómenos previos

2.1.1 Sistemas médicos y autoatención

La pluralidad médica y la aceptación de la coexistencia de diversos sistemas médicos se plantearon el siglo pasado y contienen dicotomías, como moderno/tradicional, científico/empírico, cosmopolita/regional, que impiden ver las articulaciones entre los sistemas médicos, entendiendo a la ciudad como un territorio de confluencia, encuentro, desencuentro y conflicto. Un sistema médico es el «conjunto articulado de representaciones y creencias con las que cada pueblo interpreta y da respuestas a la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano» y engloba conocimientos, prácticas, normas, técnicas, rituales y símbolos funcionales para quienes las sustentan y validan a lo largo de generaciones por sus usuarios y usuarias (Dibbits, Armand y Patscheider, 2006: 6).

Así, según la clasificación que elabora Menéndez (2009), en la zona estudiada (**Figura 1**), y a partir del discurso y rutinas explicadas por las entrevistadas, identifiqué tres tipos de atención que coexisten:

- *Biomédico*, propio de la vertiente occidental e implementado en centros de salud.
- «*Popular*» o «*tradicional*», se practica mediante curadores especializados:

hueseros, curanderos, parteras empíricas, yerberas, etc.

– *Autoatención*, se provee en el hogar sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, tradicionales o biomédicos, aunque estos actores pueden ser una referencia de las acciones de autoatención.

Para Menéndez la autoatención es la práctica más frecuente y el «principal núcleo de la articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar plenamente si no se articula con el proceso de la autoatención» (2009: 94). Entonces, la autoatención no se reduce al cuidado individual, sino que se desenvuelve en un marco colectivo mayor. De este modo, la autoatención llega a ser un proceso transaccional entre los grupos y los tipos de atención que operan en el entorno, estos ante algún padecimiento suelen integrarse y yuxtaponerse.

2.1.2 Sistemas médicos en contextos de migración

La autoatención, por su carácter relacional, combina el entramado de entidades culturales originarias que en la migración campo-ciudad entran en contacto con la tradición cultural occidental propia de los contextos urbanos (Citarella, 2009b). Aunque la hegemonía biomédica representa la dominación histórica de ciertos espacios y territorios –hospitales, clínicas, laboratorios–, los procesos migratorios campo-ciudad producen transformaciones. No solo se hablaría de la urbanización de los migrantes del campo, sino de la «ruralización de la ciudad». Dibbits explica que «la urbanización comprende el proceso en que se incorporan elementos occidentales en la cultura rural, mientras que la ruralización significa que el migrante rural conserva determinadas estructuras mentales procedentes de su propia tradición» (2013: 75).

Todo sistema médico cuenta con mecanismos de transmisión de saberes y conocimientos mediante sus instituciones; depende también de la transmisión de saberes de quienes la practican a las generaciones más jóvenes. Datos censales muestran que en Tarija la población urbana pasó de concentrar un 54,7% en 1992 a un 65% en la gestión 2012 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2015:15). Este flujo migratorio impacta en las instituciones tradicionales de atención en salud de las comunidades, pero también en la situación itinerante de quienes protagonizan su diáspora llevando consigo su bagaje cultural a contextos urbanos, pero de una manera fragmentada y carente del complejo de relaciones institucionales, territoriales, sociales e ideológicas que componen un sistema médico.

La salud para los migrantes supone un proceso de ruptura con las formas de atención del lugar de origen, (re) creación de los modelos que portan e incorporación de prácticas, actores e instituciones. En tanto que para las comunidades pequeñas que pierden su población joven, el saber de los especialistas locales se extingue con su deceso, así como los protocolos de atención que estos seguían (Ricco, 2013).

Otro elemento que se debe considerar es la existencia de un tejido de transmisión oral vivencial utilizado como referencia³ en los procesos de enfermedad-salud y en la atención materno-infantil. En esta consideración, la división de los roles de género hace que los conocimientos y prácticas sobre la gestación, parto y posparto, incluidos los discursos, sean netamente femeninos y que se transmitan intragenéricamente e intergeneracionalmente (Aguirre, 2018: 28 y 31). Algunas investigadoras⁴ coinciden en indicar que las referencias negativas son un motivo para desconfiar de la atención del parto en los hospitales: «la socialización de las experiencias tiene tal impacto que muchas

3 Y de este se alimenta la característica referencial de la autoatención.

4 Véase Patscheider (2009) y Dibbits (2013).

personas lo transmiten luego como si se tratara de una experiencia propia» (Dibbits, 2013: 92). Si bien al migrar se pierde contacto con las instituciones sanitarias del lugar de origen, persisten las relaciones sociales y su discurso referencial.

2.1.3 Enfoque intercultural en la atención de salud

La aceptación de la interculturalidad, en el país, como marco normativo fue gradual y se ha convertido en un principio de cambio social dirigido a «asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se encuentra», además de entrañar una voluntad de interrelación (Dibbits, Armand y Patscheider, 2006: 2); más que de «situación» esta es una forma de relación con el Otro.

La salud intercultural comprende la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los pacientes, los que provienen de distintas matrices culturales, ambos requieren un entendimiento recíproco para alcanzar resultados mutuamente satisfactorios (Campos, en Citarella, 2009a: 15). En Bolivia, una estrategia intercultural es la especialización de médicos dentro del modelo SAFCI, que propone desarrollar con los equipos de salud y las organizaciones locales una «gestión compartida de la salud y la atención de la salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad tomando como ejes la participación social, la integralidad, la intersectorialidad y la interculturalidad» (Campos, 2009: 65), así como «procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras) a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento, y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de problemas de salud» (Ricco, 2013: 176). Bajo este enfoque y desde el 2010, médicos con especialidad SAFCI se desempeñan en el territorio nacional.

Con todo, este modelo manifiesta tensiones al momento de aplicarse. Visiones críticas apuntan que, más allá del discurso, «la interculturalidad actúa como un concepto desestructurador de los mecanismos internos de cohesión de las medicinas tradicionales indígenas» (Ramírez, 2014: 4062, 4063), ya que su visión a largo plazo es la disolución gradual de las otras identidades al aliarse a proyectos estatales que apuestan por la homogenización de su población y la ocupación de su territorio.

También llama la atención la paradoja de tener la interculturalidad como pilar de las políticas de salud, visibilizando y revalorizando los saberes de cada pueblo como alternativa al desarrollo unilineal de la modernidad; y al mismo tiempo se implementan políticas públicas homogeneizadoras como el bono Juana Azurduy que restringe la atención del parto a las parteras, aun cuando estas fueron capacitadas (Ricco, 2013: 177).

El acceso a los servicios de salud pública no solo está determinado por la interculturalidad y la pluralidad médica, puesto que existen factores socioeconómicos que dirimen en la elección del tipo de atención de los problemas de salud (Dibbits, 2013: 78). Por ello, ningún enfoque intercultural será efectivo si este no toma en cuenta las situaciones de desigualdad social que persisten, incluso atendiendo interculturalmente.

2.1.4 Salud maternoinfantil como exponente de desarrollo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Estados ubican a la salud maternoinfantil como prioridad y dirigen sus políticas a fortalecer la atención a este sector que, además, se considera como referente de desarrollo. En Bolivia, dentro de estas políticas figuran el Seguro Materno Infantil (SUMI), implementado el 2003; el bono Juana Azurduy desde el 2009, este último es un incentivo de transferencia monetaria para que las madres asistan a los controles prenatales y posnatales y acudan al hospital

para dar a luz (Ricco, 2013: 165); y el modelo SAFCI. Además, hay que reconocer una mayor inversión en infraestructura en salud en sectores periurbanos y rurales. Estas políticas tienen impacto en las nuevas generaciones y en la construcción de sus imaginarios y prácticas de atención de los partos y del cuidado de la salud en general.

Sin embargo, la mortalidad materna en Bolivia –230 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos (Dibbits, 2013: 97)– causa controversia, porque pone en entredicho los sentidos de calidad y efectividad de las estrategias empleadas, así como la apremiante necesidad de repensar las modalidades de atención de la salud materna y el parto.

3. Situaciones locales de atención al parto en contextos de migración

La universalidad⁵ del servicio de atención materno-infantil no es un sinónimo de efectividad. Aquí desglosaré la experiencia de vida de Dora (40 años), una mujer de origen campesino, que pese a vivir en la ciudad autoatendió sus cuatro partos. Desde su relato, correlacionaré las condiciones socioeconómicas que influyeron en ese devenir. Paralelamente, ensayaré una aproximación al ámbito emocional que, al relatar su experiencia, explica las razones por las que decidió dar a luz no en su domicilio urbano, sino en su comunidad de origen, donde todavía no hay una posta sanitaria. Finalmente, complementaré su discurso con las entrevistas de la doctora Mabel Baldivieso, Rocío Velásquez y la enfermera Soledad Gumiel.

3.1 Un parto autoatendido en casa

3.1.1 Contextualización

La señora Dora nació en 1979 en la comunidad de Canchones (Cercado, Tarija) que, pese a su cercanía relativa con la urbe, continúa siendo remota y con poco acceso a servicios. La posta sanitaria más cercana,

⁵ Así lo establece el artículo 18 de la Constitución Política del Estado.

construida recientemente, está en Papachacra, cuyo radio de atención se extiende a Canchones, Junacas, Alto España y El Cóndor (**Figura 1**). La producción local se concentra en la siembra de trigo y arveja en la temporada de lluvias, las bajas precipitaciones pluviales reducen las posibilidades de más de una cosecha anual. El flujo migratorio de este sector fue constante, en especial, desde la década de 1990, cuando el cambio climático comenzó a afectar significativamente el calendario agrícola hasta dificultar la subsistencia de la zona.

En ese tiempo [2001], mamá y papá se quedaron con las pocas ovejitas (...) el Pedro con quien ya me había juntado (...) nos hemos ido a la casa de mi abuelo (...) ahí vivíamos todos, hartos. Nos construimos cuartitos para cada (...) ese año estando en Tarija y sin trabajo le acompañé [a su esposo] a la zafra. Tres años fuimos (Dora, 27 de mayo de 2019).

Dicho domicilio se ubica en el barrio Narciso Campero y fue, por largo tiempo, una casa familiar situada en lo que aquel entonces era la periferia urbana. En ocasiones los flujos migratorios obedecen a movimientos familiares, por ejemplo, cuando los potenciales migrantes conocen las oportunidades de un alojamiento inicial gracias a las relaciones sociales con inmigrantes previos quienes van acumulando una experiencia migratoria ligada al territorio en el que se desenvuelven (Castagnola, 2015). En el caso de Dora, el 2006 una parte de su familia se desplazó, gracias a esa cadena de comunicaciones y lazos familiares, al sector Portillo Jardín, barrio fundado el 2005, ahí los lotes eran baratos. La prioridad era contar con un techo propio, los servicios básicos vendrían después⁶.

Una constante, a pesar de la residencia urbana, son los vínculos de parentesco. ¿El nexo, además de familiar, puede ser comunal? Desde luego, en las comunidades el grado de parentesco es elevado; aun, con los flujos migratorios, la comunidad sigue siendo el centro de encuentro, al igual que la residencia

⁶ La posta sanitaria se construyó el 2014.

de los progenitores y la fiesta patronal a la que acuden anualmente; así el territorio es el espacio de vida donde se adquiere buena parte de las referencias de salud.

Desde el relato de Dora se puede seguir la evolución socioeconómica de su familia y sus estadios: los difíciles primeros años de permanencia en una ciudad con poco movimiento económico (2000-2005) cuando se fueron a la zafra; y el periodo de mejora económica (2008-2015) que implicó más posibilidades de crédito para adquirir su lote y construir su casa. Muchos migrantes campesinos trabajan como albañiles, empiezan como ayudantes hasta llegar a maestros, como su esposo. Entonces, no es casual su mejoría económica, pues entre el 2008 y 2015 el crecimiento urbano de la ciudad de Tarija se multiplicó y el sector de construcción fue el más beneficiado.

Aquí puede apreciarse la evolución de una familia migrante campesina y su desenvolvimiento en la urbe. No obstante, sigue la interrogante de por qué Dora decidió dar a luz en casa, y si es la correlación de «pobreza» y «desinformación» la que da lugar a partos sin atención médica, lejos de un hospital, sin las condiciones básicas de salubridad estipuladas por el sistema biomédico y el tradicional.

3.1.2 Las memorias sobre la atención del parto

La temática del parto y las preguntas respecto de él son algo delicadas, no porque sean consideradas tabús, sino porque son temas íntimos que fluyen⁷ con facilidad en las interacciones madre-hija, abuela-nieta, hermana-hermana, tía-sobrina y amigas cercanas. Al parecer este tejido de transmisión oral vivencial es casi exclusivamente femenino, aunque no excluye el elemento masculino que está presente en el acto mismo del alumbramiento, también hay especialistas varones para la práctica del manto.

⁷ Aquí aparece ese tejido comunicativo vivencial que crea los marcos referenciales que se menciona en un párrafo anterior.

[Ante un parto difícil, cuando su cuarta niña estaba en mala posición] Ha venido mi tío me ha dicho ‘a ver te voy a refregar, pero por qué recién, por qué no me has dicho ayer, si vos quieres que me quede, me quedo a hacerte enfermar’. Y no quería yo, yo quería estar sola, no quería tener compañía, había un cuartito solito, ahí me he entrado, ‘váyanse todos de aquí’ les dije, y él me ha curado⁸, me ha hecho echar y ya no me podía parar, no me podía sentar porque me sentía que se quería desarmar todo y entonces me ha dicho [mi tío]: ‘estás muy delicadita, me voy nomás, hace fuego, calentá así mantas, tráelo aquí al Pedro’ (Dora, 27 de mayo de 2019).

Los médicos caseros [¿varones?], sí. Mi mamá, por ejemplo, ha ido (...) Mi abuelo le ha dicho que vaya, para la Andrea igual fue, y para la Valeria no pudo ir la última vez, no sé por qué razón y la Valeria ha nacido por cesárea y no sé si será mucha creencia o..., pero mi abuelo dice ‘te dicho que tenías que ir’. Mi mamá dice que faltando un mes se tiene que ir (Rocío Velásquez, 04 de julio de 2019).

Por otro lado, durante el parto, incluso en la atención biomédica⁹, el esposo puede asumir roles activos: sostener la espalda de la mujer cuando está de cuclillas pujando, apoyarla emocionalmente o vigilar al personal de salud para evitar abusos verbales. No obstante, según la doctora Baldivieso, solo 10 de cada 100 maridos acompañan el alumbramiento.

La memoria a mediano plazo de las entrevistadas revela que la autoatención del parto en el hogar era un procedimiento común porque no existían postas de salud cercanas.

Mi mamá todos sus hermanos han nacido en la casa [sic]. Pero antes nunca había habido esos problemas (...). Porque casi cesáreas

⁸ «Él me ha curado» parece significar que las atenciones de su tío le hicieron entrar en labor de parto.

⁹ El protocolo de atención materna y neonatal establece el derecho de la parturienta a estar acompañada por algún familiar cercano en la sala de partos.

no habían, al menos en el campo, no. Por ejemplo: la mamá de la Nilda, ¿cuántos hijos ha tenido? 9 y toditos han nacido en [el] campo, normal. El caso de Jilder, ellos son 13 hijos, todos son [nacidos] en campo y ninguno por cesárea. En cambio, ahora no sé si una mayoría, pero (...) escucho tienen sus bebés por cesárea, porque se les ha complicado, porque estaba en mala posición (...) Yo antes le preguntaba a mi mamá: qué pasaba si la mujer estaba ahí y no podía salir el bebé, dónde iban a llevar. ‘No sé, salían bien’, me dice mi mamá (Rocío Velásquez, 04 de julio de 2019).

Sin embargo, la supuesta ausencia de complicaciones se debía también a la existencia y participación de parteras locales con años de experiencia y transmisión activa y continua sobre cómo actuar ante determinadas complicaciones. La práctica tradicional del manto¹⁰, antes más común, es eficaz si se realiza en el momento adecuado, antes de la semana 34 de gestación. Como médica SAFCI, Mabel Baldivieso considera que el manto puede tener eficacia emocional, ya que la madre se tranquiliza cumpliendo con el manto que realiza el curandero para evitar una cesárea; aunque en su experiencia no vio que la posición del bebé cambie: «se hacen componer, vuelven y hacemos otra vez la ecografía y el niño sigue en la misma posición».

La validez del manto como control prenatal en zonas donde no existía personal biomédico es reconocida por Soledad Gumiel, sin embargo, existen otras situaciones de riesgo en un parto fuera del centro de salud:

(...) el mantedo, o sea, es como un control prenatal que les hacen y les mantean y puede ser que en ahí en el pasado, puede ser que en ahí les acomodaban (...). Claro, se ve clarito cuando la cabecita está a este lado (...) se siente, no es que se ve (...).

10 El manto consiste en acomodar al bebé a través de masajes suaves, pero firmes, ligeras sacudidas sobre un *phullu* (cobija de lana) sujeto por 4 o 2 personas (Ministerio de Salud y Deportes, 2005: 77).

Entonces si está transversal (...) sale como un chinchón en la panza, entonces ahí las parteras ya se daban cuenta y les manteaban de acuerdo a la posición (...) ellas mismas decían ‘se está acomodando’, pero a pesar de esas situaciones hay muchos casos de niños en el área rural, allá donde vivíamos, muchos casos que han nacido los niños así, pero han tenido [otros] problemas (Soledad Gumiel, 04 de julio de 2019).

3.1.3 La atención de los partos en los domicilios

Si bien en el pasado era común que las mujeres tengan a sus bebés solas (cf. Ricco, 2013: 160 y 161), los procesos migratorios suponen una fragmentación de las redes de cuidado y de transmisión de las prácticas y conocimientos. Este proceso se decanta en un escenario de limbo, es decir, la no pertenencia: ni al campo por la pérdida de contacto con los especialistas locales, ni a la ciudad por la ausencia de referencias positivas acerca de la atención en los hospitales, además de no insertarse socialmente en el sistema biomédico. Este conjunto de variables ocasiona una autoatención improvisada.

Elena: ¿Usted les ha tenido aquí nomás?

Dora: Aquí nomás, tres han nacido (...) en Canchones y la chiquita aquí.

Elena: ¿En Canchones?

Dora: Ahí me ido yo, ¿qué será también?, ¿vergüenza?, ¿qué pasaría? No sé, mejor me ido, en vez de estar aquí más cerca, me ido al campo. Mira, tan lejos ahí y ahí nomás he sufrido hasta que ha nacido.

Elena: ¿Con su mamita?

Dora: (...) Ella no estaba tampoco, del Sergio [su hijo mayor] no estaba ella, se ha ido al monte, capaz se haya venido aquí [a Tarija] y estaba el Pedro, [que] como era más joven no sabía, a mi abuelita le ha traído (...) Hasta que se han ido a

traerle a ella... no llegaban, hasta eso ya se ha salido la *wawa*... solita. Así me hecho una camita en el pisito nomás, no quería tampoco subir a la cama y ahí, ahí ha nacido (...) Ha entrado mi abuelita, ahí ha estado la *wawita* chillando en el suelo frío (...) El Pedro se ha ido a traer a la abuelita porque él tenía miedo de alzarlo. Y mi abuelita dice que estaba durmiendo, eran las cuatro de la mañana y no se levantaba deprisa, hasta eso la *wawa* se moría llorando (...) Yo... no sabía qué le voy a hacer, le hacía cariñitos para que se calle, pero estaba frío todo estaba por allá... como la placenta no sale ¿no ve? Todavía no ha salido la placenta; dice que hay veces que se sale todo así y como ahí estaba la *wawa*, yo no podía así estirarme; era que me acerque adonde estaba ¿no? Y así pues la *wawa*, ¡wa, wa, wa, wa! Y ya ha venido mi abuelita y dice ‘ay, mira, ya nacido la *wawa*’ como sea le ha agarrado, ha buscado una tijera y le ha alzado. Así de los tres ha sido (27 de mayo de 2019).

El nacimiento de sus hijas tuvo complicaciones:

De la Liseth he estado un mes que no podía caminar, hasta que ha nacido, tres días he sufrido, ay, ya no daba más (...) De la chiquitita peor (...), [fue] un parto seco, no tenía agüita, así seco. Había sabido ser feo ese parto, los otros no han sido así y no podía nacer (...) yo he estado sola hasta las tres de la mañana (...) toda la noche he estado mal (...) como no nacía, solo ha salido la cabecita, ‘ay ¿qué hago?’ decía yo, un buen rato estaba así y le he metido la mano así, yo nomás le hecho así y le jalado y ha salido, pero no así, ¡fiuuf!... Cuando está con agüita es distinto, yo me sentía la cabecita puesta, ¡zas! se sale como pececito. No, estita no, le he jalado fuerte así, recién ha salido y ha tocido, tosía, tosía, tosía y lloraba y empezaba a toser y botaba líquido, como que estaba así su cabecita, lo había estado ahorcando el cordón (Dora, 27 de mayo de 2019).

Sin embargo, una vez concluido el parto y los cuidados posparto, Dora acudía al centro de salud para realizar los controles del recién nacido:

[Refiriéndose a su hija menor] Ella ha sido la más chiquitita, pero no era tan chiquitita, hay otros [bebés] más chiquitos, 2 kilos, 2 kilos 200; ella era 3 kilos y medio.

Elena: Ah, ¿les pesaba usted?

Dora: Yo le he llevado a pesar a la posta, mi prima me dice:

–¿No quieres ir al hospital?

–¡Noooo!, ya ha nacido la *wawa* y no quiero.

–Ahí te van a pesar, te van a revisar (...) vamos al hospital a hacerle pesar a la *wawa* a hacerle revisar y a vos’.

–Ah no, no, no, ya ha nacido ya no quiero ir, ni anoche me han llevado que casi estaba para morir ahora ya estoy bien –le dicho.

Me ido allá a la posta, me he cambiado (...) Le he llevado a la posta de San Jorge¹¹, ahí le han pesado, le han medido, me han dicho que tiene 3 kilitos y medio (...) de altura, cincuenta y tantos (Dora, 27 de mayo de 2019).

Este hecho vigoriza la visión del parto como un momento crítico de exposición a maltratos, vergüenza corporal, entre otros; mientras que los controles del niño son menos traumáticos y existe un sentido común que los considera positivos para su salud futura.

3.2 ¿Por qué un parto autoatendido?

Dibbits (2013) identifica ciertas barreras a la hora de acudir al hospital: las prácticas biomédicas que son desconocidas y causan incertidumbre, la desconfianza que se origina en las referencias negativas respecto a la

¹¹ Entonces la posta más cercana al domicilio.

cantidad de gente que asiste al parto¹², el trato impersonal y el temor a ser reprochadas si hay complicaciones debido a que no asistieron a los controles prenatales y/o haber intentado dar a luz en sus domicilios.

Las entrevistadas enfatizan la falta de infraestructura en el pasado y, actualmente, el temor, la vergüenza, el maltrato prodigado en el hospital y el número de observadores:

Rocío Velásquez: Bueno, antes era por la falta de centros de salud, no habían.

Soledad Gumiel: Uno que era así, no había centros de salud donde acudir y otro también por ignorancia, ahora yo creo que es por temor por lo que no van (...) atender un parto es algo, especialmente para la mujer, traumático diría yo (...) le hacen, le sientan, le tienes que abrir las piernas, tienes que pujar y ahí está un montón de gente (...) Y a veces la sala de parto es tan fría que... entonces yo creo que es por temor, al ver a tanta persona que está.

Rocío Velásquez: Tal vez sea la confianza, la vergüenza. No sé, por lo que mi mamá me cuenta los médicos son muy malos y muy guasos. Te retan, te gritan y aparte te dicen insultos (...) 'No le ha dolido para abrir las piernas antes' o, como mi mamá tenía mujeres, 'más comida para los pajaritos' y ella [me] dice [que] cuando me ha tenido a mí que yo no salía pues y no ve que aprietan y mi mamá ya no daba más. Y dice que ha venido una enfermera ya madura y ¡fiuu! dice 'casi se sienta encima (...) ¡Qué dolor!, si yo no estaba mal le daba uno, pero uno ya no tiene ni fuerza' y claro así tal vez, yo digo debe dar miedo. Si te hablaran bien, el trato fuera bueno, te animaran (04 de julio de 2019).

El testimonio que Dora brinda acerca de la atención de la doctora de la posta es significativo: «Ahora hay posta ahicito. Uuuh, la doctorcita ese ratito puede venir, pero esa vez no había». Al respecto, llama la atención la

12 Doctores, enfermeras y practicantes.

seguridad sobre la disponibilidad para acudir al domicilio a atender la complicación del parto. Interrogada, la doctora Mabel Baldivieso apunta que el enfoque SAFCI consiste precisamente en buscar al paciente, conocer su contexto, indagar soluciones integrales para alcanzar su bienestar, lo que le lleva a programar visitas domiciliarias para verificar si siguen sus recomendaciones, enterarse de lo que ocurre en el barrio, y a veces, «ellos me cuentan, los mismos vecinos, cuando salgo, si ya ha nacido la *wawa* de tal, de cual, que la tal no ha venido todavía al primer control de su bebé» (04 de julio 2019), los lazos de confianza se fortalecen en esas interacciones.

La doctora Baldivieso reconoce la transformación de las formas de atención materno-infantil (el SUMI, el bono Juana Azurduy y la estrategia SAFCI) evitaron que alguna de las 1544 personas que tiene a su cargo hubiese fallecido en un parto. Considera que Dora no acudió al hospital por falta de orientación antes de dar a luz; los controles prenatales son justamente esa instancia de orientación a la madre sobre cómo es la atención del parto:

Es convencerle, explicarle el porqué [de hacer tal o cual práctica, o abandonarla], adelantarse a los hechos, decirles las ventajas y las desventajas, explicar las consecuencias sin hacer sentir mal a la persona (...) a partir de la semana 34 de gestación ya todo es orientación, explicarles cómo es el proceso del parto, la mejor posición para darles de lactar a las *wawas*, darles a conocer sus derechos, si quieren que los practicantes se retiren de la sala de partos (...) esto es salir a trabajar en el hogar de las madres, salir a su territorio, entrar al hogar (Mabel Baldivieso, 04 de julio de 2019).

El sistema SAFCI, al trabajar en territorios reducidos, lleva la interacción médico-paciente al escenario del hogar. Esta inserción modifica las relaciones y las formas de atender la salud y apunta a la prevención, orientación y recomendación de prácticas más

que a la curación de afecciones. En el caso de la atención materno-infantil se enfatiza la orientación, enmarcada en el desarrollo de lazos de confianza que facilitan el seguimiento de las recomendaciones. Este seguimiento exhaustivo es posible gracias a la inmersión integral en el territorio, en los escenarios cotidianos de las personas. Para esta médica SAFCI, «donde más se necesita esta atención es en el campo y en la periferia».

Algo que no explicitaron las entrevistadas, pero creo importante destacar por sus efectos positivos es la inserción de individuos de origen campesino en el personal de salud biomédico, puesto que ellos tendrían más empatía con una realidad que es similar a la de su origen y un criterio más flexible sobre las prácticas tradicionales (Ricco, 2013: 172-173). De este modo, se abre la posibilidad a una cierta identificación con la realidad del Otro. Por ejemplo, la doctora Baldivieso proviene del área rural, migró a la capital para estudiar enfermería y fue becada para estudiar medicina en Cuba.

3.2.1 Sistemas de atención utilizados, según la edad de la persona

Según Dora solo se acude al hospital cuando la dolencia es extrema, por ejemplo, a causa del cáncer; en cambio, lo que se conoce como achaques de la vejez se atienden en casa. Sus padres no quieren recurrir al doctor, «ni aunque estén días en la cama (...) cuando le queremos llevar al hospital o le dice mi hermano te llevaré. Él dice: para qué, mejor aquí nomás morirme en mi casa». ¿Es la ausencia de recursos económicos la que les impide acudir a un centro de salud? No se menciona en el discurso ni en la praxis esta limitante, sino una especie de «dignidad», el considerar la tercera edad como un periodo de decadencia y frente a él nada se puede hacer, es una inevitabilidad que prefieren enfrentar desde sus propios medios, autoatendiéndose en casa. No es este el espacio para desglosar cómo se comprende la vejez en un contexto urbano en contraste con el rural, pero cabe indicar que son realidades diametralmente distintas, como lo fueron, en cierto momento, las atenciones

del parto¹³. Se observan innovaciones y nuevos sentidos comunes en la población joven para quienes lo natural es dar a luz en el hospital; de hecho, se sorprenden de la valentía de las mujeres en el pasado: «Pero qué coraje para animarte, en tu casa» (Rocío Velásquez, 04 de julio de 2019).

Para personas de mediana edad del entorno de Dora, la figura es distinta; la denominación de las enfermedades cambia: gastritis, diabetes, etc., para las cuales sabe que hay medicamentos, aunque ella prefiere no tomarlos: «voy donde la doctorita, la de aquí, y me da como 30 pastillas, uff, es mucho yo digo que debe hacer mal, tanto». El seguimiento a otras dolencias como el mal de Chagas, está presente en su memoria, así como la prueba anual del papanicoláu.

4. Conclusiones

Los procesos de ruralización de la ciudad y urbanización del campo repercuten en la salud y la atención del parto. En estos procesos confluyen prácticas que requieren adaptaciones, y también se pierden conocimientos e integran nuevos actores e instituciones. La migración desplaza estructuras culturales de la persona, la familia y el grupo a otros contextos provocando inevitablemente una fragmentación y modificación. En la investigación se observa el retorno a la comunidad de origen para parir, pero en un contexto de desestructuración del tejido social e institucional de atención al parto que supuso una situación improvisada de autoatención reiterada en los cuatro partos. Sin embargo, a la par, se advierte la persistencia de nexos y referencialidades con la comunidad en contextos urbanos gracias a lazos de parentesco que persisten en el cotidiano. Sin ser del todo eficientes, estos nexos sostienen el universo de prácticas que afloran como conocimiento popular: el calor durante el proceso del parto, acomodar la posición del bebé mediante masajes a la madre, en lo posible los días previos al parto, etc.

¹³ Para Dibbits (2013), por ejemplo, el parto en el área andina se asume como enfermedad, pero no hace alusión a la fragilidad.

Claramente, las limitantes que identifica Dibbits (2013) —especialmente las referencias negativas de la atención en el hospital y cómo este es identificado como un territorio vedado—, son importantes para decidir dónde dar a luz, con qué cuidados, con qué seguridades y riesgos. En el caso de Dora ni la dificultad de sus partos la condicionó a recurrir al centro de salud; por lo tanto, hay que seguir —8 años después— revisando la lógica de que la gratuidad del servicio y el pago de incentivos, como los bonos, eliminan las razones para no asistir a los controles prenatales o la atención de parto (Dibbits, 2013).

Términos como «ignorancia», «temor», «vergüenza», «desconfianza» forman un complejo entramado de situaciones sociales y culturales desfavorecidas y formas y referencias de atención que siguen pesando a la hora de decidir a qué tipo de sistema médico recurrir; a esto se suma la fragmentación de los sistemas médicos tradicionales locales que tampoco logran asistir con la eficacia relativa que tenían. No es que, al menos en este estudio de caso, el parto en el domicilio haya reunido las condiciones ideales de acompañamiento, es decir, la presencia de alguien cualificado para reducir y atender los riesgos, y aun así Dora prefirió quedarse en casa debido a una visión negativa del hospital.

En las ciudades coexisten sistemas médicos (biomédico, tradicional/popular, autoatención) a los que acuden determinados segmentos generacionales, y la evolución de los sistemas médicos junto a las nociones construidas alrededor de ellos han desembocado en que la mayor parte de la población joven acuda, como sentido común, al centro de salud ante

los primeros síntomas del embarazo, lo cual supone una importante innovación cultural. La población de mediana edad y los adultos mayores son, actualmente, quienes sostienen, mediante la transmisión oral, las prácticas tradicionales de cuidados durante la gestación, parto y posparto (el manteo, los masajes, los mates calientes, etc.). No obstante, la transmisión oral como vehículo se desgasta con facilidad, al punto de ser ineficaz porque ha perdido mucha información debido al deceso y desaparición de especialistas.

Con todo, hay un avance comparativo en los 8 años transcurridos desde el último parto de Dora, por ejemplo, la presencia de una médica residente SAFCI que es valorada por los vecinos debido al enfoque familiar, domiciliario, orientativo de este modelo. Son los lazos de confianza desarrollados en sus visitas los que convierten a los centros de atención primaria en antesala de presentación y socialización humanizada de los servicios de salud pública; y se trabaja otra territorialidad que es el hogar y la medicina preventiva integral. La política de salud SAFCI busca incidir dentro de los modos de autoatención familiares, especialmente el autocuidado, a fin de equilibrar las diversas visiones de salud que practica cada contexto en el cual un médico, formado bajo este enfoque, se desenvuelve hasta entenderlo profundamente.

5. Agradecimientos

Agradezco a todas las personas sin cuyos testimonios esta investigación no habría sido posible, así como a mis docentes, padres y amigos que me acompañaron y apoyaron en este recorrido.

Bibliografía

AGUIRRE, Daniela. 2018. Las parteras de Jambi Mascaric. En: *Hacia el encuentro. Aportes a la disciplina antropológica desde la Carrera de Antropología de la Universidad Católica Boliviana «San Pablo»*. Universidad Católica Boliviana. Cochabamba, Bolivia.

CAMPOS, Roberto. 2009. Salud Intercultural en América Latina. Experiencias del pasado y contemporáneas. En: *Yachay Tinkuy, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina* 57-69. Gente Común. La Paz, Bolivia.

CASTAGNOLA, Abril. 2015. *Raíces a la intemperie. La Argentina migrante cuando la Historia es también nuestra historia*. Texto presentado al concurso Eustory 2015.

CITARELLA, Luca. 2009a. Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: Desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud. En: *Yachay Tinkuy, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina* 3-29. Gente Común. La Paz, Bolivia.

----- . 2009b. Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos. En: *Yachay Tinkuy, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina* 75-86. Gente Común. La Paz, Bolivia.

DIBBITS, Ineke; ARMAND, Mirela y PATSCHEIDER, Gloria. 2006. Interculturalidad y Salud en Bolivia. En: *Sistematización del Proyecto «Enfoque intercultural en la atención de la salud materna»*: 1-13. MSD/Prohisaba. La Paz, Bolivia.

DIBBITS, Ineke. 2013. Capítulo III: Población aymara. En: *Salud materna en contextos de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui* (coordinadora Roosta, Manigeh): 73-107. CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA. La Paz, Bolivia.

GUBER, Rosana. 2001. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Norma. Bogotá, Colombia.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2015. *Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la población*. INE. La Paz, Bolivia.

MENÉNDEZ, Eduardo. 2009. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En: *Yachay Tinkuy, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina* 87-122. Gente Común. La Paz, Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2005. *Guía para el desarrollo de un enfoque intercultural en la atención de la salud materna*. La Paz, Bolivia.

PATSCHEIDER, Gloria. 2009. *Sacudiendo penas para recuperar fuerza*. Garza Azul. La Paz, Bolivia.

RICCO, Daniela. 2013. Capítulo V: Salud materna y sus cambios generacionales en la provincia Velasco. En: *Salud materna en contextos de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui* (coordinadora Roosta, Manigeh): 143-182. CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA. La Paz, Bolivia.

RAMÍREZ, Susana. 2014. Capítulo V: Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. En: *Ciencia & Saúde Coletiva*. Río de Janeiro, Brasil. 10(1-12): 4061-4069.

TAMAYO y TAMAYO, Mario. 1999. *La investigación*. Arfo. Bogotá, Colombia.

Entrevistas

Dora Castro, vecina del barrio El Portillo Jardín de la ciudad de Tarija, migrante de primera generación de la comunidad de Canchones, 27 de mayo de 2019, barrio El Portillo Jardín, Tarija.

Mabel Baldivieso, médica residente SAFCI encargada del centro de salud barrial «El Jardín», 04 de julio de 2019, barrio El Portillo Jardín, Tarija.

Rocío Velásquez, estudiante de psicología y comunaria de Santa Ana La Nueva, 04 de julio de 2019, barrio Fátima, Tarija.

Soledad Gumiel, enfermera laboratorista que trabajó en provincias de los departamentos de Santa Cruz y Tarija desde 1992 hasta 2005, 04 de julio de 2019, barrio Fátima, Tarija.