

LOS ESTUDIOS DE SALUD MATERNA INTERCULTURAL EN BOLIVIA: DE LA TEORÍA A LA PRAXIS

**Intercultural maternal health studies in Bolivia:
from theory to praxis**

Patricia Vicente Martín
Universidad Complutense de Madrid, España
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Resumen: Desde finales de la década de 1980 el Estado boliviano ha emprendido diversas iniciativas para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, pero han sido diferentes ONG y agencias de cooperación las que han desarrollado proyectos desde un enfoque intercultural. En este artículo se muestran las principales estrategias y experiencias relativas a la salud materna con enfoque intercultural, y se completa con unas notas etnográficas procedentes de una comunidad sin relación con proyectos de cooperación en salud.

Palabras clave: salud materna, interculturalidad, pluralismo médico, Andes.

Abstract: Since the late 1980s the Bolivian state has undertaken several initiatives to reduce maternal mortality and morbidity, but it has been different NGOs and cooperation agencies that have developed projects from an intercultural approach. This article describes the main strategies and experiences related to maternal health with an intercultural approach. The paper concludes with ethnographic notes from an unrelated community with projects for health cooperation.

Keywords: maternal health, intercultural, medical pluralism, Andes.

Introducción

Aportar una definición de interculturalidad, ya sea en el ámbito de la salud, de la educación o en cualquier otro, es aún una tarea necesariamente inconclusa. Nuestro objetivo es analizar la noción de interculturalidad en salud en Latinoamérica como base de reflexión. No es que no se hayan hecho intentos, pero sí caben múltiples matizaciones.

La interculturalidad, lo que concierne a la relación entre culturas, y como bien sintetiza la RAE, se entiende de múltiples maneras. Es metodología y es teoría. Es también un tema o una actitud a aplicar en el proceso de la investigación. Es, en definitiva, un concepto aparentemente sencillo, hasta que al profundizar surgen diferentes acepciones, a veces complementarias pero frecuentemente contradictorias (Menéndez, 2006: 51). Así, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende la interculturalidad como «un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional».¹

Además de esta interacción comunicativa, la interculturalidad en salud es también una herramienta y una habilidad; es considerada como la capacidad que permite «reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad»; y actúa como herramienta enfocada a «la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo», que a través de diálogo horizontal persigue tanto el «reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales» como la incorporación de estas últimas en el interior de los sistemas de salud convencionales.² Resulta interesante citar las palabras de Fernández:

El concepto de interculturalidad y sus aplicaciones concretas parece adolecer de un carácter escurridizo o cuando menos acumulativo, puesto que cuanto más se piensa en él y se hace el esfuerzo por enmarcarlo en una definición sencilla, nuevas sensibilidades, conceptos y perfiles aparecen asociados en el debate sobre su naturaleza (Fernández, 2011: 2).

A pesar de ser un término acuñado de forma muy temprana, su uso comienza a popularizarse a partir de la década de 1990, siendo en la actualidad una palabra fetiche y omnipresente (Aguirre, 1995 [1955]). Ante la polisemia y la falta de consenso, el objetivo sería no definir el concepto, sino hacer una lista de sus usos. De esta manera, lo intercultural queda relacionado con la reciprocidad, la convivencia, el encuentro y el reconocimiento. Por ello, podría definirse como «las condiciones para el reconocimiento recíproco entre culturas diferentes», siempre que este reconocimiento se dé en condiciones de simetría y de

1. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: Pan American Health Org (Organización Panamericana de la Salud, OPS), 2008, pág. 10.

2. *Ibid.*, pág. 11.

igualdad, entendiendo siempre la diferencia como una forma valiosa (Ongheña, 2002: 87-88, 90). Ese diálogo en condiciones de igualdad parece ser lo más representativo y característico de la interculturalidad, pero los usos concretos del término matizan y sitúan la definición.

El discurso intercultural es, como bien ha señalado Mateos, un «fenómeno transnacional que enlaza, fertiliza e hibrida diferentes tradiciones disciplinarias y nacionales» (Mateos, 2010: 17). Concepto que, en Europa, nunca logró visibilizarse como una prioridad o herramienta especialmente apropiada. Aun así, se ha acabado configurando como una herramienta pertinentemente útil para el trabajo con minorías étnicas, para el caso latinoamericano, o con los colectivos de inmigrantes en el contexto europeo (Flores, 2011, 14-15; Fernández, 2011: 17; Ramírez, 2011: 43).

La interculturalidad, el encuentro entre culturas, puede ser positiva o negativa. La primera de ellas es la que interesa en este artículo, para realizar intercambios constructivos y respetuosos entre los dos polos. Para ello, hay que cultivar actitudes que acaben trazando relaciones «hacia el centro» (Albó, 2004: 65, 68). Lo intercultural puede ser también una metodología que permita el estudio, la descripción y el análisis de la interacción dada entre diferentes culturas (Ongheña, 2002: 86).

En cambio, la interculturalidad asume diferentes acepciones y trayectorias; es entendida como el núcleo de la especificidad inicial de la disciplina antropológica, por ser el elemento metodológico que la distinguía, puesto que el trabajo de campo se desarrollaba en términos de interculturalidad, en particular al tratarse del estudio de la otredad, hasta el desarrollo de la antropología *at home* (Menéndez, 2006: 51).

Así, el proceso de interculturalidad ha pasado por diferentes momentos dentro de la propia trayectoria de la disciplina: en sus inicios estuvo dominada por las escuelas evolucionistas y difusionistas, singularizadas por un marcado etnocentrismo y por una interculturalidad caracterizada por una situación asimétrica; esa concepción etnocéntrica se radicalizó durante las décadas de 1920 y 1930, y no será cuestionada hasta la llegada del relativismo cultural décadas más tarde. Al respecto, es posible distinguir desde la década de 1990 varios usos de la interculturalidad ordenados en dos líneas básicas (Menéndez, 2006: 58-59).

El primero de ellos es el más difundido entre quienes estudian los procesos de salud, enfermedad y atención, y lo manejan en términos culturales. Esta aproximación parte de la base de que aquellos sujetos —pertenecientes a culturas diferentes— desarrollan prácticas y concepciones demasiado distintas como para darse relaciones complementarias. Por lo tanto, resulta necesaria la información o educación de una y/o ambas partes para corregir las malas condiciones de comunicación. La otra línea, además de reconocer los aspectos simbólicos y etnicistas, articula la dimensión económica y política para colocar la situación de pobreza y desigualdad social como el elemento central que constituye las relaciones interculturales.

Por su parte, Flores amplía hasta cuatro los usos que se vienen dando en los últimos años. Primero, por la interculturalidad en salud como moda, en parte por el papel de la Antropología como una licenciatura o estudio de moda para los profesionales de la salud, y también para los trabajadores sociales. Segundo, por la interculturalidad en salud como retórica: la acepción que más me interesa, porque trata la interculturalidad como una palabra mágica o fetiche, cada vez más frecuente y sin ningún tipo de rigor o precisión descriptiva, es decir, como una suerte de término políticamente correcto recurrente en discursos y proyectos. Tercero, por la interculturalidad en salud como horizonte utópico en sociedades de gran complejidad sociocultural. Y cuarto, por la interculturalidad en salud como necesidad técnica y de eficacia, sin duda la única práctica y apuesta que merecería los esfuerzos de seguir trabajando en esta línea (Flores, 2011: 25).

Lo que *a priori* se había configurado como un diálogo horizontal, acaba convirtiéndose en una posmoderna forma de paternalismo debido al uso dado por parte de un Estado, una ONG o investigadores (Fernández, 2011: 18). Aunque el ejemplo siguiente será posteriormente retomado y ampliado, aludiré a la diferente denominación que tienen en España y América Latina, concretamente en Bolivia, así como a los cambios en el espacio. El trato médico durante el parto pone de manifiesto cómo la interculturalidad es cosa de indios. En este caso, de indias. En España y en otros países de Europa, el parto se humaniza; los espacios se renuevan para que el parto tenga lugar en las mejores condiciones fisiológicas, respetándolo (Parra y Müller, 2009). En cambio, en Bolivia, los espacios se adecuan para respetar los usos y costumbres de las mujeres de raigambre indígena y para atender partos interculturales.

¿Por qué dentro de los programas de parto respetado no se habla en términos de interculturalidad? La estrecha asociación entre la interculturalidad y la inmigración es perceptible, por ejemplo, en la investigación de Blázquez sobre la atención del embarazo, el parto y el puerperio en el área 12 de la Comunidad de Madrid. Uno de los tres ejes transversales de equidad que se establecen exige «integrar aspectos interculturales en la práctica sanitaria», a causa de la multiculturalidad, debida «al mayor número de mujeres de otra nacionalidad» (Blázquez, 2009: 37).

Para las inmigrantes la interculturalidad y para «nosotras» el género; mediante la perspectiva de género —el otro eje transversal de equidad junto con la diversidad, el cual atiende los casos de mujeres con discapacidades físicas, sensoriales y psíquicas— se garantiza tanto el protagonismo de las mujeres en el proceso, como la participación de sus parejas. Como bien ha señalado Flores, la idea de que «la interculturalidad es exclusivamente útil para trabajar con minorías indígenas o migrantes» está ampliamente difundida, y con ello la suposición de que estos colectivos poseen «singularidades culturales más o menos “problemáticas”», las cuales deben ser salvadas o superadas a la hora de encarar un trabajo de tipo técnico (Flores, 2011: 9).

No olvidemos que nosotros también tenemos una cultura, y que la biomedicina es también un sistema plural; existe una jerarquía médica en función de sus

especialidades, dotadas de estatus y poder acorde con las técnicas terapéuticas empleadas (Hanh y Kleinman, 1983: 315).

En lo que concierne a las intenciones, la interculturalidad se encamina hacia el encuentro y el diálogo horizontal, buscando el respeto, y no la tolerancia, para crear un espacio donde la diferencia sea valorada. En Bolivia el concepto llegó de la mano de la Cooperación Internacional, coyuntura que ha implicado que su incorporación se haya realizado con una pobre reflexión teórica (Ramírez, 2011: 48).

En primer lugar fue aplicado en el ámbito educativo, área en la cual el movimiento indígena lo aplica para referirse a la educación bilingüe. Luego se llevó al ámbito de la salud como una propuesta para revalorizar y reconocer la medicina tradicional —en particular, la kallawayaya—, y tender puentes hacia la complementación en salud entre la medicina occidental y la tradicional. En opinión de Ramírez, la interculturalidad en salud en Bolivia acaba funcionando como una «estrategia política y económicamente barata para hacer visibles cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados» (Ramírez, 2011: 34).

Del gusto por su empleo y promoción, se acaba generando un vacío léxico que confunde al lector y pervierte el término. Sobre esta temática dedicamos las siguientes páginas de este artículo volcado precisamente en los estudios de salud materna intercultural en Bolivia.

1. La salud materna intercultural en Bolivia: estudios y políticas

La preocupación por reducir los altos índices de mortalidad y morbilidad materna aparece en las agendas internacionales con especial intensidad durante la década de 1990, consagrándose como uno de los objetivos del milenio. Desde finales de la década de 1980, el gobierno boliviano comenzó un desarrollo progresivo de diversas estrategias enfocadas a la reducción de las muertes maternas, comprendidas en el seno de una política general de salud reproductiva (Bradby y Murphy-Lawless, 2005: 245).

Concretamente, con la implantación del Plan Vida en 1994 (que opera como proyecto del Ministerio de Planificación del Desarrollo del Estado Plurinacional de Bolivia), el Estado boliviano abre una «nueva fase en las políticas y prácticas de la salud materna y del neonato» (Arnold, Murphy-Lawless y Yapita, 2001: 11), instalándose en la cúpula ministerial una preocupación por mejorar la salud materna e infantil que se mantiene hasta la actualidad. Al Plan Vida le siguieron otras iniciativas, como el SUMI —creado mediante Ley N° 2426 de 2003.— o el Bono Juana Azurduy.

El Bono Juana Azurduy —creado mediante Decreto núm. 066 de 3 de abril de 2009— es un incentivo económico destinado al fomento de una maternidad segura y del desarrollo integral de la población infantil, de 0 a 2 años, y que ha estado vigente hasta 2014. Nace con la finalidad de hacer efectivos

[...] los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral consagrados en la Constitución Política del Estado, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años.

Se trata, entonces, de una transferencia económica condicionada que reciben las madres bolivianas que acuden a los controles prenatales y posnatales, y hasta 12 exámenes bimestrales, además de tener un parto institucional y llevar a sus hijos a las revisiones exigidas. Si se cumplen todas las condiciones se puede percibir por todo ello hasta 1.820 Bs (una cifra cercana a los 200€), en un periodo de 33 meses. El SUMI recibió una de las tasas de mortalidad y morbilidad materna más altas de América Latina,³ en concreto la segunda después de Haití (Uriburu, 2006).⁴

En la década de 1990 comienzan a aparecer diversos estudios sobre las preferencias de las mujeres andinas en lo que respecta al embarazo y al parto (Dibbits, 1994; Llanos, 1992; Burgos, 1995). Aunque existían ya monografías que informaban de forma temprana sobre los usos y costumbres del alumbramiento de las mujeres andinas (Buechler y Buechler, 1971: 20-23), y, en especial, estudios sobre folclore médico, especialmente precoces (Hubí, 1954). Fue precisamente durante esa década, y más concretamente entre 1993 y 1996, cuando diversas instituciones —el Instituto de Lengua y Cultura Aymara, ILCA, La Paz (Bolivia); el Salud Familiar Comunitaria Intercultural, CIES, La Paz (Bolivia), o el Instituto de Estudios Amerindios de la Universidad de Saint Andrews, en Escocia (Reino Unido), entre otras— emprenden el proyecto *Reducción de la mortalidad y morbilidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sistemas formales e informales de cuidado perinatal*, auspiciado por el programa «Ciencias y tecnologías de la vida para los países en vías de desarrollo», de lo que entonces se denominaba Comisión de la Comunidad Europea (Arnold y Yapita, 1998; Arnold *et al.*, 1999; Arnold *et al.*, 2001).

Dentro del cual los diversos equipos de investigación abarcaron áreas rurales y periurbanas circundantes a las ciudades de la Paz y Sucre, pero distribuidas entre los departamentos de La Paz, Potosí, Chuquisaca y Oruro. Este macroproyecto originó un amplio corpus materializado en casi una veintena de informes internos que dieron pie a la publicación de diversos artículos y monografías, aportes fundamentales para el tema de este artículo (Platt, 2001; Arnold *et al.*, 2002; Bradby, Murphy y Lawless, 2005).

Actualmente, la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se define en el Decreto Supremo núm. 29601 como «el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención,

3. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*. Ginebra: WHO – UNICEF – UNFPA – WB – ONU, 2014.

4. *Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes (MSyD-Bolivia), 2010.

tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio». El SAFCI es el eje central del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, junto al ya citado SUMI, que son las dos estrategias que, a nivel nacional, buscan integrar las prestaciones en materia de salud materna y neonatal para lograr el mayor impacto posible.⁵

Mediante Decreto Supremo núm. 29601 de 11 de junio de 2008, la SAFCI nace con el objetivo de eliminar la exclusión social sanitaria, reivindicando y fortaleciendo la participación social efectiva en la toma de decisiones que afectan a la gestión de la salud. Busca, además, «aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población». En el caso del modelo SAFCI, es evidente su uso retórico al aparecer como uno de los logros de la nueva forma de hacer política del Estado Plurinacional de Bolivia, y como una estrategia contingente a un contexto político favorable, donde los procesos de movilización social —a nivel departamental, municipal y local o comunitario— acabaron por dirigir las políticas del nuevo estado (Vargas, 2013: 56-57).

A la vez, el modelo se enmarca dentro del paradigma de la atención primaria en salud, y se considera heredero de diferentes experiencias locales, de las cuales aprende. Esas experiencias locales —basadas en el paradigma de atención en salud— constituyen la base práctica material para el desarrollo de la política SAFCI, un modelo que sustenta su ejercicio de promoción de la salud en los principios de la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad. Sobre los cuatro principios filosóficos merece ser destacado el apunte de Vargas al reconocer que en un primer momento «se descuidó la profundización de las raíces filosóficas del paradigma» (Vargas, 2013: 54-56).

Paralelamente, el Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal «asume los principios básicos de derecho a la vida, a la participación comunitaria, a la interculturalidad entre sus sectoriales, a la integralidad, a la equidad de género y generacional, solidaridad, justicia social y reciprocidad, en el marco del respeto a la diversidad cultural que tiene Bolivia».⁶ Interesa aquí destacar que la SAFCI, cuando habla de interculturalidad, se refiere a:

La complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades, urbano rurales, naciones y pueblos indígena originario campesino, comunidades interculturales y afro bolivianas con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes/conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud (Vargas, 2013: 59).

5. *Ibid.*, pág. 11.

6. *Ibid.*, pág. 28.

Esta noción de interculturalidad se fundamenta en los estudios sobre medicina tradicional desarrollados en el país —fundamentalmente los dedicados a la cultura kallawayá—, los modelos médicos de Menéndez (1992) y también en esas experiencias locales ya enunciadas (Vargas, 2013: 58-59) y que procedo a detallar.

Los casos que acabaron constituyendo esa «base práctica material» para el desarrollo de la SAFCI son cuatro. Primero, el Hospital Kallawayá de Curva, Bautista Saavedra, La Paz. Segundo, las salas de parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya, Aroma, La Paz. Tercero, el proyecto de la ONG de Cooperación Italiana (COOPI) en Tinguipaya, Tomás Frías, Potosí. Y cuarto, la actividad desarrollada por la ONG Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj, en comunidades del departamento de Potosí.

Todos ellos fueron posibles gracias a la iniciativa local, internacional y de cooperación. Esto significa que el Estado —mediante el Servicio Departamental de Salud o a través del propio Ministerio de Salud— se involucra de manera tardía, cuando la experiencia ya se ha puesto en marcha (Vargas, 2013: 51). Abordaremos los puntos fundamentales de estas experiencias interculturales siguiendo un criterio cronológico, y otorgándoles mayor protagonismo a las iniciativas encaminadas a la promoción de la salud materna.

La construcción del Hospital Kallawayá Shoquena Husi de Curva fue costeadada con los fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), objetivo perseguido activamente por el grupo de médicos kallawayas de la región de Curva (Callahan, 2006: 289), aunque en el momento de su entrega formal fue presentado como «una demostración de interculturalidad e incorporación de la medicina tradicional» (Vargas, 2013: 36) por tratarse de un espacio arquitectónico *ex novo* diseñado para la integración de prácticas médicas occidentales y originarias (Callahan, 2006: 289).

Lo cierto es que entre los años 2003 y 2005, periodo estudiado por Callahan, el consultorio Kallawayá del hospital recibió un promedio de 11 consultas por año, siendo extranjeros más de la mitad de los pacientes. La gente de Curva, cuando busca la ayuda de un médico kallawayá, prefiere ser atendida en su hogar. Además, los médicos originarios no respetan los turnos establecidos en el consultorio; al no percibir sueldo alguno, la lógica de los turnos rotativos les impide dedicarse a otras actividades que les proporcionan el sustento (Callahan, 2006: 290-291).

En definitiva, el Hospital Kallawayá, a pesar de su enfoque intercultural, está pensado desde parámetros occidentales, incompatibles con la diversificación económica propia de los especialistas en rituales andinos. Sin olvidar que se acentúa la posición subordinada de la medicina originaria —kallawayá en este caso— y que el personal biomédico, a diferencia del kallawayá, sí percibe sueldo.

Muy distinta es la experiencia llevada a cabo en comunidades pertenecientes a los municipios de Cotagaita, Nor Chichas, así como en Caiza D y José María Linares, ambos de Potosí. Aquí la ONG Causananchispaj trabajó durante más de quince años de forma conjunta con las comunidades, y debido a la demanda y las necesidades locales, el proyecto inicial se amplió a las áreas de produc-

ción y educación. A pesar de que la demanda de los servicios de salud materna era muy reducida, se trabajó en pos de la articulación y complementación de los dos sistemas de salud (Vargas, 2013: 48-49).

Más interesante me resulta para el propósito de este texto el dilatado proyecto de las salas de parto con adecuación cultural (a partir de ahora, sala de partos con AC) en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya. Desde el año 2000 se viene trabajando en la zona gracias a un convenio firmado por el gobierno municipal y la AECID; posteriormente Médicos del Mundo (MdM) se sumó al proyecto, contando siempre con el financiamiento de la AECID, y en estrecha colaboración con el gobierno local (Vargas, 2013: 38).⁷

En 2001, y gracias a dicho convenio, se construye el Hospital de Patacamaya. Dos años después, y por sugerencia de la AECID, uno de los consultorios pasó a destinarse a la atención de la medicina tradicional, resultando una experiencia muy similar a la de Curva (Callahan, 2006). La introducción de los médicos tradicionales estaba pensada para que los pacientes acudiesen a ellos cuando lo desearan, y para que los médicos académicos derivasen a sus pacientes cuando fuese pertinente, cosa que ocurrió en contadas ocasiones. De los cinco terapeutas tradicionales iniciales solo tres mantienen sus turnos; siguen sin recibir remuneración alguna por parte del hospital, y no se cuenta con ningún registro sobre su actividad, cosa que dificulta la medición del impacto de su presencia y actividad.⁸

Pero no fue hasta el año 2006 cuando se instala la primera sala de partos con AC. Esta funcionó por poco tiempo, puesto que entre finales de 2007 e inicios de 2008, y debido a diversos desacuerdos entre las autoridades del ámbito de la salud, su actividad se paralizó (Vargas, 2013: 39). Fue un espacio pensado —o mejor adaptado, que no es una construcción *ex novo*— para que la mujer aymará estuviese acompañada por su familia, pudiese vestir sus prendas y tomar las comidas e infusiones que quisiese. También podía elegir la postura a adoptar durante el trabajo de parto, y tras el nacimiento podía recibir la placenta. La sala se acondicionó con un catre (cama), un colchón de paja, una escalera de madera, una colchoneta de lona, un sillón de madera y un estante. Más que necesidades materiales, el grueso de las medidas que permiten ofrecer una atención intercultural durante el parto dependen del grado de implicación y de la actitud de un personal sanitario que permita que la parturienta vista sus ropas o tome infusiones durante el nacimiento, por citar algunos ejemplos. Lamentablemente no existe un registro oficial de los partos atendidos en esta primera sala AC, por lo que todos ellos fueron reconocidos como atenciones biomédicas.⁹

7. *Sistematización del Proceso de Implementación de la Estrategia para la Atención del Parto con Adecuación Cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSyD-Bolivia), 2013, pág. 39.

8. *Ibid.*, págs. 40-41.

9. *Ibid.*, pág. 44.

A mediados de 2007 se apoyó la construcción de una nueva sala de partos con AC, obras que se iniciaron en agosto de 2008, a pesar del desuso de la primera y de haber sufragado la instalación de una calefacción de gas que —debido a que el municipio no quiso asumir los gastos de mantenimiento— solo funcionó en dos ocasiones. También se acordó la entrada y participación de las parteras en el hospital cuando experiencias pasadas habían mostrado que la complementariedad de saberes médicos acababa subrayando la subordinación de las parteras respecto del personal biomédico. Aunque el registro de información seguía siendo deficiente, reportó que muy pocos partos, un 17%, se daban de manera conjunta entre las parteras y el personal de salud occidental.¹⁰

Por último, en 2011 se acuerda la construcción de otras dos salas de partos con AC y un jardín destinado al cultivo de plantas medicinales. Las nuevas salas son muy similares a las anteriores, salvo por la incorporación de un tragaluz en el techo y la ausencia de la escalerilla de madera y de la colchoneta, puesto que las parturientas preferían la cama.¹¹

Así, el hospital de Patacamaya ofrece a las parturientas la posibilidad de ser atendidas en una sala biomédica o en una sala de parto con AC. En esta última se espera que la parturienta sea atendida en un ambiente «cálido», mediante una acción conjunta del personal biomédico y las parteras tradicionales. Pero se viene dando el mismo problema: la introducción de los médicos, terapeutas o parteras tradicionales no hace otra cosa que evidenciar actitudes y prácticas de subordinación. Por ejemplo, en Patacamaya las parteras no cumplen con rigurosidad los turnos rotativos puesto que no perciben un sueldo por parte del hospital, y se ausentan de este para acceder conseguir ingresos económicos derivados de otras prácticas. Ellas siguen atendiendo partos domésticos, y el servicio que brindan a las mujeres en la sala de partos con AC es remunerado por las propias familias.¹²

Además, las parteras consideran que los médicos no estiman ni valoran sus conocimientos del parto, y su participación fue difícil de aceptar para muchos médicos, que tuvieron que ser obligados a cambiar de planes y atender en la sala AC. El caso de Tinguipaya revela problemas similares. El proyecto impulsado por la ONG COOPI propuso —al igual que las actividades desarrolladas por la AECID— una articulación entre los dos sistemas biomédicos (Pérez y Fuertes, 2009). Pero, tras años de compartir espacio en el ámbito hospitalario, siguen existiendo actitudes y prácticas de subordinación del personal sanitario (Vargas, 2013: 40-41, 45).

El repaso podría ser más exhaustivo e incluir más ejemplos de proyectos y adecuaciones —como los gestados por la Cooperación nipona—, pero he decidido centrarme en aquellos que se consideran la «base práctica material» de la

10. *Ibid.*, págs. 47, 53, 59.

11. *Ibid.*, pág. 70.

12. *Ibid.*, págs. 90-91.

ya mencionada SAFCI. De estas experiencias —que no son las únicas desarrolladas en el país (Michaux y Sebert, 1999)— me gustaría recalcar que, por un lado, se pone de manifiesto que las muertes maternas evitables están relacionadas con los partos tradicionales. Por otro, que la interculturalidad y la SAFCI está orientadas a áreas rurales indígenas. Finalmente, que la política en cuestiones de salud materna desarrollada por el gobierno a nivel nacional se ha sustentado basándose únicamente en las tierras del altiplano boliviano.

El censo de 2012 registró 119 respuestas. Aparecen los aymaras y los quechuas como «naciones», o Pueblo Indígena Originario Campesino (NyPIOC), que llegan a 43. Son minoritarios, con aproximadamente 74 declaraciones, estas últimas correspondientes a otros contingentes poblacionales. Pero esta pluralidad es ignorada en la *praxis* política.¹³ Son las experiencias vividas en el altiplano¹⁴ las que acabaron por dotar a la política SAFCI de su «base práctica material».¹⁵ Además, comprenden únicamente casos desarrollados en las tierras altas.¹⁶

Iniciativas como el Bono Juana Azurduy buscaban, tal y como expresan las palabras de Nila Heredia —ministra de Salud en el año 2010—, «acostumbrar» a las mujeres a tratar dos temas: «uno es la desnutrición y el otro lograr que las embarazadas se acostumbren a hacer su prenatal y los niños tengan todas sus vacunas, en un plazo determinado la gente se va a acostumbrar, la idea es esa».¹⁷

Se duda de la eficacia de las técnicas tradicionales de parto, aun cuando un 37% de las muertes maternas se producen en establecimientos de salud. Las capacitaciones se destinan a parteras, pero, hasta donde sé, no a médicos (Dibbits, 2013: 98). Atender en una sala con AC requiere de capacidades y destrezas particulares, implica moverse de otra manera, distinta de como acostumbra el médico en los paritorios típicos. Muchos médicos de Patacamaya se resistían a atender en la sala con AC al tener que agacharse «como mecánicos», prefiriendo la atención en la sala biomédica.¹⁸

Años atrás, el monumental proyecto *Reducción de la mortalidad y morbilidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sistemas formales e informales de cuidado perinatal* había evidenciado que las estadísticas demo-

13. *Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la Población*. La Paz: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE-Bolivia), 2015.

14. *Guía para el desarrollo de un enfoque intercultural en la atención de la salud materna*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSyD-Bolivia), 2005.

15. *Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados*. La Paz: OPS-OMS – Causananchispaj, 2006.

16. *El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: un avance para las políticas públicas de salud*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSyD-Bolivia), 2007.

17. Disponible en: Jornadanet.com, 21 de octubre de 2010. «Bono Juana Azurduy va sólo hasta el 2014», afirma el Gobierno (en línea). Disponible en: www.jornadanet.com/n.php?a=54547%AD1Bono (consulta: 16 de marzo de 2016).

18. *Sistematización del Proceso de Implementación de la Estrategia para la Atención del Parto con Adecuación Cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSyD-Bolivia), 2013, pág. 63.

gráficas indicaban que eran la pobreza y la marginación los factores que contribuían a la precariedad de la salud materna (Bradby y Murphy-Lawless, 2005: 250).

A pesar de ello, el gobierno boliviano ha enfatizado la cuestión de la higiene y la necesidad de las capacitaciones, y se ha dedicado a extender el pensamiento biomédico sobre el parto para obtener una mayor participación de la comunidad en el denominado «parto limpio». En el último Plan Nacional, se reconocen que las causas estructurales de la mortalidad son un reflejo de la situación de pobreza y de la falta de equidad.¹⁹

Las líneas estratégicas de dicho Plan están dirigidas a la promoción de la salud materna, perinatal y neonatal, a los cuidados esenciales, al fortalecimiento de la SAFCI y a la mejora de la atención a través de aplicación de enfoques interculturales. Pero las líneas estratégicas no especifican en demasía el modo de llevar a cabo las 16 líneas de acción, subdivisiones de las anteriores.

Me resisto a conceder un excesivo protagonismo a las estadísticas; visto queda que el registro no es siempre fiable, y acabamos haciendo una «demografía sin números» (Scheper-Hughes, 2000). Es lógico que las estadísticas oficiales del gobierno boliviano registren estancamientos, o incluso repuntes en las tendencias de mortalidad materna; la interculturalidad es una necesidad técnica y de eficacia, una herramienta para adquirir las competencias culturales, pero incapaz de borrar de un plumazo situaciones de pobreza o desigualdad. No se trata de la aquiescencia de una dolorosa realidad, sino de evitar frustraciones; considerar cuáles pueden ser los alcances de las iniciativas respecto a los recursos humanos y económicos, y valorar que muchos de los efectos solo se verán a largo plazo.

3. Notas etnográficas

¿Qué efectos tienen las políticas, protocolos y guías de atención en regiones donde la cooperación no llega? ¿Son conscientes las poblaciones de áreas rurales, las protagonistas de la SAFCI, acerca de los cambios hacia una atención intercultural en salud?

Las siguientes páginas están dedicadas a esbozar las relaciones de las mujeres de Santiago, una comunidad donde realicé trabajo de campo en el año 2014 y mantuve entrevistas con el personal sanitario. Hablo de las ideas y mitos existentes en torno a la atención médica del parto y el trato que se presupone que se puede recibir en un hospital. Santiago es una pequeña comunidad de la región de Lípez, al sur del departamento de Potosí (Bolivia), que tan solo mantuvo contacto con la Cooperación Italiana; allí se edificó un invernadero, y se

19. *Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes (MSyD-Bolivia), 2010, pág. 24.

construyeron unas piezas destinadas al aseo de un escaso número de llamas. Del invernadero no quedan ni las ruinas. Pronto cayó en desuso al igual que los apeaderos de las llamas, solo usadas por los niños para sus juegos. La comunidad está dedicada, casi en exclusiva, al cultivo de la quinua, un cereal de altura, por los altos beneficios que su venta deja. A pesar de ello, en los últimos años el número de familias que han ido migrado hacia áreas urbanas de Bolivia, o hacia Chile, no ha hecho sino aumentar.

Las aspiraciones y posibilidades que ofrecen ciudades como Potosí, La Paz o Santa Cruz tientan a los jóvenes, que tras acabar su bachillerato acaban marchando para comenzar sus estudios universitarios. La población se percata, ya que, como explicara doña Eva Quispe, de cuarenta y siete años: «se va[n] a otros lados. En otros lados también. Aquí casi ya no hay wawas, pues. Las escuelas también, de año en año están más, más poco están. Porque ya no hay wawas».

Siguen naciendo *wawas*, pero menos que antaño. Y las que nacen, lo siguen haciendo mayormente en las casas; «no sabemos ir a hospital», dicen muchas. El español hablado en el altiplano andino emplea una perífrasis especial compuesta a partir del verbo saber, correspondientemente conjugado, y un verbo en infinitivo. Esta perífrasis, o bien se usa con valor de imperfecto, o con el significado de *soler* o «estar acostumbrado» (Vaquero, 2011: 30).

Se ha difundido, quizá en exceso, el rechazo de la población andina al sistema biomédico y a los hospitales en particular: «al hospital van los que mueren» (Fernández, 2006). También se ha insistido en la existencia de barreras geográficas y económicas, así como en el trato poco respetuoso que algunos indígenas sufren cuando acuden a estos centros. Sin negar todo lo anterior, ya que son prácticas que se continúan aplicando, se hace necesario anotar que la población andina —y en general, la amerindia— no rehúsa al hecho de acudir a los servicios de la medicina occidental, al igual que la medicina tradicional no es solo cosa de «indios» (Calavia, 2004; Callahan, 2006: 290).

El vicio del *misoneísmo* es muy propio del carácter hispánico, pero no del indígena. Parece darse una inclinación amerindia, una suerte de curiosidad por las ideologías europeas, que aceptan rápidamente, pero conjugando siempre dobles lealtades (Menéndez, 1982: 93). Y así ocurre con la biomedicina, a la cual se acude cuando se considera pertinente y eficaz (Pitarch, 2013: 169; Gutiérrez, 2014).

Las mujeres de Santiago no tienen ningún inconveniente en acudir a hospitales en caso de problemas gástricos, o en respetar con precisión las prescripciones del médico cuando este les diagnostica anemia. Al igual que confían en el *Mentisán* y en los remedios de Valentín Cerdán. Él viene cargado con una bolsa repleta de medicinas de herbolario y remedios chinos, los mismos que se pueden conseguir en las chiflerías del popular Mercado de las Brujas de La Paz. Pero cuando los dolores del parto apremian, las mujeres confían en el trato que sus familiares les brindan, en la habilidad de las parteras, si las hubiese, o si se considera pertinente acudir a ellas, o en el propio auxiliar.

Con el deceso de Simona Valda Ticono también feneció la partería en la comunidad; según las gentes de Santiago, ya no quedan parteras, aunque las mu-

jeros mayores saben. De acuerdo con la conversación grabada que mantuve con doña Alicia Quispe, de unos veintisiete años de edad, esta afirmó lo siguiente:

Ajá, siempre venían a mi casa, pues, la gente. Cuando sus señoras están embarazadas, están poco, para mejorarse, ya, venía[n] aquí y aquí corría[n] siempre. Aquí agarraba, de aquisito de la manita, del pulgarcito no más la agarraba, así ya está, es pa' eso no más.

Estas palabras hicieron que le preguntara si les leía la sangre, y doña Alicia contestó:

Las venas yo creo. Ahisito no más le agarraba. Ahisito, a vis a vis, ¿cómo le avisará? Así, ¿no ve? Llega aquí, nos libramos, ¿cómo será? ¿Cómo leerá? Sí, eso sabe hacer. De ahí mi abuelita se iba así, de aquisito yo sé ir a acompañar. Porque no, ella ya no veía su ojito de noche; yo sé ir a acompañar; de aquisito la agarraba, aquisito no más. Y el dolor, vendrá, listo, la wawa al tiro. La wawa, la agarra, la levanta, le corta el ombligo, le envuelve ahisito, le ponía en su piecito, y a la mamá la hace acostar.

Las mujeres en estado de preñez acudían a la casa de doña Alicia en busca de su abuela, doña Simona Valda. Capaz de leer el pulso, atendía a las parturientas y al recién nacido. Ahora hace lo propio don Inocencio, en su calidad de sanitario de la posta de Santiago. En Macha, Chayanta, Potosí, los que saben leer el pulso son llamados *llankhiris*; son los que miran, o leen la sangre de la madre o escuchan su voz a través de las yemas de sus dedos. Al iniciarse el embarazo, esta voz es lenta y estancada (Platt, 2001: 647).

Don Inocencio es natural de Santiago y desde hace más de dos décadas es el responsable de la posta de salud de la comunidad. Coincido con Flores al ver en la figura de los auxiliares de enfermería, o también en los Responsables Populares de Salud o Promotores de Salud, «los verdaderos agentes y ejecutores en la práctica de la aplicación de una medicina intercultural en las comunidades rurales de Bolivia» (Flores, 2004: 200).

De don Inocencio no solo depende la salud de las gentes de Santiago. También la de la gente afligida de dos comunidades cercanas, la de Santiago Chuvica y la de San Juan. Este último es un núcleo de población mayor que cuenta con un pequeño hospital, al cual no acuden las santiagueñas en el momento de dar a luz, y tampoco lo hacen las de la localidad de San Juan. Don Inocencio atiende a la mayoría de las parturientas en sus propias casas. Tiene unos sesenta años de edad, y es más práctico acudir al domicilio que internarlas, puesto que las mujeres han de llevar la comida que deben tomar tras el parto. Como consta en su conservación:

Sí, están más cómodas, porque no... Aquí en el hospital ahora tampoco ya se exige que estén en la mesa ginecológica solamente.... Según usos y costumbres. ¿Dónde está más fácil, más cómodo? Así. Mayormente en casa. Porque aquí no se puede internar porque tiene que traer comida... Uno o dos veces, ahí abajo he atendido.

A pesar de los cambios en la atención, la mayoría de las mujeres optan por quedarse en sus casas. Incluso las de San Juan, que llaman a don Inocencio

para ser atendidas en sus casas en lugar de acudir al hospital: «El parto, pues... Que no hay mucha confianza. No sé, algo debe haber. Hay un médico licenciada, hay un enfermero, son tres». Algunas ni tan siquiera confían en el auxiliar, incluso cuando este respeta el fajado y la postura que la parturienta adopta, y fomenta el trabajo de parto con masajes que están hechos con manzanilla que calienta el cuerpo.

Según la entrevista que le hice a doña Fidelia Bernal, de treinta y cinco años de edad, contestó: «sí; aquí también, sanitario no más hay. Nos atiende, pues, en nuestra casa, así. Sí. Algunos tienen miedos también. Algunos. Solos...». Le pregunté de dónde venía su miedo, y contestó: «al sanitario, pues. Sí, entonces ellos no más con su mamá o con sus tíos, así se mejoran».

Un buen número de estas mujeres justifican su decisión de no acudir al hospital por el trato que probablemente van a recibir. Los hospitales son lugares fríos, donde una no puede adoptar la postura deseada, y sufre. Como contaba doña Alicia Quispe, por entonces una joven de veintisiete años de edad: «Sí, otros no. En el hospital, así le amarran los pies y las manos también, ¿no ve?». Escuchándola, le comenté que así no se puede empujar. Y ella respondió: «no se puede. Menos, menos... Aquí en las casas, aquí con el dolor nos sentamos, pues. Sí, yo me siento, para botar a la wawa me siento. No, feo duele».

La narración de doña Alicia se mezcla entre suspiros de dolor, fue su madre quien sufrió un trato inadecuado, tachado de violento: «El doctor aprieta. Se la aprieta, pues. De ahí me lo ha matao a mi mamá». Además, allí en el hospital no le devolvieron la placenta, motivo por el cual doña Eva Quispe tampoco acudía a los hospitales. Ella prefería ser atendida por su madre, y se desplazaba a Uyuni, municipio en el cual residía. Casos como el de doña Eva, quien emprendía un viaje de unas cinco o seis horas para ser atendida en la casa de su madre, hacen pensar que las distancias y las deficientes infraestructuras son barreras sorteables. Al respecto, Ineke Dibbits me comentaba en una comunicación personal de agosto de 2014 el caso de una mujer que se desplazó desde La Paz hasta Buenos Aires para ser atendida en el domicilio de su madre.

Junto a don Inocencio hay otra persona que es un referente en temas de salud: Lucio Vargas, enfermero jubilado que, además, fue curaca de la comunidad en el año 2014. Con una voz cálida y pausada narra sus vivencias por todo el departamento de Potosí. Ejerció como enfermero en postas y hospitales, trabajando de forma conjunta con médicos. En su narrativa aparece de forma nítida una postura conciliadora entre diferentes tradiciones y saberes médicos; posee, además, un discurso muy preciso sobre los desencuentros de los médicos con las gentes del campo, fruto de sus años de experiencia y de una labrada capacidad de observación.

Don Lucio Vargas, de unos sesenta y seis años de edad, me contaba que le era muy fácil integrarse en la vida de la comunidad. Hablaba tanto quechua como aymara y acudía a las reuniones y visitaba a las familias. Compartía con ellas la misma comida, algo que no hacían los médicos en su «año de provincias» y que él reprocha:

No se relacionan, no. «Ah, no señora, para mí no», dicen. Ya estamos rechazando. Así, de frente, ¿no? Entonces la gente, dice: «Bueno, a él nunca más». Así es la gente del campo, así es. Nunca más, no hay que invitarle. «¡Ni agua!», dicen. Así... Yo voy... Comen su laguita; tengo que comer su lagua, pues. Entonces le hablo de [en] su idioma. Le digo: «pucha». La gente... le cae [cae] bien. Así hay que saber trabajar también, pues. Porque sino... Si uno es callado, cerrado... No se consigue nada.

Vargas, además, hablaba a las mujeres en su idioma, y así «ya el cariño es muy distinto». Puente entre los sistemas médicos, don Lucio ofrece el trato esmerado, en general muy distintito a la actitud del médico, quien no se integra, ni comparte, ni charla ni les habla en su idioma. Dicho médico se caracteriza por las prisas. Para Vargas: «hacen cesárea... Cuando la pelvis es estrecho ¡cesárea no más! ¡Quieren cortar no más!». Conversando con él, le pregunté si solo querían hacer eso, y contestó que sí, incluso cuando se podía esperar un poco, y agregé:

[...] hay dilatación completa; sale no más. Con calma. Ellos no quieren esperar horas, al rato fiiiigh, ya. Ése es el problema de los médicos: rápido. No quieren esperar. Inyección. Ya le colocan la inyección, y ya le viene el dolor... Y ¡uta! Viene no más.

Vargas tiene claro que a «las mamás siempre les gusta enfermar en su cocina, donde hay calor». Allí pueden estar tranquilas, sin las *wawas*. De acuerdo con sus palabras: «sí la señora quiere enfermar en su casa, hay que ir, pues... ¡Claro! “Si yo me enfermo [parir] en mi casa”, te dicen. Tengo que ir, no puedo traerla a la fuerza. De acuerdo a sus costumbres, como tiene bueno. Adelante».

Hablando en términos generales, la mujer que decide quedarse en su domicilio para dar a luz lo hace porque allí puede ser atendida por su madre y/o su esposo; quizá también pueda recibir la asistencia de una partera/o, de una hermana o hija mayor. Estos respetan el ritmo del trabajo de parto de la mujer, y le ofrecen mates de hierbas tipificadas en términos simbólicos como «calientes», masajes con las mismas y una dieta adecuada al momento que atraviesa su cuerpo. El entorno debe ser igualmente «caliente», para preservar la salud de la mujer, razón por la cual declinan los hospitales por ser espacios «fríos». Así, Lucio Vargas mostraba su crítica hacia la nueva posta de la comunidad por estar mal ubicada, pues al poseer una incorrecta orientación impedía aprovechar el calor de la luz solar.

Por estas razones el grueso de las mujeres de Santiago optan por ser atendidas en sus casas; arguyen procedimientos y prácticas contrarios a la lógica andina, y algunas se excusan en el factor de la distancia, cuando para otras cuestiones esta no supone barreras. Como bien indica don Inocencio en uno de los testimonios ya expuestos: «ahora tampoco ya se exige que estén en la mesa ginecológica», y los hospitales tienen la obligación de ofrecer y entregar la placenta a la mujer si así lo desea. Estos cambios, fruto de las políticas de salud materna intercultural, no son conocidos por la población. Y su desconocimiento se perpetúa como si se tratara de un mito, y se usa como excusa y disculpa.

Conclusiones

La interculturalidad en salud: del gusto por su empleo y promoción se acaba generando un vacío léxico; no hace sino confundir al lector y pervierte el término, que acaba denotando, simplemente, ambigüedad. El breve repaso por sus múltiples acepciones ha mostrado que puede ser un tema; metodología y/o teoría, o incluso una actitud, o una herramienta o una habilidad que se debe considerar en el proceso de investigación. Es un término políticamente correcto que lo sitúa en un plano omnipresente a pesar de su falta de precisión. Aunque alude a un diálogo y entendimiento entre culturas de forma horizontal, es decir, sin subordinaciones, se acaba convirtiendo en una posmoderna forma de paternalismo. Quizá el mencionado vacío léxico esté relacionado con las enormes exigencias que se le han demandado al enfoque intercultural en salud, que se presentó como la solución a la inequidad y a un sinfín de problemas estructurales que influían en la salud de las poblaciones (Fernández, 2011: 18).

En lo que respecta a Bolivia, se trata de un término que ingresó gracias a las agencias y programas de cooperación, y posteriormente fue incorporado en las políticas de salud del país. En este artículo se han abordado las políticas y actuaciones en pos de la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna, iniciadas a finales de la década de 1980, y cuya preocupación se ha canalizado a través del Plan Vida, el SUMI o el Bono Juana Azurduy.

Actualmente, según reconoce el propio Ministerio de Salud, la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) es el eje central del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta recoge todas las acciones que facilitan la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad. A su vez, la política SAFCI ha vertebrado el Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal.

Es importante destacar que estas políticas descansan en proyectos e investigaciones anteriores sobre el parto tradicional en los Andes. En concreto, la SAFCI se considera deudora de cuatro experiencias: el Hospital Kallaway de Curva, las salas de parto con AC del Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya, el proyecto de la ONG COOPI en Tinguipaya y la actividad desarrollada por el Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj.

De esta manera, la interculturalidad se convierte en una herramienta que se aplica fundamentalmente en áreas rurales. Actúa sobre la población indígena, puesto que las muertes maternas evitables están relacionadas con los partos tradicionales. La SAFCI, entidad que tiene alcance nacional, constituye la base material de diversas iniciativas de ONG o de la propia Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID), que actuaron en el altiplano andino ignorando la multiculturalidad del país. El término acaba teniendo un uso puramente retórico al ser vinculado con la nueva forma de hacer política del Estado boliviano, y como una estrategia inherente al nuevo contexto político.

No quisiera olvidar otro problema derivado de la participación de las ONG y las agencias de cooperación: muchos de sus informes quedan depositados en cajones, sin llegar a ser publicados. Esto dificulta el aprendizaje y no impide que se cometan una y otra vez los mismos errores. Por ejemplo, aunque se ha mostrado que reunir en el mismo espacio dos tradiciones médicas diferentes no produce los efectos buscados, se sigue insistiendo en que ambas cohabiten. Habría que manejar adecuadamente los objetivos de los proyectos para evitar caer en la frustración. Como ya he dicho, la interculturalidad no puede erradicar la mortalidad y morbilidad materna de un plumazo. La pertenencia étnica no puede ser considerada un obstáculo o una especificidad negativa, así como la finalidad del Bono Juana Azurduy, no puede ser acostumar a las mujeres a hacer su prenatal.

De las notas etnográficas aquí expuestas se deriva la perpetuación de algunos mitos que justifican el rechazo de la atención biomédica por no considerarla eficaz. Los cambios no llegan a la población, y el papel de puente de los auxiliares o del personal sanitario de raigambre indígena se presenta en una posición estratégica para la difusión de las nuevas políticas y protocolos. Cualquier campaña de información tendría un efecto mucho mayor si contara con la participación de estas figuras.

Siglas utilizadas

AC: Adecuación cultural (sala de partos con)
AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CIES: Salud Familiar Comunitaria Intercultural
COOPI: Cooperazione Internazionale
ILCA: Instituto de Lengua y Cultura Aymara
MdM: Médicos del Mundo
MSyD-Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
NyPIOC: Naciones y Pueblo Indígena Originario Campesino
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización no gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la Salud
RAE: Real Academia Española de la Lengua
SAFCI: Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SNS: Sistema Nacional de Salud
SUMI: Seguro Universal Materno Infantil

Bibliografía

AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo (1995). *Problemas de la salud en la situación intercultural*. México-Veracruz: Instituto Nacional Indigenista – Fondo de Cultura Económica – Universidad Veracruzana – Gobierno del Estado de Veracruz.

- ALBÓ, Xavier (2004). «Interculturalidad y salud». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 65-74.
- ARNOLD, Denise Y.; MURPHY-LAWLESS, Jo, y YAPITA, Juan de Dios (2001). *Hacia un modelo social de parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano*. La Paz: ILCA.
- ARNOLD, Denise Y., y YAPITA, Juan de Dios (1998). *Río de canto, Río de vellón. Cantar a los animales, una poética de la creación andina*. La Paz: Hisbol.
- ARNOLD, Denise Y.; YAPITA, Juan de Dios, y TITO, Margarita (1999). *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*. La Paz: ILCA.
- ARNOLD, Denise Y., y YAPITA, Juan de Dios (2002). *Las wawas del inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*. La Paz: ILCA.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili (tesis doctoral).
- BRADBY, Barbara, y MURPHY-LAWLESS, Jo (2005). *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: Grupo Design.
- BUECHLER, Hans C., y BUECHLER, Judith-Marie (1971). *The Bolivian Ayamara*. Nueva York – Chicago – San Francisco: Holt, Rinehart y Winston.
- BURGOS LINGÁN, María Ofelia (1995). *El ritual del parto en los Andes*. Nijmegen, (disertación inédita).
- CALAVIA, Óscar (2004). «La barca que sube y baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 169-180.
- CALLAHAN, Mollie (2006). «El Hospital Kallawayá “Shoquena Husi” de Curva. Un experimento en salud intercultural». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 289-303.
- DIBBITS, Ineke (1994). *Lo que puede el sentimiento. La temática de la Salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur*. La Paz: TAHIPAMU.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2006). «“Al hospital van los que mueren”. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 317-336.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2011). «Claroscuros de la salud intercultural en América Latina». *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (en línea). Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/61188> (consulta: 13 de marzo de 2016).
- FLORES MARTOS, Juan Antonio (2004). «Una etnografía del “año de provincias” y de “cuando no hay doctor”. Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 181-212.
- FLORES MARTOS, Juan Antonio (2011). «Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGNB con proyectos de salud en América Latina». *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* (en línea). Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/61232> (consulta: el 13 de marzo de 2016).
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel (2014). «Otra vez sobre sincretismo». *Endoxa*, núm. 33, págs. 119-141.

- HANH, Robert A., y KLEINMAN, Arthur (1983). «Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions». *Annual Review of Anthropology*, núm. 12, Palo Alto, California, págs. 305-333.
- HUBÍ, Manuel (1954). «Algunas observaciones sobre folklore médico del departamento del Junín». *Perú Indígena*, Lima, vol. 13, núm. 5, págs. 70-91.
- LLANOS CERVANTES, Elvira (1992). «El embarazo en mujeres aymara migrantes. Un estudio en zonas urbanopopulares al oeste de La Paz». En: DEFOSSEZ, A. C.; FASSIN, D., y VIVEROS, M. (eds.). *Mujeres de los Andes: condiciones de vida y salud*. Bogotá: IFEA – Universidad Externado de Colombia, págs. 111-140.
- MATEOS CORTÉS, Laura Selene (2010). *La migración transnacional del discurso intercultural: su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos en Veracruz, México*. Granada: Universidad de Granada.
- MENÉNDEZ, EDUARDO L. (1992). «Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención. Caracteres estructurales». En: CAMPOS NAVARRO, R. (comp.). *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora – Universidad Autónoma Metropolitana, págs. 97-114.
- MENÉNDEZ, EDUARDO L. (2006). «Interculturalidad, “diferencias” y antropología *at home*. Algunas cuestiones metodológicas». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 51-65.
- MENÉNDEZ PIDAL, Ramón (1982 [1947]). *Los españoles en la historia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- MICHAUX, Jacqueline, y SEBERT, Ana (1999). *Salud sexual y reproductiva en cuatro comunidades aymaras del área de trabajo del consejo de Salud Rural Andino: los puntos de vista del personal de salud y de la comunidad*. La Paz (informe interno).
- ONGHENA, Yolanda (2002). *Intercultural. Balance y perspectivas. Encuentro internacional sobre interculturalidad*, noviembre 2001 (en línea). Disponible en: www.cidob.org/content/download/2852/25592/version/1/file/04_lineas_cast.pdf (consulta: 13 de marzo de 2016).
- PARRA, Marta, y MÜLLER, Ángela (2009). *Arquitectura integral de maternidades*. Material elaborado para el programa de formación de profesionales de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de la Salud (EAPN) (en línea). Disponible en: www.sergas.es/Asistenciasanitaria/Documents/91/Arquitectura_maternidades%2008.pdf (consulta: 13 de marzo de 2016).
- PÉREZ MENDOZA, Rosario, y FUERTES MAMANI, Azucena (2009). *Encuentro de dos: la biomedicina y la medicina tradicional. La experiencia en Tinguipaya*. La Paz: Cooperazione Italiana – Gente Común.
- PITARCH RAMÓN, Pedro (2013). *El lado oculto del pliegue. Ensayos de antropología indígena*. México: Artes de México – Conaculta.
- PLATT, Tristan (2001). «El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito –historia en los Andes». *Anuario de Estudios Americanos*, vol. 58, núm. 2, Sevilla, págs. 633-678.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2011). *Salud intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy (2000). «Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil». En: VIOLA, A. (comp.). *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina*. Barcelona: Paidós, págs. 267-269.

- URIBURU, Graciela (2006). «Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, F. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abaya-Yala, págs. 173-186.
- VAQUERO DE RAMÍREZ, Mario (2011). *El español de América II. Morfosintaxis y léxico*. Madrid: Arco Libros.
- VARGAS QUIROGA, Yolanda (2013). «Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)». En: ROOSTA, M. (coord.). *Salud materna en contextos de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui*. La Paz: CIDES-UMSA – OPS-OMS – UNFPA, págs. 35-71.

Fecha de recepción: 1 de julio de 2016

Fecha de aceptación: 30 de agosto de 2016

Fecha de publicación: 2 de mayo de 2017