

2013

La Crisis de Salud en Guatemala: La Biomedicina y la Medicina Maya en Conflicto

Sophia Willis-Conger
Scripps College

Recommended Citation

Willis-Conger, Sophia, "La Crisis de Salud en Guatemala: La Biomedicina y la Medicina Maya en Conflicto" (2013). *Scripps Senior Theses*. Paper 211.
http://scholarship.claremont.edu/scripps_theses/211

This Open Access Senior Thesis is brought to you for free and open access by the Scripps Student Scholarship at Scholarship @ Claremont. It has been accepted for inclusion in Scripps Senior Theses by an authorized administrator of Scholarship @ Claremont. For more information, please contact scholarship@cuc.claremont.edu.

**LA CRISIS DE SALUD EN GUATEMALA:
LA BIOMEDICINA Y LA MEDICINA MAYA EN CONFLICTO**

**POR:
SOPHIA WILLIS-CONGER**

**SUBMITTED TO SCRIPPS COLLEGE IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE DEGREE OF BACHELOR OF ARTS**

**CHRISTINE GUZAITIS
GABRIELA SANTIZO**

APRIL 26, 2013

Quiero tomar este momento para agradecer a las profesoras que me han ayudado con este proyecto, Chris Guzaitis y Gabriela Santizo. Ellas han estado disponibles para contestar preguntas, leer borradores, y ofrecer sugerencias.

Me gustaría agradecer a los autores en que he dependido para mi información y que han ido a Guatemala y hecho las investigaciones que deseo hacer algún día.

Quiero agradecer a las personas con quien trabajé en La Paz Bolivia, ambos los profesionales de salud, mi tutora estimada (Ineke Dibbits), y las mujeres a quienes entrevisté. Ellas compartieron sus experiencias conmigo y me dieron un punto de referencia para este proyecto, lo cual fue una inspiración para esta tesis.

Finalmente, necesito agradecer a mi familia—mi papá, mi hermana mayor, y mi mamá. Ustedes fueron los que me dieron la habilidad de hablar castellano, y los que me han apoyado en cada paso de mi vida. Sin el apoyo de ustedes, no estaría disfrutando de la educación, de la comunidad de mujeres inteligentes y capaces, y del sol en Scripps College. Querida mamá—como abuelita nos dijo al empieza de este año, “la manzana no cae lejos del árbol.” Me encuentro en Scripps College, al punto de graduarme con un título de estudios de género y de español, y animada para empezar a trabajar con mujeres hispanohablantes en un contexto de salud público—espero que es obvio que me has inspirada con tú creatividad, humor, inteligencia, y pasión por la vida en todo lo que haces. Gracias. Les amo muchísimo.

Tabla de Contenidos

La Introducción	páginas 3-21
Capítulo Uno	páginas 22-47
Capítulo Dos	páginas 48-69
La Conclusión	páginas 70-81
La Bibliografía	páginas 82-84

Introducción

Guatemala tiene “una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Central y en el hemisferio oeste” (Cosminsky 81). Las estimaciones de mortalidad materna varían mucho (y hay una tendencia de subregistro), pero UNICEF reporta 210 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos en 2008 ("At a Glance: Guatemala.") y la Organización Mundial de Salud (WHO) reporta 240 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos en 2005 ("Maternal Mortality Country Fact Sheet 2006."). Bailey, Szaszdi y Glover afirman que en las áreas rurales de Guatemala, la tasa de mortalidad materna reportada sube hasta 446 por cada 100,000 partos vivos (citado en Cosminsky 81).

Como uno de los países en América Latina que tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas en la región, Guatemala¹ recientemente ha sido el enfoque de muchos proyectos internacionales para mejorar la tasa de mortalidad materna. En este momento, Guatemala está tratando de navegar el encuentro entre la biomedicina y la medicina indígena. El modelo de medicina del Occidente que ha sido aceptado por muchos gobiernos en Centro América y que hoy en día es la forma de asistencia preferida falla a la comunidad Maya en Guatemala y trabaja en conflicto con los valores y la práctica de medicina indígenas. Esta investigación evalúa las interacciones complejas entre los sistemas de conocimiento médico, específicamente

¹ La mayor parte de este ensayo está basado en la salud de las mujeres Mayas que viven en Guatemala porque hay una población Maya significativa allí y, por lo tanto, hay información sobre los Mayas en esa área. Sin embargo, tampoco tiene sentido limitar el estudio a las fronteras hechas por naciones arbitrariamente, sin respeto a la realidad de las comunidades indígenas. En consecuencia, este estudio se enfoca en Guatemala, pero no excluye otras fuentes relevantes aun si tratan de gente Maya en otras áreas.

en relación al cuidado de salud materna para las mujeres Mayas en Guatemala. Como se explica en los próximos capítulos, cuando las esferas de influencia del Norte geopolítico se extienden hacia el Sur geopolítico (en una jerarquía de poder bastante desequilibrada), se puede observar conflicto, rechazo, aceptación, adaptación y compromiso, pero no siempre en las maneras esperadas. La falta de consistencia y huecos entre los sistemas de cuidado de salud deja a muchos Mayas sin una opción que completamente ofrezca una solución a su aflicción; esto tiene un impacto enorme en la tasa de mortalidad y salud materna. Espero demostrar en esta tesis que una intervención por parte de la comunidad internacional (o, realísticamente, EE.UU. y otros países en el Norte geopolítico) no es necesaria, y que las soluciones a los problemas en el área de salud que Guatemala tiene deben venir desde dentro del país.

Como se elabora más tarde en la tesis, la salud materna es un buen indicador de cómo un sistema de cuidado de salud está funcionando, y sí está sirviendo las necesidades de la comunidad o no. Es más, se puede usar la salud materna como un indicador de la calidad de la vida de la gente del país en general, ya que la disponibilidad (o falta de disponibilidad) de servicios de salud es un factor que fundamentalmente afecta a la vida cotidiana de los ciudadanos. Para mí, la salud es uno de los puntos de intersección de estas fuerzas de influencia y dinámicas de poder más interesantes porque en el proceso de examinar esta sección pequeña, se revelan verdades más profundas. En el proceso de analizar la salud de una manera holística, que realmente es la única manera de capturar un sentido de la salud de la gente, me di cuenta de que la salud toca casi cada área de la vida. Mejor dicho, *la salud de la gente informa casi cada otra área de vida y viceversa.*

Breve contexto histórico

Generalmente, la mortalidad materna es un indicador de mucho más que solamente la eficacia de los servicios de salud para las mujeres que producen hijos. La mortalidad materna es una manera de medir la salud de las mujeres, “el desarrollo social y económico del país” (You, Jones, Wardlaw 2) ², y “la calidad de los sistemas de salud” (Rojas, Pinto, Gavizu 67). Las mujeres marginalizadas tienen un riesgo más alto de muerte—el reportaje del viaje de UNICEF al Estado Plurinacional de Bolivia de 2011 identifica a las “mujeres, indígenas, gente que vive en áreas rurales” y a la gente “que son pobres” como “la más afectada por la falta de equidad” (“*Report of the Field*” 2). En términos de salud, esto se traduce a menos acceso a servicios y/o peor calidad de servicios y discriminación contra estos grupos de gente, algo que resulta en tasas más altas de mortalidad.

La globalización, el neoliberalismo, y el neocolonialismo han llevado la biomedicina del Occidente a lugares afuera del Norte global (Adams y Hawkins, xvii), pero su implementación no necesariamente ha sido fluida ni su aplicación ha sido consistente. Según una investigación de la Organización Global de Salud (WHO), entre 30 y 80 por ciento del mundo usa medicina tradicional; de los países en el proceso de desarrollo, aún más lo usan—entre 60 y 90 por ciento de la población (Adams y Hawkins 44). En las poblaciones indígenas, el porcentaje de gente que utiliza medicina tradicional sube significativamente. Estimaciones varían, pero hasta 65 por ciento de la población de Guatemala se identifica cómo indígena (Randall 33),

² Todas las citas de aquí en adelante son mis propias traducciones de inglés al español, como no pude encontrar muchas fuentes escrito en español. Intenté mi mejor traducir todas las citas de la manera más honesta posible, tratando de traducir el sentido del frase no solo las palabras de una manera literal.

y la mayoría de las muertes maternas ocurren en esta población (“Guatemala” 384). De hecho, la población indígena de Guatemala tiene un índice de esperanza de vida más bajo que los ladinos³ que viven en el país (Randall 33).

Sesenta y cinco por ciento de la población no tienen servicios de salud (con la excepción de acceso a medicina tradicional) (Randall 33). Las razones por ese índice alto de la población que no tienen servicios de salud de biomedicina del Occidente son complejas y varían de persona a persona, pero generalmente son por razones de acceso, dificultades de comunicación, con los médicos en un idioma desconocido, el racismo y clasismo de los médicos, el dinero, y/o por creencias culturales. Es un hecho de que los que sufren más con las políticas del neoliberalismo son los “sectores más excluidos,” o sea, “las y los indígenas y las mujeres” (Rojas, Pinto, Garizu 6). Las mujeres indígenas “resulta[n] doblemente afectadas por [los] efectos [de neoliberalismo],” contando biomedicina como un de los efectos, porque ellas muchas veces están “encargadas de cubrir, con la doble y triple jornada, las necesidades básicas de sus familias” (Rojas, Pinto, Garizu 7). La división económica entre los que ganan lo más en el país y los que ganen menos es extrema—5 por ciento de la población de Guatemala recibe 60 por ciento de los ingresos (Randall 33). El 50 por ciento más pobre solamente recibe 7 por ciento de los ingresos, y tres cuartos de la población vive debajo de la línea de pobreza (Randall 33).

³ Una persona que no se identifica como indígena y que habla castellano. Los ladinos “[o]cupan un posición estructuralmente ventajosa sobre los indígenas. No solamente tienen la tendencia de tener un salario más alto y beneficiar de hablar exclusivamente en el idioma del gobierno y educación, español, pero se concentran en lugares donde los servicios de salud formal se ubican: áreas urbanas y semi-urbanas. Los proveedores de estos servicios, luego, vienen principalmente de antecedentes ladinos. Esta situación ha frecuentemente sido una desventaja para los indígenas en términos de asequibilidad, cuidado y respecto interétnica” (Hinojosa 638).

Sin duda, el cuidado de salud es una necesidad que tiene la capacidad de fundamentalmente afectar a cada área de la vida. Los servicios de salud disponibles a la gente determinan la longevidad de su vida, las actividades que se pueden hacer y la habilidad de reproducir hijos—todo lo cual profundamente influye la calidad de vida. La salud es un área donde las desigualdades y las injusticias son más notables, y la gente más marginalizada en el mundo siempre es la más afectada por falta de cuidado de la salud. La gente que vive en áreas rurales, la gente pobre, las mujeres, y los indígenas son los grupos que sufren más por la mal distribución de recursos básicos, un hecho que se refleja en las tasas altas de mortalidad que pudieran haber sido prevenidas. Una de las principales causas de mortalidad prevenible son las muertes de mujeres relacionadas a la reproducción. La habilidad de controlar su propia reproducción y tener acceso a cualquier recursos que puedan promover la salud de la mujer antes, mientras, y después del parto son derechos que cada mujer debe tener.

Desafortunadamente, solo las mujeres que tienen más privilegio en el mundo tienen este nivel de control sobre su propio cuerpo. Por consiguiente, muchos movimientos feministas se han preocupado por la salud materna por mucho tiempo. Es un horror cuántas mujeres mueren cada día por razones relacionadas a la reproducción y un tema que casi no recibe atención. La Organización de Salud Mundial atesta que “[e]n el mundo, cada minuto una mujer muere a causa de complicaciones durante el embarazo y el parto, y cada minuto ocho bebés mueren a causa de mala atención de sus madres en el embarazo y el parto. Por más que, la mayoría de muertes ocurren donde hay pobreza y las necesidades de salud de las mujeres son abandonadas... esto no significa tecnologías caras o infraestructuras

elaboradas de hospitales, pero servicios culturalmente apropiados a nivel de la comunidad y de distrito” (WHO, 1993). ¿Cómo puede ser que cientos de mujeres mueren cada día por causas prevenibles relacionadas a la reproducción y reciben tan poca publicidad y atención? Cuando se analiza, ésta invisibilización de muertes tiene que ver con las diferentes valoraciones de las vidas de los seres humanos. La gente que tiene suficiente influencia para determinar cuáles son las noticias que son notables están suficientemente lejos de la situación que ni se les ocurre llamar atención a la gravedad de este problema. Un ejercicio interesante es imaginar este nivel de mortalidad en otra población. Por ejemplo, si dijéramos que 800 hombres del Occidente geopolítico mueren cada día—¿recibirían más atención? Indudablemente.

Según la Organización de Salud Mundial, 99 por ciento de la mortalidad materna ocurre en países que están en proceso de desarrollarse, una estadística que demuestra el impacto que las disparidades en el acceso a los recursos tiene en la mortalidad (“Maternal Mortality”). Organizaciones basadas en los EE.UU. como el Banco Mundial (WB) y el Fondo Internacional Monetario (IMF) han tenido un impacto enorme en la vida diaria de la gente que viven en países pobres. Por medio de políticas de ajuste estructural, estas compañías prestan grandes cantidades de dinero a países en el Sur geopolítico para que puedan industrializar y orientar su economía más hacia un modelo capitalista y un mercado libre. Esto tiene el efecto de hacer a los pocos ricos más ricos, y empobrecer los que ya están viviendo en los márgenes de la sociedad. Luego, cuando el país pobre no pueden pagar la deuda, el interés en la deuda se acumula tanto que el país se hunde en una crisis fiscal; generalmente significa que los servicios sociales que beneficiaron a los más pobres

desaparecen, y la gente con menos recursos pierden lo poco que tenían. Las personas acaban viviendo en basureros, sobreviviendo en la basura de otros para que su gobierno pueda repagar una deuda a una organización que se promociona como un tipo de liberador de los que tienen menos. En realidad, la relación que organizaciones como el Banco Mundial y el Fondo Internacional Monetario tienen con sus prestarios es uno de esclavitud—si perdonaran las deudas de los países que no pueden pagarlas, casi no les afectaría en absoluto. Además de penalizar a la gente más marginalizada en el país cuando el gobierno no puede pagar la deuda, los préstamos de las políticas de ajuste estructural típicamente no son para implementar medidas o cambios sociales que van a mejorar las vidas de los más oprimidos en el primer lugar. Los repercusiones de las deudas son profundas y extensivas. La calidad de educación se empeora y aún la educación más básica se convierte en una comodidad costosa. Las mujeres indígenas pobres históricamente son las más vulnerables a los empeoramientos de condiciones económicas, y este hecho se refleja muy claramente en la salud de las mujeres y las estadísticas de mortalidad materna e infantil.

Muchas organizaciones bien intencionadas han tratado de reducir estas desigualdades en la salud con la implementación de prácticas de biomedicina y conceptos de curar que vienen del Occidente. Hay un sinnúmero de ONG's de los Estados Unidos que acanalan dinero para recaudar fondos para proveer medicina, inmunizaciones, y exámenes médicos llevados a cabo por doctores en comunidades sin muchos recursos (unas de las organizaciones más bien conocidas son Médicos Sin Fronteras, Save the Children y el American Red Cross). Estas organizaciones entran en comunidades frágiles, muchas veces a punto del colapso, con ganas de ayudarles.

Lamentablemente, esta ayuda está acompañada por la idea de ser algún tipo de salvador, cuando en realidad estos actos benevolentes son una excusa para aún más intervención en países pobres por los países del Norte geopolítico, quienes causan estas condiciones desesperadas en el primer lugar con sus políticas de ajustes estructurales. No hay duda de que en algunos casos, este trabajo de caridad beneficia a las comunidades de los países del Sur geopolítico, pero las consecuencias de estas fuerzas biomédicas en la medicina indígena no han sido realmente bien examinadas hasta ahora. Adicionalmente, las creencias sobre cómo se debe tratar la salud dependen completamente del contexto, y aún hasta cómo se conceptualiza la enfermedad varía entre comunidades. Por lo tanto, la justicia social en el área de la salud pública no parece exactamente lo mismo en todas partes del mundo, aunque las consecuencias generalmente son las mismas puesto que siempre incluyen el acceso a servicios básicos y resultan en mayor esperanza de vida.

Especialmente en el caso de Guatemala, no se puede analizar el sistema biomédico y el sistema de medicina indígena de los Mayas siguiendo una estructura binaria—las diferencias se extienden más allá que los servicios que ofrecen, la gente que los usa, y el efecto que tienen en sus pacientes y en la comunidad—las ideologías que guían los sistemas y hasta cómo se conceptualiza la enfermedad son diferentes. Sin duda, hay mucha interacción entre los sistemas, y la gente escoge los servicios de cada uno que mejor le sirve y los usa en combinación complementaria. Sin embargo, la realidad es que hay obstáculos que previenen que la gente tenga una verdadera opción de seleccionar una forma de cuidado apropiada. Además de eso, el número de

personas cada año que entran en la profesión de curandera y/o comadrona está disminuyendo⁴, reduciendo las opciones aún más, especialmente en las áreas rurales.

En mi tesis, propongo que para atender a las necesidades de la población, hay que cambiar el paradigma para que no se privilegie el conocimiento del Occidente sobre el conocimiento indígena (un asunto que históricamente ha pasado en la región de Honduras, El Salvador, Belize, partes de México y especialmente Guatemala), por razones prácticas, lógicas, y éticas. En vez de intentar entrenar profesionales de la biomedicina para que sean más culturalmente sensibles, hay que darse cuenta del valor y el sentido práctico de la medicina indígena y trabajar para desarrollar un sistema cohesivo que privilegie los conocimientos y las prácticas de los Mayas. La medicina Maya tiene mucho que ofrecer, y el sistema en Guatemala debe ser invertido para que los profesionales de medicina indígena enseñen a los profesionales de la biomedicina, en vez del al revés.

Metodología

Esta investigación ha intentado incorporar esos mismos principios a la metodología con la cual he escrito el ensayo. Sí incorporo estadísticas y datos en esta tesis para apoyar mi argumento que el sistema hoy en día no sirve para la mayoría de la gente y que la situación de la mortalidad materna es grave, pero parte del proyecto de desarrollar un trabajo feminista es reconocer que estadísticas oficiales de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, no tienen todas las respuestas. Es importante no poner demasiada confianza en estadísticas y

⁴ Se profundizan las causas por esto en el segundo capítulo.

olvidar los cuentos de la gente que han tenido las experiencias que los números representan. Hay que tomar en cuenta *quien, cómo, y por cuales motivos* se colectaron las estadísticas.

Hay un sinfín de ejemplos de los problemas con coleccionar y depender completamente en datos sin cuestionarlos. Un ejemplo muy básico es que Guatemala tiene un proceso complicado ahora de registrar nacimientos y muertes, entonces para la gente indígena que vive en áreas rurales y usa medicina indígena en vez de ir a hospitales, no hay razón para cumplir el papeleo que demuestra un nacimiento o muerte. Luego, en realidad Guatemala tiene una tasa de mortalidad materna e infantil mucho más alta que la que las estadísticas reportan. Este promedio de error varía mucho según el contexto cultural de la población, entonces hay que tener un conocimiento de la comunidad para realmente entender el significado de las estadísticas. Sin embargo, ¿con qué frecuencia hay una nota acompañando la estadística que explica el contexto social, geopolítico, económico, etc.? Casi nunca. ¿Es más, cómo se usan estas estadísticas? En el caso de las tasas de mortalidades en Guatemala, se ha usado para justificar intervenciones por parte del Norte geopolítico, por supuesto en la forma de la biomedicina, no en reforzar la estructura de medicina indígena que ya existe. Por esas razones, he decidido usar unas estadísticas, pero primariamente privilegiar testimonios de Guatemaltecos o antropólogos e investigadores que tienen una reputación buena, una autoubicación honesta, y que obviamente han ganado la confianza de las personas con quien trabajan y sobre quien escriben.

Adicionalmente, en el proceso de buscar fuentes, he intentado encontrar literatura escrita en español e inglés, y de una variedad de perspectivas y disciplinas para que pueda entender el contexto en el cual la medicina indígena y la biomedicina del Occidente se encuentran. Sobre todo, la investigación tiene una estructura teórica feminista y transnacional para que la información presentada sea contextualizada en términos de la justicia social. Con cada fuente que uso para mi análisis, hago las siguientes preguntas: ¿Cuál es la posición del autor? ¿De cuáles maneras se sitúa afuera de la discusión y de cuáles maneras puede hablar con la autoridad de una persona dentro de la comunidad? ¿Cuáles son las limitaciones del artículo/libro/periódico? ¿Cuál conocimiento supone el autor de su público y cuáles prejuicios tiene?

Un componente importante de esta investigación es mi posicionalidad como investigadora. Entro en esta discusión como una persona estadounidense, caucásica y de una clase social relativamente privilegiada, los cuales son factores que hay que navegar con consideración. Parte de mis esfuerzos de parar la explotación en mi propio trabajo de investigación sobre la gente en América Latina por fuerzas y estructuras como el colonialismo (y ahora el neocolonialismo) que domina la literatura sobre América Latina por académicos del Occidente es mi decisión de escribir en castellano⁵. Mi elección de escribir en castellano es una manera en que puedo descolonizar mi propio trabajo y evitar reproducir las relaciones desiguales de poder entre los EE.UU. y América Latina que frecuentemente son reproducidas en

⁵ El uso de la palabra “castellano” en este ensayo es un alternativo a la palabra “español” porque español tiene la connotación de originar en España, mientras que castellano es un termino más inclusivo, que reconoce las contribuciones de Latino América al idioma moderno.

investigaciones académicas. No he recibido mucha educación formal en castellano entonces mi estilo de escribir en castellano tal vez no sea tan sofisticado ni refinado como lo que pudiera haber sido si hubiera decidido escribir en inglés. Sin embargo, escribir de una manera cotidiana no significa que el análisis sea menos agudo. Al contrario, prefiero que mi estilo de escribir y el tono general de esta investigación sea más accesible para la gente—la intención no es mantener la jerarquía de información y capital académico que privilegia a la gente que ha tenido acceso a una educación formal. Idealmente, escribiría este tesis en K'iche', como castellano todavía es el idioma de los colonizadores, pero como no conozco esa lengua, el castellano tal vez sea más accesible a la población de Guatemala que el inglés.

También, tengo que subrayar mi posición como una académica, alguien que tiene el privilegio de tener acceso a recursos materiales, el apoyo, y el tiempo necesario para estudiar y escribir un tesis. Estudiar a la gente Maya y los sistemas de salud desde esta distancia geográfica crea una distancia entre las personas sobre quien escribo en mi investigación y yo en más de una manera. Como Adrienne Rich dice en su ensayo “Apuntes sobre una política de localidad,” es difícil darse cuenta del “significado de América del Norte como una localidad que ha formado las maneras en que veo y mis ideas de quién y qué era importante, una ubicación para la cual fui también responsable” hasta que leí textos de gente afuera del Norte global (34). El proceso de ubicarme honestamente en mi propio trabajo, especialmente si tengo la intención de escribir un texto feminista, viene con cierta responsabilidad y demanda auto-reflexión.

Rich explica que su proceso de localizarse “en su propio cuerpo va más allá de un reconocimiento de lo que ha significado tener una vulva y un clítoris y un útero y unos senos. Significa reconocer mi piel blanca, los lugares que me ha llevado, los lugares que no me ha permitido ir” (32). Reconozco que es fundamental para éste ensayo que aplique la idea de Rich no solamente al color de mi piel, pero también a mi clase social, al hecho de que me identifico como cisgénero, a mi sexualidad y mi nacionalidad. Especialmente porque incluyo información que conseguí durante un estudio que hice sobre mortalidad materna e infantil cuando estaba en Bolivia, es esencial que explore mi posición allí y el efecto que tuvo en las conclusiones con las que trabajé.

Es importantísimo que me dé cuenta del privilegio que tengo al acceder a tantas fuentes para esta investigación, aun más que la gente sobre quien la literatura que leo está escrita. No soporto que los sujetos de mi investigación probablemente nunca tendrán un nivel de educación formal y acceso a suficiente capital intelectual para poder leer este trabajo. No quiero decir que mi tesis sea un ejemplo de literatura excelente ni que vaya a ser circulada en espacios afuera del círculo académico de la Universidad de Scripps. Quiero decir que me parece injusto que no exista la misma cantidad de fuentes ni el mismo tipo de información sobre *mí*, como el Norte global forma el centro de la producción de la mayoría de la literatura y tiene el poder de establecer el contenido, el tono, y el estilo de capital académico aún si la literatura no es producida geográficamente en el Norte global. Simplemente dicho, la relación no es mutua.

Otro aspecto de escribir con una conciencia feminista es evitar generalizar las experiencias de otros y hablar en el nombre de las “mujeres,” las “mujeres feministas” o aún las “mujeres feministas de los EE.UU.” No pretendo representar a nadie más que a mí misma. Esta tesis es completamente un producto mío y de mis propias subjetividades, lentes, y múltiples identidades, a veces aliándose y a veces contradictorias. El punto es que cada uno de nosotros tenemos varios niveles de identidades que interactúan de maneras complejas; presentar este trabajo como la voz de alguien más que mí misma sería ignorar que no se puede aislar un aspecto de la identidad (como identificarse como una mujer) de los otros. A la misma vez, decir que solo represento a mí misma no es una vindicación automática de todo lo que digo en esta investigación. Reconozco que todavía soy responsable por la manera en que contextualizo la información que encuentro y cómo decido (concientemente o no) a las personas sobre quien escribo.

Estructura teórica

Como brevemente expliqué en la sección anterior, un componente clave de esta investigación es cómo decido contextualizar este argumento y la posicionalidad en que me sitúo. He seleccionado teorías feministas del postcolonialismo, transnacionalismo y sobre mujeres que funcionan afuera de la narrativa dominante del Occidente (geográficamente o políticamente) para ayudar a iluminar mi trabajo sobre el cuidado de la salud para la gente Maya, con un enfoque en la salud materna. Desafortunadamente, mis búsquedas de literatura producida por feministas localizadas en el Sur geopolítico no han sido muy exitosas. Las implicaciones van

más allá de complicar la investigación—significa que aún en la biblioteca de uno de los universidades más prestigiosas y que tiene acceso a diversos recursos en el mundo, el trabajo académico de feministas en el Sur geopolítico sigue siendo excluido de círculos académicos en el Norte geopolítico.

A pesar de las limitaciones de encontrar literatura feminista del Sur geopolítico que podría ser útil a mi investigación, he seleccionado varias autoras que hacen el esfuerzo en su propio trabajo de desestabilizar la concentración de la academia y la producción de información en el Occidente. El trabajo de Chandra Talpade Mohanty ayuda a cuestionar y guiar la dirección de mi trabajo, especialmente sus críticas de la literatura feminista que viene del Occidente y su problematización del paradigma en que se construye el concepto del “otro” y se pretende representar a las mujeres del tercer mundo. Un punto central del argumento que Mohanty hace en su trabajo “Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses” es problematizar el uso de Mujer en el singular. Mohanty dice que “la relación entre Mujer—un compositivo cultural e ideológico del Otro construido por diverso discursos representacionales (científicos, literarios, jurídicos, lingüísticos, cinematográficos, etc.)—y mujer—real, material sujetos de sus historias colectivas—es una de las preguntas centrales que la práctica de literatura feminista trata de abordar” (62). Este punto de vista es fundamental para la discusión de quién tiene el privilegio de representarse y quién no tiene el capital académico para que su voz sea oída en un forum público. Mohanty lamenta que la gran mayoría de la literatura feminista del Occidente sobre las mujeres en el tercer mundo falte de una autorreflexión y produzca suposiciones de privilegio y etnocentrismo universal que contribuyen a un sistema

global dominado por el oeste. Insiste en que hay que construir literatura feminista Occidental con los lentes de la jerarquía de poder que existe (63). Su crítica se centra en tres presuposiciones problemáticas del discurso feminista del Occidente: primero, que las mujeres consisten en un grupo de gente homogénea; segundo, que la evidencia para demostrar el universalismo o la validez entre culturas no incluye nada de autocrítica; tercero, que las dinámicas de poder existen sin conciencia en los métodos de análisis (64-65). Saliente a mi investigación es la evitación de caer en una de esas trampas que Mohanty destaca.

Chela Sandoval también ha producido literatura sobre la relación del feminismo entre mujeres del Norte global y del Sur global. En su ensayo, “US Third-World Feminism: The Theory and Method of Oppositional Consciousness in the Postmodern World,” Sandoval compara la teoría feminista hegemónica dominante y los feminismos opositivos que reconocen la interseccionalidad de diferentes aspectos de identidad (expresión de género, sexualidad, clase social, nacionalidad, raza) que da a las mujeres la libertad y agencia para moverse entre teorías de resistencia y emplear estrategias pertinentes a ellas. De esta manera, no tienen que desatender a un aspecto de su identidad para ser incluidas en un movimiento colectivo. El trabajo de Sandoval me ayuda a conectar con varias teorías a la misma vez con un sentido de continuidad y ver cómo otras mujeres emplean diversas teorías según lo que les sirve mejor.

En “Global Identities: Theorizing Transnational Studies of Sexuality,” Inderpal Grewal y Caren Kaplan ofrecen una definición de transnacionalidad que complica el uso de la palabra de en una manera importante para la estructura de esta

investigación. Explican que el transnacionalismo históricamente ha sido definido de cinco maneras diferentes: para describir la migración hoy en día; para describir la destrucción de la nación-estado en la etapa actual de globalización (un argumento que sostiene que las culturas son más poderosas que las naciones); como un sinónimo para la diáspora; una forma de neocolonialismo (toma la forma del capital transnacional); y finalmente, la conversión popular de movimientos sociales a ONG's (Organizaciones Non-Gubernamentales) (525). Mi trabajo como académica y productora de información es navegar estas definiciones en cuenta con las divisiones de tradición/modernidad, lo global y lo local, lo privado y lo público y los géneros para crear un concepto justo para usar en esta investigación. Como autora, trato de caminar el sendero estrecho entre usar el transnacionalismo de una manera que generaliza opresión o privilegio sin destacar las complejidades de cada situación (por que eso básicamente quita cualquier agencia que haya) y usarlo de una manera básica, sin realmente aprovecharme del poder que el uso del feminismo transnacional tiene para mejorar, definir, y pluralizar la práctica feminista.

Organización

La introducción brevemente provee un contexto en la cual los sistemas de salud existen en Guatemala para contextualizar el tema de la mortalidad materna y entender mejor cómo biomedicina ha penetrado el país, hasta las comunidades indígenas más aisladas. Adicionalmente, la introducción explica la metodología de esta investigación y localiza a la autora en su propia interseccionalidad de subjetividad. La primera sección concluye con una estructura teórica feminista y transnacional que

añade un nivel de dimensión importante e intenta generar una auto-reflexión, tanto para la autora así como para el público lector de este trabajo.

El primer capítulo examina el paradigma de la biomedicina, y cómo el gobierno ha privilegiado éste tipo de conocimiento sobre—y al detrimento de—el conocimiento indígena. Este capítulo habla sobre el racismo, el clasismo, el sexismo y el Eurocentrismo que las comadronas están acostumbradas a recibir de los profesionales de la biomedicina, y cómo estos prejuicios resultan en la condena de casi cada práctica de las comadronas sin fuerte evidencia para rechazar la medicina indígena. Este capítulo examina unas razones en torno a por qué las personas no pueden o no quieren acceder a la biomedicina, y por qué es impráctico e ilógico intentar sistemáticamente aniquilar la medicina indígena de en la manera que lo ha hecho gobierno.

El segundo capítulo da un poco de contexto del sistema de creencias, valores, y rituales en la sociedad Maya y luego lista unas de las prácticas comunes de las comadronas en Guatemala. Profundizo las razones sobre cómo las comadronas sostienen la sociedad y son una parte integral de la comunidad, no solo en su capacidad de curar pero también como profesionales de ritual y personas que pueden proveer apoyo emocional en lo que generalmente se considera uno de los momentos claves en la vida de una mujer. En los dos capítulos, sitúo a ambos sistemas dentro de sus propios contextos históricos para desarrollar un argumento holístico y comprensivo de la crisis del sistema de salud, especialmente para mujeres de la edad de fecundidad.

La conclusión intenta generar unas ideas sobre cómo se puede proceder en el futuro, tomando en cuenta las ventajas y limitaciones de cada sistema. En la sección final, se discute cómo podemos navegar la relación entre los dos sistemas de una manera que apoye a la gente Maya, no a los ideales extranjeros sino a los deseos de las comunidades Mayas.

Capítulo uno

El paradigma de la biomedicina

Este capítulo explora la construcción de la biomedicina y cómo se implementa en Guatemala. Tal vez la parte más difícil de esta tesis ha sido este capítulo, ya que me ha forzado a examinar muchas de las suposiciones y narrativas que doy por hecho. Crecí en un ambiente donde la biomedicina básicamente era la única opción, y ni siquiera sabía que había alternativas a este tipo de medicina hasta recientemente. Por lo tanto, he tenido que reevaluar la biomedicina con lentes críticos en esta sección. Específicamente, mi análisis explora cómo la biomedicina no sólo ha infiltrado el sistema de cuidado de salud en Guatemala y disminuido la agencia de las comadronas, pero ha cambiado las percepciones de la medicina indígena y la gente que la practica.

Primero, defino lo que significa la biomedicina en general y también en el contexto del cuidado de salud en Guatemala. Luego, discuto el efecto que la biomedicina tiene en cómo se conciben la salud y el cuerpo. Esta discusión nos lleva a la próxima sección, que estudia la cultura de culpa y cómo la biomedicina crea el concepto del riesgo. La siguiente sección trata con la jerarquía de conocimiento en el sistema de salud y la condescendencia franca de la biomedicina. Después, se analiza el sistema de referencias en el cual el sistema de la biomedicina en Guatemala se basa, y los entrenamientos de las comadronas por los profesionales de la biomedicina. Finalmente, exploro cómo se evalúa el éxito o fallo de los entrenamientos de las

comadronas y brevemente explico la organización básica de los sistemas de salud en Guatemala.

La biomedicina y su perspectiva angosta

Antes de poder profundizar cómo la biomedicina funciona en el contexto de un país que tiene una población principalmente Maya, primero hay que definir qué es la biomedicina. Hay varias definiciones de la biomedicina, pero para esta tesis, he elegido basar mi análisis en la definición de la biomedicina como la aplicación de las disciplinas de química, biología, y física para curar con medicina al cuerpo humano según es conceptualizado por el Occidente. Adams y John P. Hawkins citan que “[a]unque la biomedicina Occidental tiene variaciones culturales distintas de nación a nación (Payer 1988), tiene un nivel de tecnología y biología semejante a través de las naciones” (xvi-xvii). Obviamente, la definición no termina allí. Una de las metas de esta tesis es complicar una definición de la biomedicina tan sencilla. Esta tesis demuestra que no se puede aislar la biomedicina Occidental de las narrativas dominantes—el neocolonialismo, el patriarcalismo, y el racismo—que acompañan la difusión de información que va en la dirección Norte global a Sur global⁶.

Estas narrativas influyen la salud desde el nivel mas básico—hasta definir lo que significa. En su artículo, “Definiendo la salud de mujeres: docenas de mensajes de más de 150 etnográficas,” Marcia C. Inhorn dice que la definición de qué constituye la salud de las mujeres globalmente ha sido dominada por la perspectiva de

⁶ Por esas razones, he decidido que es necesario usar una combinación de teoría feminista transnacionalista y postcolonialista para estructurar esta investigación (por favor vea la Introducción de esta tesis).

la biomedicina del Occidente (345). Raramente, las mujeres tienen el poder de definir por sí mismas lo que constituye la salud y cuáles son sus prioridades; normalmente las decisiones de dónde enfocar recursos para la salud de las mujeres vienen de personas que tienen una perspectiva limitada por la biomedicina y la lejanía de las personas que son el enfoque de los programas (Inhorn 347). La tendencia de este modelo es desatender las complejidades “sociales, culturales, económicas y políticas” en la vida cotidiana de mujeres que finalmente “dan forma a y restringen” las vidas— y por lo tanto, la salud—de las mujeres (348). Lo que los profesionales de la biomedicina olvidan es que los cuerpos de los humanos son profundamente formados y influidos por factores como dónde viven, en qué trabajan, y cuáles son sus relaciones con otra gente.

Un ejemplo básico de las fuerzas que indirectamente determinan mucho de la salud de una persona es la pobreza. La pobreza influye la salud de las personas de maneras drásticas. Trato de evitar generalizaciones cuando posible, pero hay muchas características de la pobreza que son semejantes independientemente de donde se la encuentra. Las personas pobres viven en las áreas menos deseables, ya sea más lejos de escuelas buenas o más cerca de lugares contaminados por polución o toxinas industriales. Si tienen alojamiento, generalmente es en edificios en condiciones antihigiénicos, posiblemente con ratas o insectos que traen enfermedad o sin plomería que funciona bien, y sin el dinero para arreglarlo. No tienen la comodidad de tener calefacción durante el invierno si hace frío, entonces puede ser que la gente quemara madera para mantenerse caliente, sin la ventilación adecuada para asegurar que el humo no dañe los pulmones de la gente. Si compran comida, no tienen suficiente

dinero para comprar una variedad de comida saludable que puede proveerles suficientes nutrientes, como la comida más barata tiene la tendencia a ser la más procesada y menos sana. Si cultivan su propia comida, es difícil incorporar la variedad de comida a su dieta que es necesaria. Cuando pasé tiempo en el campo afuera de La Paz, Bolivia, con una familia de campesinos de papas,⁷ sus alimentos diarios eran principalmente papas. Las papas llenan el estomago, pero no tienen mucho que ofrecer en términos de nutrientes que son necesarios para el desarrollo de las habilidades físicas y funciones cognitivas. Claro que éstos solamente son unos ejemplos de las condiciones que la pobreza puede crear, pero aún en estos pocos casos es evidente que la falta de recursos tiene consecuencias en la salud. La pobreza, un sistema patriarcal, y otras fuentes de estrés en la vida típicamente no son reconocidas por la biomedicina como factores que influyen la salud; no obstante, se acumulan para contribuir a la salud o falta de salud de las mujeres (Inhorn 349).

Otro ejemplo de problemas macroestructurales que causan problemas en la salud y los cuerpos de los individuos es un estudio realizado en una comunidad en los EE.UU. que tiene bebés prematuramente y de bajo peso en la cual el Centro Para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) se involucró (Inhorn 350). El CDC pensaba que podría resolver estos problemas si se concentraba en disminuir una infección que se llama vaginosis bacteriana (BV) en la comunidad (Inhorn 150). Sin embargo, las mujeres de esa comunidad no estaban tan preocupadas por BV como lo estaban por “alojamiento inadecuado, violencia en la comunidad, trabajo agotador y de bajo pago, interacciones irrespetuosas en espacios de salud públicos, falta de apoyo

⁷ La papa tiene un significado histórico como un cultivo principal de la gente indígena andina, y sigue siendo una cosecha común para los campesinos.

social de sus parejas, falta de acceso a comida saludable, y la presencia de residuos tóxicos en su comunidad” (Inhorn 350). Inhorn subraya que, “Ni una de las mujeres estaba preocupada por BV. Al contrario, las patologías que estaban afectando sus cuerpos y sus vidas eran principalmente estructurales y vacían fuera de su control” (150). Este caso nos deja “considerar cómo un énfasis excesivo en lo microbiológico—en este caso, BV—ha ocultado los determinantes fundamentales de riesgo reproductivo, que son naturalmente macroestructurales” (Inhorn 150). Además, este ejemplo nos deja reflexionar en la importancia de evitar asignar las prioridades y los valores de la cultura dominante a todos, y dejar a las mujeres decidir por sí mismas qué desean y necesitan para mantener su salud, de cualquier manera que definan la salud. La biomedicina generalmente se considera una práctica responsiva, no preventiva, luego eso contribuye al paradigma que las condiciones como la falta de acceso al agua potable no tiene relevancia al trabajo de los doctores. En países privilegiados, tal vez esta mentalidad es menos perjudicial, pero en países del Sur geopolítico, estas condiciones son intrínsecamente conectadas a la salud, y por lo tanto, tratar un cliente sin esta conciencia no es eficaz.

El efecto que el paradigma de la biomedicina tiene en los conceptos de la salud

Además de reducir la salud de las mujeres a problemas individuales en vez de reconocer los problemas macroestructurales que la gente internaliza o que se manifiestan en los cuerpos de poblaciones enteras, la biomedicina ha tenido otras implicaciones para la salud de las mujeres. Primero, hay una tendencia en la biomedicina a reducir la salud de las mujeres a la salud reproductiva, que obviamente

no incluye todas las causas del malestar para las mujeres. Aún así, “condiciones como el cáncer cervical, la enfermedad de inflamación pélvica y el acompañamiento de la infertilidad, el malparto y la muerte fetal, las fístulas, el prolapso uterino y el dolor durante sexo” siguen siendo problemas que las mujeres identifican como problemas de su salud reproductiva pero que todavía no reciben suficiente atención de la biomedicina y luego acogen la prioridad de muchos programas de salud, ambos nacionales e internacionales (Inhorn 351). Seguro que esto tiene que ver con cómo el paradigma de la biomedicina valora los cuerpos, y las expectativas que tiene de los cuerpos de las mujeres. Dónde los recursos son distribuidos indica que la reproducción y la fertilidad son las prioridades de la biomedicina para las mujeres, y no tanto que las mujeres las identifican como *sus* prioridades. En segundo lugar, los conceptos capitalistas de producción y de productividad han contribuido al desarrollo de la biomedicina. Se puede observar la influencia de valores capitalistas en las palabras en inglés que se usan para describir el proceso del parto en la biomedicina—tal vez la palabra más común para el parto, *labor*, se traduce a “trabajo” (Inhorn 354). En la biomedicina, este “trabajo” requiere la regulación estricta de los cuerpos de las mujeres durante el embarazo y en el parto, históricamente por un doctor o especialista que es un hombre. La autoridad de quién tiene conocimiento sobre el proceso de dar a luz cae en los profesionales de la biomedicina, no en la mujer que realmente vive todo. Margaret Lock dice que hasta que la construcción de lo que constituye el cuerpo humano sea una idea que varíe dependiendo del contexto cultural, no habrá esperanza para el mejoramiento de la salud de las mujeres (Inhorn 353).

Hablando de la capitalización de nacimiento, los profesionales de la biomedicina tienen incentivos sustanciales para monopolizar el proceso de reproducción. En los últimos cien años, la consolidación de poder de los profesionales de la biomedicina en detrimento de las parteras es bastante evidente. Se puede observar en todo el mundo el establecimiento de leyes y regulaciones sobre parteras y su trabajo y el resultante incremento de poder de los obstréuticos. Desde 1935, Guatemala ha tenido una ley que requiere el entrenamiento, licenciamiento, y registro de las parteras (Hinojosa 640). El entrenamiento consiste en enseñar a las parteras la fisiología de partos y cómo usar instrumentos de parto del oeste geopolítico (Hinojosa 640). Las comadronas que han cumplido el entrenamiento oficial por el estado reciben un carnet que les deja seguir trabajando si siguen los objetivos y métodos del centro de salud (Hinojosa 642). Si una comadrona no se comporta según las reglas del centro de salud, el estado puede amenazarla con tomar su carnet (Hinojosa 642). Aunque el estado no tiene una idea muy clara de cuántas comadronas están practicando (como los números de cuántas parteras se han registrado cambian tan drásticamente cada año) (Hinojosa 641), si el gobierno sabe de una partera no registrada, inmediatamente le manda una invitación para el entrenamiento; si la partera no acepta la invitación, el gobierno la pronuncia ilegal (Hinojosa 642). De esta manera, el estado puede controlar las comadronas que funcionan afuera del sistema de la biomedicina y así supervisar el proceso de reproducción de las mujeres que eligen dar a luz sin un obstréutico. El estado tiene un interés en proteger su control sobre la reproducción de las mujeres, para las ganancias monetarias que los profesionales de la biomedicina puedan conseguir, para el prestigio y las narrativas de modernización que rodean a la

biomedicina cómo una práctica, y para asegurar que los cuerpos de mujeres (que tienen la capacidad de reproducir la nación) estén bajo el control del estado. Mejor dicho, la biomedicina trabaja con y para el interés del estado, mientras que la medicina indígena y las comadronas trabajan para el interés de sus clientes.

Globalmente, no hay duda de que ha habido un cambio a la preferencia de dar a luz en un hospital; desafortunadamente, dar a luz en un hospital bajo la supervisión de un obstétrico no necesariamente significa que no van a haber complicaciones con el parto (Inhorn 357). Especialmente en países pobres, muchas veces hay cortes de electricidad, falta de medicamentos u otros recursos y una falta de profesionales calificados en el hospital que hacen el parto mucho más vulnerable a complicaciones (357). No tener los recursos para completamente aprovisionar un hospital con medicamentos y profesionales es irresponsable, en el mejor de los casos, y homicidio, aunque indirecto, en los peores de los casos. Carole H. Browner expresa las mismas preocupaciones al notar que, “en muchas partes del Sur global, los partos en el hospital son significativamente más peligrosos que los partos en la casa, con tasas de mortalidad materna e infantil más altas” (xi). Ella dice que aún con necesidades de camas, suministros, y profesionales que superan la demanda, “la idea de que un parto en el hospital siempre es mejor todavía prevalece, mientras que las mujeres que resisten la idea están etiquetadas con no cumplir las normas y con ser egoístas e ignorantes” (Browner xi). El gobierno ha agresivamente promovido la idea de que las mujeres responsables y las mujeres que van a ser madres buenas tengan sus partos en los hospitales. En los casos donde las mujeres embarazadas eligen alternativas al cuidado que la biomedicina ofrece, intencionalmente o no, son parte de un movimiento

marginalizado y desaventajado que funciona contra la hegemonía (Inhorn 359). La cultura de culpa alrededor de las mujeres que dan a luz en la privacidad de sus propias casas en combinación con los esfuerzos del gobierno para erradicar las prácticas de las comadronas resulta en una campaña fuerte de ataque.

Riesgo y la asignación de la culpa

Dentro de un sistema así, las mujeres que prefieren dar a luz a sus bebés sin asistencia o que eligen emplear una partera no tienen lugar y, según la biomedicina, constituyen casos de riesgo más alto. Vale la pena destacar cómo se construye el riesgo, un concepto que dirige la biomedicina. No hay que analizar la salud mucho para notar que el control sobre el cuerpo de la mujer, especialmente con respecto a su capacidad de reproducir, está formado alrededor de la noción del riesgo. Kaufert y O'Neil explican que “la definición de riesgo y la gerencia de riesgo son áreas contestadas donde el derecho de decidir cuáles riesgos son importantes depende de las relaciones políticas, sociales, y económicas dentro y entre colectivos” (Cosminsky 88). Así que, en países como Guatemala que han tenido una historia larga de invasión, conquista, y colonización, el privilegiando de la biomedicina sobre la medicina indígena es un componente del neocolonialismo. Fordyce y Maraesa explican que el “conocimiento biomédico sobre la salud reproductiva y la propiedad es poderoso—y políticamente—construido como más legítimo y más imbuido con experiencia, mientras que las formas alternativas de conocimiento son presentadas como ignorantes subdesarrolladas, y 'arriesgadas” (8). Estas narrativas de superioridad vienen de la construcción del Norte geopolítico y la medicina “moderna” como inherentemente

preferibles y mejores que el Sur geopolítico y la medicina “tradicional” o el conocimiento indígena, cuyos orígenes se extienden desde el tiempo del colonialismo.

Si se adopta esta perspectiva, las mujeres que se niegan a la regulación de su embarazo y parto por parte del estado, están resistiendo la modernización y poniendo en riesgo no solo a sus bebés y a sí mismas, pero también el avance y progreso de su país (Browner ix). Llevar la responsabilidad de demostrar que su país es moderno es abrumador y obviamente fuera de lugar. Especialmente en contraste con el escaso cuidado y atención que las mujeres normalmente reciben de los profesionales de la biomedicina y del estado, el repentino e intenso interés que el gobierno toma en las decisiones reproductivas de mujeres es insultante y, según mi criterio, claramente comunica que se valoran las mujeres exclusivamente por su capacidad de reproducción. De esta manera, “los cuerpos de las mujeres y salud de las mujeres se convierte en el sitio de lucha micro y macropolíticas, ambas evidentes y ocultas” (Inhorn 363). Muchas mujeres no tienen la opción de recibir cuidado biomédico para su embarazo y parto, pero las que sí pueden muchas veces no ven el embarazo como una enfermedad en el sentido que requiere regulación e intervención por parte de establecimientos de salud del gobierno (Browner ix). Es decir, muchas mujeres tienen confianza en sus habilidades reproductivas, pero al mismo tiempo existe presión para tomar ventaja de los recursos que la biomedicina ofrece (Browner ix).

En comparación, Dudgeon arguye que organizaciones como la Organización Mundial de Salud ven el embarazo como un riesgo que requiere intervención por parte del estado (Cosminsky 82). Pauline B. Bart explica que “la capacidad única para la reproducción femenina siempre ha sido regulada. Las mujeres en ninguna sociedad y

en ninguna época nunca han tenido el control de su capacidad reproductiva, estado libre de tener hijos o no, usar anticonceptivos o no, abortar o no” (Bart 105). Puesto que las mujeres llegan a ser símbolos de la nación por su habilidad de reproducir, la muerte de la mamá o del bebé en un sentido es considerado fallar, y se refleja en el país. Lo que acompaña al riesgo, muchas veces, es la culpa; el caso de reproducción de las mujeres no es una excepción. Generalmente, las mujeres y/o sus comadronas son acusadas de ponerse o poner a los bebés en riesgo con sus acciones o falta de acciones. Parece increíblemente injusto echar la culpa del malestar o de la muerte de una mujer o bebé en las personas que ya sienten la pérdida más fuerte, y que estaban más invertidas en el éxito del parto. No obstante, en Guatemala las comadronas reciben la mayoría de la culpa por partos que no van bien o por muertes de mujeres o sus bebés. Debido a la asignación de culpa a la comadrona, los programas del estado y de organizaciones internacionales—como la Organización Mundial de Salud (OMS)—enfocan sus esfuerzos en el entrenamiento de las comadronas, una estrategia que ha tenido resultados mixtos.

La jerarquía de conocimiento y la condescendencia franco de biomedicina

La desconfianza de la Organización Mundial de Salud hacia las comadronas se demuestra hasta en la jerarquía que crean en el lenguaje que usan para distinguir entre lo que denominan “asistentes tradicionales de partos” y “asistentes hábiles de partos” (Cosminsky 83). Por supuesto, las comadronas que OMS considera “hábiles” son las que han sido formalmente licenciadas por el estado según el modelo biomédico. Este lenguaje es condescendiente hacia las comadronas, implicando dos

cosas: primero, que las que no han recibido entrenamiento biomédico por el estado no son hábiles; segundo, que estas mujeres solamente son *asistentes* en el parto, ignorando sus roles de ser partera que incluye el cuidado antes de dar a luz y después de dar a luz, en ambas capacidades médicas y sociales (Cosminsky 83-84). El uso del lenguaje para perpetuar una cultura de discriminación contra las comadronas puede aparecer sutil, pero el impacto es bastante dañino. Además, Servando Z. Hinojosa atesta que los profesionales de la biomedicina frecuentemente recuerdan a las comadronas de sus “limitaciones,” y les enseñan que sus habilidades no son suficientes para manejar los embarazos y los partos y que deben “acceder” al conocimiento biomédico de los profesionales médicos (648). Hinojosa añade que esto crea una “dependencia de las comadronas entrenadas en el establecimiento médico que se puede observar” (648). Una consecuencia de esto es “un aumento en la tendencia de las comadronas a minimizar su conocimiento de los procedimientos y las situaciones que antes eran capaces de manejar, incluyendo la versión cefálica externa incluso la reducción de un útero invertido” (Hinojosa 648). La confianza en sus propias habilidades de curar es un componente importante de ser comadrona, porque es una profesión que requiere que la partera haga decisiones ejecutivas y porque le asegura a la cliente que todo va a salir bien. Aún más que eso, como muchas de las comadronas expresan que fueron llamadas divinamente a la profesión, las ramificaciones de sentirse incompetente son profundas y me parece que pueden poner en cuestión no solo las habilidades de la comadrona, sino también sus creencias fundamentales.

Adicionalmente, el uso de la tecnología es una de las maneras mediante la cual los profesionales de la biomedicina crean una jerarquía entre su conocimiento del

Occidente y el conocimiento de las comadronas indígenas Mayas. La tecnología se ha vuelto un elemento integro para la biomedicina, y en muchos casos, la tecnología y la biomedicina prácticamente llegan a ser sinónimos. El uso de la tecnología ha sido cuestionado, especialmente por comunidades feministas. Inhorn dice que “aunque la biomedicina obviamente tiene el poder de curar y unas tecnologías pueden, en realidad, salvar vidas, los excesos tecnológicos de la biomedicina además de la medicalización constante requiere una vigilancia constante y la vigilancia para evitar el control médico innecesario sobre la vida de las mujeres” (356). ¿Realmente necesitamos todas las tecnologías que la biomedicina emplea? Seguramente, unas sí. No obstante, tenemos que reevaluar el paradigma que la biomedicina siempre es la mejor opción y que cualquier tecnología que haya debe ser usada. Esta ideología ha sido tan difundida por el mundo—sin duda, por razones del poder geopolítico que las naciones más poderosas, cómo los Estados Unidos, tienen—hasta el punto que aún en países donde la biomedicina no es una opción viable, llega a ser la opción privilegiada. Cómo se analiza con más profundidad en el siguiente capítulo, el prestigio que hoy en día es atribuido a la biomedicina, junto con las connotaciones de la modernidad y la legitimidad, han posicionado otras formas de cuidado de salud y conocimiento cómo “alternativas.” Estas alternativas muchas veces son demonizadas y consideradas atrasadas y de la clase baja, mientras que las personas que las practican sufren de acusaciones de brujería. Cada vez menos personas eligen (o, según unas creencias, son seleccionadas) a ser una partera y las generaciones jóvenes prefieren la biomedicina por las razones enumeradas arriba (Adams y Hawkins 63).

El sistema de referencias

El entrenamiento de las comadronas por el Ministerio de Salud pone un énfasis especial en la habilidad de la partera para referir a su paciente a un establecimiento médico (un centro de salud o un hospital) si hay complicaciones. Luego, los entrenamientos se enfocan en enseñar a las comadronas cuáles situaciones o complicaciones merecen referencia a un profesional de la biomedicina. Según Baily, Szásdi, y Glover, estos entrenamientos de comadronas no han tenido éxito en aumentar el número de referencias a doctores (Adams y Hawkins 7-8). Es importante explorar las varias suposiciones problemáticas con esta mentalidad. Primero, el gobierno presupone que la comadrona es quien toma la decisión de conseguir atención de un profesional de la biomedicina. En realidad, si recibir cuidado de salud en un hospital es una opción (y en muchos casos, por falta de dinero, falta de transportación, o falta de tiempo, *no* es una opción), la mujer, la familia, o generalmente el padre del hijo toma la decisión final. Una comadrona puede insistir en que la mujer embarazada vaya a un centro de salud y la mujer o su pareja puede negarse; desafortunadamente, la comadrona es quien legalmente tiene la responsabilidad de asegurar la salud de la mujer y su bebé (Cosminsky 91). La presuposición que las comadronas puedan exigir que sus clientes tomen su consejo puede ser basada en un concepto de la biomedicina que el doctor es quien debe tomar las decisiones, ya que según biomedicina, el doctor tiene más conocimiento sobre el cuerpo del cliente que el cliente tiene sobre su propio cuerpo. En comparación, la medicina indígena basa muchas de sus prácticas en el conocimiento del cliente sobre su propio cuerpo, y luego las clientas de comadronas toman un rol mucho más participativo en su medicación.

Si la comadrona tiene éxito refiriendo a la mujer a un hospital, ella puede ser maltrata por los empleados del hospital, que frecuentemente le echan la culpa a la comadrona por la condición grave de la mujer embarazada (Cosminsky 96). Foster et al. reportan que las comadronas han confesado que cuando han ido al hospital con sus clientes, los empleados les han gritado y avergonzado en frente de esos clientes (Cosminsky 96). Como Dudgeon nota, esto tiene un impacto en la credibilidad profesional y la integridad personal en las interacciones con los profesionales de la biomedicina (Cosminsky 96). Al mismo tiempo que las comadronas no tienen ganas de referir a sus clientes por las razones enumeradas arriba, la falta de referir a una cliente es mal vista por la comunidades de las comadronas así como por la comunidad profesional de la biomedicina (Adams y Hawkins 138).

Segundo, (e igualmente problemático) si las mujeres embarazadas fueran al hospital cada vez que fueran referidas, no habría suficientes doctores o enfermeras para dar atención a todos los pacientes. Hurtado y Saenz de Tejada expresan que los hospitales guatemaltecos solamente tienen la capacidad de intervenir en veinte por ciento de los partos en el país (citado en Cosminsky 91). Aún afuera de los hospitales hay una falta de doctores que puedan ayudar en un parto—la Organización Panamericana de la Salud cita en un informe que solamente el veintinueve por ciento de los partos en Guatemala son atendidos por un profesional de la biomedicina, mientras que el sesenta por ciento de los partos son atendidos por las comadronas (Hinojosa 639). En condiciones así, hay muchos cuentos de mujeres que dan a luz en el hospital por sí mismas por falta de personal (Cosminsky 96). La crisis de salud en las áreas rurales de Guatemala es aún más crítica, donde un escaso veinte por ciento de

los servicios de salud se localizan para servir al setenta por ciento de la población (Hinojosa 640). Finkler cita el disgusto de profesionales de la biomedicina por trabajar en áreas rurales porque no pueden ganar tanto dinero y/o porque son racistas contra indígenas de Guatemala como una causa del desequilibrio de los servicios en áreas urbanas y áreas rurales (Adams y Hawkins 9).

Para exacerbar la tensión entre las comadronas y los profesionales de la biomedicina, las circunstancias que generalmente les traen juntos son menos que ideales. Los doctores están acostumbrados a ser despertados tarde en la noche con una emergencia obstétrica con la cual la comadrona necesita ayuda; depende del doctor, pero es común que los doctores se nieguen a ayudar a una mujer a dar a luz si la comadrona la ha llevado ya al punto de la crisis (Hinojosa 647). Esto tiene que ver tanto con la molestia de tratar con una mujer desconocida cuando está a punto de morir que con cuestiones de prestigio (Hinojosa 647). Si un bebé o una mujer muere con el doctor, especialmente después de que una comadrona ha referido a la mujer, resulta en un desprestigio para el doctor (Hinojosa 647). Las comadronas también tienen que considerar el efecto que un cliente puede tener sobre su prestigio, pero Hinojosa cita que para las comadronas, este factor tiene menos valor que para los doctores (647).

El entrenamiento de las comadronas y el ejercicio de control sobre la medicina indígena por la biomedicina

A causa de las investigaciones de OMS sobre el impacto de las comadronas en la mortalidad materna e infantil que no produjeron resultados muy claros, empezando

en los 1990s, OMS y otras organizaciones redistribuyeron sus recursos de las comadronas hacia el entrenamiento de profesionales de la biomedicina y las comadronas nuevas que el gobierno puede entrenar (Dudgeon 22). En la búsqueda de mujeres que puedan ser entrenadas por profesionales de la biomedicina a ser comadronas, llevado a cabo por el gobierno de Guatemala, los criterios con los cuales se eligen a las candidatas son completamente diferentes que las razones por las que las comadronas indígenas empiezan su profesión. Como se destaca con más profundidad en el segundo capítulo, las comadronas generalmente dicen que reciben instrucciones divinas (muchas veces en la forma de sueños) que les requieren empezar a curar con medicina indígena, y casi siempre son madres, mujeres de mayor edad, y/o mujeres que han tenido experiencia ayudando a algunas mujeres a dar a luz. En comparación, las mujeres que el Ministerio de Salud selecciona para entrenar son solteras, sin niños, y/o jóvenes con por lo menos quince años de edad (Hinojosa 648-649). Estas jóvenes no tienen una reputación y, como el trabajo de las comadronas depende mucho de cómo la gente en la comunidad percibe su competencia, probablemente las comadronas seleccionadas por el gobierno no son muy populares.

Los empleados de centros de salud, los profesionales de la biomedicina locales típicamente guían los entrenamientos de las comadronas (Hinojosa 642-643). Las lecciones incluyen temas como la sanidad e información biomédica sobre el embarazo y el parto, pero quién sabe cómo la información sea modificada por accidente en el proceso de traducirla (Hinojosa 643). Además, hay varias prácticas que las comadronas emplean en su trabajo de curar con las cuales el establecimiento

de la biomedicina tiene problemas, incluyendo el uso de un *tuj* o *temascal*,⁸ la posición en que las mujeres dan a luz a sus bebés, el masaje, y el uso de vinculante abdominal postparto (Hinojosa 643). Las comadronas tienen que esconder su uso de estas técnicas de curar que no son autorizadas por el Ministerio de Salud porque de otro modo están en riesgo de ser regañadas o están bajo la amenaza de ser despojadas de sus licencias (Hinojosa 643). A pesar de que puede parecer que los programas de entrenamiento de las comadronas condenan todo, apoyan el uso de las herramientas biomédicas que son costosas y por lo tanto inaccesibles a las comadronas (Hinojosa 645). Los guantes, una de las maneras de mantener la sanidad para prevenir la infección más fáciles, son demasiado costosos para que las comadronas los compren con su salario pequeño (Adams y Hawkins 139). Las comadronas son responsables de comprar las herramientas, y las usan e incorporan en su trabajo de varias de maneras (adivinaría que también las usan de maneras no condenadas por el Ministerio de Salud).

Otra de las maneras poderosas en que la biomedicina socava el conocimiento de la medicina indígena que las comadronas practican es en los entrenamientos por los centros de salud. Los entrenamientos para comadronas no intentan incorporar su conocimiento o sistema de medicina y creencias dentro de las lecciones. Los que enseñan los cursos aceptan el conocimiento médico de la biomedicina sin cuestión, y unos conceptos directamente contradicen el conocimiento médico indígena (Hinojosa 641). En estas sesiones de entrenamiento, el desequilibrio de poder en la relación entre los profesionales de la biomedicina y las comadronas es particularmente

⁸ Un baño de sudor

exacerbado. El método de enseñar en estos entrenamientos es didáctico, donde el profesional de la biomedicina privilegia su conocimiento sobre el de las comadronas en una conferencia en vez de un diálogo (Hinojosa 642). Las comadronas aprenden su profesión a través del aprendizaje práctico y la experiencia personal; en contraste, los entrenamientos de las comadronas en los centros de salud no incluyen la aplicación de la información enseñada, algo que es especialmente difícil para las mujeres analfabetas, estimado por un estudio como setenta y cuatro por ciento de la población de mujeres indígenas en Guatemala (Hinojosa 642).

El idioma oficial de los entrenamientos es el castellano, algo que presenta problemas para las comadronas, ya que la mayoría habla un dialecto indígena (Hinojosa 643). Según los estudios, parece que a veces hay un traductor presente para facilitar la comunicación entre el lector y las comadronas, pero a veces las comadronas tienen que confiar en que haya una comadrona bilingüe en la clase (Hinojosa 643). Adams y Hawkins dicen que “el entrenamiento típicamente no alcanza una mayoría de los facultativos tradicionales, para quien el K’iche’ es el idioma principal” (8). Encima de la idiotez de ofrecer entrenamiento en una lengua que las comadronas no entienden, los maestros de los entrenamientos tratan a las comadronas de una manera condescendiente y “se posicionan como los árbitros de cuales elementos de partería deben ser autorizados y cuales deben ser descartados” (Hinojosa 646). Como se analiza más tarde en el capítulo y en el capítulo dos, cuales prácticas la biomedicina ataca fervorosamente son arbitrarias y basadas más en el prejuicio que en evidencia real que demuestre que las prácticas de las comadronas causan daño a sus clientes. No debe venir como sorpresa que a causa de los ataques

de la biomedicina en las prácticas de las comadronas y las interacciones que insultan el conocimiento de las comadronas, las comadronas limitan su contacto con los profesionales de la biomedicina (Hinojosa 646). Por consiguiente, las mujeres embarazadas tienen la tendencia de limitar sus interacciones con los profesionales de la biomedicina también (Hinojosa 646). La falta de comunicación entre las comadronas y los profesionales de la biomedicina daña un sistema ya fragmentado.

Para controlar a las comadronas ya establecidas y orientar el proceso hacia la biomedicina para las mujeres que querían hacerse comadronas, el gobierno estableció leyes restringiendo su trabajo sin la autorización del estado. Hinojosa y otros académicos arguyen que “el gobierno valora a las comadronas principalmente por su rol en fomentar las metas de la biomedicina” (637) así que realmente no tienen interés en utilizar las habilidades que las comadronas ya tienen sino explotar sus posiciones especiales en las comunidades. Hoy en día, las comadronas en Guatemala no pueden trabajar legalmente sin una licencia que el estado les da después de cumplir un entrenamiento que el Ministerio de Salud da o autoriza (Cosminsky 85). El sistema obliga a las comadronas a vigilar a otras comadronas y les reporta a su centro de salud si no tienen licencia (Hinojosa 642). Encima del entrenamiento inicial, a las comadronas se les exige asistir cada mes a una sesión en su centro de salud para recibir certificados de nacimiento y llenar informes, pero estas lecciones no son bien organizadas y muchas veces se realizan durante horas en conflicto con los horarios de las comadronas (Cosminsky 85).

También hay restricciones para las comadronas licenciadas en torno a cuáles partos pueden asistir y cuáles no. Está prohibido tener una comadrona como la persona

responsable para el parto en las situaciones que son consideradas más peligrosas, cómo las mujeres embarazadas que tienen menos de dieciséis años o más de treinta y cinco años, los partos que se presentan al revés, o las mujeres que han tenido una cesárea antes (Cosminsky 86). Otra vez, las comadronas serían responsables legalmente si atendieran a uno de los partos considerados de más riesgo y hubiera complicaciones (Cosminsky 86). Recientemente, el Ministerio de Salud ha iniciado el entrenamiento de mujeres alfabetizadas en el trabajo de ser partera para que puedan controlar la información que reciben y manipular mejor el territorio de las comadronas (Cosminsky 86). Como se explican en el capítulo dos, el trabajo de ser comadrona es mucho más complicado que simplemente cumplir el entrenamiento del gobierno y es una posición que muchas mujeres creen es denominado por dios.

Cómo se evalúa el éxito de los entrenamientos: otro paradigma importado del Norte

El éxito o el fallo de los programas de entrenamiento de las comadronas está evaluado casi exclusivamente en las tasas de mortalidad maternal e infantil (Cosminsky 86). Esta manera de medir o evaluar el progreso es bastante limitada, y no tiene en cuenta que hay muchos factores fuera del control de la comadrona que influyen cómo sale un parto. En vez de echarle la culpa a las comadronas, sería mucho más productivo evaluar si el programa de entrenamiento es eficaz y si provee información a las comadronas que funciona dentro de su sistema de medicina o si reciben información que contradice sus valores y creencias. La pobreza, falta de sanidad y falta de acceso a un centro de salud obviamente impactan el parto

(Cosminsky 87), y merecen atención tanto como el trabajo de las comadronas por su rol en la tasa de mortalidad maternal e infantil en Guatemala. Cominsky arguye que

“sin embargo, no importa cuánto y qué tipo de entrenamiento una comadrona tiene, a menos que sea parte de un programa integrado—uno que incluya educación para la familia y la comunidad y que se dirija a factores como la pobreza, el mal alojamiento, las malas condiciones de sanidad, la falta de agua potable, la falta de acceso a comodidades médicas, el analfabetismo, y la falta de consideración por factores culturales por empleados médicos como factores de riesgo en si mismos—la salud reproductiva no va a mejorar y las tasas de mortalidad altas van a continuar en Guatemala” (97).

Otra vez, aquí se nota que la mentalidad de la biomedicina que no trata de curar a la gente de una manera holística, localizando el cuerpo dentro de su contexto y situación específica (como la medicina indígena lo hace) no funciona.

Otra realidad que hay que tomar en cuenta es el subregistro de nacimientos y de muertes, especialmente de bebés (Cosminsky 87). Las leyes que intentan supervisar el trabajo de las comadronas han hecho más difícil que las familias notifiquen al gobierno de un nacimiento o muerte. Para los bebés que no nacen en un hospital, el gobierno requiere que el certificado de nacimiento tenga un sello oficial de una comadrona licenciada (Cosminsky 85). Si la mujer embarazada da a luz a su bebé por sí misma o si es asistida por amigos, miembros de su familia, o una comadrona que no ha cumplido el entrenamiento del Ministerio de Salud, la madre tiene que encontrar una comadrona licenciada que esté dispuesta a firmar y sellar el certificado de nacimiento (Cosminsky 85). En tales casos, la comadrona licenciada se

pone a riesgo de perder su licencia si el estado sabe lo que ha pasado o si hay complicaciones con la madre o el bebé (Cosminsky 85). Con el entrenamiento y licenciamiento de las comadronas, y la amenaza de quitar la licencia si las comadronas no conforman a lo que el estado les pide, el gobierno intenta ejercer su control afuera del hospital y hasta en las esferas privadas. De esa manera, el estado puede extender su control sobre la reproducción de las mujeres aún afuera del hospital, en el territorio que antes fue el dominio de la comadrona.

Encima de la regulación de las comadronas, retener un certificado de nacimiento sin el sello de una comadrona licenciada tiene un impacto que no se puede pronosticar pero que, indudablemente, va a ser significativo. Por ejemplo, un resultado razonable de esta ley sería la ampliación y el reforzamiento de las divisiones entre las clases sociales—las clases sociales más privilegiadas probablemente recibirían atención médica de parto en los hospitales donde obtendrían un carnet de identidad, y las clases más marginalizadas probablemente darían a luz en sus casas y posiblemente no recibirían carnets de identidad. Una falta de certificado de nacimiento así como los carnets de identidad son marcadores de ciudadanía, y por lo tanto designan quién pertenece legítimamente dentro de la nación y quién no. Además, la falta de un certificado de nacimiento y/o un carnet de identidad tendría un impacto en actividades básicas, como asistencia a la escuela, matrimonio, y la solicitud de un trabajo.

La organización de los sistemas de salud en Guatemala: un choque de lo ideal con la realidad

Hoy en día en Guatemala, hay tres maneras de recibir cuidado de salud: doctores que emplean la biomedicina; trabajadores regionales que están empleados por una ONG (Organizaciones no-Gubernamentales); y comadronas (Dudgeon 17). Dentro del cuidado biomédico de la salud, hay cuatro niveles: el nivel aldea, municipal, regional, y nacional (Adams y Hawkins 87). En el nivel nacional hay hospitales especializados, en el nivel regional hay hospitales generales, en el nivel regional hay centros o puestos de salud, y en el nivel aldea hay puestos de salud o, más frecuentemente, individuos que trabajan formalmente en el sector de la salud biomédica (Adams y Hawkins, 87). Idealmente, los individuos empezarían su cuidado y serían referidos al nivel de salud que su enfermedad o aflicción requiriera—sin embargo, la realidad funciona bastante diferente por razones de falta de fondos.

La falta de transportación de áreas rurales a centros urbanos donde se ubican más servicios, y los problemas de comunicación entre los médicos que trabajan en el sector médico formalmente que hablan castellano y muchos de sus pacientes que hablan idiomas Maya funcionan contra un sistema basado en la referencia (Adams y Hawkins, 87). Para complicar la situación más, las personas que están en la posición de saber si la mujer embarazada necesita ayuda biomédica son las comadronas quienes, como se destaca más tarde, tienen una relación complicada con la medicina formal y no necesariamente tienen confianza para referir a sus paciente a doctores o hospitales.

La realidad es que para mucha gente en Guatemala, recibir cuidado de salud del sector formal no tiene sentido lógicamente. La discrepancia significativa entre la opción de cuidado de salud que las mujeres embarazadas escogen puede ser atribuida a varios factores, pero sin embargo la infraestructura de medicina formal del gobierno no tiene la capacidad de atender a muchos más pacientes que ahora. Al mismo tiempo, el gobierno de Guatemala ha implementado un sistema para intentar ejercer más control y regulación sobre las comadronas, un hecho que básicamente pone el poder de quien provee cuidado de salud en las manos de los profesionales de la biomedicina, aunque ellos no atienden a la mayoría de la población. Las leyes que dan al estado y a los profesionales biomédicos el poder de licenciar una comadrona o de declarar su trabajo ilegal en combinación con un estigma que el trabajo de las comadronas es atrasado, tradicional, y relacionado a la brujería y la pobreza resulta en la disminución de la profesión de comadrona. La inhabilidad del sistema de salud biomédica junto con una reducción en el número de comadronas pone el sistema de salud de Guatemala, y muchos otros países parecidos, en crisis.

Conclusiones

Los conceptos de enfermedad, que forman la fundación del cuidado de salud en cualquier cultura, son totalmente diferentes para los indígenas Mayas que para los facultativos de la biomedicina del Occidente. En la biomedicina, una enfermedad puede ser contenida dentro de una persona, y en el sistema de creencias Mayas⁹, la enfermedad no existe en el mismo sentido sino que es conceptualizada en términos de

⁹ Para más información sobre el sistema médico de los indígenas Mayas, por favor vea el capítulo dos.

equilibrio (Adams y Hawkins 71). Adams y Hawkins explican que la tasa de mortalidad infantil permanece alta porque el comportamiento biomédico del Occidente tiene el intento de proteger el cuerpo de las enfermedades y esto no tiene sentido cuando está aplicado [a la definición de la enfermedad elaborada por los Mayas]. Por otra parte, la meta de mejorar el cuidado de la salud infantil con separar partos usando el control de la natalidad del Occidente falla porque los modos de control de la natalidad violan las creencias con respecto al equilibrio—el elemento más importante para [los Mayas]” (71).

En sumo, una de las fallas principales de la biomedicina del Occidente es que trata de mejorar la salud materna e infantil mediante la prevención de acciones que no tienen sentido dentro del sistema de conocimiento de la medicina indígena (Adams y Hawkins 82). Como arguyen Adams y Hawkins, “[h]asta que las soluciones ofrecidas por oficiales de cuidado de la salud sean entendidas por la gente en términos de sus definiciones culturales existentes de salud y restauración de los equilibrios naturales del cuerpo, los esfuerzos bien intencionados de los proveedores de cuidado de salud del Occidente probablemente continuarán fallando” (Adams y Hawkins 83).

Capítulo dos

La medicina indígena dentro del contexto de los Mayas de Guatemala:

Una práctica en peligro de extinción

La biomedicina del Occidente trata el embarazo de una mujer de una manera parecido a un enfermedad—requiere un diagnóstico profesional, dirección y control hasta que el asunto se resuelve (en este caso, hasta que la mujer da luz al bebé). En contraste, para los Mayas, “el cuerpo es un concepto sagrado más bien que uno mecánico,” y por lo tanto, el embarazo es un proceso natural (Cosminsky 215). Además, el embarazo cabe dentro del sistema de creencias de los Mayas y, por consiguiente, el parto y posparto requieren rituales especiales realizado por miembros de la comunidad Maya que son calificados como dar la bienvenida a una vida nueva y ayudar a la familia a ajustarse a un cambio nuevo.

A la misma vez que profundizo el significado de dar a luz y los rituales que lo acompañan, quiero elaborar también los conceptos Mayas más básicos, cómo lo que significa la enfermedad, para ofrecer una representación más completa del sistema de creencias de los Mayas¹⁰. El concepto de la enfermedad en la tradición Maya tiene que ver con una creencia en el maíz como fundamental a la vida y con cuestiones de equilibrio, generalmente entre las temperaturas de calor y frío (Adams y Hawkins, 70). En muchas comunidades de Centro y Latino América, las comidas, las hierbas, y

¹⁰ No intento representar el sistema de creencias de los Mayas como un conjunto de normas fijas y homogéneas. Al contrario, reconozco que las creencias cambian según su contexto—la época, la gente que las practican, el clima político y social del país—pero para el propósito de esta tesis, es importante explicar en términos generales las creencias de los Mayas.

las acciones son categorizadas como calor o frío; un desequilibrio entre las temperaturas es lo que resulta en la enfermedad (Cosminsky 200).

En todo el mundo, las mujeres que están embarazadas son vistas en una condición de calor y, por lo tanto, tienen que monitorizar las comidas que ingieren para prevenir un desequilibrio de temperaturas que se considera peligroso (Cosminsky 201). De esta manera, las comadronas¹¹ pueden ofrecer sugerencias sobre la dieta que sus clientes deben seguir para mantenerse sanas, especialmente después de tener el parto (Cosminsky 201). Después de tener el parto, las mujeres deben comer sopa de pollo, plátanos y *atole*¹² (Cosminsky 209). Los doctores de la biomedicina no tienen el conocimiento de dar estas sugerencias a sus clientes ni la confianza en este sistema de creencias; tampoco pueden asegurarse de la disponibilidad de las comidas que protegen a las mujeres después de su parto en el hospital (depende de lo que la cafetería les puede ofrecer).

Las emociones son otro factor que tienen la habilidad de causar malestar y, en las mujeres embarazadas, complicaciones con el bebé, si no están en equilibrio (Cosminsky 203). Cosminsky explica que “[c]uando una mujer embarazada siente susto o está enojada, debe ir a una comadrona para que le dé té herbario con propiedades de ‘calor’ o ‘frío,’ y recibir un masaje para restituir el equilibrio del cuerpo” (Cosminsky 203). Si el estado de desequilibrio de emociones continua sin tratamiento, las mujeres pueden tener un parto prematuro, una muerte fatal, un

¹¹ Me refiero a parteras/comadronas en esta tesis como femeninas porque aunque muchos curanderos son hombres, las únicas personas que específicamente ayudan a las mujeres a dar a luz son mujeres.

¹² Un plato de maíz.

malparto, una placenta retenida, una falta de suficiente leche o leche fría y un bebé enfermo (Cosminsky 203).

La idea del malestar y el dolor se llama *k'ax* en Quiché (Adams y Hawkins 70). *K'ax* no es algo que se puede destruir en el cuerpo de la misma manera en que se puede atacar un virus en el cuerpo según la biomedicina, sino la tradición Maya cree que hay que moverlo del cuerpo (Adams y Hawkins 70-71). Además de las temperaturas, el componente más importante para mantener el equilibrio en el cuerpo es el maíz, un “símbolo de vida” y “el origen de la salud y el equilibrio” (Adams y Hawkins 71). Muchas de las creencias Mayas vienen de esta reverencia al maíz¹³. Por ejemplo, los líquidos vitales del cuerpo—el sudor, la sangre, la leche y el semen—son productos de la ingestión del maíz (Adams y Hawkins 73). En torno, el sudor es el vehículo mediante el cual el *k'ax* puede salir del cuerpo, entonces la ingestión del maíz es esencial para este proceso (Adams y Hawkins 73).

K'ax es un concepto que merece atención. No se puede poseer ni contener *k'ax* en el cuerpo como se puede una enfermedad en la tradición biomédica, entonces sigue que no se pueden usar los mismos métodos para sanar el cuerpo (Adams y Hawkins 75). Por ejemplo, las maneras de sanar el cuerpo incluyen pasar tiempo en el *tuj*¹⁴ o tomar una bebida caliente de maíz, ambas son curas que demuestran el uso del maíz y la temperatura para restaurar el equilibrio al cuerpo. Por eso, “hasta que las soluciones de los oficiales de cuidado de salud sean entendidas por la gente en términos de sus definiciones culturales existentes de la salud y la restauración de los

¹³ Con la diversificación de la agricultura y la urbanización en los últimos años, el énfasis en el maíz ha cambiado, en unos casos, de una interpretación literal y más a un símbolo importante para los Mayas.

¹⁴ Un edificio donde se hace vapor con el uso de agua fría sobre piedras calientes

equilibrios naturales del cuerpo, los esfuerzos bien intencionado de los proveedores de cuidado de salud del Occidente probablemente van a continuar fallando” (Adams y Hawkins, 83). Esta desavenencia tiene repercusiones significantes. Steven Shem Rode explica los problemas que causa la disyunción entre los sistemas de salud: “la tasa de mortalidad infantil [y la mortalidad en general] sigue siendo alta porque las acciones de la medicina del Occidente que intentan proteger el cuerpo de la enfermedad no tienen sentido cuando son aplicadas a la definición que la gente Nahualense [gente de la comunidad del departamento de Sololá en Guatemala] tiene de la enfermedad” (Adams y Hawkins, 71) .

También, en la cultura K’iche’, hay dos maneras de clasificar la enfermedad: primero, *yab’ilal* y segundo, *k’oqob’al*. *Yab’ila* es un tipo de enfermedad que cualquier persona puede sufrir (Harris 28). Las causas de *yab’ilal* son naturales y de la naturaleza; puede originar en el calor del sol, algo que produce fiebre, o en el viento, algo que produce tos (Harris 29). *K’oqob’al* es un poco diferente porque otra persona, puede ser un dios u otra persona en la comunidad, es la causa de la enfermedad y funciona como castigo (Harris 28). *K’oqob’al* puede estar dividida en otra subsección, *b’anom yab’ilal*, que se refiere al tipo de enfermedad que es causada por divinidades o una bruja como repercusión del comportamiento malo (Harris 28). La brujería puede ser practicada por cualquier persona que tenga conocimiento de cómo funciona, pero generalmente se contrata un *ajitz*, cuyo trabajo es hacer brujería (Harris 32). La forma de enfermedad más común ocurre con la invasión de un animal (típicamente una rana (*xpek*) , una culebra (*kumatx*), un lagarto (*susun*) o una rata) (Harris 32-33). La medicina Maya es la única medicina que puede curar la

enfermedad de *k'oqob'al*, ya que es un concepto completamente extranjero a la biomedicina (Harris 33). Harris explica que la amenaza de la enfermedad de tipo *k'oqob'al* funciona para regular acciones sociales dentro de las comunidades Mayas (28). Una persona K'iche' es responsable por sus acciones y pensamientos, honrando los días sagrados del calendario Maya, y manteniendo relaciones buenas con miembros de su familia; si no se dedica a asegurar que estos componentes sean positivos, se corre el riesgo de sufrir una enfermedad o que su familia sufra una enfermedad (Harris 32).

Estas clasificaciones no son completamente rígidas—como muchos conceptos Mayas hoy en día, a veces puede ser una mezcla de ambos tipos (Harris 28). Según Harris, mucha gente indígena no acepta el concepto de los microbios y las enfermedades contagiosas; si sí lo aceptan (algo más común en las generaciones jóvenes que en los ancianos), generalmente se mezclan e incorporan las ideas de la biomedicina con conceptos ya existentes en la medicina Maya (30-31). Por ejemplo, la gente que acepta la idea de los microbios y las enfermedades contagiosas han racionalizado que este proceso pasa durante tiempos de viento o lluvia—eventos naturales que causan *yab'ilal*—cuando los microbios pueden moverse con más facilidad (Harris 31).

Como *yab'ilal* se origina en la naturaleza, la cura para *yab'ilal* también viene de la naturaleza (Harris 29). El uso de plantas para curar *yab'ilal* es lo más común; el conocimiento y el uso de plantas medicinales es un componente central para la medicina indígena en Guatemala, y se ha transmitido por muchas generaciones (Harris 30).

Las funciones de las parteras

El rol de las parteras es esencial para el proceso de dar a luz para los guatemaltecos y para muchas sociedades en muchas partes del mundo que tienen poblaciones rurales y donde no se practica la biomedicina. Gustavo Nigenda, Gerardo Mora-Flores, Salvador Aldama-López y Emanuel Orozco-Núñez citan que hay novecientos curanderos conocidos en Guatemala (Yukes 44); seguramente hay muchos más que el estudio no ha descubierto y el gobierno no ha documentado. Hay muchas razones para solicitar la ayuda de una comadrona. Como discutí al comienzo del capítulo, las comadronas ocupan un lugar importante como profesionales del ritual en momentos cruciales para la mujer y su comunidad. MacCormack explica que “[e]n un sentido fisiológico, el parto es la etapa liminal entre los estados hormonales radicalmente diferentes, y la atención después del parto [que la comadrona ofrece] seguramente debe ser físicamente, emocionalmente y espiritualmente buena para todos los que están haciendo estos ajustes rápidos” (MacCormack, 10). La interpretación de MacCormack que se centra en el cambio enorme de las hormonas—un cambio que la biomedicina reconoce como parte del proceso de dar a luz—obviamente es un comentario bastante influido por las ideas del Occidente. Sin embargo, transculturalmente se acepta que dar a luz es una etapa grande en la vida de una mujer y la gente en su comunidad, y por lo tanto, la afirmación de MacCormack que el apoyo adicional ayuda a la mujer embarazada tiene valor. Los doctores y los profesionales de la biomedicina no tienen la capacidad—en términos de tiempo y

conocimiento de la mujer—para ofrecer a la mujer embarazada (o cualquier otro paciente) atención fuera del cuidado estrictamente obstétrico.

Las visitas hechas por la comadrona durante el embarazo, el parto, y después del parto son holísticas— tienen componentes médicos, religiosos, y sociales.

Cosminsky dice que, “en muchas sociedades, una especialista o partera es una figura central en el sistema de dar a luz y sirve como una especialista médica y de ritual” (195). Por ejemplo, las parteras frecuentemente ayudan a lavar la ropa, preparar la comida, limpiar, y hacer otros trabajos en la casa durante los días siguiendo el parto porque la mujer necesita recuperarse y no tiene las mismas fuerzas para cumplir sus trabajos regulares (Cosminsky 207). Estos trabajos que han formado parte del rol de la comadrona por cientos de años ahora son vistos por profesionales de la biomedicina como suplementarios, y las enfermeras y los doctores desapruaban de esta ayuda adicional. Por consecuencia, las comadronas más jóvenes o las comadronas que han conseguido entrenamiento por el departamento de salud están menos inclinadas a proveer estos servicios o si sí los proveen, muchas veces cobran por hacer estos trabajos. Por otra parte, la posición de las comadronas en la sociedad también les da el privilegio de conocer el chisme más reciente de la comunidad, un beneficio de su trabajo que añade interés a las conversaciones entre las comadronas y sus clientes y contribuye al rol social de las comadronas.

Es más, emplear a las comadronas tiene mucho más sentido económicamente que consultar con los doctores de la biomedicina. El pago de las comadronas varía mucho de cliente a cliente y de comadrona a comadrona. En el pasado, las comadronas hicieron el trabajo sin pago, y unas hoy en día todavía creen que aceptar

un pago sería un pecado, como han sido llamadas por dios al trabajo en el primer lugar (Dudgeon 28). Unas comadronas solamente piden que sus clientes les paguen lo que puedan o aceptan pago en la forma de comida u otros servicios y unas cobran un pago fijo y extra por hacer trabajo en la casa (Dudgeon 28). En comparación, una visita al doctor puede costarle a una familia el sueldo por un mes de trabajo, y no es una costumbre ajustar la cuenta dependiendo en la capacidad de la familia para pagar.

Por razones logísticas, las parteras son importantes en pueblos donde no hay un hospital. Si las mujeres no pueden viajar o salir de su casa por razones económicas, físicas o por cuestiones de tiempo, las parteras visitan las casas de las mujeres embarazadas. Como gran parte de la población vive en áreas rurales, es común que cuando el momento de dar a luz llega, la mujer embarazada no puede viajar a un hospital o a una clínica. Mucha gente no tiene su propio vehículo, entonces las opciones de transportación están limitadas al transporte público en autobús (que todavía no llega a muchas áreas rurales), o a pagar un taxi o a una persona que tenga un coche para llevarle a un hospital. Este plan puede ser costoso y peligroso si las tormentas han destruido calles sin pavimento o si la mujer tiene que dar a luz al bebé en camino al hospital, como los viajes pueden ser largos y durar muchas horas.

Sobre todo, el lenguaje y la discriminación contra las mujeres indígenas por los profesionales de la biomedicina y los empleados en los hospitales y las clínicas disuade a las mujeres conseguir cuidado. Hay muchos artículos y libros que citan esta discriminación y las complicaciones de comunicación, pero no es lo mismo como sufrirlo u oír de estas experiencias de primera mano. Tuve la oportunidad de

investigar este tema en el otoño de 2011, entonces voy a aprovechar de la información que conseguí durante ese tiempo para discutir el tema de la discriminación. En mi experiencia entrevistando a mujeres embarazadas o con bebés en La Paz, Bolivia¹⁵, estos factores son por si mismos suficiente fuertes para persuadir a las mujeres conseguir ayuda durante su embarazo y parto en otros lugares. Unas mujeres indígenas comentaron que los doctores en los hospitales no les darían cuidado tan bueno porque asumirían que las indígenas eran más pobres y que no serían capaces de pagar la cuenta al final de su visita. Una mujer me contó que aunque su bebé estaba un poco mal y que el doctor le había dicho que debería quedarse en el hospital, las enfermeras le dijeron que ya se fuera y la echaron del hospital el próximo día después del parto (se supone porque pensaban que ella no podía pagar la cuenta o porque no querían que se quedara en el hospital aunque necesitaba cuidado). Otra mujer me dijo que los doctores “solo atendían a ciertas personas” y otra mujer me dijo que las enfermeras les riñen. A veces la discriminación es evidente, pero muchas veces es difícil localizarla o definirla y solo se puede identificar un sentimiento, no siempre uno que se pueda vocalizar. No tengo duda de que muchas de las mujeres que entrevisté sufrieron de discriminación pero no se atrevían a contármelo o no tenían las palabras para expresarlo, ya que la discriminación es algo que se internaliza rápidamente.

El idioma también es otro obstáculo que la gente indígena tiene que navegar en el sector formal del cuidado de la salud. La incapacidad de los doctores y los

¹⁵ En mi investigación pequeña, no encontré muchas ocasiones de maltrato pero me imagino que en otros departamentos de Bolivia o aún en un área más rural en el departamento de La Paz, encontraría más casos.

pacientes para comunicarse en el mismo idioma es un problema que puede causar frustración, miedo, y cuidado de una calidad peor. Las comadronas tienen la ventaja de hablar en el mismo idioma y aún en el mismo dialecto que las mujeres que visitan, como las comadronas originan de la comunidad donde trabajan. En momentos cruciales, como los partos, es increíblemente importante que el paciente y la persona ayudándola estén trabajando juntos. Si el doctor y la mujer embarazada no están usando las mismas estrategias para facilitar el parto o si el doctor quiere usar drogas o procedimientos que la mujer embarazada no entiende, puede ser que el tratamiento del paciente ocurra sin el consentimiento del paciente. Especialmente durante momentos de estrés, la última cosa que los pacientes quieren es tener dificultades comunicándose con la persona que les está cuidando.

Cómo se convierte en una comadrona

Antes de las intervenciones del Ministerio de Salud de Guatemala, las mujeres creyeron que solo se podía convertirse en una comadrona si se recibía un mensaje de dios. Esta creencia todavía existe, pero sigue siendo más común para las mujeres jóvenes reclutadas por el Ministerio de Salud aceptar el entrenamiento que ofrecen y empezar a trabajar sin la bendición espiritual. Cosminsky dice que el mensaje o mandato de dios se revela de diversas maneras, como por ejemplo a través de signos y presagios del nacimiento, los sueños, las enfermedades y el descubrimiento de objetos extraños (proyectiles, tijeras, piedras en formas especiales y espejos.) Los sueños y las señales son interpretadas por un adivino o chamán como significando de su destino como una comadrona, y los objetos son considerados mensajes enviados por

lo sobrenatural (Dios o los espíritus)” (197 en *Ethnography of Birth and Fertility*). Por ejemplo, Wilson cita que la comadrona que entrevistó sufrió un dolor tan fuerte que sentía que iba a morir antes de ir a consultar a un chamán Maya quien hizo cuatro “trabajos” sobre ella para asegurar que estaba interpretando las señales correctamente y para bendecirla en su nueva profesión (125). Frecuentemente, las mujeres encuentran otras señales (como piedras) después de empezar el proceso de visitar a un chamán que confirman que están siguiendo el camino correcto (Wilson 125).

Se cree que el precio de ignorar y, igualmente, trabajar como una comadrona *sin* las señales y los mensajes enviados por lo sobrenatural es muy peligroso para la comadrona, su familia, y para sus clientes. Si una mujer ignora las señales que le están dirigiendo a la profesión de comadrona, puede resultar en una muerte o una enfermedad para ella o su familia (Cosminsky 198 en *Ethnography of Fertility and Birth*). Del mismo modo, si una mujer practica sin la bendición de los espíritus, la cliente de la comadrona o su bebé puede morir (Wilson 126). Dentro de la comunidad, se sabe si una mujer ha sido llamada a servir como una comadrona o no, y las mujeres embarazadas no emplean las comadronas que no han recibido los mensajes a causa de estas creencias (Wilson 126). Por consiguiente, la profesión de ser una comadrona es una posición respetado en la comunidad y regulada por lo divino. En su trabajo diario, las comadronas oran a dios o los espíritus para ayudarles y guiarles en el masaje, en la posición durante el parto, y en cuáles hierbas usar (198 Cosminsky en *Ethnography of Fertility*). Durante su práctica, los mensajes de los espíritus vienen en la forma de sueños y también en manifestaciones en el cuerpo (198 Cosminsky en *Ethnography of Fertility*). Cosminsky explica que “[e]stos signos

validan el estado de la comadrona como especialista de ritual. Ella puede interpretar señales y presagios y mediar entre su cliente y el mundo espiritual para tener un parto seguro. La validación sobrenatural también puede aumentar su propia confianza y por lo tanto la confianza de su paciente, y ayudar a aliviar las ansiedades sobre el parto” (198 Ethnography of Fertility). Ser una comadrona es un trabajo prestigioso que viene con mucha responsabilidad, como incorpora elementos de curar y elementos de ritual divino.

La posición de parto

La posición del parto es un punto de mucha tensión y contención entre la medicina indígena y biomedicina. La biomedicina argumenta vigorosamente para posicionar a la mujer embarazada en su espalda para el parto; esta posición permite que el doctor tenga una vista mejor del bebé. Por otro lado, hay mucha literatura y discusión sobre la posición ideal para dar a luz a un bebé y no hay una sola manera de hacerlo. Muchas mujeres se sienten más cómodas caminando durante las contracciones hasta empujar el bebé, cuando pueden adoptar otra posición de agacharse, sentarse, ponerse de rodillas, inclinarse en una pared o estar parcialmente apoyadas por la comadrona o los miembros de su familia. Sin embargo, el entrenamiento de las comadronas llevado a cabo por el gobierno guatemalteco pone estrés en dar a luz en una posición horizontal en la espalda. En mi investigación, no he podido encontrar un argumento que indique que dar a luz en una posición horizontal beneficia a la mujer, o una razón legítima que demuestre que tener el parto en otra posición pone a la mujer o a su bebé en peligro, complica el proceso, o lo hace

más difícil. El protocolo de biomedicina de la dar a luz a un bebé en una sola posición probablemente es otro factor que disuade a las mujeres Mayas de planear tener el parto en un hospital o un centro de salud. Si los profesionales de la biomedicina siguen insistiendo en la posición horizontal sin poder proveer razones a favor de esta preferencia, su rigidez va a asegurar que sus pacientes sean limitados.

Cortar el cordón umbilical

Otro procedimiento de la biomedicina que no tiene raíces en la razón o la lógica es la práctica de cortar el cordón umbilical tan pronto como el bebé nace. En el sistema Maya, se cree que el cuerpo es un tubo dentro del cual los órganos pueden moverse con libertad, y si se corta el cordón umbilical antes de que se echa la placenta, se corre el riesgo de que el bebé pueda morir y que la placenta pueda subir en el cuerpo de la mujer y obstruir su garganta (Cominsky 205 en *Ethnography of Fertility*). También hay varias razones espirituales para esperar cortar el cordón umbilical del bebé hasta después de que la mujer tenga la placenta. Cosminsky dice que tradicionalmente, “se examina el cordón umbilical por varias señales que la comadrona, como una especialista de rituales, tiene el conocimiento y poder para interpretar. Los números de bultos o marcas simbolizan cuántos hijos la mujer va a tener. Los bultos redondos simbolizan las hembras y los bultos largos los varones. La distancia entre las marcas indica el intervalo entre nacimientos” (205-207 *Ethnography of Fertility*). Después de examinarlo para buscar señales, a veces la gente, especialmente gente que vive en el campo, cree que se debe guardar el cabo del cordón en una jarra para que se pueda enterrar el cabo más tarde. Se pone el cabo en

un árbol si el bebé es un varón para que pueda trepar el árbol y debajo del hogar si el bebé es una hembra para que haga sus tareas en la casa cuando crezca (Cosminsky 207 en *Ethnography of Fertility*). Los doctores de la biomedicina insisten en cortar el cordón umbilical tan pronto como el bebé nace pero, parecido a la mentalidad sobre la posición horizontal en la cual la biomedicina recomienda que se debe dar a luz. Realmente no he encontrado evidencia que apoye este punto de vista. Al contrario, unos expertos en el área de cuidado de la salud, como Cosminsky, dicen que si se deja el cordón umbilical un ratito más, el bebé puede beneficiarse de la sangre que todavía pasa entre la madre y el bebé (205 *Ethnography of Fertility*). Si los profesionales de la biomedicina van a exigir que se corte el cordón umbilical en cierto momento, por lo menos deben ofrecer razones para esta convicción.

La placenta

Las creencias sobre la placenta son parecidas a las del cordón umbilical en que contiene mensajes del futuro y que (con el ritual correcto) puede asegurar el futuro del bebé. Los Mayas creen que hay que quemar la placenta y enterrar las cenizas (fijándose en que los perros no lo descubran porque podrían causar daño al bebé) para que el bebé no deje su pueblito cuando sea adulto (Cosminsky 205 en *Ethnography of Fertility*).

El masaje

El masaje es otra parte de la práctica de las comadronas que hacen incómodos a los profesionales de la biomedicina. El masaje se extiende mas allá del

entrenamiento que los profesionales de la biomedicina reciben por dos razones— primero, porque no se enseña formalmente en la escuela de medicina y segundo, porque un elemento del masaje para las comadronas es espiritual e intuitivo y, por lo tanto, es algo que la biomedicina no puede entender o controlar. Un tema corriente que he encontrado en las interacciones entre la biomedicina y la medicina indígena es que hay mucha ansiedad en la profesión de la biomedicina cuando hay elementos de la medicina indígena que no se puede explicar dentro del sistema de valores y creencias de la biomedicina—un sistema que los profesionales identifican como completamente racional, lógico, y sin parcialidad. Aunque se acepta extensamente que los sistemas son los productos de su contexto cultural y son construcciones sociales, por cualquier razón, la creencia que la biomedicina es una excepción todavía persiste. Privilegiar la biomedicina como si pudiera existir fuera de la influencia de los lentes culturales de la gente y poner la medicina indígena al otro lado del espectro crea un binario rígido donde debe haber comunicación, intercambio, y respeto mutuo para las ventajas que cada sistema ofrece. En lugar de eso, Guatemala (y muchos otros países en el Sur geopolítico) han sido sometidos a cambios estructurales para poner la medicina indígena bajo el control y la dominación de la biomedicina—todo hecho en el nombre del progreso y la modernidad. Los que se oponen a la entrada y dominación de la biomedicina sufren discriminación y estigma.

Las comadronas creen que dar el masaje es una manera preventiva de reducir el riesgo de las complicaciones en el embarazo, el parto, y la recuperación después del parto (Cosminsky 88 en Risk, Reproduction). Como indiqué antes, los Mayas creen que los órganos pueden moverse con libertad dentro del cuerpo. Si el bebé está

posicionado incorrectamente o si los órganos de la mujer se desplazan antes, durante, o después del parto, las comadronas pueden usar e; masaje para aliviar el dolor o la enfermedad que viene con la mala colocación de los órganos (Cosminsky 208 en *Ethnography of Fertility*). Los profesionales de la biomedicina mucho preferirían que las comadronas refirieran a las mujeres embarazadas a ellos si notan que el bebé no está en la posición correcta porque piensan que constituye un caso de alto riesgo que requiere atención de un doctor. Sin embargo, en muchos casos se puede acomodar al bebé poco a poco antes de que la mujer empiece las contracciones. Esta acomodación hace al bebé y a la mujer más cómodos, y puede ayudar a reducir la ansiedad de la mujer (Cosminsky 88 en *Risk, Reproduction*). Es más, las comadronas usan el masaje para chequear que todo va bien con el bebé y pronosticar cuándo la mujer va a tener el parto (Cosminsky 88 en *Risk, Reproduction*). Después del parto, se cree que el masaje es una manera efectiva de rectorar el útero a su tamaño y colocación anterior, y también aliviar el dolor después del parto (Cosminsky 88 en *Risk, Reproduction*). La idea de que los doctores intenten incorporar el masaje a su trabajo es ridícula porque el acto de dar un masaje es tan íntimo—muchas veces, las mujeres deciden no tener el parto en un hospital por si acaso un doctor varón les atiende. Debido al incremento en la vigilancia y el control de las comadronas por los profesionales de la biomedicina y los oficiales del gobierno, las comadronas hoy en día modifican su práctica de masaje—unas comadronas han empezado a cobrar separadamente por el masaje y otros servicios para dejar que la mujer embarazada decida si quiere tener el parto en el hospital y para mantener su “reputación [y] su seguridad fiscal” (Cosminsky 89 en *Risk, Reproduction*). De esta manera, las comadronas se han

adaptado a las realidades del sistema de salud corriente que esta fragmentado entre la biomedicina y la medicina indígena y que falla a la mayoría de la población.

Plantas/Hierbas medicinales

Tal vez la práctica Maya más disputada por los profesionales de la biomedicina sea el uso de plantas y hierbas medicinales. Hay varias maneras de administrar las hierbas medicinales; Jolene Yukes identificó en su estudio que las maneras más populares de preparar plantas medicinales son (en orden de más frecuente a menos frecuente) tomarlas en un té, hervirlas en agua para bañarse, usar un manojo de plantas en el *tuj* para suavemente pegar el cuerpo para facilitar la circulación, aplicar una compresa externamente al cuerpo, *asientos/vahos*¹⁶, en la preparación de la comida, en un vapor que se aspira, el jugo, y la masticación de las hierbas (56). Hay cientos de plantas que son usadas por sus propiedades medicinales. En un estudio pequeño que Jolene Yukes hizo con la participación de treinta y un individuos, ellos reportaron el uso de plantas medicinales quinientas cincuenta y dos veces con ciento veintisiete plantas diferentes (56).

La mayoría de los curanderos y la gente que tienen conocimiento de los usos de las plantas para curar buscan las plantas en la naturaleza—en sus propios jardines o jardines de amigos, en el bosque, en el campo, cerca de ríos o lagos, etc.—y generalmente no las compran en los mercados (Yukes 58). La accesibilidad de las plantas medicinales con las cuales se puede curar ayuda a bajar el costo de los curanderos e idealmente hace que la salud sea más disponible para todos, aún los más

¹⁶ Un bañito de vapor que se aspira en una posición sentada o agachada.

pobres. Desafortunadamente, por razones de polución y urbanización, la abundancia de estas plantas está disminuyendo (Yukes 58-60). Yukes explica que “[e]l uso de las plantas, específicamente su transmisión a las generaciones jóvenes, ha sido afectado significativamente por los procesos de globalización como la urbanización; el acceso al cuidado de salud de la biomedicina; la polución del medio ambiente; las presiones económicas debido a la influencia del capitalismo; la pérdida de tierras de cultivo para la agricultura de subsistencia; y una entrada de productos extranjeros, ideas, y tecnología” (44). Además de eso, el estigma alrededor de la medicina Maya y la preferencia de las generaciones jóvenes para adoptar el sistema más moderno—la biomedicina—ha resultado en la pérdida del conocimiento de las plantas y sus usos medicinales y el reforzamiento de biomedicina. La escasez reciente de plantas y la pérdida de conocimiento de sus usos medicinales es un problema cuya gravedad es difícil estimar.

El rechazo fuerte que viene de los profesionales de la biomedicina hacia la utilidad de las plantas para curar toma la forma de reglas estrictas para las comadronas y el entrenamiento que firmemente declara que las hierbas medicinales no funcionan y/o pueden ser peligrosas. El hecho de que no ha habido una investigación comprensiva por parte de la biomedicina sobre los elementos en las plantas que se encuentran en la naturaleza y sus propiedades de curar no debe ser sorprendente. Los profesionales de la biomedicina y las compañías farmacéuticas tienen mucho dinero y control que pueden perder si la gente tiene acceso a información de cómo curarse sin la ayuda de doctores o la compra de drogas en una farmacia. En efecto, toda la industria farmacéutica se basa en la idea de que solo hay

ciertas personas cualificadas para decidir cómo resolver una enfermedad porque ellos tienen mejor conocimiento del cuerpo de una persona que esa persona misma. Las drogas que son vendidas en las farmacias anuncian los síntomas de la enfermedad—la única cosa que se confía que el paciente pueda reconocer—en vez de llamar atención a los medicamentos que contienen en las píldoras, lo cual está impreso en la parte posterior del paquete o botella de drogas en letras pequeñas.

Tiene sentido entonces que las comadronas que usan plantas diariamente produzcan cierto nivel de ansiedad en los doctores y las enfermeras. Las comadronas usan hierbas regularmente con sus pacientes para ayudar a aliviar el dolor de las contracciones o adelantar el parto de la mujer si está tardando demasiado (Cosminsky 204 *Ethnography of Fertility*). Todas las plantas están categorizadas dentro del sistema de calor/frío que es otro punto de confusión para los profesionales de la biomedicina y otra oportunidad para que ellos disminuyan la validez de las hierbas para usos medicinales. El sistema de calor/frío es un equilibrio que las comadronas y las mujeres embarazadas tienen que vigilar particularmente durante el embarazo, el parto, y después de dar a luz al bebé, procesos que son categorizados como calor.

Baños de vapor posparto

Otra manera de reestablecer el equilibrio de las temperaturas es con baños de vapor posparto. Es más, Kitzinger, Cosminsky, y Maher citan que los baños de vapor pueden ofrecer comodidad a la mujer, promover lactancia, y permitir que los músculos se relajen (MacCormack 10). Cosminsky dice que se cree que los baños de vapor previenen que la leche se enfríe, protegen a la mujer del aire, y promueven la

curación (209 Ethnography of Fertility). Típicamente, la mujer toma un baño de vapor cada tres o cuatro días, y muchas veces está acompañada por la comadrona quien le da un masaje (Cosminsky 210). Como muchas de las costumbres de los Mayas, esta tradición es “una limpieza” que es ambas “física y ritual”, puesto que se considera que “la sangre del parto... [es] contaminante” (Cosminsky 210 Ethnography of Fertility). Me parece que este ritual es importante porque da a la mujer un momento para descansar y recuperarse físicamente y emocionalmente a los cambios grandes que ha tenido en su vida. La comadrona está allí para aliviar dudas que la mujer tenga, contestar preguntas, y asegurar que el cuerpo de la mujer esté sanando bien. Sin embargo, con la expansión del control de la biomedicina sobre la medicina indígena y las comadronas, los profesionales de la biomedicina y las instructores de los entrenamientos de las comadronas desalientan activamente contra el uso de los baños de vapor. Unas enfermeras citan la hemorragia, la neumonía, o la deshidratación y luego la posibilidad del desmayo como razones porque no apoyan el uso de los baños de vapor. Unas comadronas han parado de usarlo, otras continúan usándolo, y aún otras transigen ambas disciplinas (por ejemplo, unas comadronas no entran en el baño de vapor con la mujer pero le dan masajes adentro de la casa cuando sale) (Cosminsky 210 Ethnography of Fertility).

El ritual posparto (elesan xe ch'at)

Después de veinte días de descanso siguiendo el parto, es tradición tener una celebración con comida especial. Si una venda ha sido usada en el abdomen se quita, si hay basura que la mujer ha guardado debajo de su cama (un tradición que ya no se

practica tanto por razones sanitarias) se limpia y se barre el suelo, se limpia el *tuj*, se prenden velas, la comadrona ora, hace bendiciones y otros rituales (Cosminsky 211-213 en *Ethnography of Fertility*). Casi todos los rituales tienen que ver con limpiar, un tema que se puede notar en rituales que consisten en enterar, quemar (como la placenta), o sacudir/barrer lo que fue sucio. Esta fiesta también es una oportunidad para dar gracias a los vecinos, los amigos, la familia, y la comadrona que ha ayudado durante el embarazo, el parto, y después del parto (Cosminsky 214 en *Ethnography of Fertility*). La ceremonia *elesan ch'at* también significa el fin de las obligaciones de la comadrona a la mujer y es una celebración de lo que se considera el tiempo más peligroso para la madre y su bebé (Cosminsky 214 en *Ethnography of Fertility*). Además, “la mujer está reintegrada a su familia y ambos la madre y el bebé reciben apoyo social y reconocimiento de su estatus nuevo” (Cosminsky 214 en *Ethnography of Fertility*). En esta celebración, el rol de la comadrona como guía de ritual y figura importante en el proceso de nacimiento para la mujer y su comunidad no solo físicamente pero socialmente e emocionalmente también es particularmente evidente. Hay un contraste fuerte entre la relación de una comadrona con su paciente y la de los doctores con sus pacientes. Desgraciadamente, los profesionales de la biomedicina ni se acercan al nivel de participación e intimidad en la vida de sus pacientes. El tipo de cuidado que las comadronas ofrecen a las mujeres es mucho más holístico y comprensivo y, con el crecimiento de la popularidad de la biomedicina que además es privilegiada por el gobierno, cómo se conceptualiza el nacimiento va a continuar cambiando con la reducción de las comadronas, el entrenamiento de comadronas por el gobierno, y la disminución de rituales que tradicionalmente han acompañado al

parto. Lo bueno es que, en mi experiencia por lo menos, esto no significa que por ninguna manera que las generaciones que vienen no van a tener rituales o creencias en torno al nacimiento que ayuden a la mujer y a su bebé a ajustarse a su vida nueva dentro de la comunidad, solo que los rituales cambiarán para acomodar las realidades nuevas.

Conclusión

Sugerencias para el futuro

El sistema de cuidado de salud en Guatemala está en crisis—allí así como y en muchas otras partes del mundo localizadas en el Sur geopolítico donde la situación es similar a la de Guatemala. He intentado analizar ambos sistemas—la biomedicina y la medicina maya—sin romantizar o demonizar a ninguno. Para este punto de la tesis debe ser claro que no se puede erradicar un sistema para implementar el otro sin perder recursos importantes; los dos sistemas no están funcionando juntos muy bien ahora, pero realísticamente, es importante que se desarrolle una manera para que puedan trabajar en cooperación el uno con el otro para ofrecer el mejor cuidado a los residentes de Guatemala. La biomedicina y la medicina indígena tienen sus ventajas y desventajas; por eso, idealmente, la gente debe tener la opción de elegir cuáles partes de cada sistema quiere integrar a su cuidado de salud.

Hasta este momento, la norma adoptada por el estado de Guatemala ha sido aniquilar la medicina indígena y reemplazarla con la biomedicina. Cuando esa estrategia no funcionó, el Ministerio de Salud implementó varias leyes que le permitieron controlar a unas de las personas más importantes para las comunidades que usan la medicina indígena, las comadronas. En vez de invertir la energía y los recursos tratando de parar el trabajo de las comadronas, el gobierno decidió que sería más eficaz hacer leyes suficientemente restrictivas para que las comadronas que practicaban conforme a las regulaciones esencialmente tuvieron que renunciar a su poder. De esta manera, el gobierno ha explotado la posición de las comadronas en

comunidades rurales, empobrecidas, y/o con poblaciones indígenas donde los doctores no tienen ganas de trabajar y donde el gobierno no envía recursos.

Hay unos cambios pequeños que el sistema de la biomedicina podría hacer sin problema para acomodar a la gente que vive según el sistema de creencias Mayas. Por ejemplo, Adams y Hawkins sugieren que se puede ofrecer comidas en los hospitales que quepan dentro del sistema de los Mayas, como la sopa de pollo y otras verduras consideradas como calor (137-138). Las comidas que los Mayas usan para reestablecer el equilibrio al cuerpo son comunes, accesibles, y baratas, entonces no sería difícil servir las en la cafetería de los hospitales o tenerlas a mano en caso de que haya pacientes que las pidan.

Además, debe haber estudios sobre las ventajas o desventajas de las prácticas a las que la biomedicina se opone y intenta controlar—el uso del *tuj*, el masaje, las plantas medicinales, ciertas comidas, y cuándo se corta el cordón umbilical—porque puede ser que haya beneficios que han sido descontados. Lógicamente, tiene sentido que las plantas que la gente usa por razones medicinales tengan propiedades curativas, ya que mucha de la medicina que se puede encontrar en la farmacia tiene ingredientes que se pueden encontrar en la naturaleza. Cosminsky explica que los profesionales de la biomedicina suponen que el uso de las hierbas para curar no funciona y aun que pueden ser peligroso basado en su desconfianza hacia las comadronas y su conocimiento, no como resultado de alguna evidencia concreta (209). Se puede decir lo mismo sobre el uso del *tuj* y su condenación por parte de la biomedicina, algo que Cosminsky resalta no ha sido investigado por sus ventajas o desventajas. Harrison nota que “el tono general es firmemente negativo hacia las

prácticas tradicionales, condenándolas y alentando la imposición de las prácticas del occidente. No se ha tratado de acomodar a todos los posibles aspectos beneficiosos ni de añadir a las prácticas del occidente, en lugar de sustituir [las prácticas de la medicina maya]... parece que ha habido pocos intentos de entender, aprovechar o de incorporar [las prácticas de la medicina maya] al entrenamiento o a los programas de entrenamiento, a menos que sea para erradicarlas.” Finalmente, hay que tener en mente que si estas prácticas realmente fueran tan peligrosas o destructivas, los Mayas no habrían sobrevivido y prosperado hasta hoy en día. Si realmente hay desventajas a estas prácticas, se podría abogar para ajustar las prácticas en vez de solamente deshacerse de ellas completamente.

La misma lógica puede ser aplicada más generalmente a todas las comunidades de gente que se curan usando su conocimiento de la medicina indígena. Lo que consideramos biomedicina ahora es bastante distinto a que lo que originalmente fue. En primer lugar, la medicina del occidente ha existido por una fracción del tiempo que los seres humanos han existido. Cuando se pone el origen de la biomedicina en el contexto de la historia de cuándo los seres humanos originaron, es evidente que la biomedicina es un concepto considerablemente nuevo. Los seres humanos sobrevivieron y florecieron por miles y miles de años antes del desarrollo de la biomedicina que se practica actualmente. Obviamente, la medicina que diferentes comunidades en todas partes del mundo han usado tiene cierto valor—si no tuviera valor, esas poblaciones habrían muerto. Claro que unas poblaciones sí murieron, unas a causa de conflictos con otras comunidades, otras por catástrofes naturales u otras causas inevitables; pero las poblaciones que no tenían conocimiento de cómo curarse

o de alguna forma de tratamiento para las enfermedades que sirvieran ahora están extintas y, no hace falta decir, que cualquier tipo de medicina (o falta de medicina) mala ha muerto con ellos. Por lo tanto, no hay razón para creer que la medicina indígena que se practica hoy es inútil.

En segundo lugar, aunque no se discuta generalmente, los orígenes de la biomedicina tienen una historia que está entrelazada con el colonialismo y el maltrato de las personas consideradas infrahumanas, ya sea por razones de cultura, sexualidad, o raza. Hay muchísimos ejemplos de doctores y científicos que experimentaron con la medicina y/o hicieron cirugías—en los indígenas en el área que ahora se considera los EE.UU., en la gente en los campos de concentración de los Nazis durante el Holocausto, en hombres negros en el instituto de Tuskegee en los EE.UU. Específicamente, en Guatemala entre 1946 y 1948, hubo doctores y científicos de los EE.UU. quienes en colaboración con el gobierno de Guatemala intencionalmente infectaron a pacientes en una facilidad para pacientes con enfermedades mentales, a prisioneros, y a trabajadores de sexo con varias enfermedades transmitidas sexualmente sin que ellos supieran (“Guatemala STD Tests”). La bacteria de sífilis, gonorrea y otras bacterias fueron inyectadas en los órganos reproductivos de los varones, los ojos, y las espaldas de las víctimas de este experimento sin su consentimiento (“Guatemala STD Tests”). Solamente se descubrieron estas pruebas en 2010, entonces la comisión designada a investigar el experimento todavía está en el proceso de buscar información pero hay estimaciones que hasta 2,500 personas recibieron algún tipo de enfermedad. La historia de los experimentos en poblaciones marginalizadas y oprimidas realizados en nombre de los avances de la biomedicina es

larga y atroz, y podría dedicar mucho de este ensayo a enumerar los eventos, pero es suficiente decir que *múltiples razones legítimas que justifican que la gente tenga miedo y desconfianza de la presencia de la biomedicina dentro de su comunidad.* Igualmente aterrador es la probabilidad que haya muchos otros experimentos tortuosos que todavía son secretos, especialmente porque los experimentos en Guatemala fueron descubiertos tan recientemente.

La realidad es que hoy en día, se está poniendo más y más difícil sobrevivir sin las intervenciones de la biomedicina. Las fuerzas de la globalización, el capitalismo, el consumismo, la urbanización, y todas las repercusiones que acompañan a estas influencias han creado enfermedades y problemas los cuales solamente la biomedicina puede resolver. Como ya se ha discutido, la deforestación y la destrucción de la naturaleza que ocurre a causa de los empujes del capitalismo para 1) sacar cualquier recurso natural que se pueda convertir en un producto y venderlo o para 2) construir fábricas, centros comerciales, o alojamiento lo ha hecho difícil que la gente que depende de la tierra obtenga sus plantas medicinales. La escasez de hierbas medicinales significa que menos gente tiene acceso a plantas curativas, ya que muchas veces hay que comprarlas en los mercados o caminar largas distancias en las montañas para colectarlas. Hasta la dieta y una cultura de consumismo que la globalización ha creado ha causado nuevos problemas que la medicina indígena no tiene las herramientas para enfrentar. Por ejemplo, la diabetes es una enfermedad que empezó porque la gente estaba comiendo una dieta tan procesada y llena de azúcar

que su cuerpo no podía absorberlo todo¹⁷ y simultáneamente estaba viviendo más sedentariamente¹⁸. Un incremento de químicos tóxicos en el ambiente, la polución de la tierra y del agua, y la absorción de radiación ha resultado en el cáncer, La mutaciones genéticas y la desfiguración—enfermedades que superan las herramientas de curar la que medicina indígena tiene (con la excepción de los elementos supernaturales que constituyen una parte de la medicina indígena).

Sin duda, ciertos avances de la biomedicina han sido increíblemente importantes y nos han dado información que ha salvado y extendido muchísimas vidas; a la misma vez, es difícil determinar cuántas de las intervenciones de la biomedicina se necesitarían si se pudiera contar en tener agua potable, comida fresca y saludable, una vida activa y sin las toxinas que la industrialización rápida ha producido. Seguramente, hay circunstancias en que las intervenciones de la biomedicina pueden ofrecer ventajas durante un parto que la medicina indígena no puede dar a las mujeres embarazadas, pero también hay que tener en cuenta las intervenciones innecesariamente invasivas de la biomedicina en los cuerpos de las mujeres y los muertos (menos publicados) que ocurren con las mujeres que dan a luz en los hospitales. La invasión de las ideas del Norte geopolítico por todo el mundo ha generalmente tenido los efectos de 1) traer el capitalismo al área, que amplía la riqueza de los ricos al detrimento de los pobres que se vuelven más pobres y 2) traer

¹⁷ La prevalencia de una dieta no saludable es facilitada por la prevalencia de corporaciones enormes como McDonald's, que tiene restaurantes en más que 120 países en el mundo, Pizza Hut, que tiene restaurantes en más de 100 países, y KFC, que tiene restaurantes en más de 80 países.

¹⁸ Un ejemplo radical pero común (especialmente para la gente pobre que vive en áreas rurales del mundo geopolíticamente al Sur) de este cambio es la gente que antes cultivaba su propia tierra para obtener comida y ahora trabaja todo el día sentada en fábricas costurando ropa u otros trabajos semejantes.

la biomedicina al área, al detrimento de la medicina indígena. Por supuesto, los más pobres no pueden pagar por el cuidado de salud de la biomedicina, aunque ellos son los más vulnerables a los efectos negativos de capitalismo. La exterminación de la medicina indígena, que es el único tipo de cuidado de salud accesible para mucha gente, muy directamente se traduce a la exterminación de la gente pobre, la gente indígena, y la gente marginalizada. Si se adopta esa mentalidad, la difusión de la biomedicina es violenta y se puede ver como otra variación del neocolonialismo. El sufrimiento de la gente pobre en el mundo luego se convierte en una excusa para intervenciones de la biomedicina, ocultas (conscientemente o subconscientemente) detrás de la cara (blanca y del Norte geopolítico) de la caridad y la buena voluntad. Vale la pena tomar un paso así a atrás y dejar a las comunidades si mismos identificar sus propias necesidades médicas por sí mismas antes de inmediatamente suponer que requieren la intervención de la biomedicina, ya que el origen de la enfermedad muy bien puede ser a causa de razones inextricablemente ligadas a la biomedicina en primer lugar.

Esto no quiere decir que se deba erradicar la biomedicina de todas las áreas en el mundo donde ya está establecida, ni necesariamente que no se necesita urgentemente en algunos lugares. Lo que *sí* quiere decir es que la biomedicina ha sido privilegiada sin cuestión por la mayoría de los gobiernos en el mundo como la mejor forma de cuidado de salud, y hay que reevaluar esta posicionalidad críticamente, con lentes feministas, humanistas, antirracistas, anticlasistas y socialistas.

Sí nos enfocamos en los cambios e intervenciones que se necesitan en Guatemala, los dos sistemas—la biomedicina y la medicina maya—tienen que estar

mucho más integrados si esperan realmente ayudar a *toda* la población que vive en el país. Primero, en vez de exigir a las comadronas que ajusten sus prácticas o adopten las de la biomedicina, mediante una relación muy desigual, sería mejor si las comadronas y los curanderos indígenas tuvieran el mismo nivel de poder y respeto que los doctores y las enfermeras para que pudieran comunicar y compartir su conocimiento. No debe haber entrenamientos de comadronas, sino conferencias para todos los que trabajan en el área de la salud—ambos los curanderos indígenas y los profesionales de la biomedicina—para que puedan reunirse e intercambiar sus experiencias, así como las prácticas que sirven y las que no funcionan. Se puede tener conferencias con temas diferentes y conferencias para ciertos tipos de especialidades (por ejemplo, una reunión para los que trabajan con los ancianos, otra para los que trabajan con los huesos, otra para los que se especializan en la salud reproductiva para las mujeres).

Por supuesto, para cambiar la dinámica que ya existe entre los profesionales de biomedicina y los de la medicina indígena, las conferencias tendrán que ser muy intencionales en sus esfuerzos de crear un espacio donde todos se sientan cómodos e igualmente respetados. Uno de los obstáculos principales sería acomodar la diversidad de idiomas que se hablan en Guatemala. Las conferencias tendrían que emplear traductores para asegurar que nadie fuera excluido de las charlas. El espacio donde se ubicara la conferencia tendría que ser en un lugar relativamente neutral para todos. Por ejemplo, aunque es común que los profesionales de la biomedicina tengan conferencias en hoteles lujosos, es posible que las comadronas estén más acostumbradas a trabajar y aprender en espacios menos formales; tal vez un

compromiso entre las dos opciones sería un centro de la comunidad o el gimnasio de una escuela afuera del centro de la ciudad para acomodar mejor a las comadronas que viven en áreas rurales y tendrían que hacer largos viajes para llegar a la ciudad.

Tomando en cuenta las distintas áreas del país desde las que llegarían las personas invitadas para asistir a la conferencia, debería haber un tipo de transporte disponible y/o una manera de reembolsar a la gente que tendría que gastar dinero para viajar a la reunión.

Pero no se puede solamente cambiar el ambiente de la conferencia y tener la esperanza que eso producirá una dinámica diferente entre los profesionales de la biomedicina y los profesionales de la medicina indígena—eso sería como poner una curita sobre una lesión en la cabeza—puesto que las tensiones tienen orígenes mucho más profundos. El gobierno tiene que comprometerse a activamente confrontar y combatir el racismo y el clasismo que existe contra la gente indígena en Guatemala, que es uno de los obstáculos principales a la colaboración entre los profesionales de cada sistema de salud. El gobierno establece el tono para quién debe ser incluido en el estado y quién no. Tiene la responsabilidad de ser el primer modelo a seguir en torno a cuestiones de quién es un ciudadano, y reforzarlo en cada ocasión con sus acciones, sus palabras, y dónde se asigna los recursos, para así establecer que los indígenas del país no son de segunda clase. Esto no necesariamente debe ser limitado a una campaña, sino debe ser un cambio en la mentalidad que puede extenderse a todos los sectores—en las advertencias, la educación del público, la política, las comunicaciones, etc.

Específicamente, en el área del cuidado de la salud, hasta ahora los únicos puentes que han sido creados entre los dos sistemas de cuidado de salud han sido basados en el cruce de los que practican la medicina indígena para que puedan asimilarse a los valores y las prácticas de la biomedicina. No sé por seguro ya que no he tenido la oportunidad de hacer investigaciones en Guatemala, pero basado en mi experiencia en Bolivia, imaginaría que los profesionales de la biomedicina no tienen mucha información sobre las vidas y las costumbres de la gente indígena que no esté saturada en el prejuicio. Propongo que se debe establecer una comisión de comadronas (y otras especialidades obviamente deben tener sus propias comisiones también) para decidir cuál información sería más útil enseñar a los profesionales de la biomedicina, para que ellos puedan trabajar con las comadronas de una manera más sensible y desde una posición menos ignorante en el futuro. Cada departamento de Guatemala podría elegir una comadrona de su comunidad para representar sus intereses específicos, y las comadronas apuntadas a la comisión podrían reunirse y decidir en los puntos más importantes para comunicar a la comunidad de la biomedicina. Los primeros dos o tres días de la conferencia serían dedicados a dejar que las comadronas compartan sus experiencias con los profesionales de la biomedicina—lo que funcionó y por qué, y lo que no funcionó y por qué. Luego el resto de la semana sería dedicado a condensar estas experiencias en varios temas con puntos concretos para comunicar a la comunidad de la biomedicina. El rol del gobierno durante esta semana sería *facilitar* (proveer el espacio, la transportación, la comida, y las acomodaciones durante la semana) y *apoyar*, no intervenir.

Después, sería bueno pedir la ayuda de maestros, profesores, y profesionales de la biomedicina para que todos pudieran, con la dirección de la comisión de comadronas, desarrollar varias estrategias para cómo enseñar la información a los doctores y cualquier información relevante al público general. La comisión de comadronas probablemente necesitaría reunirse regularmente al principio para observar el progreso de la implementación de los cambios, y después de un tiempo tal vez menos a menudo, según fuera necesario. También sería importante asegurar que la comadrona que representa a su departamento fuera una buena abogada para su comunidad. Entonces debe haber elecciones para la comisión cada año.

En conclusión, hay muchísimas maneras en que el sistema de salud en Guatemala podría ser mejorado. Sin embargo, las sugerencias que yo puedo hacer desde esta distancia (geográficamente y culturalmente, como no vivo en Guatemala ni tengo experiencia directa con el sistema de salud) no deben ser valoradas tanto como las sugerencias de los guatemaltecos o mayas o la gente que vive en el área que ahora se designa como Guatemala, con fronteras arbitrarias. Sí puedo decir con confianza que si no hay un cambio en el sistema de salud es seguro que la biomedicina va a continuar controlando, manipulando, y desalentando el trabajo de las comadronas. Lo que ya hemos observado es que con el incremento en presión de las comadronas por el gobierno y la biomedicina, la medicina indígena está disminuyendo con cada generación de las comadronas, y además, hay menos comadronas que eligen o son seleccionadas para hacer el trabajo.

Puesto que la biomedicina no puede servir las necesidades de toda la población de Guatemala, especialmente la población pobre, rural, e indígena, la

reducción de las comadronas crea una brecha significativa en los servicios de salud donde hay una falta de proveedores de cuidado de salud. Si no hay cambios radicales, la situación va a continuar empeorando. Los dos sistemas de cuidado de salud urgentemente necesitan comunicarse el uno con el otro lo más pronto posible. Esto no puede pasar dentro del clima actual del país, que es racista, sexista, y eurocéntrico. Para lograr esto, los profesionales de la biomedicina tendrán que aceptar otras formas de conocimiento (espiritual, conocimiento que viene de experiencia) como legítimos. Tendrán que aceptar que las vidas de mujeres e indígenas tienen tanto valor que Ladinos, y tendrán que aceptar que estas mujeres indígenas puedan tener información y conocimiento importante que ellos no tienen. El primer paso es trabajar para establecer cierto respeto en la comunidad biomédica hacia los profesionales de la medicina indígena y crear un espacio donde la gente de las dos esferas puedan compartir y comunicarse de una manera horizontal, sin la jerarquía de poder que normalmente existe.

Bibliografía

- Adams, Walter Randolph., and John Palmer Hawkins. *Health Care in Maya Guatemala: Confronting Medical Pluralism in a Developing Country*. Norman: University of Oklahoma, 2007. Print.
- "At a Glance: Guatemala." *UNICEF*. N.p., 25 Feb. 2003. Web. 10 Dec. 2012.
- Bolivia. Ministerio De Justicia/ Viceministerio De Género Y Asuntos Generacionales. *Mujeres Construyendo La Nueva Bolivia Para Vivir Bien*. By Celima T. Rojas, Ana C. Pinto, y Ima C. Garvizu. La Paz, 2008. Print.
- Cosminsky, Sheila. "Birth and Blame: Guatemalan Midwives and Reproductive Risk." Ed. Lauren Fordyce and Aminata Maraësa. *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*. Nashville: Vanderbilt UP, 2012. 81-101. Print.
- "Country Overview." *Guatemala Country Review* (July 2012): 1-1.
- Daltabuit, Godás Magalí. *Mujeres Mayas: Trabajo, Nutrición Y Fecundidad*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma De México, Instituto De Investigaciones Antropológicas, 1992. Print.
- Fordyce, Lauren, and Aminata Maraësa. *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*. Nashville: Vanderbilt UP, 2012. Print.
- Gellert, Gisela. Precariedad urbana, desarrollo comunitario y mujeres en el área metropolitana de **Guatemala** : cómo estamos y cuáles son las percepciones y acciones institucionales? / Gisela Gellert, Silvia Irene Palma C. [**Guatemala, Guatemala**] : FLACSO **Guatemala**, [1999] 114 p. : ill. ;. 21 cm.. (Debate ;) (46)
- Grewal, Inderpal and Kaplan, Caren. "Global Identities: Theorizing Transnational Studies of Sexuality." *GLQ* 7(4) 663-679.

- "Guatemala." *Pan American Health Organization: Health in the Americas* 2 (2007): 374-93. Web.
- "Guatemala USAID Country Health Statistic Report.pdf", n.d.
- "Guatemala STD Tests 'may Have Infected 2,500'" *BBC News*. BBC, 09 Jan. 2011. Web. 15 Apr. 2013.
- Hinojosa, Servando Z. "Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery." *Social Science & Medicine* 59.3 (2004): 637-51. Print.
- "Informe De Mujeres Guatemala 2008-2009.pdf", n.d.
- Inhorn, Marcia C. "Defining Women's Health: A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies." *Medical Anthropology Quarterly* 20.3 (2006): 345-78. Print.
- Kilpatrick, Sarah J., Patricia Prentice, Robin L. Jones, and Stacie Geller. "Reducing Maternal Deaths Through State Maternal Mortality Review." *Journal of Women's Health* (15409996) 21, no. 9 (September 2012): 905-909.
- "Maternal Mortality." *World Health Organization*. N.p., May 2012. Web. 11 Dec. 2012.
- "Maternal Mortality Country Fact Sheet 2006." *World Health Organization*. N.p., n.d. Web.
- Mohanty, Chandra Talpade. "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses," *Feminist Review*. 1988.
- Randall, Margaret. *Our Voices, Our Lives: Stories of Women from Central America and the Caribbean*. Monroe, ME: Common Courage, 1995. Print.
- "Real GDP and GDP Per Capita." *Guatemala Country Review* (July 2012): 80-80.
- "Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America.pdf", n.d.

- Rich, Adrienne. "Notes Towards a Politics of Location." In *Feminist Postcolonial Theory: A Reader*. (Ed. Lewis and Mill).
- Sandoval, Chela. "U.S. Third-World Feminism: The Theory and Method of Oppositional Consciousness in the Postmodern World." In *Postcolonial Feminist Theory: A Reader*. (PCFT) Pp. 75-99
- Scheper-Hughes, Nancy. *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California, 1992. Print.
- Smith, Andrea. "Introduction." *Conquest: Sexual Violence and American Indian Genocide*. Cambridge, MA: South End, 2005. N. pag. Print.
- Speed, Shannon, Castillo Rosalva Aída. Hernández, and Lynn Stephen. *Dissident Women: Gender and Cultural Politics in Chiapas*. Austin: University of Texas, 2006. Print.
- USAID Country Health Statistical Report*. Rep. Washington, D.C.: Analysis, Information Management & Communications Activity (AIM), 2009. Print.
- Youngblood Coleman, Denise, ed. "Guatemala Country Review." (n.d.): n. pag. CountryWatch Incorporated, July 2012. Web.