

Experiencias locales de salud materna con perspectiva intercultural en Putre y Tirúa, Chile

MAIRA PAZ ARRIAGADA SOLÍS, SASCHA MIGUEL CORNEJO PUSCHNER, VALENTINA VEGA IBARRA, ELÍAS ESPER CASTRO, ISIDORA RUÍZ CABALLERO Y SEBASTIÁN TOLEDO ACUÑA

MAIRA PAZ ARRIAGADA SOLÍS

Universidad Academia de Humanismo Cristiano,
Santiago, Chile
maira.arriagada@gmail.com

SASCHA MIGUEL CORNEJO PUSCHNER

Humboldt-Universität zu Berlin,
Berlín, Alemania
scornejopuschner@gmail.com

VALENTINA VEGA IBARRA

Universidad Academia de Humanismo Cristiano,
Santiago, Chile
valentina.vega.ibarra@gmail.com

ELÍAS ESPER CASTRO

Universidad Academia de Humanismo Cristiano,
Santiago, Chile
eliasespercastro@gmail.com

ISIDORA RUÍZ CABALLERO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales,
Quito, Ecuador
isidoradrc31@gmail.com

SEBASTIÁN TOLEDO ACUÑA

Perspectiva Agroecológica,
Santiago, Chile
sebatoledo.a@gmail.com

En este artículo se analizan dos experiencias de salud materna en los territorios chilenos de Tirúa, al sur, y Putre, al norte. En ambas localidades hay un alto índice de población indígena mapuche lafkenche y aymara, respectivamente. Se plantea que, a pesar de la existencia de un discurso favorable a la interculturalidad en el ámbito de la salud materna, en los servicios de salud locales prevalecen mecanismos institucionales que tienden a desincentivar, antes que fortalecer, el modelo de salud indígena. Con base en material empírico, se investiga la emergencia de un modelo de salud intercultural como campo de disputa, que desvela las tensiones y diálogos generados en la interacción del modelo biomédico con el modelo tradicional o indígena.

PALABRAS CLAVE: salud materna, indígena, tradicional, biomédica, interculturalidad

Local Experiences of Maternal Health with an Intercultural Perspective in Putre and Tirúa, Chile

This article analyses two experiences of maternal health in the Chilean territories of Tirúa, in the South, and Putre, in the North. Both localities present high indigenous populations Mapuche Lafkenche and Aymara, respectively. The hypothesis held that despite the existence of a discourse favourable to interculturalism in the field of maternal health, various institutional mechanisms prevail in the local health services that tend to discourage rather than strengthen the indigenous health model. Based on empirical material, the article investigates the emergence of an intercultural health model as a field of dispute, revealing the tensions and dialogues generated in the interaction of the biomedical model with the traditional or indigenous model.

KEYWORDS: maternal health, indigenous, traditional, biomedical health, interculturalidad

Introducción¹

Durante la segunda mitad del siglo XX, gran parte de las políticas de salud materna se orientó a disminuir la mortalidad y morbilidad infantil (Auth y Evans, 2014), y a consolidar la expansión del modelo biomédico que aumentaba la cobertura, profesionalización y medicalización del parto, sin considerar las particularidades socioculturales de las comunidades indígenas en el proceso reproductivo (Sadler, 2016; Sadler y Núñez, 2009). Así, las causas de las altas tasas de mortalidad infantil se atribuyeron a los hábitos y creencias tradicionales considerados “falsos y engañosos” (Auth y Evans, 2014). Se legitimó el parto hospitalario como única vía de atención del nacimiento, en desmedro de otros saberes y prácticas ancestrales, con la consecuente amenaza de absorción y desaparición de la partería tradicional (Flores, 2011).

Mientras el modelo hospitalario de nacimiento se homogeneiza y se hace norma, los partos en casa se prohíben y criminalizan (Lugones y Ramírez, 2012; Auth y Evans, 2014). Con la apropiación de los procesos reproductivos por parte del saber biomédico, se manifiesta otro problema vigente en la actualidad: la llamada violencia obstétrica. Aunque Chile presenta el menor porcentaje de mortalidad en Latinoamérica, 50% de las mujeres reporta haber sufrido algún episodio de violencia obstétrica durante el parto (OVO, 2018).

La transición de la partería “femenina” no profesionalizada a la obstetricia —en un principio con predominio “masculino”— constituye un proceso inconcluso (Zárate, 2007; Argüello-Avendaño y Mateo, 2014), marcado por el

¹ Este artículo forma parte de los hallazgos del estudio “Modelos de atención al proceso reproductivo (gestación, parto y puerperio) desde la perspectiva mapuche lafkenche en Tirúa y aymara en Putre”, desarrollado de 2017 a 2020, con financiamiento de los Fondos Institucionales de Investigación y Creación de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

control excesivo sobre el parto en desmedro de las mujeres, a quienes se les niega la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos y el proceso de nacimiento (Sadler, 2003). A pesar del carácter homogeneizante del modelo biomédico, los saberes y prácticas tradicionales no fueron silenciados en su totalidad. Las mujeres y familias continuaron su ejercicio y demandaron su integración en los recintos hospitalarios. En este contexto de negación de los derechos a la salud con pertinencia cultural, los pueblos originarios en Chile se han movilizado por el reconocimiento de su cultura y el libre ejercicio de sus sistemas médicos, y han incidido en el desarrollo de políticas públicas que incorporan la dimensión cultural de los derechos colectivos (Marimán y Aylwin, 2008). Durante la década de 1990 surge el modelo intercultural estatal con programas y políticas públicas orientados a promover un diálogo simétrico entre los modelos biomédico e indígena.

Hoy existen planes y programas estatales que configuran un modelo intercultural en salud con el propósito de reconocer las particularidades de cada pueblo y territorio, y respetar y promover los modelos médicos indígenas mediante la protección y el fortalecimiento de conocimientos y prácticas tradicionales en salud (Minsal, 2006).² En el ámbito de la salud materna se implementaron estas políticas en programas de parto humanizado para llevar los partos domiciliarios a los hospitales e incorporar algunas prácticas culturales como complemento del modelo biomédico de atención al nacimiento (Sadler, 2003).

En el presente artículo se exponen los principales hallazgos de la investigación de dos experiencias de partería tradicional e indígena, y su vinculación con la salud intercultural: ¿cuáles son las experiencias y prácticas en torno a los modelos de salud materna en madres, gestantes, parteras y matronas³ de dos localidades con alto porcentaje de población indígena? Los casos se ubican en comunas con alta presencia de población indígena,

aymara en Putre, Provincia Parinacota, Región de Arica y Parinacota, y mapuche lafkenche, en Tirúa, Provincia de Arauco, Región del Biobío. La hipótesis es que, pese a la existencia de un discurso a favor de la interculturalidad en el ámbito de la salud materna, en los servicios de salud local prevalecen mecanismos institucionales que tienden a desincentivar el modelo de salud indígena.

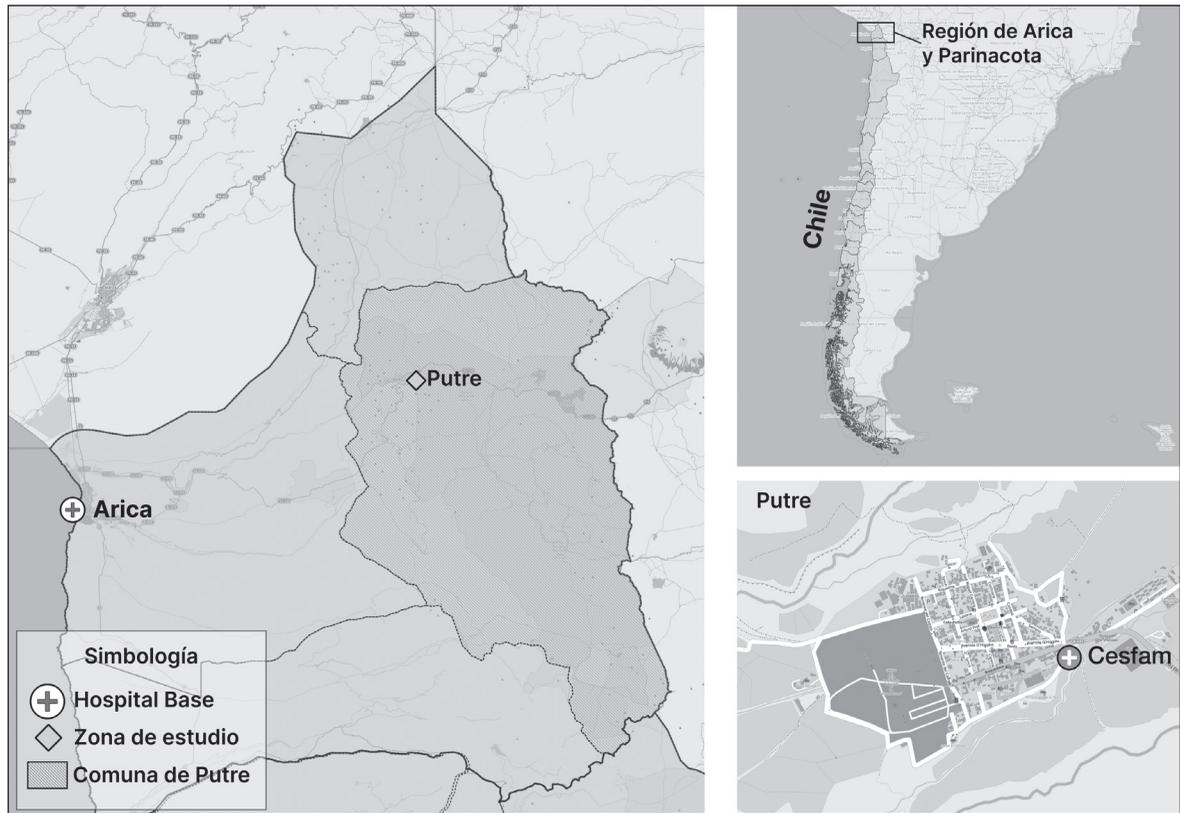
Para responder a la pregunta de investigación, el texto se organiza en tres partes: 1) caracterización de la atención biomédica del proceso de salud materna; 2) asimetrías y tensiones en el ejercicio de la salud materna, y 3) propuestas y limitaciones del modelo de salud materna con enfoque intercultural. Antes de presentar los resultados, se describen algunos rasgos de cada localidad, el marco teórico y el metodológico.

La comuna de Putre se ubica en la Región de Arica y Parinacota, al norte de Chile. Según el Censo de 2017, tiene 2765 habitantes y la proyección para 2021 fue de 2536 (INE, 2018a). En el censo de 2002, 1005 personas de la comuna se reconocieron como aymara (INE, 2002). El pueblo aymara es el segundo más numeroso en Chile, luego del pueblo mapuche, con 7.7% del total nacional de los pueblos indígenas reconocidos por el Estado chileno. En 2013, la Región de Arica y Parinacota contaba con 54075 personas indígenas, de las cuales 66% correspondía a población aymara (Mindesoc, 2015).

2 Las demandas de los pueblos indígenas en materia de salud no se expresan en la Ley Indígena 19.253 de 1993. Se acogieron en parte en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), del Ministerio de Salud (Minsal), en 1996.

3 “La precisión semántica de ‘partera’ y ‘matrona’ distinguió la clase de servicio que unas y otras ofrecían: la primera, un saber empírico, adquirido gracias a la sola observación y experiencia; la segunda, un conocimiento obtenido por la asistencia a un curso formal con aprobación tanto de una parte teórica como práctica” (De la Rosa, Rivas y Alguacil, 2015).

MAPA 1. LOCALIDAD DE PUTRE



Elaboración: Programa Especial de Sistemas de Información Geográfica para Ciencias Sociales y Humanidades-Bulmaro Sánchez y Antonio Bernal.

En 2020, Putre contaba con cuatro centros de salud primaria:⁴ un Centro de Salud Familiar (Cesfam), dos postas de Salud Rural (PSR) y un Servicio de Urgencia Rural (SUR; Minsal, 2020). El Hospital Regional de Arica Doctor Juan Noé Crevani es el más cercano, a unos 140 km de Putre, y es el que ejecuta el programa “*Utasanjam usuña/ Parir como en casa*”, que contempla la atención de parteras aymara en el Cesfam y la PSR.

La mirada del pueblo aymara respecto a la salud gira en torno a tres principios fundacionales de la cosmovisión andina: la reciprocidad, la complementariedad y la dualidad. A cada acto corresponde un

acto recíproco en retribución complementaria. Bajo estos principios, la salud materna se ordena

- 4 La atención primaria en Chile corresponde a los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita. La atención secundaria se refiere a los establecimientos que brindan atención ambulatoria y sólo a pacientes derivados del nivel primario o de consultas en las unidades de emergencia, cuando el profesional de la salud determina que requiere atención de mayor complejidad. La atención terciaria está constituida por los establecimientos hospitalarios que se encargan de actividades de alta complejidad, aunque también tienen funciones del nivel secundario. Se conocen como “hospitales base”.

MAPA 2. LOCALIDAD DE TIRÚA



Elaboración: Programa Especial de Sistemas de Información Geográfica para Ciencias Sociales y Humanidades-Bulmaro Sánchez y Antonio Bernal.

de acuerdo con el modelo de los opuestos simbólicamente sexuados: entre varón y mujer se establece una dialéctica de oposición complementaria configurada por una unidad de dos personas distintas corporal y sexualmente que se complementan, una tiene algo que la otra necesita. La condición de persona, *jaqi*, en su pleno sentido se adquiere en pareja, lo que le permite a la persona ser capaz de participar en el espacio comunitario y tener derechos territoriales. La actividad sexual por sí misma no confiere a los sujetos la condición de *jaqi*, la pareja debe afirmarse y ratificarse en la comunidad para adquirirla (Cárdenas *et al.*, 2013).

La comuna de Tirúa, en la Región del Biobío, al sur de Chile, tiene 10 417 habitantes según el último registro del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2018b). En 2002 se identificaron como mapuche 4 595 personas, de las cuales 59.78% se concentraba en zonas rurales en 2013 (Ider y Ufro, 2014). Aunque se percibe una disminución de la población como consecuencia de la migración hacia zonas urbanas, la población autoidentificada mapuche *lafkenche* ha aumentado en las últimas décadas: de 8.90% en 2003, a 44.30% en 2013, según el Ministerio de Desarrollo Social (Mindsoc, 2015).

En la comuna hay siete centros de salud: el Cesfam Isabel Jiménez Riquelme y seis postas rurales de menor jerarquía (Ider y Ufro, 2014). El Cesfam es el espacio de atención primaria de salud intercultural más concurrido. El hospital de alta complejidad más cercano está en Cañete, a unos 70 km de Tirúa, donde se atienden por lo general los partos o cesáreas de las mujeres de la comuna.

La salud en la cosmovisión mapuche se fundamenta en la existencia y armonía de la vida en dos planos principales. El plano originario se refiere a la relación fundacional de hombres y mujeres con lo divino y sobrenatural, que se estructura en torno a la noción de reciprocidad. El plano de la categorización del mundo remite al cosmos como una unidad conformada por polos opuestos y complementarios. Es decir, la naturaleza y las personas existen en la dualidad. La salud y la enfermedad en el mundo mapuche son una dualidad, una pareja de opuestos complementarios en la que se define la vida de los individuos y ambas realidades coexisten y no pueden separarse (Citarella, 2000). En la cosmovisión mapuche, la salud materna gira en torno al *kume felen*, estar bien totalmente, con todo. Cuando las personas buscan el *kume mongen*, estar sano, atienden su salud pensando en esta totalidad y en la búsqueda del equilibrio entre bienestar físico, emocional y espiritual.

Modelos de salud en disputa

Este trabajo se enmarca en el campo de la salud materna, concebida como un ámbito específico de la salud de la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la salud materna abarca las dimensiones de planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal y posnatal para garantizar una experiencia positiva y satisfactoria, y reducir la morbilidad y mortalidad materna.

En general concebimos las medicinas como construcciones culturales que responden a un sistema de creencias acerca de lo que se entiende por salud, enfermedad y la puesta en práctica de su atención (Le Breton, 2012; Citarella, 2000). La interacción entre modelos médicos distintos puede ser conflictiva si uno de ellos busca imponer sus marcos de representación y de prácticas frente a otros sistemas considerados subordinados (Menéndez, 1984; 1998). De ahí la utilidad de la noción de modelo médico, que permite observar cómo operan las dinámicas culturales de las medicinas científica e indígena en contextos socioculturales específicos.

De acuerdo con los planteamientos de Eduardo L. Menéndez (1984), reconocemos la existencia de un modelo médico hegemónico (MMH) del que forma parte la salud materna biomédica. Por eso se habla del “modelo biomédico de atención al nacimiento”, caracterizado por el predominio del biologicismo, la participación subordinada y pasiva de las personas, y una tendencia a la autolegitimación y deslegitimación de los conocimientos de salud/enfermedad llamados tradicionales, denominados también modelos alternativos no hegemónicos. Éstos coexisten en una relación de subordinación respecto al modelo de medicina científica, ya sea por una práctica impositiva, integrativa o de complementariedad selectiva, pero siempre a partir de una relación de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1998).

Otra característica del MMH es el ejercicio de una elevada medicalización de los saberes y prácticas en sistemas socioculturales distintos. La medicalización implica el uso elevado de tecnología y sustancias sintéticas en la atención del nacimiento (Menéndez, 1998), legitimadas a lo largo del tiempo por mecanismos de homogeneización basados en el cumplimiento de estándares internacionales propuestos por la OMS.

El tratamiento del cuerpo humano no queda exento de estas interpretaciones. El MMH lo concibe

como una entidad anatomofisiológica cuyas partes constitutivas —biológicas, genéticas y anatómicas— son analizadas fuera de su entorno y de las relaciones sociales y culturales de las que forman parte, a diferencia de la concepción del cuerpo y los procesos de salud y enfermedad en otras sociedades distintas a la occidental (Le Breton, 2012). De esta forma, los criterios de eficacia pragmática y objetividad científica no siempre son compatibles con los saberes y prácticas tradicionales que no son estrictamente fisiológicos, a los que se tilda de meras creencias (Menéndez, 1984; 2018).

La antropología médica, como dominio disciplinar, reconoce que las sociedades indígenas desarrollan saberes y prácticas curativas ancestrales, y aplican conocimientos asociados a las propiedades de los vegetales para incidir en el alivio de las enfermedades (Montecino y Conejeros, 1985). Como señala Lucca Citarella, los aspectos que caracterizan a la medicina indígena son:

El sustrato mágico simbólico que sustenta su modo específico de acción; el modelo etiológico que atribuye la causa de las enfermedades a fuerzas espirituales que operan de acuerdo a una lógica de carácter moral; la forma oral de transmisión de los conocimientos médicos; la presencia de agentes médicos especializados; el proceso de enseñanza formalizada de estos agentes, las prácticas de iniciación que se realizan de acuerdo a los modelos de tipo ancestral (2000: 48).

En cuanto al concepto de interculturalidad, el modelo de atención de salud intercultural del Ministerio de Salud (Minsal, 2006) lo entiende como un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración entre dos o más culturas en un espacio determinado. Esto implica reconocer la existencia de espacios de encuentro en los que se puede negociar, y otros en los que se mantienen las especificidades y se respetan las diferencias

(Hasen, 2012). Entonces, interculturalidad significa promover relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación, convivencia y derecho a la diferencia (Minsal, 2006). Sin embargo, al momento de su ejecución, el enfoque intercultural presenta importantes contradicciones (Boccaro, 2007; Bolados, 2012) que se describirán en el presente trabajo.

Metodología

Esta investigación cualitativa examinó dos casos de estudio para conocer la dimensión sociocultural del proceso de salud materna desde un enfoque etnográfico. Dos grupos de dos a tres investigadores de campo, uno en cada zona, llevaron a cabo el trabajo de campo en abril, agosto, noviembre y diciembre de 2018. En total se hicieron 22 entrevistas semiestructuradas en castellano, con un promedio de una hora de duración, de acuerdo con una pauta previamente elaborada y cierta flexibilidad al tocar otros temas surgidos en las entrevistas.

Las entrevistas revelaron las valoraciones, creencias y esquemas de interpretación (Gaínza, 2006) de las mujeres —madres, gestantes y parteras— acerca de la salud materna desde su propia experiencia, en las que se identificaron particularidades culturales de los pueblos aymara y mapuche lufkenche. Los participantes del estudio se seleccionaron mediante un muestreo intencional, acorde a criterios de investigación, es decir, mujeres indígenas, residentes de las zonas de estudio, con experiencia de atención en salud materna tradicional, biomédica o intercultural.

Las entrevistas se transcribieron y codificaron para extraer las principales variables y categorías de análisis. De esta forma se describieron las particularidades de cada caso, con base en las prácticas, narrativas y experiencias de las personas entrevistadas, y se resaltaron algunos aspectos comunes y

CUADRO 1. PERSONAS ENTREVISTADAS

Mujeres madres y gestantes	9
Agentes locales de salud intercultural de los Cesfam, entre ellos, tres parteras tradicionales, un <i>yatiri</i> o yerbatero y un facilitador intercultural	5
Profesionales de la salud vinculados a la salud materna e intercultural, principalmente de los Cesfam	8
Total	22

Fuente: Elaboración propia.

diferencias entre ambos territorios y grupos de estudio. Respecto a la organización del artículo, los casos se presentan de manera integrada y no separada, como se hace por lo regular en los análisis de casos. Profundizar en la lógica de codificación arrojó una diversidad de elementos contrastables y destacó el valor heurístico y comparativo de los datos.

Caracterización de la atención biomédica del proceso de salud materna

El proceso de atención del nacimiento comienza cuando las mujeres ingresan como gestantes al Cesfam local, donde pasan por un proceso estandarizado de evaluación clínica en el que se supervisa el estado de salud de la madre y el feto. Estas revisiones son periódicas e incluyen recomendaciones para las mujeres sobre su alimentación, ingesta de suplementos y tratamientos específicos, además de valorar las condiciones de la madre para tener un parto considerado normal. Los exámenes de mayor complejidad se efectúan en los respectivos hospitales base, en los que también se lleva a cabo el parto.

Cabe destacar que la normativa ministerial nacional (Minsal, 2018) exige a los Centros de Salud cumplir la meta de 85% de ingresos a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación. Esto conflictúa a las mujeres de las localidades por los traslados, las diferencias en materia de apreciación cultural o el sostenimiento doméstico de los hogares, aspectos que inciden directamente en su

decisión de ingresar al control médico prenatal. En el caso de Tirúa se constató que el Minsal reduce los recursos que asigna cada año al Cesfam si esta exigencia no se cumple. Angélica, matrona de Tirúa, señala: “lo más alto que hemos alcanzado ha sido un 73%. Siempre lo bajamos como a 69, 70, ellas no encuentran necesario ingresar antes” (entrevista, agosto de 2018).

Desde el ingreso al hospital, las mujeres de Putre y Tirúa pasan por una serie de protocolos médicos y espacios del recinto en los que quedan a disposición de los y las profesionales de la salud. En ambas localidades, las mujeres se trasladan desde los Cesfam a los hospitales base en las últimas semanas de gestación, según el resultado de sus últimas evaluaciones y el criterio profesional del médico de turno.

En los hospitales de Arica y Cañete hay espacios habilitados para alojar a las mujeres en las últimas semanas de gestación. En Cañete pueden alojarse en una unidad del hospital destinada a ese fin con una persona acompañante, familiar o cercana. En Putre, las mujeres son enviadas a la ciudad de Arica a esperar el parto desde la semana 36. Pueden hospedarse en la Casa Utama —traducido del aymara como “tu casa”—, un lugar de acogida administrado por el Servicio de Salud de Arica por medio del PESPI para madres y gestantes residentes en las zonas rurales de Arica y Parinacota que llevan a sus hijos e hijas a controles médicos. Las entrevistadas coinciden en lo problemático que resulta abandonar sus localidades para esperar el parto en la ciudad, pues deben dejar su casa, su familia y el trabajo asalariado o doméstico



CONSTANZA SEPÚLVEDA GÓMEZ ▶ Partera de Tirúa, Chile.

y de cuidado que desempeñan a diario. Esto provoca que muchas gestantes esperen hasta pocos días antes o hasta el último momento antes de parir para acercarse a los centros de salud y ser trasladadas a los hospitales correspondientes.

Entre ellas prevalece una apreciación negativa sobre el tratamiento hospitalario del parto, sustentada en la experiencia personal y cercana que evidencia una relación vertical entre el personal biomédico y las mujeres gestantes o parturientas, así como procesos de atención invasivos y degradantes por parte del personal de salud:

Yo veía a mamás gritar y todo, y las matronas que estaban de turno de noche en ese tiempo eran terribles, las dos, muy invasivas con el cuerpo. Fue horrible porque sentía mis piernas adormecidas,

mucho, mucho, de anestesia, no podía moverme, mi *guagua* lloraba, tenía hambre [...]. Yo estaba mal, me sentía mal, me sentía débil, como entré un lunes que había almorzado, el martes no me dieron almuerzo, el miércoles no me dieron almuerzo, el jueves ese día recién iba a comer algo. Estuve tres días sin comer nada, sopita así, sopita nomás, entonces me sentía débil (entrevista con Lissette, madre aymara, Putre, junio de 2018).

El recinto hospitalario y las tecnologías médicas se relacionan con frecuencia al frío, que se interpreta como un malestar físico y emocional, que contrasta con ciertos elementos de ambas cosmovisiones locales en torno al nacimiento, en las que el calor se relaciona con la seguridad, el bienestar y el espacio intrauterino:

Porque uno en la casa está calentita y si es posible tiene un *guaterito* en los pies. Y no, en el hospital [...] va al parto y está destapada nomás, tomando todo ese aire. Es un frío nomás (entrevista con Ramona Ruminot, partera tradicional, Tirúa, agosto de 2018).

Primero, la mujer se tiene que preparar para el embarazo, por eso también es importante desde antes ver el frío, las puertas, las corrientes de aire [...], no andar con el pelo mojado, tienes que entibiarte, ponerse un chal en la *guatita*, y en el mismo embarazo abrigarte, no andar desabrigada [...], cuidarte del frío, porque eso al final te va a perjudicar después (entrevista con Lissette, madre aymara, Putre, junio de 2018).

En varios modelos de atención del nacimiento, también desde la perspectiva científica del modelo biomédico, se reconoce que las posiciones verticales y dinámicas son las más eficaces (Odent, 1992; Lugones y Ramírez, 2012). Las matronas y parteras de Tirúa, así como la partera Fausta de Putre, afirmaron en sus relatos que la mejor posición para el parto es de rodillas, porque el bebé nace mucho más rápido. En este reconocimiento, el Hospital de Cañete implementó una sala de parto respetado con las herramientas necesarias, en la que las mujeres deciden si quieren parir en posición vertical o no. De acuerdo con Miguel Lugones y Marieta Ramírez (2012), la posición horizontal implica una cuota mínima de decisión y posibilidad de acomodo por parte de las parturientas, que deben someter su posición a la voluntad del o la profesional. En contraste, el parto vertical permite a la mujer elegir cómo parir, “influyendo en su estado emocional, facilitando el proceso y disminuyendo el riesgo de depresión posparto” (2012: 143).

Las mujeres relatan episodios de violencia obsesiva, como haber sido “amarradas a la fuerza” o

que se les negara atención inmediata por no considerar válidos sus criterios acerca del parto:

Las matronas van y las atienden, las miden y las dejan. Le vienen los dolores a la mamá, no se puede mover porque está como engrillada en esa camilla. Y camillas duras, que es una cosa tan desagradable (entrevista con Ramona Ruminot, partera tradicional, Tirúa, agosto de 2018).

Fue un nacimiento en una camilla horizontal. Dicen que yo como que perdí la razón y me bajaba innatamente a como tenerlo así [posición vertical], porque ya tenía todo esto como mentalizado. Pero la gente que estaba ahí en el hospital fue como: “no, tiene que tenerlo arriba, ya, súbala, amárrenla”. Entonces me amarraron los pies, las manos, todo. Fue bastante dificultoso porque además, como estaba débil por la alimentación que me habían dado, me costó mucho tenerlo de manera natural (entrevista con Daniela, mujer gestante mapuche, Tirúa, agosto de 2018).

Como parte de los procesos de revaloración de los conocimientos tradicionales en salud, en fechas recientes se han incorporado elementos de modelos tradicionales mediante protocolos médicos, como en el caso de la placenta, que en ambas localidades constituye un soporte de significaciones culturales de gran importancia social y espiritual, vinculado al arraigo y la identidad territorial, que contrasta con la visión del modelo biomédico, que considera la placenta un desecho orgánico (Castillo, 2014). Esto fue cuestionado por las comunidades locales y problematizado por el sistema de salud. El resultado fue la creación de un protocolo nacional para la entrega de placentas a las mujeres que lo soliciten (Minsal, 2017).

En cuanto a los exámenes y controles después del parto, en la fase de puerperio, los protagonistas siguen siendo los especialistas de la salud materna,

en específico matronas, ginecólogos y médicos generales, cuya atención se centra en la nutrición y el estado de salud del infante.

Asimetrías y tensiones en el ejercicio de la salud materna con enfoque intercultural

En las localidades de estudio, el enfoque intercultural se ha socializado e implementado en los Cesfam, en los que se constató un cierto reconocimiento de la acción de los agentes especialistas del modelo médico aymara —*yatiri*, persona que sabe, curandero; *usuyiri*, partera, especialista en fertilidad, salud sexual y reproductiva— y mapuche —*machi*, autoridad ancestral, encargada de mantener el bienestar de la comunidad; *puñeñelchefe*, partera, especialista en fertilidad, salud sexual y reproductiva; *lawentuchefe*, persona que conoce, prepara y aplica la medicina herbolaria— en el marco biomédico. En Putre, quienes fungen como agentes de salud son remunerados como trabajadores del servicio de salud, de esta manera se incorporan al espacio institucionalizado según la lógica biomédica del especialista de salud. En Tirúa, la retribución suele ser “conversada” directamente entre el agente de salud y la usuaria, y no siempre corresponde a un pago monetario.

Se observó un diálogo entre ambos saberes, en el que la medicina indígena aporta la idea de una vivencia sin tantas complicaciones en la gestación, la disminución preventiva de riesgos en el parto —por lo tanto, de cesáreas— y un puerperio respetuoso basado en los saberes y prácticas de las medicinas aymara y mapuche. En los relatos de parteras y madres también estuvo presente la lactancia a libre demanda, promovida como la mejor manera de alimentar en la primera infancia.

En ambas localidades, las mujeres hablaron de su participación en los Programas Interculturales en Salud, las consultas a las *usuyiri* y *puñeñelchefe*, el uso

de elementos naturales del entorno, la petición de la placenta, las sobadas y manteos en el espacio biomédico. No obstante, en la etapa de parto todavía prima el modelo biomédico de atención de la salud materna porque se sigue cuestionando el parto en casa y las formas de atención tradicionales por considerarlos poco seguros y riesgosos.

La manera en que las comunidades indígenas atienden el parto ha sido cuestionada a lo largo de la historia por el modelo hospitalario, que originó un proceso de persecución de las parteras, presente todavía en la memoria de las entrevistadas. Así se desarrolló un dispositivo de control en salud materna y se generó un saber-poder que se impuso sobre otros saberes desfavorecidos (Biotti y Zamorano, 2003; Zárate, 2007). Prácticas como el parto vertical o en casa, y el uso de plantas medicinales se han excluido, desvalorizado y subordinado de manera sistemática frente a la medicalización y el control creciente sobre la gestación, el parto y el puerperio (Sadler, 2016).

A su vez, algunas prácticas de la partería indígena han sido reconocidas por corrientes de la obstetricia moderna respetuosas, por ejemplo, el entierro de la placenta; el consumo de alimentos cosechados en el territorio; la ingesta de infusiones de plantas y hierbas medicinales recolectadas, y los acomodos y sobadas de parteras tradicionales e indígenas, que cumplen una importante labor de consejeras. De esta forma, las parteras tradicionales e indígenas establecen un vínculo estrecho entre las personas y su territorio, la comunidad y el ecosistema local.

La discusión en torno a la interculturalidad permite comprender la ejecución del concepto en el campo de la salud materna y cómo se ha implementado en programas y proyectos destinados a la población aymara, mapuche y chilena. Al respecto, se observan dificultades de corte estatal para establecer una relación horizontal y en igualdad de condiciones con las medicinas tradicionales e indígenas, en



CONSTANZA SEPÚLVEDA GÓMEZ ▶ Un *yatiri* muestra algunas hojas de coca, planta medicinal utilizada en la medicina tradicional aymara.

las que prevalecen fuertes críticas hacia la instrumentación de estos proyectos y la insuficiencia de las políticas públicas para hacer converger visiones distintas de salud, enfermedad y atención.

Interculturalidad como campo en disputa: tensiones, expectativas y propuestas

En los Cefam de las comunas de Putre y Tirúa las mujeres gestantes tienen la opción de atenderse con médicos tradicionales o indígenas, en especial en el parto, bajo ciertas exigencias y protocolos de la administración del modelo médico occidental, por ejemplo, que la atención complementaria en salud tenga lugar en el espacio hospitalario o que la participación de las parteras se limite al papel

de acompañantes. Estos son indicios de la relación asimétrica entre ambos modelos, que genera tensiones sobre todo entre las mujeres gestantes con dificultades para acudir a los centros de salud por la lejanía respecto a su residencia. La dispersión geográfica dificulta la atención comunitaria. En ambos Cefam escasean los vehículos para movilizar a los equipos interculturales como consecuencia de la insuficiencia de los recursos y de personal médico tradicional o indígena para el desarrollo de la salud intercultural.

A pesar de lo anterior, se aprecia una apertura hacia un diálogo intercultural en la práctica del parto domiciliario y el reconocimiento de derechos y deberes para las madres gestantes y el equipo biomédico. Las primeras deben tener sus controles médicos y exámenes al día, y no presentar riesgo

durante el embarazo; además, pueden elegir a la persona a cargo del parto, ya sea partera tradicional o indígena. El equipo médico debe estar preparado para actuar en caso de emergencia durante la intervención.

Una de las principales demandas en la atención de la salud con enfoque intercultural es contar con una sala de maternidad o de parto adecuada para que las *usuyiri* y las *puñeñelchefe* atiendan. Se requiere ambientar un espacio apropiado y confortable, con luz tenue, temperatura adecuada y que permita el ingreso de acompañantes, por ejemplo. Si bien ha habido avances en esta materia, se sigue demandando la valoración del saber indígena expresado en el apoyo e interés por la práctica de las parteras indígenas y tradicionales.

La mayoría de los testimonios arrojó que las valoraciones de los equipos de salud institucional y los agentes tradicionales e indígenas en torno a la atención complementaria en salud fueron positivas. No obstante, se mencionaron las tensiones en torno a la implementación del modelo intercultural en salud en los Cesfam y se expusieron las principales demandas, expectativas, proyecciones, propuestas y recomendaciones. Se identificó que los elementos que han contribuido al ejercicio de una atención integral y complementaria en espacios de atención primaria son el reconocimiento y respeto de los modelos tradicional e indígena mediante la valoración de la conversación; el uso de hierbas medicinales, masajes y cataplasmas; el proceso de aprendizaje mutuo entre agentes de salud tradicionales, indígenas y alópatas; la derivación de atención mutua entre agentes biomédicos y tradicionales, y la satisfacción de las personas indígenas y no indígenas al participar de la atención que ofrecen los médicos tradicionales e indígenas.

Las opiniones recolectadas reflejan que una implementación adecuada del modelo intercultural de salud permitiría mejorar los resultados de atención complementaria en los Cesfam. En ese

sentido, se identificaron tres expectativas recurrentes entre los equipos y personas entrevistadas en ambas localidades: en primer lugar, la necesidad de reforzar las materias sobre medicina tradicional e indígena en los programas de estudio de las carreras de salud, en este caso, para visibilizar y mantener las prácticas tradicionales de la partería aymara y mapuche lafkenche; en segundo, incentivar la participación de los médicos tradicionales e indígenas en el modelo intercultural de salud, en particular en la atención primaria, pues constituye un importante ejercicio de visibilización cultural y política de los pueblos indígenas; por último, las parteras indígenas y tradicionales esperan que con la visibilización de su oficio haya jóvenes dispuestas a practicar la partería, pues el bajo interés demostrado ha incidido de manera negativa en la transmisión de los conocimientos de las parteras indígenas en el ámbito institucional.

Respecto al proceso de atención en salud intercultural, las entrevistadas indicaron las siguientes recomendaciones y propuestas:

- Mejorar la infraestructura de los espacios de trabajo de los agentes tradicionales: espacios más confortables para que los agentes tradicionales de salud puedan dar atención y trabajar con hierbas, cataplasmas e infusiones.
- Elevar la reciprocidad en las prácticas y conocimientos entre agentes tradicionales y biomédicos. Si bien existe una valoración del oficio que desempeñan los médicos tradicionales, también se desconocen sus prácticas y su posible papel e impacto en la atención primaria de salud.
- Llevar a cabo estudios epidemiológicos socioculturales para darle sustento al modelo intercultural de salud: dar seguimiento a pacientes diagnosticados, por ejemplo, con hipertensión, que siguen el tratamiento de ambos modelos, como el consumo de infusiones de

hierbas medicinales, y de manera complementaria, de medicamentos alópatas.

- Incentivar la participación de los integrantes de la familia de la gestante en el acompañamiento de sus controles y exámenes.
- Generar instancias de conversación entre los equipos médicos tradicional y alópata para mejorar la relación entre ambos modelos de salud.
- Incorporar a una facilitadora mujer en el Cefsam de Tirúa para incentivar la participación femenina de agentes de la salud intercultural.
- Aumentar el número de vehículos en los Cefsam para la intervención en terreno y para vincular a la población indígena y no indígena con los agentes de salud tradicionales e institucionales.

Conclusiones

Nuestro planteamiento hipotético sostiene que las prácticas hospitalarias desincentivan, más que alentar, las prácticas indígenas vinculadas a la salud materna, en el marco de la hipermedicalización, la violencia obstétrica y la relativa ignorancia de las prácticas indígenas en salud por parte del personal médico. Sin embargo, algunos rasgos de la partería indígena han adquirido mayor reconocimiento entre los profesionales de la salud en los Cefsam, sobre todo en Tirúa.

La mayor aportación de este artículo para la discusión sobre la interculturalidad en la atención a la salud materna, con base en el material empírico recolectado y contrastado, es mostrar los aspectos que funcionan y los que pueden mejorar en su aplicación, por ejemplo, que la incorporación de salas de parto intercultural en los hospitales responda a una infraestructura adecuada y coherente con la



CONSTANZA SEPÚLVEDA GÓMEZ ▶ Partera de Putre, Chile.

cosmovisión de los pueblos indígenas. Al integrar los modelos de salud indígena al diseño de políticas públicas debe respetarse y considerarse la cosmovisión de los pueblos originarios respecto a los conceptos de salud, enfermedad y atención, su conexión territorial y su lógica basada en la complementariedad y la reciprocidad. No se caracterizaron sólo los problemas, sino también los aciertos y aspectos susceptibles de mejora en las prácticas interculturales en el ámbito de la salud materna, que pueden abonar a la discusión y orientar políticas públicas en el campo de la salud materna. **D**

Bibliografía

- Argüello-Avendaño, Hilda y Ana Mateo González, 2014, "Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años", en *Liminar*, vol. 12, núm. 2, pp. 13-29.
- Auth, Celine y Daniela Evans, 2014, *Del fogón a la camilla. Transformaciones de la gestación y nacimiento en Isla Lemuy, Chiloé, desde la segunda mitad del siglo xx hasta hoy*, tesis de licenciatura en antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago. Disponible en línea: <<http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/3206/TANT%20152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- Biotti, Ariadna y Paulina Zamorano, 2003, "Parirás con dolor. Las parteras y el discurso médico a fines de la Colonia", en *Cuadernos de Historia*, núm. 23, pp. 37-50.
- Boccaro, Guillaume, 2007, "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile", en *Chungara*, vol. 39, núm. 2, pp. 185-207.
- Bolados, Paola, 2012, "Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas", en *Chungara*, vol. 44, núm. 1, pp. 135-144.
- Breton, David Le, 2012, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Cárdenas, Félix, Idón Chivi, Sandro Canqui y Francisca Alvarado, 2013, *Despatriarcalización y chachawarmi. Avances y articulaciones posibles*. Ministerio de Culturas y Turismo/Agroecología Universidad Cochabamba/Plural Editores, La Paz.
- Castillo, Ana, 2014, "La placenta, árbol de la vida", en *El parto es nuestro*, 20 de enero. Disponible en línea: <<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/01/20/la-placenta-arbol-de-la-vida>>.
- Citarella, Lucca (ed.), 2000, *Medicinas y culturas en la Araucanía*, Sudamericana, Santiago.
- Flores, Camila, 2011, Koñin: *significaciones del nacimiento para las mujeres mapuche de la comuna de Tirúa*, tesis de licenciatura en antropología, Universidad Austral de Chile, Valdivia. Disponible en línea: <<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/fff634k/doc/fff634k.pdf>>.
- Gáinza, Álvaro, 2006, "La entrevista en profundidad individual", en Manuel Canales (ed.), *Metodologías de investigación social: introducción a los oficios*, LOM, Santiago, pp. 219-263.
- Hasen, Felipe, 2012, "Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena", en *Ciencia y Enfermería*, vol. 18, núm. 3, pp. 17-24.
- Instituto de Desarrollo Local y Regional (Ider) y Universidad de la Frontera (Ufro), 2014, *Plan de Desarrollo Comunal (Pladeco), 2014-2019. Tirúa*. Disponible en línea: <https://sitio.gorebiobio.cl/wp-content/uploads/2019/01/PLADECO_TIRUA.pdf>.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), 2016, *Informe anual 2016. Situación de los derechos humanos en Chile*, Instituto Nacional de Derechos Humanos, Santiago. Disponible en línea: <<http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/998>>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2002, *Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002*, Programa Orígenes-Ministerio de Planificación Nacional-Banco Interamericano de Desarrollo, Santiago.
- , 2018a, *Censo de Población y Vivienda*, Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago.
- , 2018b, *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992 y 2050. Total país*, Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago.
- Lugones, Miguel y Marieta Ramírez, 2012, "El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura", en *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 38, núm. 1, pp. 134-145.
- Marimán, Pablo y José Aylwin, 2008, "Las identidades territoriales mapuche y el Estado chileno: conflicto interétnico en un contexto de globalización", en Xochitl Leyva Solano, Aracely Burguete Cal y Mayor y Shannon Speed (coords.), *Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de co-labor*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México, pp. 111-151.
- Menéndez, Eduardo L., 1984, "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Eduardo L. Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 97-114.
- , 1998, "Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural", en *Natura Medicatrix*, vol. 51, pp. 17-22.
- , 2018, *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Publicaciones Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

- Ministerio de Desarrollo Social (Mindsoc), 2015, *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional 2013. Pueblos indígenas: síntesis de resultados*. Disponible en línea: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2013/Casen2013_Pueblos_Indigenas_13mar15_publicacion.pdf>.
- Ministerio de Salud (Minsal), 2006, *Política de salud y pueblos indígenas*, Gobierno de Chile, Santiago.
- , 2017, *Norma General Técnica para la entrega de la placenta*, Ministerio de Salud, Santiago. Disponible en línea: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/NT-ENTREGA-DE-PLACENTA_01.pdf>.
- , 2018, *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*, Ministerio de Salud, Santiago. Disponible en línea: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf>.
- , 2020, *Listado de establecimientos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)*, Ministerio de Salud, Santiago.
- Montecino, Sonia y Ana Conejeros, 1985, *Mujeres mapuches: el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes*, Centro de Estudios de la Mujer (Serie Mujer y Salud, 2), Santiago.
- Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), 2018, *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*, Observatorio de Violencia Obstétrica, Santiago.
- Odent, Michel, 1992, *El nacimiento renacido*, Creavida, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021, “Maternal Health”. Disponible en línea: <https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1>.
- Rosa Várez, Zoraida de la, María Teresa Rivas Castillo y María del Valle Alguacil Sánchez, 2015, “Del arte de asistir partos hacia la actual titulación de matrona en España”, en *Paraninfo Digital*, núm. 22. Disponible en línea: <<http://www.index-f.com/para/n22/213.php>>.
- Sadler, Michelle, 2003, “*Así me nacieron a mi hija*”. *Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*, tesis de licenciatura en antropología social, Universidad de Chile-Facultad de Ciencias Sociales, Santiago. Disponible en línea: <https://fundacionmetta.org/contenidos/cursos/ASI_ME_NACIERON_A_MI_HIJA.pdf>.
- , 2016, “Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo”, en *Revista Chilena de Antropología*, núm. 33, pp. 45-57.
- Sadler, Michelle y Patricia Núñez, 2009, *Revisión del parto personalizado. Herramientas y experiencias en Chile*, Programa Chile Crece Contigo, Santiago.
- Zárate, María Soledad, 2007, *Dar a luz en Chile en el siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Entrevistas

- Angélica, matrona, Tirúa, agosto de 2018.
- Daniela, mujer gestante mapuche, Tirúa, agosto de 2018.
- Fausta, partera, Putre, junio de 2018.
- Lisette, madre aymara, Putre, junio de 2018.
- Ramona Ruminot, partera tradicional, Tirúa, agosto de 2018.