CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

LAS MÚLTIPLES PARADOJAS DE LA POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD MATERNA QUE PROMUEVE EL ESTADO CHILENO.

EL CASO DEL HOSPITAL *KALVU LLANKA* DE CAÑETE.

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

CATALINA ALVARADO CAÑUTA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PAOLA MARÍA SESIA

OAXACA, OAXACA. AGOSTO DE 2017

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL UNIDAD PACIFICO SUR

CENTROS PÚBLICOS CONACYT

PÁGINA DE FIRMAS

El presente Comité y Jurado evaluador ha decidido aprobar, como parte de los requisitos para optar al grado de Maestra en Antropología Social, la tesis: **"Las múltiples paradojas de la política de salud intercultural en la atención de salud materna que promueve el Estado chileno. El caso del Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete"**, presentada por **Catalina Alvarado Cañuta**

_____

Dr. Roberto Campos Navarro

Universidad Nacional Autónoma de México

_____

Dra. Paola María Sesia

CIESAS Unidad Pacífico Sur

_____

Dra. Lina Berrío Palomo

CIESAS Unidad Pacífico Sur

_____

Dr. Pedro Yáñez Moreno

CIESAS Unidad Pacífico Sur

22 de Agosto de 2017

A Dagui, mi papá

AGRADECIMIENTOS

Lo primero es agradecer a mi familia, mi papá, mi mamá y mi hermano por su apoyo incondicional y por incentivarme a seguir perfeccionándome en México.

Agradezco enormemente a Paola Sesia, mi directora de tesis, quien me compartió su experiencia y conocimientos para enseñarme y guiar el proceso investigativo. Le agradezco también por su calidad humana, alentándome en situaciones de flaqueza y por acompañarme en circunstancias complejas durante mi estancia en México.

Agradezco al Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete, a los facilitadores/as interculturales y a sus funcionarios/as por permitir que pudiera conocer desde dentro el funcionamiento del hospital y por dejar que les acompañara en sus actividades. Del mismo modo, doy gracias a las matronas del hospital, por dejarme participar diariamente en sus actividades, por la paciencia antes mis reiteradas preguntas, y por haber aceptado ser parte de la investigación.

Agradezco a la Comunidad del CIESAS-Pacífico Sur de Oaxaca, a los/as profesores/as y compañeras de maestría, por su afecto, acogida y por compartir juntas la criticidad con lentes antropológicos. Doy gracias al Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su beca de financiamiento para completar mi formación académica.

RESUMEN

En Chile existe una política de Estado que promueve que las mujeres *mapuche* de la comuna de Cañete, provincia de Arauco, reciban atención de control prenatal, parto y puerperio en el sistema biomédico y por parte de matronas (parteras profesionales). Las mujeres *mapuche* más jóvenes que atienden su proceso de embarazo, parto y puerperio en el sistema biomédico no presentan mayor resistencia a ese tipo de atención, más bien, existe una aceptación y asimilación de las prácticas biomédicas de atención. Bajo este contexto, y en presencia de la existencia del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) como una política que retoma formalmente algunos aspectos culturales de las creencias y prácticas *mapuche* alrededor de la reproducción y el parto, pero de una manera descontextualizada y parcializada que termina por fortalecer el modelo médico hegemónico en la atención del parto, se está construyendo en la práctica, el enfoque intercultural, pero también la estrategia de humanización del parto; estos son aceptados, negociados, cuestionados, adaptados y/o parcialmente rechazados por parte de las matronas/es, en donde diversas historias personales y profesionales, la edad y la generación intervienen de manera diferenciada para definir percepciones, actitudes y comportamientos de las matrona/es ante estos programas y enfoques promovidos por el Estado chileno.

Este estudio apunta a describir y analizar críticamente cómo el Hospital Intercultural *Kalvu Llanka* de Cañete está construyendo e implementando en la práctica el enfoque intercultural en la atención de salud materna y la estrategia de Humanización del Parto, y cómo este enfoque y esta estrategia están siendo percibidos y recibidos por parte de las matrona/es que atienden los partos en el hospital; en las interacciones entre agentes promotores del PESPI, la dirección del hospital, las mujeres parturientas y las mismas matronas/es.

PALABRAS CLAVES:

Interculturalidad en salud, antropología médica, pueblo mapuche, parto humanizado, salud materna

ÍNDICE DE CONTENIDO

INDICE DE CUADROS…….……6

INDICE DE GRÁFICAS…….……7

INDICE DE MAPAS……8

LISTA DE ABREVIATURAS……..9

INTRODUCCIÓN……..……**11**

CAPÍTULO I: EL CONTEXTO…….…...23

1.1 Antecedentes sociodemográficos……24
1.2 Sistema de salud chileno…….....33
1.3 Red asistencial de la Provincia de Arauco……....43
1.4 Situación sociopolítica del pueblo *mapuche*……...……..…….…….....45
1.5 Embarazo y parto *mapuche*……...……55
1.6 El desarrollo de la partería en Chile y las políticas de atención en salud materna….....63
1.7 La matronería para los organismos internacionales multilaterales……74

CAPÍTULO II: "SI NO ME ENTREGAN LA TIERRA, ¿DE QUÉ ME SIRVE LA PLACENTA?". INCONGRUENCIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI) Y SU APLICACIÓN EN EL HOSPITAL INTERCULTURAL *KALVU LLANKA* DE CAÑETE……..83

2.1 Interculturalidad en Salud……..…….....84
2.2 Los orígenes y el enfoque conceptual e ideológico del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).....90
2.3 El PESPI en el Hospital *Kalvu Llanka*…….……98
2.4 Sub-unidad de Parto y Crianza……..…….……...…120

CAPÍTULO III: HUMANIZACIÓN DEL PARTO: "EL RESPETO A LA USUARIA, ENTREGARLE LO QUE SE PUEDA, DENTRO DE LOS LÍMITES QUE SE PUEDAN". SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN CHILE Y EN EL HOSPITAL *KALVU LLANKA* …….....133

3.1 Acercamiento al servicio de maternidad del Hospital *Kalvu Llanka*…….…….…...133
3.2 Las matronas del Hospital *Kalvu Llanka*, sus ideas y prácticas sobre la estrategia de humanización del parto…….....136
3.3 ¿Cómo humanizamos algo que ya es humano? Las matronas del Hospital *Kalvu Llanka*, sus ideas y prácticas sobre la estrategia de humanización del parto…….…...….146

3.3.1 La estrategia de humanización del parto a nivel global y en Chile……..…146
3.3.2 La estrategia de humanización del parto en el Hospital *Kalvu Llanka*: Las opiniones de las matronas……..……..…….....…..155
3.4 Re-tomando el parto humanizado ¿Qué están haciendo las matronas del Hospital *Kalvu Llanka* por el parto humanizado?.....159

CAPÍTULO IV: "SIEMPRE TENEMOS QUE ESCUCHAR, NO PODEMOS REBATIR A LOS *MAPUCHE*". PERCEPCIONES Y RESISTENCIAS DE LAS MATRONAS/ES SOBRE EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD……..…….…..177

4.1 Adecuaciones con pertinencia cultural en el servicio de maternidad del Hospital *Kalvu Llanka*……...……177
4.2 Ceder espacio es ceder poder ¿Matronas y parteras trabajando juntas?.....191
4.3 El miedo legal…….....198
4.4 ¿"Discriminación positiva" como forma de volver al parto *mapuche*?.....202

CONSIDERACIONES FINALES.....**211**

BIBLIOGRAFÍA……...…….…….…….…...……..**217**

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Población total nacional, Región del Bio Bio, Provincia de Arauco y Comuna de Cañete, desagregada por sexo, 2002……....….25

Cuadro 2. Porcentajes de población por grupos de edad en la comuna de Cañete, Región del Bio Bio y nacional, 2002 y 2005……...27

Cuadro 3. Porcentaje de población adscrita a alguna religión a nivel comunal, regional y nacional, 2015……..….. 27

Cuadro 4. Porcentajes de población en condición de pobreza por Ingresos, CASEN 2011 y 2013……...…….28

Cuadro 5. Distribución por comunas de población mapuche y no mapuche, provincia de Arauco, 2002……...30

Cuadro 6. Distribución relativa de la población por sistema de salud. Población mapuche y no mapuche, provincia de Arauco……44

Cuadro 7. Centros de salud existentes en la comuna de Cañete……..….45

Cuadro 8. Cambios promovidos en el modelo del "parto personalizado", Chile, 2009…….72

Cuadro 9. Derivaciones a machi de pacientes del Hospital *Kalvu Llanka*, 2010-2016……..…110

Cuadro 10. Listado de las matronas y matrones que trabajan en el Hospital *Kalvu Llanka* (a enero 2016)……...…....….137

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Población masculina vs femenina, desagregada por grupos de edad y población *mapuche* y no *mapuche*, provincia de Arauco, 2002…….31

Gráfica 2. Porcentaje de población en situación de pobreza por comuna, provincia de Arauco, población *mapuche* y no *mapuche*, 2006…….32

Gráfica 3. Edades de las Matronas del Hospital *Kalvu Llanka*……138

Gráfica 4. Aplicación del monitor cardiofetal…….....160

Gráfica 5. La mujer puede mantener su propia ropa durante el trabajo de parto y parto……162

Gráfica 6. Privacidad en el trabajo de parto y parto……..……..……..…164

Gráfica 7. Rompimiento de fuente para acelerar el parto…….…..…..……166

Gráfica 8. Posición de la mujer para el momento de la expulsión…….……..…..……167

Gráfica 9. Realización de episiotomía……..……...……...…168

Gráfica 10. Aplicación de suero……..……..……..……..…….170

Gráfica 11. Aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto……...……..……...…171

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Mapa del país, la Región del Bio Bio y la Provincia de Arauco……...24

Mapa 2. Distribución de la población *mapuche* por comuna, provincia de Arauco, 2002……...30

LISTA DE ABREVIATURAS

ADI	: Áreas de Desarrollo Indígena
AUGE	: Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud
APS	: Atención Primaria en Salud
BID	: Banco Interamericano de Desarrollo
CDT	: Centros de Diagnóstico Terapéutico
CASEN	: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CECOSF	: Centros Comunitarios de Salud Familiar
CEPAL	: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPI	: Comisión Especial para los Pueblos Indígenas
CEPP	: Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas
CESFAM	: Centro de Salud Familiar
CGR y CGU	: Consultorios Generales Rurales y Urbanos
CIESAS	: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
COMPIN	: Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez
CONADI	: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena
COSAM	: Consultorios de Salud Mental
CRS	: Centros de Referencia en Salud
CSO	: Caja de Seguro Obligatorio
CSR y CSU	: Centros de Salud Rurales y Urbanos
DEIS	: Departamento de Estadísticas e Información en Salud
EDF	: Etapa de Destinación y Formación
EMPART	: Caja de Previsión de Empleados Privados
ESU	: Encuesta de Satisfacción Usuaria
FENPRUSS	: Federación Nacional de Profesionales de la Salud
FONASA	: Fondo Nacional de Salud
GES	: Garantías Explícitas en Salud

INE	: Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRES	: Instituciones de Salud Previsional
MINSAL	: Ministerio de Salud
MIDEPLAN	: Ministerio de Planificación
MIDESOL	: Ministerio de Desarrollo Social
MAI	: Modalidad de Atención Institucional
MLE	: Modalidad de Libre Elección
OIT	: Organización Internacional del Trabajo
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
ONU	: Organización de las Naciones Unidas
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PESPI	: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas
PIB	: Producto Interno Bruto
PRAIS	: Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud
PSR	: Postas y Estaciones Médicos Rurales
SAPU	: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SERMENA	: Servicio Médico Nacional de Empleados
SILOS	: Sistemas Locales de Salud
SNS	: Servicio Nacional de Salud
SUSESO	: Superintendencia de Seguridad Social
TENS	: Técnico de Enfermería en Nivel Superior
UCI	: Unidad de Cuidados Intensivos
UFRO	: Universidad de la Frontera
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
USACH	: Universidad de Santiago de Chile
UTI	: Unidad de Tratamientos Intensivos
VDI	: Visita Domiciliaria Integral

INTRODUCCIÓN

La presente tesis resume los aspectos centrales del estudio: "*Las múltiples paradojas de la política de salud intercultural en la atención materna que promueve el Estado chileno. El caso del Hospital Kalvu Llanka de Cañete"*. Este estudio fue resultado de la investigación que desarrollé para la Maestría en Antropología Social del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), como parte de la línea de antropología política y jurídica, en un tema de antropología médica.

El estudio parte de la premisa que el proceso del embarazo, parto y puerperio no es sólo biológico, sino que también y sobre todo se configura como un proceso socio-cultural, por lo tanto puede adquirir distintos significados dependiendo de diferentes contextos socioculturales así como de distintas configuraciones materiales y simbólicas de los sistemas de salud de cada país. En las últimas décadas, Chile se ha posicionado como un ejemplo a nivel latinoamericano por sus altos estándares en la atención de la salud materna y reproductiva y por presentar, con Cuba, la razón de muerte materna más baja de la región (UNICEF, 2016). La atención en salud materna en Chile está a cargo de las matronas[1] o parteras profesionales que actúan dentro de un sistema biomédico hegemónico (Menéndez, 1988), un sistema que se caracteriza, entre otras particularidades, por su adhesión ideológica a la cientificidad y por la tendencia a patologizar este proceso fisiológico, sin considerar los aspectos socio-culturales que pudieran verse involucrados.

Puesto que la atención institucional de la salud en Chile desde el siglo XIX y a lo largo del siglo XX se ha configurado a partir de lo que Menéndez conceptualiza como el Modelo Biomédico Hegemónico (*Idem*), el sistema de salud chileno se ha instalado y se concibe a sí mismo como el único sistema legítimo para ofertar servicios, por lo que se han marginalizado otros saberes y prácticas médicas, como el sistema médico *mapuche*. Dentro de este último se encuentra la partería tradicional *mapuche* que es ejercida por las *puñeñelcheve*[2] o parteras *mapuche*. En la provincia de Arauco, al igual que en otras localidades chilenas con población *mapuche*, se han establecido políticas de atención en la salud materna y reproductiva que promueven

[1] La carrera universitaria de Obstetricia y Puericultura que dura cinco años entrega el título de matrona o matrón. Las matronas son las profesionales encargadas de otorgar atención a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y el puerperio. Este tema lo ampliaré más adelante.

[2] *Puñeñelcheve* es el nombre que en *mapudungún* (idioma *mapuche*) se le asigna a la partera *mapuche*.

exclusivamente el parto hospitalario. Aun si las mujeres son atendidas por las matronas profesionales y, de manera creciente en los últimos años, dentro del actual enfoque de la "atención del parto humanizado", estas políticas terminan por alejar, de manera al parecer irreversible, a las mujeres de los saberes, visiones y prácticas de la partería *mapuche*, provocando que esta última haya experimentado un proceso creciente de marginación que la ha orillado a la clandestinidad, produciendo incluso, que desaparezca definitivamente.

Esta situación entra, por lo menos a nivel formal, en tensión y contradicción con la Política de Salud Intercultural del Estado chileno, expresada en el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), en la que se supone se tiene que respetar (si no promover) las creencias, saberes y prácticas *mapuche* en los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1988), incluyendo durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, el PESPI no rescata específicamente este ámbito de la atención, provocando directa o indirectamente el fortalecimiento del sistema biomédico institucional en el ámbito de la reproducción. Todo lo anterior contribuye a que las mujeres *mapuche* de la provincia de Arauco que se encuentran embarazadas y a punto de dar a luz se atiendan en el sistema institucional de salud dentro de un modelo de atención hospitalario, alejándose cada vez más de la partería *mapuche*.

Sobre la autora

El presentarme en este apartado como la autora de esta investigación me ha llevado a reflexionar profundamente sobre cómo llegué a interesarme por la interculturalidad en salud, en la salud materna y en los pueblos originarios, e indudablemente me es imposible separar estos temas de mis intereses, motivaciones y experiencias personales. Me asumo como una mujer *mapuche* por mi ascendencia familiar por lado materno. El padre de mi madre, mi abuelo, migró desde su comunidad de origen en la localidad de Ercilla, en la Región[3] de la Araucanía en búsqueda de mejores oportunidades laborales para él y su familia. La vida de mi madre durante su infancia y adolescencia transcurría entre el campo y la ciudad y ella adoptó los parámetros culturales occidentales en su forma de vida. A mi mamá y mis tíos/as no se les

[3] Región: "Es el territorio jurídicamente determinado para fines de Gobierno y Administración Interior y Descentralizada del Estado que constituye el primer nivel de estructuración del país, para dicho efecto. Se divide en provincias y debe contar con una ciudad capital, que constituye la sede de su autoridad (Intendente y Gobierno Regional) y de la demás institucionalidad propia de esta unidad territorial" (www.ine.cl).

enseñó explícitamente la cultura y el idioma *mapuche*[4]. En sus viajes al campo aprendieron algunas palabras y prácticas que hoy, de manera más inconsciente que consciente, varios/as de ellos/as replican.

Dado lo anterior, yo tampoco tenía de donde aprender sobre la historia y los códigos culturales del pueblo *mapuche*, pero al terminar la universidad realicé mi práctica profesional en *Kawñikú*, una comunidad *pewenche*[5] en Alto Bio Bio[6], donde tuve la oportunidad de vivir durante casi un año y donde pude compartir con personas de la comunidad y algunas familias, actividades de la vida cotidiana como cocinar, alimentar a los animales, salir a recoger leña, colaborar en la huerta y conversar alrededor del *kütral*[7], entre otras múltiples actividades. Mi autocuestionamiento sobre el ser o no ser *mapuche* se daba, entre otras razones, por no vivir yo en el campo o en una comunidad, por no hablar el *mapudungun*, por no manejar al cien por ciento los códigos culturales; elementos, todos ellos, que indudablemente no tenía por mi escasa conexión con la cultura, la identidad y la historia *mapuche* hasta ese entonces. Puesto que la identidad también se construye de manera relacional, en esta dimensión cobran sentido los comentarios y opiniones de otras personas sobre mi y la forma en la que me ven o me veían, comentarios con el que me catalogan/ron como *awinkada*[8]*,* haciendo referencia a mis estudios universitarios, a mi forma de vestir y a mi modo de hablar, como si estuviera rompiendo con un estándar preestablecido de "ser *mapuche*".

---

[4] En conversaciones con mi madre, ella me comenta que su papá no les hablaba en *mapudungun* (idioma *mapuche*) porque temía que los discriminaran.

[5] *Pewenche:* de manera literal en *mapudungún* significa gente del *pewen*. Corresponde a una identidad territorial *mapuche* que se refiere a los/as *mapuche* que viven en la cordillera. El *pewen* o araucaria es un árbol conífero que crece sobre los 800 metros de altitud, puede medir sobre 40 metros de altura y vive en promedio de 500 a 1000 años. Los/as *pewenche* son gente trashumante que habita los valles durante las épocas de otoño e invierno conocido como *invernada* y durante el tiempo de primavera y verano se trasladan hacia las partes más altas o *veranadas*, ocasión en la que se trasladan con sus animales para que puedan comer y juntar forraje para la época de invierno. Del mismo modo, durante las veranadas las personas recolectan el piñón, fruto de la araucaria o *pewen*.

[6] El Alto Bio Bio es una comuna de la Provincia del Bio Bio en la Región del Bio Bio. La capital de dicha comuna es Ralco; la Municipalidad de Alto Bio Bio fue creada en 2004. Es un territorio netamente *pewenche* en el que existen 12 comunidades *mapuche*.

[7] *Kütral:* Significa fogón en *mapudungun*. Es el centro de la *ruka* (casa) *mapuche*. Alrededor del *kutral* se configura la vida familiar, se practica el *nütram* (conversación).

[8] *Awinkada/o:* Término que proviene del ser *winka,* una manera (despectiva para algunos/as) para referirse a los chilenos/as, blancos/as o no *mapuche*.

Y ¿si soy nacida y criada en la ciudad? Soy una *warriache,*[9] una hija del despojo, como resultado de un proceso histórico que arrasó con la "integralidad" del pueblo *mapuche*, retomando el concepto de integralidad que desarrolla Serret (2009) pero extendiéndola del nivel exclusivamente individual al colectivo.[10]

Sofía Robles y Rafael Cardoso compilaron la obra del pensador de la sierra mixe de Oaxaca en México, Floriberto Díaz, quien reflexiona sobre el concepto de comunidad, definiéndolo de la siguiente manera: "cualquier comunidad indígena tiene los siguientes elementos: a) Un espacio territorial, demarcado y definido por la posesión; b) Una historia común, que circula de boca en boca y de una generación a otra; c) Una variante de la lengua del pueblo, a partir de la cual identificamos nuestro idioma común; d) Una organización que define lo político, cultural, social, civil, económico y religioso; e) Un sistema comunitario de procuración y administración de justicia" (Robles y Cardoso, 2007:38). Si es así, entonces: ¿Dónde está mi ligazón con el territorio, con la tierra, si mi territorio y mi entorno son la ciudad? ¿Qué sucede con los y las *mapuche* de segunda, tercera generación nacidos/as y criados/as en la ciudad? Como yo, ¿alejados de los "elementos constitutivos de la identidad"? O es que ¿Acaso el ser *mapuche* solo pasa por pertenecer al territorio? ¿Pasa por saber hablar *mapudungún*? Los *mapuche warriache* somos discriminados en algunas ocasiones por nuestros mismos *lamngen*[11] por no hablar el idioma, por no conocer a profundidad los códigos y protocolos culturales; y también, por haber tenido acceso a mejores oportunidades y poder estudiar. Algunos/as hemos sido medidos/as por la vara del "mapuchómetro" para medir nuestra "mapuchicidad" y junto con ello determinar si podemos autonombrarnos como *mapuche* o no. Pues, estoy convencida de que hacer el *pürrün* (baile) alrededor del canelo y a pies descalzos, no me hace ni más ni menos *mapuche*. Me queda claro que los *warriache* tenemos historia, tenemos colectividad en la urbe y eso también nos hace acreedores de una identidad propia, por lo que la definición de Díaz se vuelve demasiado restrictiva para incluirnos.

Chantal Mouffe, por otro lado, nos recuerda que:

---

[9] En *mapudungún*: Persona de la ciudad. *warria*: ciudad y *che*: persona.

[10] Según Serret: "Todos y todas somos portadores de una identidad, es decir, de una percepción del yo que da cuerpo a la noción de integralidad y de completad de una persona" (2009:52).

[11] *Lamngen* o *lamuen* significa hermano o hermana en mapudungún. Las mujeres se dirigen hacia otras mujeres y hombres como *lamngen* o *lamuen*. En cambio, los hombres se dirigen hacia otros hombres como *peñi*. La diferencia entre *lamngen* o *lamuen* depende del territorio, por ejemplo, los/as pewenche mapuche de la cordillera utilizan el término *lamngen*, mientras que los *lavkenche* o mapuche de la costa utilizan el término *lamuen*.

> "No sólo hay identidades "naturales" u originales"-dado que toda identidad es el resultado de un proceso de constitución- sino que ese proceso en sí debe considerarse como un movimiento permanente de mestizaje. De hecho, la identidad se constituye a partir de una multiplicidad de interacciones y esto no ocurre dentro de un espacio cuyos contornos podrían ser delimitados" (1986:9).

Entonces y a partir de esta definición de identidad social, histórica y permanentemente constitutiva que no se restringe necesariamente a un entorno espacial delimitado: ¿Cuáles son los elementos que me y nos definen como *mapuche* pero, en específico, como *mapuche warriache*?

Ya sabemos que las culturas no son estáticas y los *warriache* somos nuevos sujetos, somos nuevos actores, somos parte del proceso de cambio que puede enriquecer y aportar a este pueblo desde otros puntos de vista. Los/as *mapuche warriache*, configuramos nuevas realidades, hemos debido crear y apoderarnos de nuevos espacios; hemos conseguido permisos en la municipalidad para poder ocupar un lugar del parque y hacer nuestra ceremonia de *nguillatún*[12], en un parque con una laguna natural, pero rodeado de casas y edificios, calles cementadas y un estacionamiento para vehículos. Estamos alejados completamente de la imagen ceremonial tradicional; pero: Y si no lo hiciéramos así, ¿nos quedamos sin hacer ceremonia? Marco Valdés (2000) plantea que el proceso social en que estamos inmersos es lo que R. Curivil ha denominado "proceso de re-etnificación". Curivil vincula nuevos procesos de construcción identitarios a formas de resignificación cultural, incluyendo a todos aquellos elementos materiales y simbólicos que, por la dinámica misma de la ciudad, no pueden ser reproducidos íntegramente como en el campo, tal es el caso del *nguillatún*.

El reconocerse y reivindicarse como un/a *warriache* no es una excusa para no saber y/o no actuar. No está demás mencionar que no basta sólo con llevar el apellido o ser un simpatizante del pueblo *mapuche*[13]. El ser *mapuche* e identificarse como tal implica también una serie de responsabilidades, de deberes. Implica ser *che* (persona) en su significado más profundo.

El *lamuen* Armando Marileo, es un *ngempin*[14] originario de la zona del Lago Budi (en la Región de la Araucanía), el cual define al *che* como el ser encargado de proteger todo su

[12] *Nguillatún*: Es una ceremonia tradicional *mapuche*.
[13] Ya sea apoyando los procesos reivindicatorios como la devolución de tierras, el reconocimiento constitucional, entre otros.
[14] *Ngenpin*: Es una autoridad ancestral *mapuche*, es la persona con conocimiento sobre la filosofía y espiritualidad *mapuche*, es la persona encargada de proteger y enseñar dicho conocimiento.

entorno o *wall* hasta donde alcance su vista. A medida que el che se mueve, ese *wall* se mueve junto con él. El *che* está compuesto de una dimensión individual y colectiva y de materia y espíritu. Este cuidado involucra ser responsable con uno/a mismo/a, con la familia, con la comunidad y con todo el entorno. Del mismo modo, y de acuerdo a la filosofía del mundo *mapuche*, existen cuatro pilares fundamentales en los que se funda la educación *mapuche*, y que son los cimientos del ideal de ser *che*: ser *kümeche* (persona buena), *newenche* (persona valiente, fuerte de espíritu), *norche* (persona justa, correcta) y *kimche* (persona sabia). El *che* junto con el *Mapu* forman al *mapuche*, el cual es parte de cada elemento del universo y el encargado de mantener y proyectar el equilibrio.

La identidad étnica no desaparece con el cambio de lugar, sino que se modifica y se adapta a los nuevos contextos. Entre otras limitaciones y enormes deudas hacia el pueblo *mapuche*, el Estado chileno no ha considerado estas dinámicas sociodemográficas en la elaboración de sus políticas públicas, propiciando la invisibilización, discriminación y exclusión de los/as *mapuche warriache*. Lo anterior significa un reto no sólo para el Estado "democrático y moderno" sino también para los/as *mapuche* como pueblo y para todos los pueblos originarios. Es importante considerar estas nuevas configuraciones como parte de un proceso cultural cambiante, que es capaz de adaptarse a los nuevos contextos y que enriquece las experiencias de un pueblo milenario.

Este auto-cuestionamiento es parte de una búsqueda y un proceso de construcción de la identidad que son individuales y que son parte de la creación de mi propio yo y de mi posicionamiento social y político; es la etapa del extrañamiento, del cuestionamiento permanente para poder definir con qué me quedo y con qué no y cómo pensar y actuar.

Durante este proceso, desde 2011 a 2014, entré a trabajar en dos servicios de Salud de la Región del Bio Bio, como encargada del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI).[15] En este trabajo pude conocer el funcionamiento del sistema de salud chileno a nivel micro y macro y, por otro lado, cómo operaba el programa PESPI en la práctica. Al comienzo y ya estando dentro del sistema, resultaba complejo detenerse a analizar el funcionamiento del programa, sobre todo por el ritmo del sistema en donde todo lo que se hace "es para ayer" o "se apagan fuegos constantemente en vez de planear el futuro". Con el tiempo, me fui dando

[15] En el primer capítulo se define la ubicación de esta región y en el segundo capítulo se describe el PESPI.

cuenta de que, en general, no existe la voluntad política para trabajar el tema de la interculturalidad en salud, más bien está presente como un mecanismo que permite mostrar formal y discursivamente que "algo" se está haciendo por parte del Estado chileno con los pueblos originarios. Mi distanciamiento del PESPI en 2014 con mi ida a México, me permitió reflexionar de manera mucho más profunda y crítica acerca de este programa, pudiendo identificar los elementos que subyacen a su discurso de la interculturalidad.

En atención a este vacío general en torno a la relación intercultural, a principios de 2014 con un grupo de amigos *mapuche* creamos la Corporación *Trawun*, conformada por jóvenes *warriache,* nacidos y criados en la ciudad, pero con orígenes en comunidades indígenas en la Región de la Araucanía y Los Lagos. En la Araucanía hay bastante trabajo de diversas organizaciones *mapuche* en diferentes ámbitos, pero creemos que en el Bio Bio aún hay mucho o todo por hacer. Como grupo nos hemos propuesto en nuestra región gestionar diversas acciones que apunten a una mayor incidencia política en materias interés como pueblo. Si bien consideramos que la labor cultural que realizan las asociaciones *mapuche* urbanas de la provincia de Concepción son muy importantes, creemos que estas necesariamente deben ir acompañadas de un trabajo político que influya en el cambio de las relaciones sociales, económicas y territoriales que se establecen entre el pueblo *mapuche* y el Estado chileno.

La atención de la salud materna representa para mi un área de interés, primero, porque es un tema que está ligado principalmente a las mujeres en edad reproductiva y en un momento de extrema vulnerabilidad; segundo, porque los lineamientos y orientaciones técnicas del PESPI (elaboradas desde el Ministerio de la Salud-MINSAL), en múltiples ocasiones han tratado de impulsar el tema de la atención de salud materna con pertinencia cultural como una línea de trabajo permanente con alto potencial de incidencia de y en los servicios de salud; y, tercero, porque el momento del parto es un evento que marca la vida de las personas y de las sociedades, y en la medida en que podamos contribuir a mejores formas de nacer, contribuiremos también a la construcción de mejores sociedades.

Aspectos metodológicos

Esta investigación se ha desarrollado a partir de un enfoque etnográfico, a través de trabajo de campo realizado para generar, recopilar y analizar información con el fin de comprender detalladamente las relaciones sociales, las experiencias y la cotidianeidad de las matronas

involucradas en la atención materna proveída en un hospital intercultural ubicado en una región *mapuche*; conocer cómo son las experiencias de la atención del embarazo y parto de las mujeres *mapuche* en un contexto hospitalario basado en el modelo biomédico; y entender si y cómo se construyen relaciones y articulaciones entre la matronería y la partería *mapuche*, especificando cómo son los roles que desempeña cada una en la atención de las mujeres. El trabajo de campo se realizó durante los meses de septiembre de 2015 a enero de 2016 en el Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete en la Provincia de Arauco en la Región del Bio Bio en Chile. Este hospital está ubicado en la comuna[16] de Cañete, la cual presenta una alta concentración de población *mapuche* y ha jugado un papel histórico importante dentro del pueblo *mapuche*, puesto que constituyó uno de los principales puntos de resistencia frente a la conquista y la colonia española y ante la instalación y expansión colonizadora y colonialista del Estado chileno desde el siglo XIX.

Para la generación y recopilación de la información durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas a matronas del hospital, así como también al director, facilitador y facilitadora intercultural, al encargado del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, al médico de familia de la sub-unidad de parto y crianza; todos ellos, funcionarios/as del hospital. De estas entrevistas en profundidad se obtuvo información sobre los datos biográficos de los/as entrevistados/as, sobre su trayectoria laboral y/o académica, sobre su trabajo actual en el hospital y sobre su relación con el pueblo *mapuche* y en particular con la partería tradicional y con el impulso institucional de la humanización de parto. Además, se aplicó una encuesta a ocho matronas del Hospital *Kalvu Llanka*. Dicho instrumento estaba compuesto por dos partes; la primera apuntó a conocer información sociodemográfica y educativa básica como el lugar de origen, casa de estudios de pregrado, año de egreso, estudios de posgrado y pertenencia a pueblos originarios, entre otros indicadores. La segunda parte estuvo enfocada a conocer las prácticas sobre atención del parto que les enseñaron durante su proceso de formación de pregrado y por último, qué tipos de prácticas de atención del parto estaban ejecutando actualmente las matronas en el Hospital. Cabe mencionar que para la aplicación de dichos instrumentos se tomaron todas las consideraciones éticas pertinentes como el consentimiento informado y respeto a la confidencialidad y el anonimato.

[16] Comuna: "Es el territorio legalmente definido para fines de Administración Local en que se divide la provincia. Constituye el nivel básico de la estructuración del Estado. Su autoridad jurisdiccional es la Municipalidad, cuya sede es determinada por la Ley". Similar a los municipios en México. (www.ine.cl)

Aparte de estas entrevistas, también se realizaron otras a diversos actores fuera del hospital. Por ejemplo, se entrevistó a dos matronas del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Tirúa, a dos *puñeñelcheve* o parteras *mapuche*, también de Tirúa, y a cinco mujeres *mapuche* jóvenes de comunidades *mapuche* de las localidades de Cañete, Contulmo y Tirúa. La pauta de entrevista de las matronas del CESFAM fue la misma que se aplicó para las matronas del hospital; en cambio, las entrevistas realizadas a las parteras *mapuche* apuntaron a descubrir sus historias de vida, el lugar de dónde provienen, como se convirtieron en parteras, cómo atendían los partos y cómo atendieron y atienden actualmente los embarazos de mujeres que las visitan y su relación con los establecimientos de salud oficiales de Tirúa y de Cañete.

Las entrevistas a mujeres *mapuche* embarazadas o que habían tenido su parto dentro de los últimos doce meses se realizaron puesto que, en un comienzo, esta investigación apuntaba a conocer si las mujeres *mapuche* se adecuaban a la atención del parto hospitalario o manifestaban alguna forma de resistencia o micro-resistencia (Scott, 1985) a la atención de sus embarazos y partos en establecimientos institucionales de salud. Sin embargo, luego de realizar seis entrevistas a mujeres *mapuche* jóvenes se consideró que abordar este tema sería un poco más complejo por cuestiones logísticas, por ejemplo: se requería contactar a más mujeres que estuvieran embarazadas o que hubieran dado a luz, lo que además resultaba difícil de concretar porque no todas las mujeres estaban dispuestas a participar de la investigación; dirigirse a la casa de las mujeres en las comunidades involucraba espaciar en un territorio muy grande y realizar un esfuerzo económico y de tiempo mayor de mi parte. Algunas casas estaban al interior de las comunidades y puesto que no tenía un vehículo personal con el cual poder trasladarme libremente, para llegar a esos sectores tenía que pagar a una persona con que tuviera camioneta 4x4 que me pudiera trasladar; en algunas ocasiones me movilicé en el furgón del CESFAM de Tirúa, cuando una de las matronas salía a realizar visitas domiciliarias. Del mismo modo, además de la inversión de dinero, también había que invertir mucho tiempo más para establecer los contactos con las mujeres *mapuche* y dirigirse hacia sus casas, y pues, considerando el escaso tiempo para el trabajo de campo, resultó más oportuno girar el foco de la investigación hacia las matronas del hospital.

Por otro lado, la realización de las entrevistas a las mujeres *mapuche* embarazadas o que habían dado a luz en últimos doce meses, entregaron información preliminar que sería importante y pertinente abordarla en otra investigación, ya que, al parecer, las mujeres *mapuche-*

jóvenes sobre todo- atienden sus embarazos y partos en Centros de Salud Familiar y hospitales sin mayores cuestionamientos y sin presentar mayores resistencias. Asimismo, fue posible identificar que estas mujeres *mapuche* jóvenes, tienden a desconocer elementos identitarios o prácticas y saberes *mapuche*, empezando por la misma partería tradicional *mapuche* y el significado de la reproducción y el nacimiento dentro de la cultura tradicional *mapuche*. De igual forma, en las conversaciones con estas mujeres me pude dar cuenta que respecto de su embarazo o parto, ellas no seguían ningún programa o planificación personal, más allá que la atención otorgada por el centro de salud, entre otras cosas. Por supuesto que todo lo anteriormente expuesto requiere mucho más análisis y profundización.

Finalmente, se realizó observación participante en el entorno hospitalario, pero para poder realizar el estudio en el hospital y todo lo que ello involucra, primero se debió elaborar una solicitud al Comité de Ética del Servicio de Salud Arauco, para asegurar mi compromiso con las normas éticas del establecimiento para con los/as funcionarios/as, usuarios/as y pacientes, así como autorizar mi ingreso a las áreas restringidas, entre ellas, las salas de atención obstétrica. Sin embargo, aunque este permiso se solicitó a principios del trabajo de campo, en septiembre de 2015, no obtuve respuesta hasta diciembre del mismo año. Considerando que mi trabajo de campo terminaba de manera oficial en diciembre de 2015, cuando mucho enero de 2016, no podía perder tiempo ni esperar a recibir dicha autorización de manera formal. Por lo anterior, y en vista de que no recibía respuesta, decidí comenzar con el trabajo de campo en el hospital de todas maneras.

La observación participante estuvo enfocada a obtener información sobre interacciones de las personas en las salas de espera del hospital (atención con matronas, facilitadores interculturales, o cualquier otra atención médica), contenido de los afiches y cartillas informativas pegadas en las murallas o en diarios murales; también en varias ocasiones pude acompañar a mujeres gestantes en algunas citas con matronas/es por controles prenatales. En estas visitas me centré en observar la interacción entre las mujeres y las matronas/es y/o con otro personal de salud, en el diálogo que establecían, en la comunicación no verbal, en observar detenidamente los artículos e implementos que había en el box de atención. Del mismo modo, pude observar todo el servicio de maternidad: salas de mujeres hospitalizadas, salas de preparto y parto vacías y con presencia de mujeres. Tuve oportunidad de apreciar las atenciones que las matronas/es realizaban a las mujeres en la sala de preparto, las interacciones

de estas mujeres que estaban acompañadas con algún familiar, o el comportamiento de las mujeres que se encontraban solas. Y por último, observé un parto. Pude acompañar a la mujer protagonista de este evento desde su trabajo de parto, hasta el mismo nacimiento, así como durante el posparto inmediato. Todas estas observaciones se realizaron siempre con el permiso y consentimiento de las mujeres y las matronas.

El trabajo etnográfico fue antecedido por una revisión documental acerca de la historia de la matronería en Chile, sobre el sistema de salud chileno en su estructura y funcionamiento, así como de la partería *mapuche* y sus mecanismos para atender y entender el proceso de salud-enfermedad. También se revisaron datos sociodemográficos de la comuna de Cañete y el perfil epidemiológico de la provincia de Arauco que aportaron información para establecer el panorama general de la población en términos socio-sanitarios. Por último, se revisó información bibliográfica acerca de la humanización del parto, su desarrollo en Chile y en el mundo, así como las políticas internacionales que se han creado en torno a este tema, para comprender y analizar de mejor manera como ha sido la implementación de este nuevo enfoque en el Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete.

Respecto de la atención del trabajo de parto y parto nos referiremos solamente a los embarazos que se encuentran en estado normal, en ausencia de patología materno-fetales, ya que las mujeres que enfrentan complicaciones son referidas al hospital de Curanilahue (en la comuna de Curanilahue, en la misma provincia de Arauco), o al Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción. Además, para la investigación fue importante centrarse en la atención del parto normal, ya que sólo en estos casos se pueden aplicar los lineamientos de interculturalidad en el parto o el enfoque de humanización del mismo. También se ha procedido a no identificar con sus nombres verdaderos a las matronas que han respondido la encuesta y las entrevistas, utilizando pseudónimos.

La tesis está organizada en cuatro capítulos. El capítulo I describe la situación sociodemográfica de la provincia de Arauco y de la comuna de Cañete para ofrecer un panorama general que contextualice el lugar de estudio. El capítulo II, describe y analiza el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), vinculado a un análisis crítico sobre la interculturalidad y, en específico, la interculturalidad en salud. En el mismo capítulo se describe al programa PESPI en su aplicación en el Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete y cómo opera la subunidad de parto y crianza de la unidad intercultural de dicho hospital y la estrategia

de humanización del parto en el servicio de maternidad del hospital. En el capítulo III se analiza la estrategia de humanización del parto impulsada por el Estado chileno en la atención de la salud materna, tanto en su diseño y orientación, así como su implementación en el Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete y del mismo modo, cual es la percepción y/o aplicación que las matronas hacen de este tema. Y por último, el capítulo IV está dedicado a describir cómo las matronas del Hospital de Cañete perciben, reciben, aplican, negocian o resisten el proceso de construcción y aplicación del enfoque intercultural en la salud materna.

Esta investigación está principalmente dirigida a las mujeres, comunidades y autoridades *mapuche* de la provincia de Arauco, para que puedan re-conocer las formas de atención del embarazo, parto y puerperio que prevalecen en la actualidad y puedan revisar su significado, razones, alcances y limitaciones, reconsiderando también a la partería *mapuche* como una forma de otorgarle valor al sistema socio-médico *mapuche*. Además, la investigación pretende ser útil para las matronas y personal de salud que brindan atención obstétrica en el Hospital Intercultural *Kalvu Llanca* de Cañete, con el propósito que puedan reflexionar sobre su ejercicio profesional en este contexto. Finalmente, es de relevancia para las autoridades que diseñan las políticas públicas para que puedan considerar no sólo una atención humanizada del parto, sino también una atención que contemple a profundidad elementos de la cosmovisión, saberes alrededor de la reproducción y prácticas de atención de la partería *mapuche*.

CAPITULO I

EL CONTEXTO

Este primer capítulo tiene como objetivo ofrecer al lector/a un panorama general de los principales temas que guían el estudio, entregando información contextual que permita comprender el análisis que se presentará más adelante. En primera instancia este apartado provee información sociodemográfica de la provincia de Arauco y de la comuna de Cañete, así como antecedentes sobre el sistema de salud chileno y datos sanitarios de la misma provincia y región que nos sitúan y nos permiten identificar el estado de la salud de las personas que habitan en dicho espacio socio-geográfico.

Posteriormente, se abordará la situación sociopolítica del pueblo *mapuche*, en la cual se aportará una perspectiva general desde la conquista hasta la actualidad. Todo este contexto, nos permitirá comprender lo narrado en los capítulos posteriores, sobre todo contextualizando las percepciones que las matronas y matrones del Hospital *Kalvu Llanka* tienen sobre el pueblo *mapuche* y sus luchas territoriales y de reivindicación cultural.

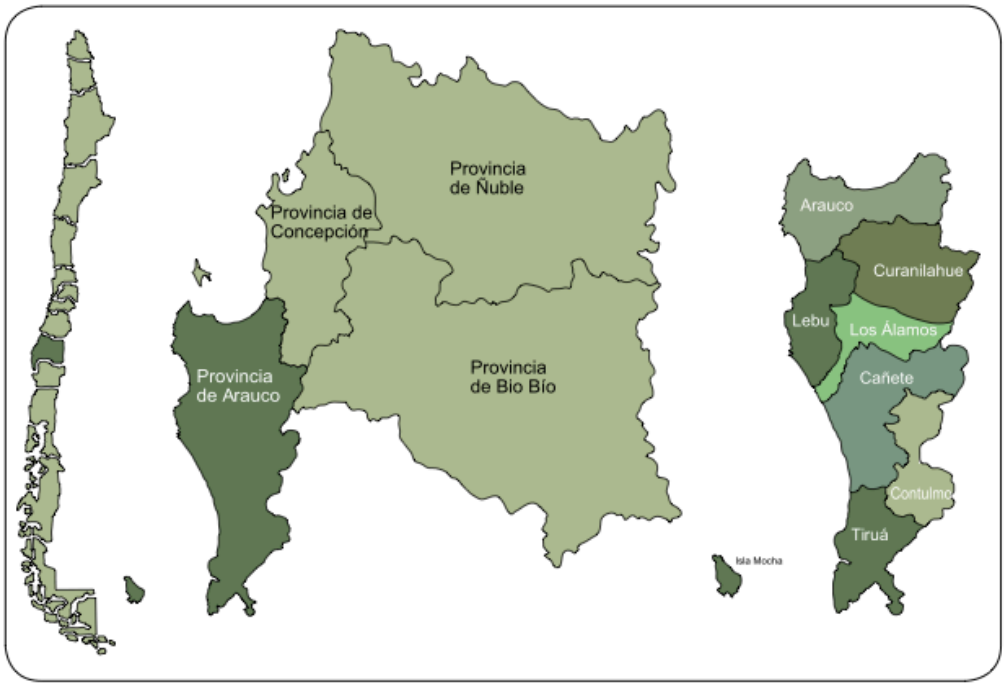
Adicionalmente, se realizará una aproximación a lo que es la partería tradicional *mapuche* en la cual se pretende explicar cómo se conjuga la cosmovisión *mapuche* con el proceso de gestación y parto; para poder identificar procesos y conceptos que se han integrado al programa PESPI y que constituyen la interculturalidad en la atención de la salud materna aplicada en el Hospital *Kalvu Llanka*.

Por último, se describirá y analizará el desarrollo y la organización de la obstetricia en Chile, desde la gestación de la matronería, así como el significado y el lugar que ésta ha tomado para los organismos nacionales multilaterales, para después aterrizar en su constitución profesional en un espacio concreto como es el Hospital *Kalvu Llanka*.

1.1 Antecedentes sociodemográficos

La comuna de Cañete pertenece a la provincia[17] de Arauco, en la región del Bio Bio, ubicada en el sur de Chile (véase Mapa abajo). Cañete es considerada una ciudad histórica porque en ese territorio en el año 1553 se llevó a cabo la Batalla de Tucapel que se enmarcó dentro de la Guerra de Arauco[18]. Se trató de un enfrentamiento entre *mapuche* y españoles, que tuvo como resultado la muerte del conquistador español Pedro de Valdivia, en manos del líder *mapuche Leftraru*.

Mapa 1. Mapa del país, la Región del Bio Bio y la Provincia de Arauco



Fuente: Oyarce y Pedrero (2010:23)

[17] Provincia: "Es el territorio legalmente definido para fines de Gobierno y Administración Interior en que se divide la región, constituyendo el segundo nivel de estructuración del país, para este efecto. Se conforma por comunas y debe contar con una capital que constituye la sede de su autoridad, el Gobernador, y de la demás institucionalidad propia de esta unidad territorial" (www.ine.cl)

[18] La Guerra de Arauco fue un largo enfrentamiento que se inició con la llegada de los españoles y que se desarrolló entre los siglos XVI y XIX. Los *mapuche*, quienes primero detuvieron el avasallamiento inca, luego resistieron desde 1536 a la llegada de los españoles. Esta guerra tuvo momentos bélicos más intensos y otros un poco más calmados gracias al establecimiento de los parlamentos que fueron tratados en los que autoridades de la corona española y autoridades *mapuche* (l*onko*) tomaban acuerdos. Finalmente, los *mapuche* derrotaron a los españoles, quienes tuvieron que respetar la autonomía de este pueblo desde el río Bio Bio hacia el sur, estableciéndose a este cauce como la frontera natural que dividió al territorio español del territorio *mapuche*.

Arauco fue una de las primeras ciudades fundadas en Chile en 1852 por el coronel chileno Cornelio Saavedra, quien lideró la campaña militar mal llamada "Pacificación de la Araucanía", una invasión militar genocida y etnocida que tuvo como objetivo apropiarse del territorio *mapuche* para incorporarlo a la conformación de la nación chilena.

En la actualidad, la provincia de Arauco está compuesta por siete comunas: Arauco, Cañete, Contulmo, Curanilahue, Lebu, Los Álamos y Tirúa. La actividad económica de la provincia de Arauco se centra en las industrias forestales y madereras, principal actividad económica generadora de ingresos para las empresas instaladas en ese sector. Cabe mencionar que éstas se ubican en territorio y comunidades *mapuche*, lo que ha suscitado múltiples conflictos entre ambas partes[19]. Otra de las actividades económicas importantes de la provincia es la agricultura a pequeña escala. Familias o cooperativas producen alimentos básicos como papas, avena, legumbres y cereales, entre otros, que comercializan en la misma provincia y en comunas cercanas en la región.

Un atractivo importante de la provincia es el turismo, especialmente por la presencia de dos lagos muy conocidos: el Lago Lanalhue y el Lago Lleu Lleu; ambos se encuentran en comunidades *mapuche*. Familias y/o comunidades *mapuche* lideran la administración del turismo en estos sectores. Entre los servicios que ofrecen se encuentran sitios para acampar, cabañas, cabalgatas, comida típica y artesanías. En el lago Lleu Lleu está prohibida la utilización de transportes acuáticos motorizados para no producir contaminación acústica y ambiental, así como para no atemorizar a las aves y animales que habitan en el lugar.

De acuerdo al Censo de 2002, el último Censo nacional disponible,[20] la población de la Región del Bio Bio, la Provincia de Arauco y la Comuna de Cañete se configura y contabiliza de la siguiente manera (Cuadro 1):

Cuadro 1. Población total nacional, Región del Bio Bio, Provincia de Arauco y Comuna de Cañete, desagregada por sexo, 2002

Sexo	Total población país	Total población Región del Bio Bio	Total población Provincia de Arauco	Total población Comuna de Cañete
Hombres	7,477,695	915,200	79,263	15,625
Mujeres	7,668,740	946,362	77,992	15,645

Fuente: Censo 2002

[19] Este tema se retomará más adelante.

[20] En el 2012 se realizó un nuevo censo que fue sucesivamente invalidado.

A nivel nacional así como en la Región del Bio Bio, existen más mujeres que hombres (946,362 mujeres y 915,200 hombres en la Región del Bio Bio), con excepción de la provincia de Arauco, donde las cifras apuntan a lo contrario (77,992 mujeres y 79,263 hombres). Al desagregar entre población rural y urbana en la comuna de Cañete, se encuentra que hay más mujeres a nivel urbano (10,189 mujeres y 9,650 hombres), mientras que en los contextos rurales la situación se revierte, habiendo más hombres que mujeres (5,975 hombres y 5,456 mujeres). Esto puede deberse a la preponderancia de una división sexual específica del trabajo, la cual apunta a actividades y oportunidades laborales diferenciadas entre hombres y mujeres, situación que puede explicar la migración de las mujeres hacia la ciudad donde se instalan desarrollando actividades como el servicio doméstico y el cuidado de enfermos, entre otro. Al mismo tiempo, la población rural es mucho menor en comparación a la población urbana apuntando a una mayor concentración de la población en la ciudad.

A través de las cifras, es posible inferir también que, en la comuna de Cañete, la población rural es menor en comparación a la población urbana (36.6% y 71.3% respectivamente). Esto puede explicarse debido al proceso migratorio del campo a la ciudad, en búsqueda de mayores y mejores oportunidades laborales y educativas.

En el ámbito de la religión, la mayoría de la población a nivel comunal, regional y nacional se declara católica. Sin embargo, en la actualidad está creciendo la presencia de iglesias evangélicas en todo el país. Esto puede resultar más relevante si pensamos que dentro del pueblo *mapuche* ha habido una fuerte adherencia a este credo -sobre todo en sectores rurales- que puede deberse, entre otras cosas, al desarrollo de proyectos que hacen las iglesias y resultan atractivos para la población, como son proyectos para el mejoramiento de viviendas, la entrega de alimentos y la prevención del alcoholismo, entre otros.

A continuación (Cuadro 2), se muestra la población total desagregada por grupos de edad a nivel nacional, regional y comunal:

Cuadro 2. Porcentajes de población por grupos de edad en la comuna de Cañete, Región del Bio Bio y nacional, 2002 y 2005

Edad	2002	2005
0 a 14	9,314	7,747
15 a 29	7,102	7,947
30 a 44	7,236	6,515
45 a 64	5,128	8,225
65 y más	2,490	3,768
Total	31, 270	34,202

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl

El cuadro anterior nos ejemplifica que hubo un aumento de la población de Cañete entre 2002 y 2005. En 2005 en Cañete el grupo de edad que tuvo mayor cantidad de población se encuentra entre los 45 a 64 años; en cambio, en 2002 la población de 30 a 44 era mayoritaria. Al mismo tiempo se demuestra que entre 2002 y 2005 hubo una disminución importante de la población infantil entre los 0 a 14 años. Estas cifras dejan en evidencia la tendencia, compartida a nivel nacional, de envejecimiento de la población.

En la comparación entre la comuna de Cañete, la región del Bio Bio y el país en general, en Cañete se presenta un mayor porcentaje de población entre los 0 a 14 años (casi el 23%, con respecto al 20% de la región y del país en su conjunto); mientras que, en el resto de los grupos etarios los porcentajes son similares.

En cuanto a afiliación religiosa (Cuadro 3), las dos religiones que tienen mayores adeptos/as en la comuna de Cañete son la católica y la evangélica, con porcentajes de adherencia bastante similares. En cambio a nivel regional y, sobre todo, nacional, la religión católica es la que tiene mayor cantidad de seguidores.

Cuadro 3. Porcentaje de población adscrita a alguna religión a nivel comunal, regional y nacional, 2015

Religión	Total	% según Territorio 2015		
		Comuna	Región	País
Católica	10,014	45.6	58.6	70.0
Evangélica	8,812	40.1	28.4	15.1
Ninguna, ateo, agnóstico	2,295	10.5	7.8	8.3
Otra religión	835	3.8	5.2	6.6
Total	21,956	100	100	100

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl

Cuadro 4. Porcentajes de población en condición de pobreza por Ingresos, CASEN[21] 2011 y 2013

Territorio	% de Personas en Situación de Pobreza por Ingresos	
	2011	**2013**
Comuna de Cañete	52.2	44.7
Región del Biobío	32.3	22.3
País	22.2	14.4

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl

En relación al nivel de los ingresos (Cuadro 4), de acuerdo a la encuesta CASEN de 2013, la provincia de Arauco se sigue manteniendo como una de las provincias más pobres de Chile, aun si, en comparación al año 2011, la pobreza ha disminuido. La reducción de la pobreza puede deberse, como comentábamos anteriormente, a la migración desde el campo a las grandes ciudades. El porcentaje mucho mayor de pobreza en Cañete en comparación con el resto del país, puede explicarse a partir de una visión multidimensional de la pobreza en donde se considera, por un lado, que los hogares presentan un ingreso mensual que no alcanza a satisfacer las necesidades básicas de la familia, y, por el otro, que persiste una economía de subsistencia que predomina en la comuna. Agostini *et al* (2010) lo explican a su vez, partiendo de distintos perfiles ocupacionales en donde:

> "En promedio, los hogares indígenas en Chile ganan menos de la mitad del ingreso que los no indígenas y 65% de los hogares indígenas se encuentran en los dos quintiles más bajos de la distribución del ingreso. Esta brecha de ingreso es parcialmente explicada por los perfiles ocupacionales de la fuerza de trabajo indígena: 31% tiene trabajos como mano de obra no calificada y 25% trabaja en agricultura (World Bank, 2002)".

De acuerdo a lo que señala la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), para mitigar -en parte- la situación de pobreza de las zonas indígenas se han creado las "zonas de rezago" o las Áreas de desarrollo indígena (ADI) que surgen a raíz de la Ley Indígena Nº 19,253. Estas áreas tienen como finalidad intervenir estos sectores declarados por el Estado y sus diversas instituciones como vulnerables, a través de acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas que habitan en territorios indígenas, como por ejemplo, a través de la adquisición de tierras, asesoramiento para el manejo agrícola de la tierra, apoyo para la realización de microempresas con entrega de subsidios y asistencia técnica, entre otras

[21] Se trata de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, elaborada y ejecutada por el Ministerio de Desarrollo Social de manera bianual o trianual. Dicha encuesta tiene como objetivo establecer datos sobre pobreza e ingresos mediante el estudio de los hogares y las viviendas particulares.

acciones. Es de subrayarse que ninguna de estas intervenciones apunten, por otro lado, al mantenimiento y fortalecimiento de una cultura propia.

Según el Informe de Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas de Chile (basado en el Censo de 2002) de 2005, en el Censo de 1992 y 2002 se incorporó la variable de pertenencia indígena[22], reconociendo de cierta manera la existencia de varios pueblos originarios en el país:

> "En 1992 se recurrió a la **autoidentificación étnica** y en el 2002 se adoptó la **pertenencia** de cada persona a uno de los ocho pueblos reconocidos en la Ley N° 19,253, la llamada "ley indígena" (INE, 2005: 7)

En 1992 se consideraron tres pueblos indígenas (*mapuche, aymara y rapa nui*), mientras que en el censo de 2002 se incorporaron los ocho pueblos indígenas reconocidos en la ley indígena Nº 19,253[23].

En el Censo de 2002 se establece que la población total de Chile es de 15,116,435 habitantes, de las cuales 692,192 personas (4.6%) declararon pertenecer a algún pueblo originario[24].

En el mismo censo, 604,349 personas se reconocen como *mapuche*, distribuyéndose entre las siguientes regiones: Región de La Araucanía (33.6%), Región Metropolitana (30.3%, donde se ubica Santiago, la capital chilena), Región de Los Lagos (10%), Región del Bío Bío (8.8%) y Región de los Los Ríos (6.6%).

Según los datos del Perfil Epidemiológico de la Provincia de Arauco (2010), esta provincia tiene una población de 157,204 habitantes, de los cuales 21,248 pertenecen a algún pueblo indígena, equivalente al 13.4% de la población (Cuadro 5). En Cañete habitan 31,463 personas de las cuales 6,511 son pertenecientes a la población *mapuche* (*Idem*). De acuerdo al mismo documento, es posible observar que Tirúa es la comuna de la provincia que presenta mayor cantidad de población *mapuche*, como se señala a continuación:

---

[22] La pregunta sobre autoidentificación étnica de 1992 se planteaba de la siguiente manera: "Si usted es chileno, ¿se considera perteneciente a alguna de las siguientes culturas? *Mapuche, aymara, rapanui*, ninguno de los anteriores". Mientras, que la pregunta del censo 2002 sobre pertenencia, se formuló de la siguiente manera: "¿Pertenece usted a alguno de los siguientes pueblos originarios o indígenas? *alacalufe (kawaskar), atacameño, aymara, colla, mapuche quechua, rapanui, yamana (yagán*) ninguno de los anteriores".

[23] Pueblos Indígenas de la Ley 19,253: *Mapuche, Aimara, Rapa Nui*, *Atacameños*, *Quechuas, Collas, Diaguitas, Kaweskar o Alacalufe, Yamana o Yagán*.

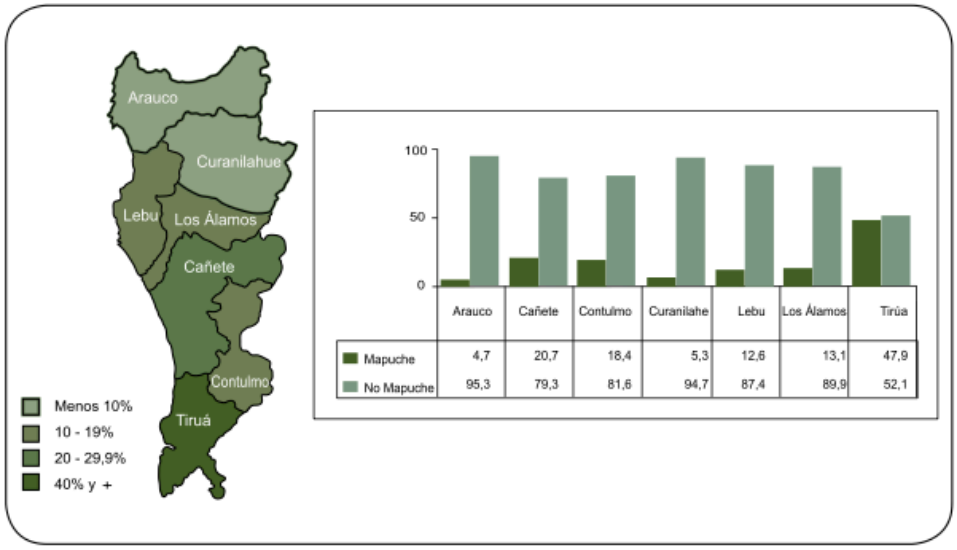
[24] Datos extraídos de Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile, Censo 2002. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Programa Orígenes (Ministerio de Planificación MIDEPLAN, /BID).

Cuadro 5. Distribución por comunas de población *mapuche* y no *mapuche*, provincia de Arauco, 2002

Comuna	Pertenencia a pueblo indígena				Total
	Indígena			No indígena	
	Pueblo Indígena		Total		
	Mapuche	Otro			
Lebu	3,164	23	3,187	21,826	25,013
Arauco	1,648	16	1,664	33,126	34,790
Cañete	6,511	27	6,538	24,925	31,463
Contulmo	1,071	5	1,076	4,733	5,809
Curanilahue	1,690	19	1,709	30,239	31,948
Los Álamos	2,429	11	2,440	16,095	18,535
Tirúa	4,625	9	4,634	5,012	9,646
Total	21138	110	21,248	135,956	157,204

Fuente: Oyarce y Pedrero (2010:25)

Mapa 2. Distribución de la población *mapuche* por comuna, provincia de Arauco, 2002

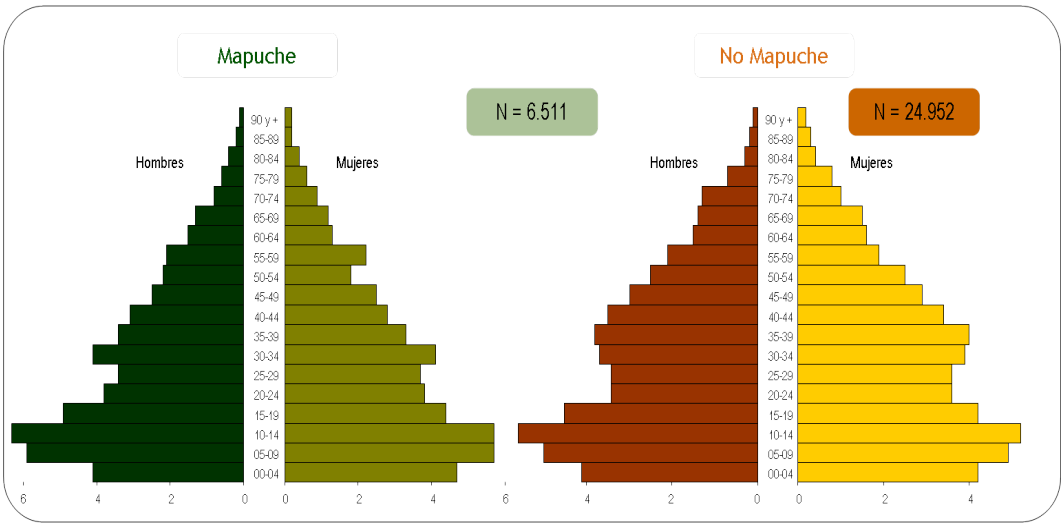


Fuente: Oyarce y Pedrero (2010:26)

Respecto de la población *mapuche* por sexo, la Gráfica 1 que se muestra a continuación, deja en evidencia que a nivel país, la población compuesta por hombres y mujeres se encuentra en proporciones similares. De acuerdo a lo que señala el perfil epidemiológico se trata de una proporción de 100.9 hombres por cada 100 mujeres entre población no *mapuche* y de 106.8 hombres por cada 100 mujeres entre población *mapuche*, situación que se presenta de manera

similar en Arauco (véase Gráfica 1), Curanilahue, Cañete, Contulmo y Los Álamos. Sólo en la comuna de Lebu se presenta el escenario contrario, mayor presencia de hombres en poblaciones *mapuche* y no *mapuche*.

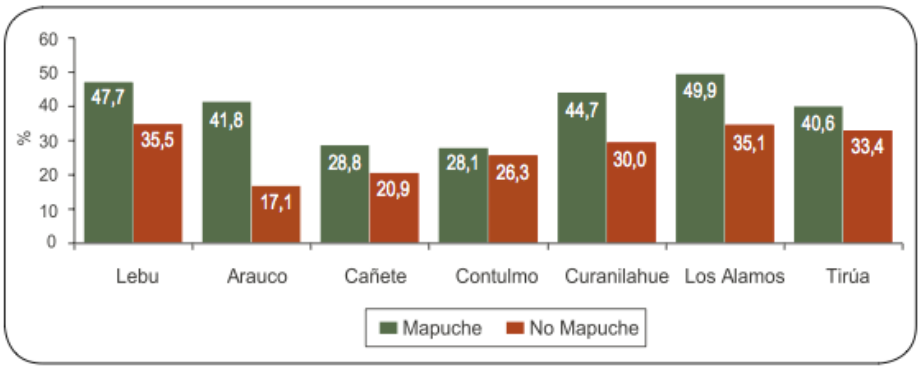
Gráfica 1. Población masculina vs femenina, desagregada por grupos de edad y población *mapuche* y no *mapuche*, provincia de Arauco, 2002



Fuente: Oyarce y Pedrero (2010: 32)

El mismo documento señala a nivel país y provincia que la población indígena tiende a ser más joven que la población no indígena. En cambio, la población *mapuche* que habita en sectores rurales presenta un mayor envejecimiento que la población de las urbes. Esto último se debe al proceso migratorio campo-ciudad producido por la carencia de ofertas laborales y de casas de estudios de educación superior que retengan a los/as más jóvenes en las localidades de origen, por lo que los y las jóvenes *mapuche* migran más a lugares urbanos.

Gráfica 2. Porcentaje de población en situación de pobreza por comuna, provincia de Arauco, población *mapuche* y no *mapuche*, 2006



Fuente: Oyarce y Pedrero (2010:35)

En la gráfica 2, por otro lado, se puede apreciar que en relación a la situación socioeconómica de la población *mapuche* y no *mapuche* en la provincia de Arauco, la población *mapuche* en todas las comunas es la que se encuentra con un porcentaje de pobreza más alto que llega, en algunos casos casi al 50% de la población. En el informe de la CASEN 2013 se señala que:

> "El año 2011, se estima que el 33.8% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza lo que corresponde a una tasa superior a la registrada a nivel regional (21.5%) y nacional (14.4%). En el ámbito de los ingresos, a abril 2013, se estima que la renta imponible promedio mensual de los afiliados al seguro de cesantía, es de aproximadamente 396,4 mil pesos, cifra inferior al promedio regional (491,1 mil pesos) y nacional (563,4 mil pesos)" (MIDESOL, 2014:2).

De acuerdo a lo que explica el mismo documento, esta situación de desigualdad también sucede en relación al analfabetismo en población de más de 15 años, como se señala a continuación:

> "Aquí (en la provincia) el analfabetismo *mapuche* fluctúa entre el 5.1% en Curanilahue y el 18.6% en Contulmo. En términos de brecha, la situación más desventajosa para ellos se aprecia precisamente en esta última comuna, con casi 10 puntos porcentuales de diferencia. Llama la atención que en Curanilahue el analfabetismo sea más alto en no indígenas. Coherentemente con ello, los niveles de escolaridad alcanzados por la población *mapuche* son más bajos que los de la población no indígena" (*Ibidem*, (MIDESOL, 2014:2)

Esta revisión sociodemográfica de la población *mapuche* en la provincia de Arauco y en la comuna de Cañete, permite destacar algunos datos que son significativos para la configuración actual de la población *mapuche* en estas localidades. Por ejemplo, la comuna de Cañete figura

como una de las comunas más pobres del país, lo que puede llegar en algunos casos a afectar casi al 50% de la población. Esta situación se asocia con el continuo desarrollo de una economía de subsistencia y con la migración -mayoritariamente de mujeres- a espacios urbanos.

1.2 Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud chileno ha sufrido diversas y significativas modificaciones a lo largo de su historia desde la Independencia hasta la época contemporánea. Actualmente la organización del sistema de salud en Chile se caracteriza por la división entre la prestación de la atención pública y la atención privada; organización que tiene los orígenes de su configuración actual en el golpe militar de 1973 y la privatización masiva de los servicios públicos que se realizó a partir de esos años y que no se ha revertido con el retorno paulatino de la democracia a partir de 1990.

De acuerdo al Informe Técnico de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)[25] de 2016, los inicios de la salud pública en el país se remontan a 1844 con la creación de la Junta Nacional de Beneficencia. La idea del seguro social aparece en 1924 con la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y la Ley de Seguro Obrero Obligatorio[26]. Este seguro se administraba con fondos aportados por los trabajadores, empleadores y aportes estatales, pero también contempló el pago de subsidios por vejez, por accidentes laborales y por fallecimiento.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) que agrupaba la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas (CEPP) y la Caja de Previsión de Empleados Privados (EMPART), "incorporando así a este segmento a la previsión y otorgando prestaciones de asistencia médica y dental bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos)" (ISAPRES, 2016:5).

En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS)[27] que atendía a los obreros y el resto de la población que cotizaba en la economía formal. Con esta nueva institución se produjo la separación entre la seguridad social y las prestaciones médicas. Por lo mismo, se

[25] Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) conforman el sistema privado de atención en salud, creadas en 1981 durante la dictadura militar de Pinochet.
[26] Ley N° 4,054 de 1924.
[27] Ley N° 10.383 de 1952.

creó el Servicio de Seguro Social,[28] mientras los servicios de atención médicas se prestaban dentro del SNS.

El Informe Técnico de las ISAPRES indica que a mediados de la década de los 70s del siglo XX (o sea, después del golpe militar) el sistema de salud se organizaba así:

> "El Ministerio de Salud Pública junto con el Servicio Nacional de Salud ejercían las funciones normativas y controladoras. Adicionalmente, el Sistema Nacional de Salud, administraba y operaba el sector público de salud, que entregaba cobertura a obreros e indigentes, quienes hasta antes de 1979 no tenían acceso a medicina de libre elección (elegir prestador)[29] y en caso de atenderse en el sector privado debían asumir el costo total de la prestación. El Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), dependía del Ministerio de Salud Pública y era una institución semifiscal, el cual financiaba las prestaciones de salud de los empleados, quienes podían elegir de entre un registro de prestadores inscritos, debiendo pagar un copago en el lugar de atención. La legislación establecía que todos los trabajadores debían cotizar obligatoriamente parte de sus salarios, los obreros inscritos al SNS, además recibían aportes de los empleadores y aportes fiscales, mientras que los empleados adscritos al Sermena, recibían suplementariamente sólo aportes de sus empleadores. Adicionalmente, existían las ya mencionadas Mutuales de Seguridad y otros esquemas de protección de salud asociados a las Fuerzas Armadas, Carabineros y Universidades" (2016:6).

En la década de los ochenta se produjo una reforma privatizadora al sistema de salud que va de la mano con la creación de la Constitución chilena de 1980 emanada de la dictadura de Pinochet, en donde se establece de manera contradictoria en el Artículo 19 el derecho a la salud. Mientras, por un lado, se menciona el derecho a la salud, se establecen también dos sistemas de atención en salud, uno público y uno privado, en donde las personas pueden elegir en qué sistema atenderse, cotizando siempre en uno de los dos sistemas[30]. Sin embargo, la creación de un sistema privado de salud ha sido fuertemente cuestionada, al desligarse el Estado de uno de sus principales deberes, la provisión de servicios de salud públicos para toda la población, sometiendo el sistema a las reglas del mercado y mercantilizando a los servicios médicos; en un contexto estructural e ideológico sustentado en el capitalismo neoliberal. Al respecto el Informe Técnico de las ISAPRES menciona lo siguiente:

---

[28] Ley N° 10.383 de 1952.

[29] Cabe notar el lenguaje utilizado en este Informe de 2016, lenguaje que es un claro legado de la dictadura. Por un lado, el sector social bajo el nivel de pobreza viene llamado despectivamente "indigente", y por el otro se enfatiza el derecho individual a la libre elección de la atención médica (que en este caso equivale a la atención médica en el sector privado), en lugar de promover el derecho universal a una atención pública en salud.

[30] Las cotizaciones en salud corresponden al 7% del sueldo bruto (remuneración mensual sin los descuentos legales).

> "De este modo, lo dispuesto constitucionalmente generó un cambio drástico en materia de salud al entender delegables las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, permitiendo la participación de los privados en un ámbito que hasta la fecha había sido prácticamente de exclusividad del sector estatal" (2016:7).

Lo anterior, incluye como consecuencia la disminución de la responsabilidad del Estado en cuanto al otorgamiento del acceso a la salud para toda la población, toda vez que, aunque se piense que a través de la lógica neoliberal el mercado regula de manera eficiente, lo que finalmente termina ocurriendo es la profundización de la desigualdad social. Lo anterior, puesto que al incentivar la oferta y demanda en el mercado, se reduce el papel del Estado y del gasto público en salud, mientras que paradójicamente se promueve y potencia el desarrollo de lógicas privatizadoras que establecen diferencias con su modalidad de "libre elección" debido a que esa elección está condicionada por el acceso a los recursos económicos, por lo tanto, no todos/as podemos elegir. En conclusión, la salud se traduce en un bien de compra-consumo al que sólo quienes poseen recursos pueden acceder.

Otro de los cambios importantes de la reforma tiene que ver con la descentralización de la administración de la salud. La atención primaria pasó a depender administrativamente de los municipios y se crea el Fondo Nacional de Salud FONASA[31]. También, los trabajadores/as aumentaron su cotización desde un 4% a 7% del salario bruto. Como se mencionaba anteriormente, este nuevo escenario ha implicado un proceso de mercantilización de la salud, que involucra la disminución del rol del Estado como redistribuidor de las riquezas (incluyendo en la infraestructura, distribución de los servicios y financiación del sector salud) y como garante de la salud; las personas pagan más a través del descuento en sus remuneraciones, pero los sueldos no aumentan o aumentan mínimamente, mientras que se profundiza el fenómeno de la privatización de la medicina, y la disminución de los servicios públicos que se otorgan de manera universal y gratuita, aumentando también los costos de estos servicios.

De acuerdo al mismo documento, en 1995 se creó la Superintendencia de ISAPRES que en 2005 se transforma en la Superintendencia de Salud, como institución para supervisar el mercado de los prestadores privados. Esta institución fiscaliza que se cumpla la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud (GES),[32] las metas del Examen de Medicina Preventiva y

[31] Decreto de Ley N° 2.763 de 1979.

[32] Las Garantías Explícitas en Salud (GES) constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a Fonasa y a las Isapres. Se trata de 80 intervenciones médicas básicas que se

supervisa que las personas que se atienden en la modalidad institucional y de libre elección tengan acceso a todas sus prestaciones. Respecto de las instituciones privadas de salud o ISAPRES, la Superintendencia de salud fiscaliza que estas empresas cumplan con las enfermedades GES, con los planes de salud que adopten las personas y el estado financiero de las ISAPRES. Así mismo, ambos sistemas tienen la obligación de informar a las personas si sus padecimientos se encuentran calificados como GES. Las sanciones que aplica la Superintendencia se traducen para las ISAPRES en pagos que pueden llegar hasta las 1,000 UF[33] y si son sanciones reiteradas la multa puede llegar a 4,000 UF[34] que se destinan a las arcas fiscales. En caso de que prestadores públicos o privados no informen a las personas que tienen derecho de acceder a las GES, las sanciones pueden significar desde una amonestación hasta y hasta 180 días de plazo para otorgar la GES.[35]

Entre 1990 y 2007 se realizaron una serie de reformas adicionales que incorporaban como principios de la salud pública supuestos criterios de equidad, solidaridad, eficiencia y participación social-sin revertir la privatización- lo que se puede traducir como un ejemplo de la profunda ambigüedad del discurso y la práctica de los "derechos" en el Chile neoliberal. También, se reemplazó el Régimen de Prestaciones de Salud por el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE) o GES, un sistema que se plantea como propósito asegurar la atención oportuna, tratamiento, calidad y financiamiento de las enfermedades incluidas en dicho sistema. Cabe mencionar que en el GES se establece la edad, estado de la enfermedad y otros aspectos que se transforman en condicionantes para que las personas puedan acceder a este tipo de garantías. Ahora bien, lo que termina haciendo este sistema es asegurar una cantidad mínima de prestaciones para algunas personas que cumplan ciertas características con su patología, excluyendo a la mayoría de la población, situación que se contradice con el derecho de la protección de la salud para todas las personas, pero que al mismo tiempo se encuentra en sintonía con la promoción del neoliberalismo en la atención de la salud pública chilena.

---

otorgan de manera gratuita: "El GES es un programa integral de salud que prioriza un grupo de 80 patologías o problemas de salud, y garantiza en todas ellas el acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera" (Fonasa.cl). Estipulado en DFL N° 1 del Ministerio de Salud de 2005. (véase: www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html

[33] Valor de la UF (unidad de fomento): 1,000 UF equivalen a: 40,329 usd.

[34] 4,000 UF equivalen a: 161,361 usd.

[35] Esta información está disponible en la página web de la Superintendencia de Salud: www.supersalud.gob.cl (consultada 18 de noviembre de 2016).

Como se mencionaba en párrafos anteriores, en la Constitución de Chile de 1980, en el numeral 9º del Artículo 19[36] se establece el derecho a la protección de la salud. Es deber del Estado garantizar el libre e igual acceso a las acciones de "promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo". Del mismo modo, el Estado es quien se encarga de coordinar y controlar todas las acciones de salud en instituciones públicas o privadas de acuerdo a lo que se estipula en la ley. Así también, se indica que cada persona tiene el derecho de elegir libremente el sistema de salud al que desea afiliarse, sin embargo, como vimos en párrafos anteriores, las personas deben elegir a qué sistema afiliarse (público o privado) pero ninguna elección asegura que la atención a la salud sea gratuita para toda la población.

El sistema de salud en general se financia con impuestos de las personas inscritas, por los copagos de los usuarios/as,[37] y por aportaciones de los municipios. Quienes trabajan de manera independiente o con modalidad de "contrato a honorarios" también deben realizar sus cotizaciones de manera obligatoria. Becerril y colaboradores señalan que en el sector privado, las "ISAPRE se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones de sus afiliados. En el sector público, el MINSAL controla el gasto a través del FONASA" (11:137).

El Ministerio de Salud (MINSAL), es el organismo técnico encargado de elaborar y poner en marcha las políticas de salud para todo el país[38]. Entre sus funciones se encuentran la elaboración de las acciones en salud, la definición de los objetivos sanitarios y la coordinación intersectorial para su cumplimiento; producir y analizar el registro estadístico, y elaborar y distribuir el presupuesto del sector, entre otros. De acuerdo a lo señalado en el Informe Técnico de las ISAPRES, las funciones del MINSAL se centran especialmente en:

> "(i) Elaborar las políticas sectoriales: elaborar las metas sanitarias nacionales y el plan nacional de salud, orientar y dirigir las acciones del Estado en salud y elaborar el presupuesto, entre otros. Asimismo, el Ministerio de Salud debe diseñar, controlar y evaluar los programas sanitarios (como el AUGE).
>
> (ii) Coordinar el sector salud y a éste con los demás sectores.
>
> (iii) Dictar normas generales y velar por su cumplimiento, establecer los estándares y el sistema de acreditación de los mismos para los prestadores institucionales, y el sistema

[36] Esta información está disponible en la página web del Senado: www.senado.cl (consultada 18 de noviembre de 2016).
[37] Este punto se explica más adelante.
[38] Esta información está disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.minsal.cl (consultada 18 de noviembre de 2016).

de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y establecer protocolos de atención en salud" (ISAPRES, 2016: 17).

Este ministerio se divide en dos Subsecretarías: Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública. La primera es la encargada de vincularse con la atención en salud propiamente tal; su misión es: "Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria"[39]. De acuerdo al mismo sitio web, entre sus principales funciones se encuentra: "Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público", "Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud", "Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público", "Fortalecer la formación de médicos especialistas", "Potenciar la gestión intersectorial e interinstitucional para acelerar la gestión derivada de las políticas ministeriales en los ámbitos de reposición de activos", "Reforzar la red de urgencia a través de la inversión en traslado pre-hospitalario y el aumento de la dotación de equipos clínicos de priorización de urgencia".[40]

En cambio, la Subsecretaría de Salud Pública es el organismo encargado de ejecutar las acciones salubristas de promoción de salud, así como de la fiscalización para el aseguramiento de la calidad sanitario-ambiental. Su misión es:

> "Asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década"[41].

Entre sus principales funciones se desatacan: "Desarrollar políticas públicas que fomenten estilos y hábitos de vida saludables, a través del fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel nacional y regional", "Proteger la salud de las personas frente a riesgos sanitarios, a través del diagnóstico y mapeo de riesgos", "Fortalecer las actuales Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), a través de mejoras en su gestión

[39] Véase la página web del MINSAL: http://web.minsal.cl/mision-y-funciones-2/ (consultada el 5 de mayo de 2017).
[40] *Idem*.
[41] *Idem*.

y la penalización efectiva del mal uso de las licencias", "Optimizar el funcionamiento de la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales", "Optimizar la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), a través de la definición de garantías," "Elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES", "Fortalecer las políticas de salud pública orientadas a la reducción de inequidades de los grupos en situación de riesgo".[42]

En el sistema público de salud se encuentra el Fondo Nacional de Salud, más conocido como FONASA[43], un fondo público de seguro que se encarga de administrar los recursos financieros y administrativos para la atención de salud de las personas que se encuentran en este sistema. A FONASA está afiliado casi el 80% de la población total del país; lo integran principalmente personas sin ingresos (las que se consideran como "indigentes"), jubilados/os, pensionados/as, y clase media (incluidos profesionales y técnicos) (Becerril, *et al.,* 2011). El FONASA pertenece al Sistema Nacional de los Servicios de Salud, una red compuesta por 29 Servicios de Salud y el Sistema Municipal de Atención Primaria en Salud (APS). La APS depende administrativamente de las municipalidades, pero técnicamente de los lineamientos ministeriales.

En FONASA existen dos modalidades de atención: modalidad de la libre elección (MLE) y modalidad de atención institucional (MAI). A la primera modalidad pueden acceder los beneficiarios/as de FONASA mediante un copago o subsidio otorgado por el estado. El usuario/a compra un bono y puede elegir con quien atenderse en consultas privadas, hospitales universitarios o centros de salud privados que tengan convenio con FONASA. A las prestaciones que se puede acceder son: consultas médicas, exámenes de laboratorio e imagenología, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas y obstétricas, médicos generales y de especialidad, kinesiólogos, fonoaudiólogos, y odontólogos, entre otros. Una vez que las personas se inscriben en FONASA, se les asigna un "tramo" o categoría de pago, dependiendo de su nivel de ingresos. Los tramos existentes son:

Tramo A: Gratuidad 100%. No cotiza y tampoco paga por la atención de salud, por lo que tiene subsidio total por parte de FONASA. Son beneficiarias las personas carentes de recursos

[42] *Idem*.

[43] Creado en 1979 por el Decreto Ley N° 2,763,

para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes), beneficiarios del Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud (PRAIS)[44].

Tramo B: 100% de bonificación, 0% de copago. Cotiza, pero no paga para la atención de salud. Son beneficiarias las personas con ingresos menores a $257,500 pesos[45] al mes (cotizantes) y trabajadores del sector público de salud.

Tramo C: 90% de bonificación, 10% de copago, Cotiza y paga según lo indicado. Son beneficiarias las personas con ingresos de entre $257,501 y $375,950[46] pesos al mes (cotizantes)**.**

Tramo D: 80% de bonificación, 20% de copago, Cotiza y paga según lo indicado. Son beneficiarias las personas con ingresos superiores a los $375,950 pesos al mes (cotizantes).[47]

En la modalidad de atención institucional, MAI, se encuentran las prestaciones otorgadas por las instituciones públicas de salud (atención de salud primaria, secundaria y terciaria) y algunas instituciones privadas por sus prestaciones específicas. En esta modalidad tienen cabida todos los beneficiarios/as y sus cargas, se les asigna un establecimiento o red asistencial dependiendo de su domicilio o lugar de trabajo, y de la complejidad del problema de salud que presenten.

Las personas pueden atenderse en esta modalidad dependiendo del nivel de complejidad que presenten. Por ejemplo, de acuerdo a lo que señala FONASA, el nivel de atención primaria representa la primera forma de acceso a la atención en salud. Las personas deben inscribirse en el centro de salud más cercano a su domicilio o lugar de trabajo. Cada

---

[44] PRAIS es un programa del Ministerio de Salud que se creó como un método de reparación para las personas que vivieron situaciones de vulneración de derechos humanos durante la dictadura militar en Chile, específicamente entre 1973 y marzo de 1990. Los/as beneficiarios/as de este programa tienen derecho a atención de salud gratuita en todas las prestaciones de los establecimientos de salud, independiente de su afiliación (FONASA o ISAPRE) en centros de atención primaria o secundaria. Los equipos PRAIS son multidisciplinarios (compuestos por psicólogos, asistentes sociales, médicos generales, psiquiatras) y existen en todos los servicios de salud del país. Se identifican como usuarios/as PRAIS a quienes hayan sido afectados/as directos: persona que haya vivido situaciones de tortura, prisión política, exilio, clandestinidad, exoneración política; del mismo modo, entran en esta categoría el/a cónyuge, conviviente del afectado/a directo/a, hijos/as del afectado/a directo/a y las personas que trabajaron durante diez años de manera continua en defensa de derechos humanos. Se acredita como PRAIS, mediante una serie de documentos como: listado de víctimas del Informe Rettig, listado de víctimas en el Informe de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura, certificado de la oficina de retorno, recortes de prensa de la época, entre varios otros; y en caso de no existir ningún documento que avale tal condición, la persona puede solicitar revisar antecedentes al Programa PRAIS del Ministerio de Salud.

[45] $257,500 pesos chilenos equivalen a $383 USD.

[46] $375,950 pesos chilenos equivalen a $560 USD.

[47] Esta información está disponible en la página web de FONASA: www.fonasa.cl (consultada el 09 de enero de 2017).

establecimiento define sus horarios de atención y la forma en la que otorga las horas médicas y de exámenes, procedimientos, etc. En este nivel se encuentran los Consultorios Generales Rurales y Urbanos (CGR y CGU), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros de Salud Rurales y Urbanos (CSR y CSU), los Consultorios de Salud Mental (COSAM) y las Postas y Estaciones Médicos Rurales (PSR). Los centros de atención primaria (APS) como los Centros de Salud Familiar (CESFAM) también tienen atención primaria de urgencia o emergencia (SAPU) ambulatoria.

En el mismo sitio se indica que dentro de las ofertas de los centros de atención primaria a la salud se encuentran: Consultas médicas y atenciones dentales, tomas de muestra de exámenes de laboratorio, visitas domiciliarias, programas de vacunación y de alimentación complementaria, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos menores, medicamentos e insumos del Arsenal Farmacológico Básico que le corresponde a cada uno, según su enfoque clínico y perfil de demanda.

La página web de FONASA explica que los programas de salud que se ejecutan en la atención primaria con propósito de fortalecer la prevención y promoción de la salud son: Programa de Salud de la Embarazada, Programa de Salud del Niño, Programa de Salud del Adolescente, Programa de la Mujer, Programa del Adulto, Programa del Adulto Mayor y Programa de Salud Oral.

En el segundo nivel de atención se dan intervenciones médicas que el primer nivel de atención ya no puede resolver. En este nivel se encuentran los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y los Centros de Referencia en Salud (CRS). Se accede a ellos por la derivación de un médico de APS por medio de una interconsulta, para realizar atenciones abiertas o ambulatorias como: Consultas de especialidad (interconsulta), laboratorio clínico, psiquiatría, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, atención y procedimientos odontológicos de especialidad, cirugías poco invasivas y cirugías laparoscópicas, entre otros.

En el tercer nivel se realizan atenciones hospitalarias derivadas desde CDT, CRS o unidades de Urgencia. Cuentan con personal calificado que entregan atención las 24 horas durante todo el año para las siguientes prestaciones: UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), UTI (Unidad de Tratamientos Intensivos), Unidades de pabellón, Unidades de urgencias, Laboratorio clínico de alta complejidad, Imagenología de alta complejidad, Banco de sangre y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos complejos, entre otros.

Los usuarios/as que se atienden en esta modalidad MAI deben realizar copagos que rodean el 10 y 20% del precio del servicio fijado por FONASA, dependiendo de sus ingresos económicos. Los niveles más bajos como el tramo A ("indigentes") no pagan el copago.

Cabe señalar que el servicio público de salud también establece convenios con el sector privado, cuando ya no tiene la capacidad suficiente para resolver atenciones médicas, exámenes de laboratorio y otros servicios especializados. En el sistema privado se encuentran las Instituciones de Salud Previsional, más conocidas como ISAPRES, creadas en 1981 durante la Dictadura. Las personas que son parte de este sistema son principalmente quienes poseen ingresos elevados y algunos obreros que tienen contrato colectivo dentro de su empresa (Becerril, *et al.,* 2011). Actualmente existen 13 aseguradoras o ISAPRES, siete abiertas[48] y tres cerradas[49] con diferentes planes individuales o familiares. Este sistema de salud está íntimamente relacionado con las lógicas neoliberales de mercado, lo que ha influido en una creciente aparición de clínicas y servicios médicos particulares. Estas instituciones cuentan con sus propios proveedores y establecimientos de salud, aunque también establecen convenios con otras clínicas privadas u centros médicos de atención.

Los mismos autores señalan que el 3% de las personas poseen seguro de salud por las Fuerzas Armadas chilenas distinto de FONASA e ISAPRES y tienen instalaciones y personal propio financiados con impuestos generales; también mencionan que dentro del sistema privado existen las Mutuales[50] de seguridad que se encargan de "acciones de prevención de riesgos y de los servicios y tratamiento de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales" este servicio involucra casi al 15% de la población.[51] Por último, señalan que un pequeño porcentaje de la población, de clase alta, se atiende con proveedores privados sin pasar por FONASA o ISAPRES. Las personas adscritas al sistema privado de las ISAPRES deben pagar una prima mensual con reajuste anual, pero estas instituciones deben realizar prestaciones obligatorias que cubran por lo menos exámenes de medicina preventiva, protección para mujeres embarazadas y niños/as menores de seis años. Las personas afiliadas a este sistema no pueden atenderse por FONASA.

---

[48] Las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago.
[49] La inscripción a las cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico.
[50] Creadas por la Ley N° 16,744 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del 1° de febrero de 1968.
[51] Esta información está disponible en la página web de SUSESO: http://www.suseso.cl/mutualidades/ (consultada el 18 de noviembre de 2016).

1.3 Red asistencial de la provincia de Arauco

¿Cómo se traduce en concreto el muy complejo sistema de salud chileno en el contexto de la provincia de Arauco? ¿Qué tipo de servicios se ofrecen a la población de la provincia de acuerdo a los distintos sistemas de cobertura y de acuerdo a los distintos perfiles de población que reside en esta provincia? En este apartado se pretende dilucidar brevemente estos aspectos contextuales.

Siguiendo lo que se señala en el Perfil Epidemiológico básico de la población *mapuche* residente en la provincia de Arauco, elaborado por el MINSAL y la Cepal en 2010, en la Provincia de Arauco existen cinco hospitales públicos de baja complejidad para la atención de salud: uno Tipo 4,[52] el Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria localizado en la comuna de Curanilahue; y, cuatro hospitales de mediana complejidad (Tipo 3),[53] ubicados en las comunas de Arauco, Cañete, Contulmo y Lebu, respectivamente. Por las características de estos establecimientos (todos del segundo nivel de atención), la resolución de especialidades médicas de tercer nivel se deriva al Hospital Regional de Concepción.[54]

A nivel primario, existen 33 postas de salud rural en la provincia de Arauco, un centro de salud rural (Tirúa), tres Centros Comunitarios de Salud Familiar (Los Álamos, Arauco y Tirúa) y cinco Centros de Salud Familiar (dos en Arauco y los otros en Lebu, Los Álamos y Curanilahue). El Servicio de Salud Arauco dispone, además, de una Clínica Dental Móvil.

El MINSAL provee información acerca de la población de la provincia de Arauco en cuanto a su afiliación a los distintos sistemas públicos y privados de cobertura en salud que están presentes en este espacio territorial. La información viene también desagregada entre población *mapuche* y población no *mapuche* (véase Cuadro 6 abajo).

---

[52] "Los Hospitales Tipo 4 son aquellos establecimientos en que se realizan acciones de nivel primario, con o sin hospitalizaciones básicas; cuentan con tecnología de baja complejidad para usar en consulta externa y servicio de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad. Su rol en la red asistencial es el de "puerta de entrada"; resuelven problemas de salud frecuentes y de baja complejidad; derivan pacientes a establecimientos de mediana y alta complejidad; y, disponen de personal profesional general, técnico y auxiliar" (MINSAL, 2010:23)

[53] "Un Hospital Tipo 3, es un establecimiento de mediana complejidad, que cuenta con 100-200 camas, ubicado en localidades de hasta 50.000 habitantes" (MINSAL, 2010:23)

[54] Hospital más grande de Chile, está ubicado en la Provincia de Concepción, Región del Bio Bio.

Cuadro 6. Distribución relativa de la población por sistema de salud.
Población *mapuche* y no *mapuche*, provincia de Arauco

Sistema de Salud	**Mapuche (%)**	**Mapuche (N)**	**No mapuche (%)**	**No mapuche (N)**	**Total (%)**	**Total (N)**
Sistema Público grupo A	64.4	14,983	43.0	60,350	46.1	75,388
Sistema Público grupo B	19.3	4,490	23.4	32,822	22.8	37,285
Sistema Público grupo C	7.7	1,791	16.1	22,583	14.9	24,366
Sistema Público grupo D	4.5	1,047	7.9	11,081	7.4	12,101
Sistema Público grupo desconocido	0.1	23	1.1	1,543	0.9	1,472
F.F. A.A. y de Orden	0.3	70	1.1	1,543	1.0	1,635
ISAPRE	1.3	302	2.3	3,226	2.1	3,434
Ninguno (particular)	2.0	465	3.8	5,330	3.6	5,887
Otro Sistema	0	0	0.2	281	0.2	327
No sabe	0.4	93	1.0	1,403	0.9	1,472
Porcentaje total	**100**	**23,265**	**100**	**140,267**	**100**	**163,646**

*Incluye 114 casos cuya afiliación étnica se desconocía
Fuente: Oyarce y Pedrero (2010:39)

Como se puede constatar, casi todos los habitantes de la provincia de Arauco (92.1%) están afiliados/as al FONASA; la gran mayoría (68.9%) recibiendo atención en salud de manera gratuita (grupos A y B). El porcentaje de afiliación a FONASA en la provincia es superior al promedio nacional de casi 80%. Al desagregar por población indígena, estos porcentajes aumentan substancialmente aún: el 96% de los *mapuche* están afiliados/as al FONASA; el 83.7% recibe atención médica gratuita. Del Cuadro 6 se infiere que en la provincia de Arauco en comparación entre la población *mapuche* y no *mapuche*, la población *mapuche* representa el mayor sector que se encuentra en el tramo A de la atención de salud, catalogados principal y despectivamente como "indigentes". Este escenario está en concordancia con la situación de pobreza y asignación de escasos recursos que percibe este segmento de la población que no se encuentra en condiciones de acceder a la atención privada o a los tramos más altos de FONASA, por lo tanto reciben atención totalmente gratuita en el sistema público.

En cuanto a servicios de salud, la gran mayoría de los servicios médicos presentes en Cañete son de carácter público, como se puede ver a continuación en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Centros de salud existentes en la comuna de Cañete

Consultorio de Salud Mental (Cañete)	Público
Hospital Intercultural *Kallvu Llanka* (Cañete)	Público
Laboratorio Clínico BioTest	Privado
Laboratorio Clínico San Pedro	Privado
Policlínico Asociación Chilena de Seguridad AChS Cañete	Privado
Posta de Salud Rural Antiquina	Público
Posta de Salud Rural Cayucupil	Público
Posta de Salud Rural Huentelolén	Público
Posta de Salud Rural Llenquehue	Público
Posta de Salud Rural Lloncao	Público
Posta de Salud Rural Pangueco (Cañete)	Público
Posta de Salud Rural Pocuno	Público

Fuente: www.minsal.cl[55]

1.4 Situación sociopolítica del pueblo *mapuche*

El pueblo *mapuche* es un pueblo originario preexistente a la Conquista española que habita en los territorios que hoy se conocen como Chile y Argentina. Millalén (2006) señala que el *Wallmapu*, o territorio histórico *mapuche*, estaba compuesto por dos macroespacios definidos desde el *mapudungún* como el *Gulu mapu*[56] *y el Puel mapu*[57], lo que hoy conocemos como Chile y Argentina respectivamente.

Millalén señala que en este extenso territorio existían diversos grupos que compartían una cultura homogénea, pero que se diferenciaban a si mismos por el espacio geográfico que habitaban: *pikunche*[58]*, lafkenche*[59]*, pewenche*[60] *y williche*[61]. Para el historiador *mapuche* Pablo Mariman (2006) la sociedad *mapuche* no se organizó piramidalmente, más bien estas identidades territoriales se "extendieron para una gobernabilidad más extendida que concentrada que los

[55] Esta información está disponible en la página web del Ministerio de Salud: www.deis.cl, información preparada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), disponible en: intradeis.minsal.cl/ListaEstablecimientoWebSite (consultada el 09 de enero de 2017).

[56] *Gulu Mapu*: "Territorio *mapuche* ubicado al occidente de la Cordillera de Los Andes, desde el océano Pacífico hasta esa cordillera, corresponde hoy al espacio ocupado por el Estado chileno" (Mariman, *et al*, 2006:24).

[57] *Puel Mapu*: "Espacio territorial *mapuche* ubicado al oriente de la Cordillera de Los Andes hoy ocupado por el Estado Argentino… ambos espacios *Gulu* y *Puelmapu* constituyen el *Wallmapu* o País *mapuche* actual" (Mariman, et al, 2006:24).

[58] *Pikunche:* gente del norte.

[59] *Lafkenche:* gente de la costa.

[60] *Pewenche:* gente de la cordillera.

[61] *Williche:* gente del sur.

terminó haciendo actuar como cuerpo…" (2006:66), por eso es que los *mapuche* no construyeron pirámides, templos o palacios, típicos de una sociedad más vertical y jerárquica. Millalén apunta a que estas denominaciones están basadas en la filosofía de vida del pueblo *mapuche* y al mismo tiempo, están relacionadas con el sentido espacial que tiene al sol como primera referencia, como se señala a continuación: "La conjunción de ambos elementos espacio o *mapu* y población o *che*, y la organización de ello en base a la filosofía espiritual *mapuche* daban origen al *Meli Wixan Mapu* o cuatro espacios y direcciones sostenidas y reproducidas en cada *Lof* a través de sus ceremonias" (2006:37).

Antes de la invasión española, el pueblo *mapuche* tenía una clara y sólida estructura social, política y territorial, que se encontraba en plena sintonía con los ciclos de la naturaleza. Del mismo modo, Mariman (2006) señala que el modo de ser *mapuche* estaba vinculado a los principios de la igualdad, reciprocidad, redistribución y la horizontalidad, lo que desfavorecía la estratificación social y acumulación de recursos en algunas personas.

De acuerdo a lo que señala Mariman el pueblo *mapuche* fue uno de los grupos étnicos que más resistió a las invasiones primero, española y luego, chilena:

> "Se considera que la sociedad *Mapuche* es uno de los pocos pueblos originarios del continente que en pleno proceso de conquista, colonia y posterior formación de las repúblicas, mantuvo, acrecentó y controló un extenso territorio que iba entre los mares Atlántico y Pacífico de América del Sur. En el uso y control de su territorio, ayudaron límites geográficos (ríos, pampas, cordilleras) y pactos políticos como fueron los parlamentos efectuados con la monarquía española (entre 1641 y 1803)" (2006: 54)

Para Mariman, el *Wallmapu* tuvo una rica y diversa economía en donde la ganadería tenía un lugar importante, así como la recolección de frutos, algas, hongos, la caza y la agricultura. La sociedad *mapuche* vivía cómodamente en cuanto a su alimentación, y también de manera muy responsable, pues tomaba de la naturaleza sólo lo que necesitaba, sin agotar los productos. Este mismo autor que además es miembro de la Comunidad de Historia *Mapuche* comenta:

> "los diversos ecosistemas proporcionaron al *Mapuche* aquellos recursos necesarios para mantener condiciones de vida favorables a su desarrollo, entre quienes emprendieron viajes al país *Mapuche* (Gay, Domeyco, Smith, Treutler, Muster, Delaporte Mancilla, etc.) ninguno relata en sus escritos situaciones de hambruna, plagas, o enfermedades que diezmaran a sus gentes (salvo las que introdujeron los conquistadores). Todos fueron recibidos y atendidos con comodidades alimenticias y de abrigo que no pudieron omitir en sus escritos." (2006:54).

En este espacio existía una matriz cultural y geográfica común, que posteriormente fue reducida durante las guerras de conquista del imperio español durante el siglo XVI, hasta la conformación de la frontera de Arauco que utilizaba el río Bio Bio como referencia. Mariman explica que la nación *mapuche* se extendía desde el río Copiapó por el Norte a la Isla de Chiloé por el sur. La primera ciudad conquistada fue Santiago en 1541, donde las poblaciones *mapuche* al norte del río Bio Bio se vieron sometidas, situación que animó a los conquistadores a seguir hacia el sur. Sin embargo, estos se encontraron con la resistencia *mapuche* y sus líderes con quienes iniciaron la conocida Guerra de Arauco. Mariman relata que pasaron 43 años hasta que se llevó a cabo el Parlamento de Quilin en 1641; los parlamentos[62] eran mecanismos que ocuparon la diplomacia española y *mapuche* para establecer conversaciones de nación a nación tendientes a asegurar y recordar lo convenido. Sin embargo, esto no eliminó las incursiones armadas de ambos lados del Bio Bio durante los siglos posteriores, hecho que mantuvo en tensión constante ambas sociedades, del mismo modo, los españoles trataban de imponer sus formas de vivir a través de sus creencias religiosas, el establecimiento de la monogamía, etc. En esta primera instancia se establece el río Bio Bio como frontera, desde este río hacia el sur se encontraba el país *mapuche* (con ahora diez millones de hectáreas) y hacia el norte los españoles, quienes se quedaron con los primeros veinte millones de hectáreas.

Aunque entre los años 1500 y 1600 la baja de la población *mapuche* fue de casi un 80%, los siglos XVI-XVII-XVIII significaron un desarrollo económico *mapuche* que tuvo su auge durante el siglo XVIII hasta la invasión militar del Estado chileno, período que se caracteriza como el Siglo de Oro *Mapuche*. Esto, debido a que el comercio, la ganadería y el desarrollo productivo crece por medio de *trafkintun*[63] entre el *puelmapu* y el *gulumapu*, (lo que sería ahora a

---

[62] Parlamentos: Eran mecanismos que funcionaban como acuerdos o pactos entre españoles y *mapuche* en los que se reconocía la soberanía *mapuche* del Bio Bio al sur, se respetaban las formas de organización de ambas partes, así como las formas de comercio. Se realizaron 28 (Mariman, 2006) " Los parlamentos fueron la manifestación de sociedades diferentes por entablar canales de entendimiento en aras de resolver sus conflictos pacíficamente. Aún así para llegar a este tipo de práctica fue necesario un equilibrio desde el punto de vista militar, de lo contrario el afán imperial de imponerse por la fuerza sobre las sociedades indígenas, se hubiera concretado. Para que los parlamentos existieran como una expresión real y duradera, debía existir una práctica de tratar y negociar antes que imponer, así como mecanismos, rituales y ceremoniales que los impulsaran y legitimaran. Difícilmente esto podía provenir del mundo hispano cuya naturaleza imperial y práctica colonial encerraban la lógica de la imposición y la guerra, amparados en una religión universalista y totalitaria. Los *Mapuche* contaban con este tipo de prácticas, así es como los parlamentos fueron un gran *xawün*, que por lo visto ayudó a evitar el conflicto improducente" (Mariman, 2006: 80).

[63] *Trafkintu*: Trueques o intercambios en mapudungún.

nivel internacional) e intercambios a nivel "nacional" desde el Bio Bio al sur. Este desarrollo económico es visto y reconocido por diferentes fuentes, tanto de *winka*[64] como de *mapuche*. Pinto (2003) caracteriza tres ejes comerciales que dan cuenta de la existencia de esta edad de oro: a) el intercambio local, que se localizaba principalmente en la frontera del Bio Bio bajo, intercambio que tenía como uno de sus elementos principales el *makuñ* [65] y el *kullin*[66]; b) el intercambio regional, que se desarrollaba en conjunto con los *lof*[67] del *puelmapu*, donde el *trafkintu* principal era el ganado y la sal, creando circuitos comerciales fluidos a ambos lados de la cordillera entre tolderías de todo el territorio del *puelmapu*; c) y el intercambio extraregional en el cual productos *mapuche* alcanzaban espacios geográficos más allá de lo regional.

A raíz de la independencia de Chile en 1818 y en 1825 durante el gobierno de Ramón Freire, se firma el tratado de Tapiwe donde se reafirma lo convenido en los parlamentos anteriores entre españoles y *mapuche*, respetándose la soberanía de estos últimos desde el Bio Bio hacia el sur. Sin embargo, tal como menciona Mariman (2006), lo que no hicieron los españoles en 163 años, el Estado chileno lo hizo en 20, rompiendo todo tipo de acuerdos contraídos con los *mapuche*. Los artículos 17º, 18º y 21º de la Constitución chilena dan tres elementos importantes para asegurar la autonomía *mapuche* en el territorio al sur del Bio Bio: a) El reconocimiento de una frontera divisoria, b) la autonomía en la aplicación de la justicia y c) la aceptación de la autonomía administrativa a ambos lados del río. En relación a lo anterior, es importante señalar que los *mapuche* también mantuvieron sus propios espacios de deliberación en los que tomaban los acuerdos para ir a dialogar con la contraparte (*Idem*).

Durante el gobierno de Manuel Montt (1851-1861) el Estado chileno preparaba la afrenta para internarse en el territorio del país *mapuche* por medio de tropas militares a cargo de Cornelio Saavedra quien finalmente inicia su invasión en 1862. El avasallamiento de Saavedra comprendía no sólo quitar las tierras *mapuche* sino además se quemaban casas y se robaba el ganado "lo que llama la atención es la gran cantidad de animales que son arreados como botín de guerra, los que sumaban una cantidad de 11,277 entre vacunos y caballares y de 1,662 ovejas" (Bengoa, 1985, citado en Mariman, 2006: 105). En relación a los *mapuche* muertos Mariman señala que "Entre los meses de noviembre de 1868 y abril de 1969 el ejército de la

[64] Término que se usa para referirse a las personas no *mapuche*, a los chilenos/as y/o extranjeros/as.
[65] *Makuñ:* Manta en *mapudungún*.
[66] *Kullin:* Ganado en *mapudungún*.
[67] *Lof:* Familias o comunidad en *mapudungún*.

frontera efectuó más de 15 acciones en distintos puntos del territorio… La cantidad oficial de *Mapuche* muertos fue de 211, mientras que los heridos ascendían a 202 y a 100 los prisioneros"(*Ibidem*).

Luego del arremetimiento de las tropas militares del Estado chileno, a mediados del siglo XIX, comienzan a desarrollarse nuevos debates acerca del territorio *mapuche* dentro de la oligarquía chilena. De acuerdo al relato de Mariman, una de las estrategias para ir apoderándose de los terrenos fue que los animales robados fueron vendidos en los sectores donde se construyeron los fuertes y ese dinero se destinaba al fisco o a la construcción de instituciones. Para completar y reglamentar la desposesión del territorio *mapuche* el Estado chileno promulgó la Ley de Radicación y Constitución de la Propiedad en Territorio *Mapuche* del 4 de diciembre de 1866, la que pretende regular el proceso de despojo, entregando al Estado la propiedad de la tierra al sur del Bio Bio para su posterior venta, remate o entrega. El artículo 5º de esta ley menciona:

> "de cada extensión o sección de los territorios indígenas en que el presidente de la república mande a ejecutar la disposición anterior (deslinde de territorio indígena), se levantará un plano, en el cual se marcarán las posesiones asignadas a cada indígena o a cada reducción i las que por no haber sido asignadas se reputarán como terrenos baldíos, y de consiguiente propiedad del estado(…), todos aquellos respecto de los cuales no se haya probado una posesión efectiva i continuada de un año por lo menos" (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile).

Este proceso, como se denuncia posteriormente, adolece de muchos vicios durante varias décadas, aunque comienza a aplicarse de manera más efectiva con la última derrota *mapuche* en 1881 y hasta 1929, lo cual se fundamenta en la pérdida de territorio *mapuche*:

> "Desde el sur del Biobio y hasta Chiloé eran 10 millones de hectáreas las que fueron reconocidas a través de 28 parlamentos con la Corona española, y el de Tapiwe en 1825 con la república de Chile. Sin embargo el llamado proceso de radicación indígena llevado a cabo desde el año 1884 y hasta 1930, dejaba en posesión de estos solamente 500 mil hectáreas" (Marimán, 2006: 116).

Como consecuencia, Mariman señala que se generó el empobrecimiento de la sociedad *mapuche*, quienes se vieron obligados a vivir en pequeñas porciones de tierra con el ejercicio de la pequeña agricultura y ganadería menor, y puesto que ya no se podían dividir estas pequeñas porciones entre los herederos, muchos de estos se vieron en la necesidad de migrar a nuevos espacios e insertarse laboralmente en oficios no *mapuche*.

Durante este proceso de casi medio siglo de duración se entregaron 3,078 Títulos de Merced[68] a 77,841 *mapuche*, principalmente entre las actuales provincias de Arauco y Llanquihue. Sólo el 5% del territorio que comprendía del río Bio Bio al sur se quedó en manos *mapuche*, pasando el resto a colonos chilenos y extranjeros, empresas de colonización y a remate, los cuales posteriormente dieron pie a la formación de grandes latifundios de miles de hectáreas de extensión.

Siguiendo a Nahuelpán (2012), en el *puelmapu* quienes sobrevivieron a las campañas militares del ejército argentino fueron trasladados a tierras de mala calidad, se llevaron a museos para exponerlos o se entregaron como personal de servicio doméstico. El mismo autor señala que a los *mapuche* en Chile se les dio Títulos de Merced y pequeñas porciones de tierra o hijuelas con títulos de propiedad individual. Del mismo modo, señala que la incipiente nación chilena, también arrasó con "otros espacios", como los entornos naturales, estructuras sociopolíticas y territoriales, siembras, ganados, profanación de cementerios para robar la platería, asesinato de personas; toda esta situación desestabilizó el equilibrio al interior del pueblo, al mismo tiempo que se imponían las estructuras del nuevo Estado chileno al cual el pueblo *mapuche* fue sometido.

Estas acciones traían consigo también la lógica de la existencia de las razas occidentales que se consideraban superiores y que, por medio de la violencia, impusieron su orden para "civilizar" a los pueblos indígenas, *mapuche* en este caso. Nahuelpan menciona que los grandes terratenientes y particulares fundaron sus riquezas en la acumulación por desposesión, quienes extrajeron a los animales y los trasladaron a la conformación de las nuevas ciudades:

> "El mayor porcentaje de ganado en posesión de los *Mapuche* eran ovejas, le seguía el vacuno y en menor cantidad los equinos, caprinos y cerdos. Sin embargo, a consecuencia de las campañas militares del ejército chileno, de los 230,000 animales calculados hacia 1860, sólo quedaban 63,000 en poder de los *Mapuche* hacia 1882. Produciéndose, de acuerdo al testimonio citado, la captura de aproximadamente el 72% de la base ganadera *Mapuche* en Ngulumapu" (2012:131).

Lo que estos autores *mapuche* describen, es un claro proceso de despojo originario, lo que David Harvey (2004) teoriza como "acumulación por desposesión" o acción de acumulación

[68] Títulos de Merced: Títulos de propiedad que fueron entregados a los *mapuche*, en virtud de la ley del 04 de diciembre de 1866, "sobre la fundación de poblaciones en el territorio de indígenas y normas para la enajenación de estos".

que está basada en la depredación y en la violencia durante lo que este autor llama "etapa originaria". Este proceso que es apoyado por todo el aparataje del Estado "incluye la mercantilización y privatización de la tierra y la expulsión forzosa de las poblaciones campesinas" (2004:113). Para Nahuelpan (2012), este proceso de despojo fue sentando las bases del colonialismo (que al mismo tiempo también era vivido en otros países de América latina), y transformó las condiciones económicas y territoriales del *Wallmapu*, convirtiendo a este pueblo en campesinos empobrecidos.

Mariman explica que los alemanes fueron aliados del Estado chileno en la invasión al *Wallmapu* y que sus conocimientos forestales, ganaderos y agrícolas les ayudaron a instalarse en este territorio incluso, con pequeños puertos. Del mismo modo, comenta que el proceso mal llamado "Pacificación de la Araucanía" consistió en la ocupación militar y asentamiento de las tropas militares chilenas en lo que ahora se conoce como región de la Araucanía; afirmando que se trató de una campaña genocida y etnocida que tuvo como misión el sometimiento total del pueblo *mapuche* al Estado chileno, con profundos cambios sociales, culturales y políticos al interior del pueblo *mapuche* en la relación que hasta entonces había mantenido con la nación chilena. Como forma de agradecer a quienes participaron en la campaña de la Araucanía, el Estado chileno repartió hectáreas entre los sargentos mayores, se entregaron tierras a colonos chilenos (a padres e hijos varones), se subastaron tierras que fueron adquiridas por los sectores más ricos (2006).

Luego del despojo de la tierra y de las matanzas a *mapuche* para poder lograr dicho acción impulsada por el Estado chileno, los/as *mapuche* se incorporaron a la nación chilena como un sector marginalizado, empobrecido e inferiorizado, lo que se traduce en la modificación paulatina de las estructuras sociopolíticas y etnoculturales ancestrales en un contexto en que la desposesión nunca fue exenta de la violencia.

Sergio Caniuqueo señala que "entre 1939 y 1953, el movimiento *mapuche* comienza a complementar sus resistencias y denuncias con la elaboración de propuestas" (2006:170) donde la tierra pasaba a ser parte central. Este mismo autor comenta que en esta alianza se encontraba la *Sociedad Caupolicán* y la *Federación Araucana* que pactaron con sectores de la derecha e izquierda y con organizaciones religiosas protestantes. También estaba la *Unión Araucana* que estableció alianzas con los capuchinos y tendían a la integración de los *mapuche* al contexto chileno. En 1936 se formó la Corporación Araucana a la que se incorporaron la mayor parte de

los *mapuche*. De acuerdo a este autor, el Partido Demócrata se transformó en una opción para los *mapuche* puesto que sus demandas se centraban en tierras y educación pero también en el reconocimento de su identidad propia, que lógicamente era distinta a la chilena. Posteriormente aparece la Federación Araucana liderada por Aburto Panguilef quien manifestaba que no sólo se les estaban quitando las tierras, sino que también estaban destruyendo su sociedad.

Durante el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo (1952-1958) se desarrollaron varios procesos reivindicativos por parte de los *mapuche*. En 1952 y 1953 Venancio Coñoepán, quien llegó a ser Ministro de Tierras y Colonización, ejecutó una serie de acciones como la liberación del pago de impuestos por bienes raíces para las personas indígenas, y promovió la integración del pueblo *mapuche* al Estado chileno a través de mecanismos como becas para estudiantes indígenas y un sistema de créditos en Banco del Estado.

En 1966, la Confederación Nacional *Mapuche* que agrupaba a todas las organizaciones indígenas, demandó la restitución de las tierras usurpadas, calculadas en ese momento en 150,000 hectáreas. Durante la Unidad Popular del gobierno de Salvador Allende (1970-1973) se ejecutó la Reforma Agraria y se restablecieron cerca de 80,000 de las 150 mil hectáreas que habían sido usurpadas a los *mapuche*:

> "Esta ley tuvo el mérito de contemplar dos mecanismos jurídicos para la recuperación de las tierras indígenas: la expropiación en razón de utilidad pública y la restitución. Además crea el Instituto de Desarrollo Indígena… respecto a la propiedad de la tierra es el siguiente: si bien es cierto que la CORA (Corporación de la Reforma Agraria) expropió fundos para ser traspasados a los indígenas (y campesinos en general) procedió a entregar sólo el usufructo del uso de la tierra, pero no la propiedad legal sobre la misma, fue el caso de San Juan de la Costa, por ejemplo." (Muñoz, 1999:15).

Sin embargo, la situación empeoró durante la dictadura militar desde 1973. En 1979 se promulgó el Decreto Ley 2,568, para terminar con las comunidades *mapuche* y las propiedades colectivas. Esta Ley de División de Comunidades Indígenas, estableció que se debía hacer la repartición de las tierras a cada jefe de familia al interior de la comunidad y después de diez años, los dueños podrían celebrar cualquier tipo de contrato con sus tierras, como venderlas o arrendarlas.

Desde ese entonces a la fecha se han venido generando movimientos de reivindicación territorial y cultural. En la década de los 90s con el retorno a la democracia, los gobiernos de la

concertación (coalición de centro izquierda que se agruparon para evitar la continuación de la dictadura) elaboraron una serie de "pactos sociales" para restablecer el diálogo con los pueblos originarios. Es así como en 1993 se crea la Ley Indígena 19,253 en la que se reconoce la existencia de pueblos originarios en el territorio nacional. El mismo año se creó la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) que tiene como finalidad canalizar las demandas de la población *mapuche*. En 2008 Chile ratifica el Convenio 169 de la OIT, convirtiéndose en uno de los últimos países en suscribir el Convenio a nivel mundial.

Los movimientos sociales y políticos *mapuche* que se han desarrollado desde entonces han tenido como reivindicaciones principales la recuperación de tierras, así como el reconocimiento constitucional como un pueblo propio, con idioma propio y con posibilidad de ejercer su autonomía política. En específico, se han planteado demandas por la autonomía y la libre determinación para poder ejercer libremente los derechos sociales y políticos colectivos como pueblo.

Sin embargo, el sistema capitalista y neoliberal han propiciado el auge y establecimiento, por ejemplo, de grandes industrias forestales, hidroelectricas, vertederos, pesca insdustrial, entre otros, en territorios *mapuche*, lo que se ha traducido en importante conflictos entre el pueblo *mapuche* y el Estado chileno, siendo "el estatus privilegiado del desarrollo neoliberal por sobre los derechos indígenas ... una importante fuente de los conflictos" (Richards, 2016:106). Chile se ha vuelto así un ejemplo paradigmático de lo que Hale denomina el "multiiculturalismo neoliberal" (2002). Un ejemplo muy simbólico del "multiculturalismo neoliberal" chileno, fue lo acontecido en Ralco, en la comuna de Alto Bio Bio, donde la empresa Endesa lleva a cabo un proyecto de central hidroeléctrica en territorio *pewenche* que comienza en 1998. A pesar de la oposición de las comunidad indígenas de ese territorio, la empresa se construyó de todas formas y tuvo como consecuencia la relocalización de numerosas familias en sectores alrededores y la inundación del cementerio de la comunidad (Richards, 2016).

Hay numerosos ejemplos similares, Richards (2016) hace mención a la planta de celusosa Celco, que elaboró ducto de drenaje de desechos que se deposita al mar durante el gobierno de Bachelet en 2010, en la Región de Los Lagos, en el sur de Chile. Otro ejemplo, que es muy pertinente de acuerdo a nuestro lugar de estudio, es la presencia de empresas

forestales en la Provincia de Arauco (y en otras localidades *mapuche*, como la Región de la Araucanía). Es así como:

> "Las políticas de desarrollo en Chile también han amenazado los derechos *mapuche* a los recursos naturales. Las empresas forestales nacionales y extranjeras poseen en los territorios ancestrales *mapuche* tres veces más tierra que los *mapuche* (Aylwin, 2002)" (Richards, 2016:107).

Esta misma autora profundiza en las condiciones nefastas de las plantaciones forestales para las comunidades y el medio ambiente, entre otra cosas, la extrema sequía a la que se ven enfrentadas sobre todo en épocas de primavera-verano, lo que además impide que crezca el *lawen* o plantas medicinales. Del mismo modo, los pesticidas que se utilizan para el tratamiento de pinos y eucaliptus producen contaminación de las vertientes, ríos y aguas subterráneas que se utlizan para riego, lo que a su vez desfavorece la manutención de la agricultura. Muchas de estas plantaciones se encuentran en sitios sagrados *mapuche*, lo que interfiere profundamente en el establecimiento del equilibrio con el entorno.

A raíz de esta situación es frecuente que las comunidades que se encuentran en proceso de lucha por la recuperación territorial realicen toma de fundos[69] y diversas protestas. Estas protestas se originan no sólo por la recuperación de tierras a través de su ocupación, sino también por los problemas ambientales que las empresas latifundistas de monocultivo están creando.

Frente a las protestas *mapuche*, el Estado chileno ha respondido militarizando la región, con un desfile de tanques policiales y policías con armamento sofisticado, sobre todo en el sector de Tirúa, al sur de la provincia de Arauco, y en las comunidades del norte de la Región de la Araucanía. Incluso, se utiliza un discurso legal, político y mediático que recurre a la amenaza de terrorismo, identificando a los *mapuche* que lideran o participan en las protestas como grupos terroristas que atentan contra la seguridad del país. En 2003 durante el gobierno de Ricardo Lagos, se aplicó por primera vez la Ley Antiterrorista, que por cierto, ahora es invocada por parlamentarios cada vez que sucede alguna situación de enfrentamiento en algunos de estos sectores. La presencia policial no sólo se traduce en que Carabineros o Fuerzas Especiales actúen como guardias de las empresas, sino que también realizan allanamientos en casas de familias *mapuche*, sin importar si hay presencia de personas mayores de edad, niños o niñas, y menos aún, si los allanamientos son justificados o no. Numerosas son

[69] Fundo: Propiedad como una hacienda, finca, predio.

las evidencias de estas acciones y varios son los *mapuche* que hasta la fecha han sido encarcelados o hasta asesinados por el Estado en manos de sus policías y en varios casos ha quedado develada la realización de "montajes", en los que latifundistas y policías crean situaciones para inculpar a *mapuche* y varias veces para cobrar un seguro. En este sentido entonces, una de las demandas inmediatas del pueblo *mapuche* en estas regiones no es sólo la devolución de las tierras o la autonomía, sino que es también la desmilitarización del *wallmapu*.

1.5 Embarazo y parto *mapuche*

La revisión bibliográfica del proceso de embarazo, parto y puerperio en el pueblo *mapuche* revela un escaso trabajo etnográfico y teórico en esta área. Los principales hallazgos apuntan al abordaje de las creencias y saberes que se tienen sobre el proceso de reproducción y a las prácticas de las *puñeñelcheve*, especialistas de la atención y el acompañamiento a las mujeres *mapuche* durante esta etapa de la vida cuando las mujeres transitan a la maternidad, experimentando situaciones múltiples de vulnerabilidad.

La partería *mapuche* se inserta como una saber y una práctica de acompañamiento y atención de la medicina *mapuche*, un sistema muy antiguo pero actualmente vigente, presente en diversas localidades del país, con capacidad de actuar en base a sus propias categorías nosológicas y etiológicas de los procesos de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992), que incluyen intervenciones y tratamientos naturales y se insertan dentro de sus propias prácticas culturales. Desde la independencia chilena, este sistema médico y sus agentes se han visto amenazados por el sistema médico hegemónico impulsado y respaldado por el Estado chileno, el cual subyace a la oferta de servicios de salud que el mismo Estado proporciona en la actualidad, incluyendo en la atención durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, la medicina *mapuche* ha perdurado en el tiempo por la valoración y validación que las personas *mapuche* hacen de ella y porque efectivamente, en muchos lugares actúa donde el sistema oficial no está presente o no resuelve cabalmente los malestares, padecimientos, inquietudes o necesidades de la población *mapuche*.

Ana M. Alarcón y Yolanda Nahuelcheo (2002) y Camila Flores (2011) señalan que el proceso de gestación, parto o *koñin* [70] y puerperio de la mujer *mapuche* son muy importantes

[70] *Koñin:* Nacimiento en *mapudungún.*

social y culturalmente, pero han sido poco estudiados. Michelle Sadler y Alexandra Obach elaboraron el documento "Pautas de crianza *Mapuche*" en el que se afirma:

> "El nacimiento de un niño/a *mapuche* es considerado un acontecimiento de gran importancia social y cultural no tan sólo para la familia, sino también para la comunidad. Para ésta, el nacimiento representa la perdurabilidad de la sociedad *mapuche*, y es la forma en que el pueblo permanece y se reproduce históricamente. En consecuencia, el nacimiento es la posibilidad de afianzar lazos familiares y de identidad del niño/a como individuo y como sujeto histórico, el/la cual es introducido/a y socializado/a en la cultura a través de diversas actividades ceremoniales" (2006: 57).

De acuerdo a este documento, en la cosmovisión *mapuche* no existe claridad sobre el nombre que se le otorga al feto, o de cuando comienza a ser considerado un ser humano, sin embargo:

> "Algunas mujeres consideraron ser aquello que tiene y expresa movimiento, y otras desde el momento en que la mujer toma conciencia de su estado de gestación independientemente de su correlato físico". (Sadler y Obach, 2006: 20).

El Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo elaborado por René Castro, Miriam González y Carlos López del Ministerio de Salud (2008) señala que cuando los padres sienten el deseo de tener hijos/as comienzan a tener *pewmas* o sueños que les van indicando y aconsejando sobre cuáles son los mejores momentos para embarazarse, y permiten además, visualizar el futuro de ese hijo/a. También, hace referencia a que el cuarto creciente del ciclo lunar es el período en que la mujer es más fértil, por lo tanto tiene mayores probabilidades de quedar embarazada.

En las Pautas de Crianza *Mapuche* (2006) se plantea que la fertilidad es muy importante y apreciada, puesto que las mujeres que no se encuentran en condiciones de procrear son consideradas enfermas. Cuando se encuentran en este tipo de situaciones las mujeres acuden a las agentes médicas tradicionales, por lo general mujeres, como la *machi*, *lawentucheve* o *puñeñelcheve* que recurren principalmente a tratamientos en base a *lawen* o hierbas medicinales para tratar la infertilidad y otras afectaciones. Del mismo modo se señala que, culturalmente, la edad ideal para que las mujeres sean madres es a los veinte años.

Varios de los documentos revisados apuntan a que los saberes y prácticas de salud *mapuche* se ha visto altamente modificado como resultado de las políticas asimilacionistas del Estado chileno a través de sus dispositivos de salud. Los establecimientos de salud del sistema

público, tanto de atención primaria como de segundo nivel, están presentes en todo el territorio *mapuche*, como respuesta del Estado a su obligación de ofrecer servicios de salud a toda la población, incluyendo durante la etapa prenatal y el parto. Sin embargo, la extensión de servicios obstétricos responde principalmente a una lógica universalista de la atención médica, donde, por un lado, se ofrecen servicios gratuitos a todas las mujeres en un esfuerzo por reducir las brechas de acceso y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud, pero, por el otro, se uniforma la atención sin tomar en cuenta las especificidades culturales y el derecho a servicios culturalmente pertinentes y reconociendo (y apoyando) además el papel de los agentes terapéuticos *mapuche*. Debido a esta situación la mujer *mapuche* ha tenido que, a lo largo ya de varios años, adaptarse a un nuevo espacio de atención de la salud materna como el hospital o los centros de atención primaria, con nuevas personas como agentes sanitarios: médicos, matronas y enfermeras, entre otros (Alarcón y Nahuelcheo, 2002; Flores, 2011).

Las personas *mapuche* y, en particular, las mujeres acuden hoy en día a los establecimientos institucionales de salud para dar a luz, habiendo interiorizado que la atención biomédica hospitalaria es lo esperado, requerido y deseado, en un proceso de naturalización y normalización que finalmente refleja "la hegemonía de la biomedicina como modelo de conocimientos científicos, organización del trabajo, y prácticas de atención:...[con su tendencia] a medicalizar y patologizar cualquier proceso fisiológico y... [con] el poder en el entorno hospitalario para que su voz de autoridad sea la que predomina en las decisiones a tomarse y en las rutinas médicas a seguirse" (Sesia, 2017:76-77; Menéndez 2003). Este fenómeno de naturalización de la atención obstétrica biomédica como la única forma legítima de atenderse es una muestra del bio-poder (Foucault, 1977, citado en Sesia, 2017) ejercido por el sistema institucional de salud como aparato del Estado chileno, con la concomitante radical subordinación, profunda marginalización o hasta supresión de las visiones, saberes y prácticas *mapuche* alrededor de la reproducción y el nacimiento.

Lo anterior no excluye que puedan darse fenómenos de distancia o hasta resistencia a la atención principalmente por el trato que ejercen los prestadores de los servicios. El mismo gobierno lo reconoce, haciendo alusión a las relaciones asimétricas de poder y al trato de parte del personal de salud hacia las usuarias y pacientes:

> "Las diferencias sociales entre médicos y pacientes aparecen no sólo en la vestimenta, el poder del delantal blanco, el fonendoscopio, o la computadora para tomar notas, sino también en el lenguaje y diálogo con el/la paciente. La situación

> de asimetría social se torna aún peor cuando las diferencias culturales y sociales entre agentes biomédicos y pacientes son más profundas y evidentes; y en particular cuando los/as pacientes representan un sector de la sociedad que es cultural y lingüísticamente discriminado -como ocurre con la sociedad *mapuche*-." (Sadler y Obach, 2006: 33).

La adaptación de la mujeres *mapuche* al modelo biomédico, sobre todo en la atención del parto hospitalario que es atendido principalmente por matronas, ha sido un proceso largo, intergeneracional y no siempre fácil. Las mujeres *mapuche* que participaron en los estudios antes mencionados señalaron no sentirse cómodas con el uso de instrumentos obstétricos, sentirse solas en la sala de parto, con falta de cuidado con los fluidos corporales, y muy frágiles con la comida que entregan en el hospital. Además, comentaron que el internarse en el hospital implica el alejamiento de sus hijos/as más pequeños/as, de sus casas, de sus labores cotidianas. Muchas de ellas no pueden comercializar sus productos cultivados en el campo, por lo que dejan de percibir ingresos. Además, afirman que no se sienten comprendidas por el personal de salud, sino que más bien se sienten discriminadas, tratadas como enfermas. Todas estas actitudes generan preocupación y estrés en las futuras madres (Alarcón y Nahuelcheo, 2002; Flores, 2011; Sadler y Obach, 2006). El mismo gobierno chileno reconoce que:

> **"**De esta manera, el hecho que las madres den a luz lejos de la comunidad y, en algunos casos, sin la posibilidad de ser acompañadas por sus pares significativos, fue identificado como un factor de rechazo para la idea de parto intrahospitalario" (2006: 57).

Durante el embarazo, parto y puerperio, hay varias creencias y saberes que expusieron las entrevistadas de los estudios revisados, como por ejemplo, el hecho de que: "el embarazo ... [es] concebido como un acto reproductivo biológico y natural, ajeno a cualquier interpretación mágico-religiosa" (Alarcón y Nahuelcheo, 2002:195). Lo anterior, sin negar que la llegada de un hijo/a siempre se considera como algo positivo que merece celebrarse.

También se hace alusión a los cuidados que debe tener la mujer *mapuche* embarazada en relación a las comidas, por ejemplo, se cree que si se come un huevo con dos yemas se podría tener un embarazo gemelar, o si por ejemplo se comen zanahorias o papas u otro alimento "deforme" el/la bebé podría nacer con algunos problemas físicos, ambos ejemplos de razonamientos analógicos. Se debe procurar consumir alimentación saludable como aves de campo, avena, trigo o frutas; no comer frutas verdes; ingerir alimentos que favorezcan la producción de leche materna; no asistir a actividades sociales o rituales porque podrían

producir enfermedades de transgresión cultural; también aparece la importancia del equilibrio entre frío y calor; evitar el contacto con la muerte de personas o matanza de animales; evitar transitar en ciertas horas del día donde puedan rondar los espíritus asociados a lo negativo (pero necesarios para establecer un equilibrio); y tener un manejo adecuado de la placenta y la sangre.

En relación a esto último, el tratamiento de la placenta es sumamente importante espiritual y culturalmente[71]. La práctica tradicional en relación a este órgano tenía/tiene (en general) como objetivo que el niño o niña que acababa de nacer estuviera ligado a comunidad de origen, sin olvidar sus raíces. Para eso, el padre o algún familiar cercano tomaba la placenta del bebé recién nacido/a y la enterraba en algún lugar cercano a la casa. Luego, en el mismo lugar se plantaba un árbol, simbolizando el comienzo de una nueva vida. En mis primeras entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, conversé con algunas mujeres adultas que me contaron lo que hacían sus madres o abuelas con las placentas. Una de ellas me contó que la abuela de su familia colocaba la placenta sobre una piedra grande y así, con la placenta extendida en su totalidad, se podía leer el futuro de ese niño o niña. Estas prácticas tradicionales han sufrido profundas transformaciones, en parte sostenidas por los mismos centros de salud y hospitales del sistema institucional de salud, que no consideran estos aspectos socio-culturales para el momento de la atención:

> "…hay una serie de tradiciones en torno al parto que la biomedicina no respeta, por ejemplo, la importancia simbólica que la placenta tiene para la cultura *mapuche*. De acuerdo a la cosmovisión *mapuche*, la placenta debe ser enterrada o quemada y la realización de este rito tiene importantes consecuencias para el futuro de los/as niños/as. En los hospitales ni las madres ni las familias pueden tener acceso a la placenta" (Sadler y Obach, 2006: 57).

[71] Cabe señalar que en la actualidad, algunos centros hospitalarios están entregando la placenta a la familia de la parturienta. El Hospital *Kahvu Llanka* ha sido pionero en realizar esta acción que se encuentra formalizada a través de un protocolo específico para la entrega de placenta. Dicha práctica ha sido un proceso que ha involucrado la capacitación a sus funcionarios, conversaciones y acuerdos con la Seremi de Salud, ya que, de acuerdo al código sanitario, la placenta es considerada como un "residuo" orgánico que necesita disponerse de acuerdo a las estrictas reglas sanitarias de los desechos. También, esta práctica se ha estado iniciando en hospitales ubicados en lugares urbanos como Hospital Las Higueras perteneciente al Servicio de Salud Talcahuano, Hospital Guillermo Grant Benavente perteneciente al Servicio de Salud Concepción. Más adelante revisaremos en profundidad este tipo de acción intercultural.

Tradicionalmente, el nacimiento se ha considerado un evento social de suma importancia, entre otras cosas porque simboliza, reproduce y perpetúa la existencia del pueblo *mapuche*. El embarazo en sí, por otro lado, aun si es considerado importante social, cultural y familiarmente, es estimado como un asunto propio de las mujeres. Las embarazadas eran asistidas por las mujeres de la familia y las *puñeñelcheve* -en caso que existieran en la comunidad-. Así se señala a continuación:

> "Así, podemos apreciar la importancia de las figuras femeninas en el cuidado de las mujeres embarazadas en el mundo *mapuche*. De hecho, hasta hoy, en la región de la Araucanía el embarazo es, definitivamente, un asunto de mujeres, una subcultura de género y de cuidado que se traspasa a través de generaciones por vía matrilineal. Incluso en tiempos de partos domiciliarios era la mujer y sus amigas, suegra, madre o pariente femenino la que organizaba el evento social del nacimiento de un/a niño/a *mapuche* en la comunidad" (Sadler y Obach, 2006:22).

Salazar indica que las parteras *mapuche* aprendían el oficio observando a las mujeres mayores de su familia o comunidad. La partera *mapuche* era considerada como un agente médico que asiste durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. Según la autora, las funciones de estas parteras se relaciona(ba)n a los poderes de adivinación o *pelón,* a la administración de hierbas medicinales o *lawen* para aliviar los dolores del parto, como desinfectante, etc; y a la entrega de consejos para el proceso reproductivo. Basándose en Rain *et al.* (2007: 83), Salazar señala que las parteras hoy en día realizan labores de acomodo del bebé durante el embarazo y no necesariamente de atención durante el parto. También menciona que es difícil encontrarse con parteras *mapuche* puesto que éstas han sido perseguidas una vez que se estableció la institucionalidad del parto desde la mitad del siglo XIX, como una imposición del gobierno chileno que no sólo no considera(ba) las diferencias culturales, sino estaba activamente movilizado para suprimir al pueblo *mapuche* y a sus expresiones culturales propias.

En muchos países de Latinoamérica es común la presencia de las parteras tradicionales en los sistemas médicos de los pueblos originarios; también es común que éstas estén presentes y cobren importancia en las localidades que no tienen acceso directo o se encuentran alejadas de establecimientos institucionales de salud; extendiendo su ámbito de acción no sólo al embarazo, parto y puerperio, sino también a otros espacios de la salud.

Antiguamente de acuerdo a la cultura *mapuche*, las mujeres parían en sus casas, en posición vertical, o en cuclillas, sujetadas de un cordel que estaba amarrado a una viga del techo:

> "En los cuidados *mapuche* tradicionales durante la gestación, las especialistas ponen énfasis en la promoción de conductas preventivas que se traduzcan en las menores complicaciones posibles durante el trabajo de parto. Por ejemplo, hay especial observación de la posición en que el feto se acomoda, sobre todo durante los últimos meses de gestación. Es así como compresas, masajes, ejercicios y fajas son utilizadas para ayudar al/a bebé a adoptar una posición adecuada para su nacimiento" (Sadler y Obach, 2006: 31).

Las parteras *mapuche* suministraban aguas a las mujeres durante el parto e incentivaban la libre deambulación; realizaban masajes, les ponían compresas para el alivio del dolor. También cortaban el cordón umbilical: mientras más largo se cortaba este, más viril sería el niño o la niña.

Si bien es cierto que las parteras han sido perseguidas y marginalizadas, aún hay mujeres que se atienden con ellas durante el período de gestación. En el inicio del trabajo de campo, pude observar que las dos parteras existentes y reconocidas en la comuna de Tirúa y por el sistema institucional de salud, realizan labores de acomodo, consejería, y participan de algunas actividades a las que les invitan a participar las matronas del CESFAM de Tirúa y de los hospitales de la provincia. Sin embargo, las labores que éstas realizan se han restringido y las que sí se les permite seguir realizando son aquéllas funcionales a las acciones y objetivos del sistema de salud institucional.

Aunque actualmente no se practica el parto en casa de manera rutinaria, sí existen mujeres, en su mayoría urbanas, con estudios formales y con poder adquisitivo que, acompañadas de doulas y/o matronas pueden ejercerlo en su propio domicilio; sin embargo, debido a que esta alternativa es más costosa económicamente, sólo un porcentaje bajo de la población puede acceder a ella; pero cabe mencionar además, que existe un miedo generalizado a la atención del parto en casa por las emergencias que pudieran ocurrir.

Otro de los temas que se aborda en la literatura es el aborto. Aunque sobre este tema en particular también existe muy poca información, las Pautas de Crianza *Mapuche* señalan que las interrupciones del embarazo en su mayoría eran involuntarias, provocados principalmente por el esfuerzo físico, consumo de alimentos considerados nocivos, y las que se realizaban conscientemente respondían a una presión social. El aborto se podía producir por el consumo de hierbas medicinales, sin embargo el conocimiento de esas hierbas pertenecía a las mujeres *mapuche* más antiguas y sabias.

En el cuidado del puerperio, hay recomendaciones para evitar enfermedades, como son el consejo de que las mujeres no deben lavarse el pelo, y no deben de tener relaciones sexuales. Una de las enfermedades más comunes que puede afectar a las mujeres *mapuche* es el conocido sobreparto que se asocia principalmente por la exposición al frío:

> "La etiología del sobreparto es doble: por un lado, su aparición está relacionada con la exposición prolongada de la mujer a temperaturas frías y, por otro, ocasionada por esfuerzo físico excesivo. El sobreparto causado por el enfriamiento se denomina *püra mollfüñ* (*püra*: subida; *mollfüñ*: sangre) y literalmente significa subida de la sangre" (Sadler y Obach, 2006: 28)

> "El sobreparto producido por esfuerzo físico excesivo se conoce como *koñiwe kutran* (*koñi*: hijo; *we*: lugar), es decir, la enfermedad que afecta al lugar donde está el hijo/a, la caída de la matriz" (Sadler y Obach, 2006: 28)

También, dentro de los cuidados del período postparto en el mundo *mapuche* se incluyen las atenciones que se promueven desde el entorno más cercano como la lactancia materna exclusiva, para fomentar el apego y una alimentación saludable desde el primer momento.

Las autoras de los documentos revisados señalan que las mujeres *mapuche* adhieren a la atención materna otorgada en los centros de atención primaria y de segundo nivel, pero también apuntan a que, ha habido una reinterpretación del proceso de embarazo, parto y puerperio a raíz de la penetración en la región *mapuche* de la biomedicina y la atención materna institucional, en particular (Alarcón y Nahuelcheo, 2002: 201; Gobierno de Chile, 2006):

> "Estos cambios se producen en la cosmovisión de las personas y también en el sistema médico *mapuche*, el cual, en la actualidad, mantiene en una posición de subordinación respecto a la medicina hegemónica occidental" (Sadler y Obach, 2006: 22).

En general entonces, los procesos de embarazo, parto, puerperio, atención al recién nacido y crianza de los infantes en el mundo *mapuche*, si bien es cierto que responden todavía a prácticas culturales propias, también está claro que se han ido modificando profundamente desde hace décadas, adecuándose a los nuevos contextos y por los motivos señalados.

1.6 El Desarrollo de la Partería en Chile y las Políticas de Atención en Salud Materna

Antiguamente el proceso del embarazo, parto y puerperio en Chile era llevado a cabo por la partera tradicional "comadrona", o "*meica*"[72], generalmente eran mujeres que tenían como rol acompañar a otras mujeres durante el parto como un proceso netamente natural. Desde el siglo XVIII en adelante con el ingreso de la incipiente medicina científica en la Colonia tardía, el trabajo que las parteras habían venido desarrollando comienza a cuestionarse y se empiezan a realizar cambios que pueden verse principalmente durante el proceso del parto como la medicalización del mismo, la posición en que las mujeres dan a luz, y el rol creciente de los hombres como agentes médicos que atienden a las mujeres, entre otros.

En Chile, y en casi toda América Latina, durante el período de la Colonia y hasta mediados del siglo XIX el desarrollo de la medicina era muy incipiente. Quienes atendían los partos eran las parteras, comadronas o *meicas*, también conocidas como "parteras empíricas", mujeres que aprendían de otras mujeres por medio de lo que observaban. Una vez entrada la Colonia y junto con ella el Tribunal del Protomedicato, se comienza a "regular" la acción de las parteras:

> "El establecimiento del Tribunal del Protomedicato en 1756, la fundación del Hospital de mujeres en 1771 y la creación de la cátedra de Prima Medicina, fueron algunos hitos relevantes, que nos indican el afán normativo y de control que buscaba eliminar las prácticas fundadas en la ignorancia y la superstición. Estos intentos normativos chocaban, sin embargo, con la falta de especialistas que pudieran, por ejemplo, examinar a las mujeres que se dedicaban a asistir a las parturientas y con ello terminar con lo que consideraban abusos o práctica ilícita". (Zamorano y Biotti, 2004: 132-133).

Según lo que plantean estas autoras, el examen no se realizaba sólo con el propósito de supervisar a las parteras sino de marginarlas del oficio debido a que eran mujeres "impuras", pobres y analfabetas. "Para el Protomédico Doctor José Antonio Ríos y al médico cirujano José Llenes, era "tan deplorable el estado en que se halla este ejercicio que sólo se aplican a él mulatas, indias, gentes sin Dios ni ley; basta el no tener algún modo de ganar la vida para aplicarse a partear" (*Ibidem*:131-132). Al mismo tiempo, esta reglamentación velaba por los honorarios de los médicos y parteras examinadas, en este caso las mujeres parturientas ricas debían pagar más que las mujeres parturientas pobres por los servicios médicos recibidos.

[72] En el ámbito popular chileno, por lo general, las *meicas* eran mujeres mayores que poseían conocimientos en salud, basándose en su experiencia previa.

Zárate señala que durante el siglo XVIII la medicina formal estuvo tutelada por la Corona española (2007). El ejercicio médico de la época se caracterizaba por la práctica de la sangría como método de curación, textos de medicina en latín, diagnósticos poco certeros, pues se desconocía enormemente el funcionamiento del cuerpo humano. La misma autora expone que en esta época los oficios de médicos, cirujanos o barberos, se estudiaban y ejercían de manera separada, "los cirujanos aprendían con un maestro y los médicos en las universidades" (*Ibid*.:89). Durante ese tiempo los médicos tenían clientes del mundo privado- puesto que aún no existían ni un sistema, ni centros de salud- sin embargo, esas experiencias sirvieron para que los inexpertos médicos pudieran ir practicando y adquiriendo conocimientos prácticos.

En su libro "Desarrollo de la Obstetricia y de la Ginecología en Concepción hasta 1970", el Doctor Washington Muñoz Agüero menciona que aunque las leyes que dictaran los Reyes Católicos durante la época colonial se suponían debían ser aplicadas en todas las colonias, eso no sucedía en la práctica, y por lo tanto, los partos en la mayoría del territorio y también en Concepción seguían siendo atendidos por parteras empíricas y "excepcionalmente por cirujanos formados en Europa, pero atrasados en los avances de la medicina" (1994:20). Al mismo tiempo, las parteras tradicionales contaban con el respaldo y confianza de las mujeres parturientas de las comunidades; en vista de esta situación, no era conveniente que el Protomedicato se inmiscuyera, puesto que le podría traer detractores a la Corona ya que este tipo de regulación no sería bien visto por este sector de la población.

En el siglo XIX la medicina chilena se va transformando con la llegada de médicos extranjeros, su formalización universitaria, "la creación del curso de medicina en 1833 y a la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1842" (Zárate 2007:90). Esta autora -haciendo referencia a Sol Serrano (1993)- señala que la formalización de la medicina como carrera estuvo fundamentalmente apoyada por el nuevo Estado chileno después de la Independencia, el cual estaba interesado en regular el ejercicio y fomentar la imagen de la incipiente carrera. Es así como a lo largo del siglo XIX, se creó una fuerte alianza entre el Estado, la universidad y el Protomedicato con el objetivo de expandir la utilización de la ciencia.

De acuerdo a lo que plantean Zamorano y Biotti, (2004) y Zárate (2007 y 2008), la primera matrona examinada en Chile fue Isabel Bravo quien se sometió a examen por el

Protomedicato de Lima en 1559 (algunas fuente mencionan que fue en 1568). Bravo cumplía con el perfil de matrona y de mujer ideal que quería impulsar el Protomedicato, una mujer cristiana, con conocimiento en lectura y escritura. Al mismo tiempo este tipo ideal seguía dando paso al refuerzo de los imaginarios "salvaje v/s civilizado" y a la profundización de la segregación social asociándose a las clases populares, bajas e indígenas, por lo tanto a la asociación de las parteras tradicionales con lo "impuro", lo sucio, y lo peligroso.

> "Pero, ¿quiénes eran estas *parteras?* Sor Imelda Cano Roldán (Religiosa Mercedaria) en su libro *"La mujer en el Reyno de Chile",* nos informa sobre el origen social de estas mujeres en Chile. Las parteras o *«comadres de parir»* pertenecían generalmente a la baja esfera de la sociedad, lo que se explica, en parte, por el *menosprecio con que era mirado el oficio de partear y la repulsa que por él sintieron las damas españolas en el Reyno de Chile".* (Lattus y Sanhueza, 2007:271).

Según Muñoz Agüero, el primer intento para desarrollar la Obstetricia en Chile fue en 1819, a cargo de Julían Grajales, un médico enviado por la Corona española en un primer momento para promover la vacuna antivariólica. Sin embargo, una vez declarada la Independencia en 1810, pasa a ser parte del Instituto Nacional para el que propone la clase "Afectos internos, operaciones y partos", que no se pudo llevar a cabo por la oposición de otros Protomédicos y por falta de alumnos. (Muñoz Agüero, 1994:23).

El siglo XIX fue para Chile el período donde se comienza a consolidar y consagrar la medicina. Según Zamorano y Biotti, (2004), Zárate (2008) y Muñoz Agüero (1994), la obstetricia comienza a adquirir especialización desde 1834 con la presencia de médicos como Julían Grajales, Adolfo Murillo, el inglés Guillermo Blest y el francés José de Passamán; estos dos últimos pusieron en debate la utilización del cornezuelo de centeno[73] para el tratamiento del parto y las parturientas (Zárate, 2008:101). Lattus y Sanhueza (2007) señalan que el primer curso de estudios médicos se inicia en 1833 y contemplaba cuatro áreas de estudio: Medicina, Anatomía, Farmacia y Cirugía y Obstetricia. Este último curso estaba a cargo del médico francés Lorenzo Sazié, quien fue fundador y primer docente de la Escuela de Matronas (también conocida como Colegio de Obstetricia) el 16 de julio de 1834. Según Zárate (2008) a Sazié se le conoce además por introducir el fórceps, espéculo vaginal y la camisa de fuerza para

[73] El centeno es una planta gramínea con propiedades uterotónicas. Se utilizaba para acelerar el parto y para detener la hemorragia después del parto, así como las hemorragias internas.

enfermos mentales (2008:113). Muñoz Agüero señala que durante el gobierno de Prieto[74] en 1834 se estableció un decreto que establecía los siguientes criterios para el establecimiento de la nueva Escuela de Obstetricia en Santiago[75], la capital del nuevo país independiente:

> "1.- La fundación de una Escuela de Obstetricia bajo la dirección del Dr. Lorenzo Sazié.
>
> 2.-La admisión gratuita de las mujeres de esta capital, que deseando dedicarse a la profesión, sepan leer y escribir, hayan recibido una decente educación y sean jóvenes, robustas y bien constituidas.
>
> 3.- La posibilidad de que ingresen a la escuela dos alumnas por cada provincia; y
>
> 4.- El funcionamiento de la escuela en la Casa de Expósitos (Casa de Huérfanos)" (Muñoz Agüero, 1994:24).

Lattus y Sanhueza explican que con la Fundación de la Universidad de Chile en 1842 y su Facultad de Medicina, la Escuela de Matronas queda bajo la "supervijilancia" del Rector de la Universidad y el Decano de la Facultad de Medicina y Farmacia. En 1887 se crearon las cátedras de Ginecología y de Clínica Ginecológica que se instaló en el Hospital San Borja en Santiago. Siguiendo con lo planteado por las autoras, en 1875 se entregó a la comunidad la Maternidad del Hospital San Borja. Puesto que para esa época no eran comunes los partos hospitalarios, la Casa de la Maternidad se transformó en un centro caritativo que acogía a mujeres de "baja condición social".

Este proceso de formalización del estudio de la obstetricia trajo consigo varias consecuencias y especificidades. Entre ellas la diferencia que se establece entre "partera" y "matrona", aludiendo a la partera como la persona que adquiere su conocimiento de manera empírica a través de la experiencia y a la matrona como la persona que obtiene su conocimiento a través de estudios formales (Zarate, 2007:285). Otro de los cambios no menores y siguiendo los patrones europeos de los siglos XVII y XVIII fue la incorporación de los hombres como médicos-obstetras dentro de la especialidad médica. En Europa este acercamiento hacia el cuerpo femenino dio paso al interés por estudiar el cuerpo de las mujeres, quienes no habían sido objeto de estudio clínico hasta ese entonces (Zárate, 2007:109-110).

---

[74] José Joaquín Prieto fue Presidente de Chile durante los años 1831-1841. Su gobierno se caracterizó principalmente por darle "estabilidad política" al país a través de un régimen conservador, Se centró en organizar la administración de la recién creada República de Chile.

[75] La ciudad de Santiago se fundó el 12 de febrero de 1541 por el conquistador y gobernador español Pedro de Valdivia.

La Escuela de Matronas fundada en 1834 aprueba un total de 16 alumnas en 1836, alcanzando un aproximado de 200 para fines del siglo XIX (Zárate, 2007:289; Lattus y Sanhueza 2007), pero sin lograr el rango universitario durante ese mismo siglo.

> "Consistía en una educación conducente a la formalización de un oficio paramédico que no gozaba del grado de bachiller o licenciado, primer indicador de que su instrucción formal no respondía al clásico modelo de profesión. En su mayoría, las matronas eran entrenadas por médicos, no por matronas o sus iguales, como si lo era y lo es al interior de la profesión médica; incluso, las lecturas recomendadas eran tratados escritos por médicos para otros médicos, hasta que Carlos Monckeberg publicó uno especialmente dirigido a ellas (Monckeberg, 1898)". (Zárate, 2007:293).

Por 1830 la formación educativa de las matronas se transformó en interés y preocupación del Estado debido a los altos índices de mortalidad materna e infantil. Para Zárate, esta "incipiente profesionalización" de la atención de los partos produjo una regulación permanente del oficio, además involucró un aumento en la cobertura de la asistencia en los partos, remitió a las matronas al ámbito de competencia del parto normal y al médico al ámbito de los partos más "trabajosos". Finalmente aún si las matronas compartían campo asistencial con las parteras empíricas su profesionalización dio paso a una marginalización incipiente de las parteras tradicionales (Zárate, 2007:294).

> "En dicho proceso, el interés de la matrona ya no sólo se remitió al momento de *«cortar el cordón umbilical»,* como ocurría en la Colonia, sino que se extendió el foco de atención médica a la etapa previa, durante y después del parto. En pocas palabras, la práctica obstétrica se profesionaliza en Chile. Dicho proceso se inicia aproximadamente en los años 1833 y 1834 con la creación del primer curso de estudios médicos (1833), aunque su programa sólo haya podido concretarse parcialmente debido a la carencia de profesores. En este, se contemplaban cuatro áreas de estudio; Medicina, Anatomía, Farmacia y Cirugía y Obstetricia, esta última a cargo del médico francés Lorenzo Sazié" (Lattus y Sanhueza, 2007: 273).

El cambio de un modelo médico tradicional o doméstico a uno biomédico, abrió paso a la valoración del conocimiento científico como el único conocimiento válido. Este cambio en los modelos de atención repercute también en el espacio donde se atienden los partos, pasando de los partos domiciliarios a los partos intrahospitalarios para comienzos del siglo XX, con las matronas que empezaron a ocuparse de los cuidados puerperales:

> "En el año 1873 comienza la construcción de la Maternidad del Hospital San Borja, el cual se entregó a la comunidad en 1875 y que fuera la antigua Casa de Maternidad de Santiago, heredera, a su vez, de la sala de parturientas de la Casa de Huérfanos de 1831". (Lattus y Sanhueza, 2007:275)

Las autoras Lattus y Sanhueza señalan que durante el siglo XIX las actividades obstétricas y ginecológicas fueron desarrolladas principalmente por hombres. Pero esta situación cambió en cuando en 1887 se titula la primera médico de Chile y América Eloísa Díaz Insunza, quien se especializó en temas de salud de a mujer, además comentan:

> "El desarrollo de dichas especialidades, junto a la formación de las matronas *fueron los ejes principales de la medicalización formal de la asistencia del parto decimonónico"*. (2007:275).

Estas mismas autoras explican además, que a estos cambios se sumaron la difusión sobre la importancia de los cuidados puerperales y los beneficios de la atención entregados por matronas y médicos especialistas. Según María Soledad Zárate, ha sido complejo reconstruir la historia de las matronas, a diferencia de la historia de médicas y enfermeras, principalmente porque no se cuenta con testimonios directos de las matronas, lo que se explica según esta autora por lo siguiente:

> "Prácticamente, las matronas no tuvieron una voz propia y pública en las primeras décadas del siglo XX, lo que se explicaría por la baja exigencia educativa en los requisitos de ingreso a la Escuela de Matronas y la rudimentaria instrucción que recibieron hasta mediados del siglo XX. Por ejemplo, sabemos que la exigencia de contar con el quinto año de humanidades fue impuesta solo en 1934, y recién desde 1948 fue necesario rendir las pruebas de bachillerato en Biología, convirtiendo el oficio de matrona en una profesión universitaria" (2013:148).

Lattus y Sanhueza, señalan que en 1906 se fundó el Instituto de Puericultura, iniciativa que se concretó con al apoyo de la Municipalidad de Santiago. Luego, este instituto se fusionó con el Colegio de Obstetricia, para ser el "9 de junio de 1913 –por decreto supremo N° 7.317– la Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas de la Universidad de Chile, en honor al querido y carismático doctor Alcibíades Vicencio, pionero mundial en analgesia obstétrica" (2007:275).

Zarate (2013) señala que entrando en el siglo XX se creó la Unión de Matronas de Chile, y luego el Sindicato de Matronas y el Frente Nacional de matronas para delimitar las funciones entre las matronas y médicos a fines de 1930. Siguiendo con Zárate, explica que durante la primera mitad del XX comenzó a valorizarse a las matronas y se transformó en un servicio requerido por la Caja de Seguro Obligatorio cuando inauguraron el servicio de atención domiciliaria de parto y añade:

> "En 1935, a once años de la fundación de la CSO (Caja de Seguro Obligatorio), la institución contabilizaba 71 matronas funcionarias, y en 1945, 208 matronas pertenecían a la planta permanente" (2013:123).

En 1951 se realizó el Primer Congreso Científico Nacional de Matronas, oportunidad en la que las mujeres que practicaban este quehacer difundieron su labor y discutieron sobre diferentes aspectos técnicos y éticos de este trabajo. Luego, en el año 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud quien otorgó mayor visibilidad a las matronas por la atención del parto hospitalario y domiciliario, lo que se tradujo en un objetivo del Departamento de Salud Materno Infantil. Esta acción de acuerdo a lo que comenta Zárate (2013), impulsó que algunas matronas de la época comenzaran a escribir sobre su quehacer, para estimular la formación de más matronas ante la creciente demanda para la atención de salud materno-infantil y para establecer las tareas de las matronas que se estaban alejando de su foco de la atención obstétrica, desarrollando tareas más bien de tipo administrativas.

El desarrollo de la matronería en Chile se siguió dando durante el siglo XX reforzándose de manera educacional e institucional, de la mano con el desarrollo del conocimiento científico. En la actualidad la mayoría de las matronas son mujeres y gineco-obstetras hombres.

Las estrategias de salud para la atención materna e infantil se fueron profundizando hasta llegar al año 2008, donde se impulsa a nivel nacional la estrategia de Humanización del Parto. Dicha estrategia se ha traducido en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo con una serie de recomendaciones generales, basadas en los derechos de las mujeres, a nivel país que debieran ser adecuadas a cada particularidad local y a las fortalezas de los equipos de salud, para que dicho personal ponga en práctica durante el proceso de gestación, parto y puerperio, con propósito de convertir la atención en un asunto mucho más personalizado y considerando las necesidades y requerimientos de cada usuaria. El enfoque de dicho documento asume:

> "el reconocimiento de los derechos de las personas, la salud sexual y reproductiva, la perspectiva de género, la violencia, particularmente la violencia sexual que sufren las mujeres, la participación del hombre en la gestación y en el cuidado de los hijos e hijas, y las recomendaciones basadas en la evidencia científica de las mejores prácticas en la asistencia durante el embarazo, pre parto, parto y post parto". (MINSAL, 2008:15)

La humanización del parto se concibe como un modelo de atención personalizado, que promueve las relaciones horizontales entre los agentes de salud y las mujeres en proceso de parto, tiene a la usuaria como protagonista y suscita el respeto a los tiempos de trabajo de parto y parto y a las necesidades de cada mujer. Del mismo modo, hace hincapié en la importancia del acompañamiento de personas significativas para la mujer durante el parto, promover el apego entre la madre y el recién nacido y promueve la reducción de las intervenciones que se consideran como rutinarias.

> "a medida que se aproxima el momento del parto, crece el número de prácticas invasivas y muchas veces innecesarias, incorporadas en función de un imperativo tecnológico que dista de ser inocuo y de aportar beneficios netos a la salud de la gestante y su hijo en todos los casos" (MINSAL, 2008:19).

El Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo hace referencia a los elementos que los equipos de salud deben considerar. Por ejemplo, durante la asistencia desde la gestación hasta el nacimiento y el puerperio, es preciso tener en cuenta la importancia de la atención prenatal, y el continuo de la atención en el trabajo de parto y parto, es crucial el apoyo emocional continuo a la mujer, evitar el monitoreo fetal continuo, implementar un manejo apropiado del dolor, permitir la deambulación en el trabajo de parto y la libre posición de la mujer al momento de la expulsión, restringir la instalación rutinaria de fleboclisis con soluciones glucosadas y/o libres de sales que impiden el libre movimiento, permitir el consumo de líquidos y alimentos ligeros a demanda de la mujer, evitar el uso de enema, y el rasurado perineal, limitar la episiotomía, dar las indicaciones pertinentes de pujar en el periodo expulsivo, promover el contacto piel a piel y la lactancia materna inmediata entre las madres y sus recién nacidos sanos y el corte retardado del cordón.

La instalación de esta estrategia ha sido un proceso lento que ha costado implementar en los respectivos servicios de maternidad debido a la resistencia del personal de salud, muchos de los cuales han recibido una formación intervencionista y medicalizante de la gestación, parto y postparto, y a quienes se les pide ahora que apliquen lo contrario de lo que han aprendido lo cual "…puede verse como una amenaza en el sentido de que se disminuya la «autoridad» asignada al personal de salud" (Universidad de Chile, 2009:12). Si bien es cierto, que en el caso chileno el 70% de los partos los atienden las matronas, sin embargo la medicalización del proceso de embarazo, parto y puerperio es un proceso muy establecido

entre ellas. Esto nos traslada al escenario contrario: un incremento del porcentaje en los partos por cesáreas, así se señala en el sitio web del Ministerio de salud de Chile:

> "La OMS estimó que un nivel aceptable de parto vía operación cesárea es de un 15% del total de los partos, basándose en los índices de menor riesgo materno-perinatal observados en países desarrollados. Chile presenta una alta tasa de cesárea: en el sistema privado alcanza un 76% y en el sistema público un 37% el 2010 y 40.5% el 2013 (DEIS)" (MINSAL, 2016).

El que las cesáreas vayan en aumento puede ser un indicador del debilitamiento en la matronería profesional y la mala asociación en creciendo que se tienen de la cesárea a la modernidad[76].

Al respecto, la directora de la carrera de Obstetricia de la Universidad San Sebastián, Andrea Rodríguez señaló en una entrevista para el sitio web del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián, que esta situación es una oportunidad para que las matronas eduquen a las mujeres sobre la importancia del parto fisiológico:

> "desde la matronería es importante educar a la mujer durante sus controles de gestación, empoderarla en todo el proceso para que ella sea la protagonista. Es importante destacar que como profesionales de la salud tenemos que darle la oportunidad, las herramientas y la tranquilidad de tener un parto lo más humanizado posible. Y eso es hablar de que el proceso del trabajo de parto es natural y, por lo mismo, debe ser espontáneo y no se debe apurar. Esto es algo que debemos impulsar como profesionales".

A la fecha, han surgido diferentes estrategias para poner en práctica dicho manual, así como capacitaciones, sensibilización, encuentros internacionales, locales, pasantías donde los equipos de salud visitan diferentes experiencias que puedan replicar en sus respectivos lugares

[76] "Las principales indicaciones de cesárea son: distocias del trabajo de parto, cesáreas previas, presentación podálica y sufrimiento fetal agudo. Entre las causas del aumento de la cesárea está el uso rutinario de la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal y su mal interpretación, aumento de las intervenciones en edades gestacionales menores, aumento de embarazos en mujeres de más de 40 años y el número creciente de mujeres que tienen una cesárea previa. Los factores no médicos que influyen en la flexibilidad para indicar la intervención son: solicitud de la mujer, temor sobre el bienestar materno-fetal, temor al dolor del trabajo de parto, supuesta autonomía de la mujer para tomar decisión de la vía del parto, en el contexto de una relación médico-mujer cada vez más horizontal" (Web MINSAL, 2016). Sería prudente agregar que la privatización del sistema de salud chileno tiene directa relación con el aumento de las tasas de cesárea, ya que el al ser más cara, el sector privado ve una mayor ganancia económica con la realización de esta práctica.

de trabajo. Estas actividades que emprenden los equipos tienen como propósito apuntar a la obtención de los siguientes beneficios:

> "… brindar un entorno íntimo para el nacimiento, en que la dignidad y decisiones de los padres sean respetadas, favorecer el vínculo de apego entre el niño/a y su madre, desde la gestación y con énfasis durante las primeras horas de vida, lo que implica entre otras medidas, restringir el uso de la tecnología innecesaria durante el proceso de gestación y parto y la promoción de la lactancia materna. Más específicamente, medidas tales como el contacto piel a piel, amamantar dentro de la primera hora después del parto, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y la presencia del padre o persona significativa en el parto, han resultado en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño/a, lactancia más exitosa durante todo el primer año, y menor abandono de recién nacidos/as" (MINSAL, 2008:20).

De acuerdo a lo que se señala en el informe "Chile Re-visión del parto personalizado" (2009), los principales cambios en los modelos de atención del parto son:

Cuadro 8. Cambios promovidos en el modelo del "parto personalizado", Chile, 2009

Modelo intervencionista de atención de salud	**Modelo personalizado de atención de salud**
Separación entre cuerpo y emociones	Integración cuerpo y emociones
Cuerpo entendido como máquina	Cuerpo entendido como organismo integral
El paciente como objeto	Las familias usuarias como sujetos activos en la atención
Estandarización del cuidado, autoridad y responsabilidad en el practicante, no paciente	Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicantes y usuarias
Separación del practicante del paciente	Conexión y cuidado entre practicantes y usuarias
Trato impersonal hacia pacientes	Cuidado personalizado y empático de usuarias
Sobrevaloración del uso de tecnología	Uso de tecnología sólo si es necesaria
Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo	Énfasis en prevención a largo plazo
Intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud	Apertura hacia modelos complementarios de atención de salud

Fuente: MINSAL, 2009.

El mismo informe señala la experiencia del antiguo Hospital de Cañete Ricardo Figueroa González (actual Hospital Intercultural *Kalvu Llanka*), hospital perteneciente al Servicio de Salud Arauco y considerado de baja complejidad, donde parte de su personal, por medio del conocimiento de diversas experiencias nacionales e internacionales inicia un modelo de atención del parto personalizado.

Este hospital desde los años noventa del siglo XX comienza a incorporar el acompañamiento de la mujer parturienta durante el expulsivo, y comienza a reducir intervenciones como enemas y rasurado del vello púbico. Una de las matronas del Servicio de Maternidad de dicho hospital viaja a la Clínica Acuario de España para conocer la experiencia que allí se estaba desarrollando sobre parto personalizado con objeto de poder iniciar un proceso similar en el antiguo Hospital de Cañete:

> "Proyecto piloto para implementar en la maternidad del Hospital de Cañete llamado "Personalización del Proceso Reproductivo" en diversas jornadas de trabajo con equipos de maternidades de la región. El proyecto busca lograr la implementación de la humanización del parto en el hospital de Cañete, promover la satisfacción usuaria de la madre, mejorar el apego del recién nacido y fomentar la incorporación de la familia en el proceso del parto" (Sadler, 2009:46).

Como la promoción del cambio encontró resistencias entre las matronas del hospital, todas ellas fueron enviadas a realizar pasantías al Hospital de Villarica en la Región de la Araucanía para que comprobaran que sí era posible comenzar a realizar cambios en la atención de salud materna y reproductiva. Dentro de las primeras actividades que iniciaron destaca el "acondicionamiento de la sala integral de atención de parto", donde se adecua el lugar de parto con cortinas, clima temperado, pintado de paredes, una cama de madera, una silla para parto vertical, tina de fibra de vidrio para el trabajo de parto entre otras cosas:

> "Se promueve el acompañamiento de la mujer, y es ella quien escoge la posición para el parto. Además se restringe la realización de la episiotomía, se corta el cordón una vez que deja de latir y se favorece el contacto piel a piel del recién nacido con su madre. En cuanto al manejo del dolor, se utilizan estrategias como la deambulación, la masoterapia, el uso del balón kinésico, la tina con agua tibia y la contención emocional por parte del equipo de salud." (Sadler, 2009:46).

Contrario al paradigma de la modernidad aplicado al campo de la bio-obstetricia, donde se considera que a mayor tecnología e intervención médica, mejor atención técnica, aquí prevalece la idea que el colocar a las mujeres como protagonistas de su propio proceso de

embarazo, parto y puerperio y reducir las intervenciones rutinarias y medicalización de dicho proceso mejora la atención tanto a nivel técnico, como de relaciones humanas. Considerar los requerimientos desde las propias mujeres usuarias nos habla de la transformación de un modelo de atención que está ahora más centrado en las personas, en el bienestar integral, respetuoso de los requerimientos individuales de cada mujer en un momento trascendental de sus vidas como personas y en la transición hacia la maternidad.

1.7 La matronería para los organismos internacionales multilaterales

El ejercicio de la partería profesional o matronería se ha ido profesionalizando cada vez más, en Chile y en la mayoría de los países del mundo. Hoy en día la Organización Mundial (OMS) de la Salud define a la partería como:

> "la atención dispensada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención que recibe el recién nacido. Incluye medidas destinadas a prevenir problemas de salud en el embarazo, la detección de anomalías, la búsqueda de asistencia médica si es necesario, y la aplicación de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica." (2015:)

Asimismo, la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) define partería como:

> "los servicios de salud y el personal de salud necesarios para prestar apoyo y atención a las mujeres y a los recién nacidos, incluyendo la atención de salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal. Esto comprende un conjunto completo de servicios de salud sexual y reproductiva, entre los que se incluyen la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la prevención del embarazo, el manejo de las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo y la posibilidad de un aborto sin complicaciones en casos donde el procedimiento no resulte ilegal" (2014: 3)

Con la profesionalización de la matronería, su campo de acción también fue cambiando y en la actualidad se promueve no sólo que estén a cargo de acompañar y atender el parto sino también de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio; planificación familiar, enfermedades de la mujer y atención del recién nacido, entre otros. Se promueve un proceso de atención centrada en la mujer y en su amplio bienestar, donde las parteras profesionales tienen un papel central. Así lo evidencia la UNFPA:

> "La partería es un elemento clave de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal (SSRMN) y se define en este informe como los servicios de salud y el personal sanitario requeridos para apoyar a las mujeres y los recién

> nacidos: Entre estos servicios se incluyen la salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal" (2014:).

En el mismo sentido, la OPS en su informe la Caja de Herramientas para el fortalecimiento de la partería menciona las transformaciones de la partería:

> "Por necesidad, la partera profesional también se ha convertido, en diferentes épocas y lugares, en gerente, investigadora, educadora y defensora de la causa, a veces incluso en una figura política en el campo de la salud de la mujer, capaz de evaluar una situación, detectar problemas y sus soluciones y asignar un orden de prelación a las intervenciones. La esfera de acción de la partera profesional se extiende más allá del embarazo y el nacimiento; por ejemplo, abarca la regulación de la fecundidad y la menopausia. Por consiguiente, dotadas con un conjunto tal de aptitudes" (2010:10-11)

El trabajo de las parteras tradicionales es un tema que ha sido abordado por organismos internacionales multilaterales como la OMS y el UNFPA. Hasta la década de los noventa la partería tradicional era un tema que se abordaba de manera explícita; sin embargo, la política a nivel global ha cambiado con respecto a la partería.

Hoy en día, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la partería se refiere a "los servicios de salud y el personal de salud necesarios para prestar apoyo y atención a las mujeres y a los recién nacidos, incluyendo la atención de salud sexual y reproductiva y, en especial, la atención durante el embarazo, el parto y el período posnatal" (2014: 2-3).

Durante las décadas de los 70`s y 80`s, la política global se enfocaba en la idea de que había que capacitar a las parteras tradicionales, desarrollando cursos de adiestramiento básico para que las parteras tradicionales pudieran apoyar en lugares donde no existía cobertura de los servicios de salud, y para que pudieran realizar lo que se llamaba un "parto limpio"; con objeto de que cumplieran con la higiene durante el parto para evitar infecciones, detectaran complicaciones y estuviesen en condiciones de canalizar a las mujeres con complicaciones hacia el sistema de salud institucional. Así, en la Declaración de Alma Ata (1978) se acordó que era necesario capacitar a todo recurso humano, como las parteras tradicionales, para apoyar en la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil y en la prestación de otras atenciones básicas de salud.

Desde una visión utilitarista, se reconoció entonces el trabajo de las parteras tradicionales para acercarlas al sistema institucional de salud y se inició a "adiestrarlas" en

algunas funciones básicas de la atención biomédica del parto, centrándose sobre todo en los aspectos de higiene y salubridad de la atención. Sin embargo, a pesar de la existencia y ejecución de los "programas de adiestramiento" para parteras tradicionales, desde principio de los noventa se hicieron revisiones sistemáticas sobre los resultados de las capacitaciones y la conclusión que prevaleció en ese momento fue que los cursos a las parteras tradicionales no habían sido efectivos para disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Las mayores complicaciones de muerte materna (MM) surgen durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato y las parteras tradicionales no estaban en condiciones de salvar la vida de las mujeres, no precisamente por falta de capacidades de ellas, sino por las características clínicas de las complicaciones obstétricas que provocan la muerte de las mujeres y las intervenciones médicas necesarias para atenderlas y evitar así las MM. Las causas más importantes de MM el mundo y en América han sido las hemorragias, la hipertensión arterial (preeclampsia y eclampsia), las infecciones puerperales (sepsis), el parto obstruido y el aborto (Sesia, 2017). Las dos primeras causas son las principales razones de MM y las parteras tradicionales no tienen ninguna posibilidad de resolverlos puesto que se necesita atención hospitalaria para poder solucionar de manera favorable esas complicaciones.

A partir de finales de los años noventa, cambió el enfoque prioritario de intervención, alejándose de la capacitación a las parteras tradicionales y volcándose hacia la atención de urgencias obstétricas para salvar la vida de las mujeres a través del acceso oportuno y resolutivo a la atención obstétrica de emergencia que es altamente medicalizada; las parteras tradicionales se quedaron fuera de este proceso mientras se impulsó que las mujeres llegaran a los hospitales y recibieran atención calificada, oportuna y resolutiva durante el parto y puerperio (*Idem*).

Por otro lado, en los últimos años, se ha promovido un marco sanitario internacional que le otorga un papel central e importante a las matronas o parteras profesionales en la atención de la salud materna y neonatal. Su relevancia se centra principalmente por el nivel de especialidad que ha tenido este gremio en relación con las mejoras en la atención de salud materna y neonatal, así como la adquisición de competencias y técnicas para mejorar el trato a la mujer durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Estos cambios responden a políticas globales diseñadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y en específico por sus agencias: La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo para la Infancia de

las Naciones Unidas (UNICEF), el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En estos cambios de enfoque ha habido una presión muy fuerte para que las parteras tradicionales ya no ejerzan.

El Estado de las Parteras en el Mundo (2014) muestra que en la actualidad nos encontramos con las tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil más bajas de la historia. Aunque no todos los países tienen un sistema exclusivo de matronería o partería profesional que brinde atención a las mujeres, estos índices se deben a diversas estrategias que se han utilizado para abordar el problema y poder satisfacer a las usuarias con la atención del servicio, como: la permanencia del personal de salud en zonas alejadas geográficamente de los establecimientos de salud, aumento en la contratación de parteras profesionales, el aumento de los puestos de trabajo, marcos normativos regulatorios de la profesión y su quehacer, mecanismos de rendición de cuentas en los que puede participar la ciudadanía, trabajo de partería profesional acorde a los lineamientos técnicos internacionales, y la formación educativa de este personal, entre otros.

El reto de apuntar a la disminución de la mortalidad materna e infantil, se encuentra vinculado a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados en el año 2000 en el seno de la ONU, y específicamente con el objetivo Nº 5 "Mejorar la salud materna" y por ende contribuir en el acceso a la salud universal y equitativo en esta materia y a la disminución de la mortalidad materna en 75% para el año 2015 con respecto a las tasas del año 1990. En este contexto, varios países han mejorado el acceso a los servicios de partería profesional.

El término de partera profesional/matrona se utiliza para referirse al personal que brinda atención en salud materna y reproductiva cuando se trata de una profesional capacitada formalmente, con años de estudios universitarios. Así lo afirma la UNFPA:

> "La duración de la formación tiene relevancia en las narraciones internacionales sobre normas educativas para parteras y enfermeras parteras, ya que la duración está vinculada con la calidad y con la profundización de los estudios que se ofrecen a los estudiantes,…" (2014: 12).

En conclusión, resulta entonces evidente que se han hecho esfuerzos a nivel mundial por brindar un cuidado integral en la salud reproductiva y materna de las mujeres. El Estado de las Parteras en el Mundo 2014 visualiza la partería o matronería al año 2030 como un servicio de calidad que garantice los derechos de las mujeres y de los recién nacidos, con atención preventiva, oportuna a los servicios de urgencia, con un aumento de la cobertura de los

servicios disponibles y el aumento de recursos para el servicio, entre otros: "Partería 2030 promueve los modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras, que han demostrado generar mayores beneficios y ahorros que los modelos de atención medicalizados" (UNFPA 2014:37).

Indudablemente, estas medidas están respaldadas políticamente, con diversas normas y reglamentos, y todas estas estrategias podrían seguir significando resultados positivos; pero también es cierto que en todo el recuento que se ha hecho en los párrafos anteriores, no se menciona en los estudios o informes internacionales a las mujeres indígenas ni el rol que las parteras tradicionales han tenido y/o siguen teniendo en la actualidad su atención durante la etapa reproductiva, o a cuál rol tendrán (si es que tendrán) en el futuro.

Lo cierto es que cada vez más uno de los objetivos centrales radica en la atención por parte de personal de salud calificado. Obviamente, las parteras tradicionales quedan fuera por no contar con este requisito, y entonces la atención a su cargo sigue colocándose dentro del campo social y médico del "riesgo". Lo anterior, aun cuando sucede, como lo habíamos comentado más arriba, que el personal de salud calificado no basta por si sólo cuando hay gran dispersión geográfica, escasez de transportes, y falta de comunicación, entre otros tantos problemas.

Los establecimientos de salud que han logrado incorporar a las parteras tradicionales dentro de su estrategia de atención, lo han hecho para que éstas actúen como mediadoras con la comunidad, siendo ellas las que pueden garantizar directamente o hacer de puente para promover el "respeto cultural"; sin embargo, la atención prenatal y obstétrica sigue siendo territorio exclusivo de personal de salud calificado, con la exclusión de este personal empírico. Así se evidencia en la Caja de Herramientas de la OPS:

> "Servir de enlace con parteras tradicionales, curanderos espirituales y otras personas no adiestradas de la comunidad que participan en la atención antes y después del parto o durante él, con el fin de promover prácticas seguras y la aceptación de las oportunidades de adiestramiento cuando existen; brindar información sobre el reconocimiento temprano de las complicaciones y fomentar la remisión temprana de las mujeres cuando surgen complicaciones" (2010:131)

Estas políticas parecen no incluir a las parteras tradicionales como un agente comunitario con capacidades técnicas efectivas, ni tampoco toman en cuenta las cosmovisiones de los pueblos indígenas al momento de la reproducción y la atención que la mujer necesita en esta

etapa de transición. Por este motivo es que, según el UNFPA se están desarrollando intervenciones específicas para las funciones de los agentes de salud comunitarios:

> "En las respuestas a la encuesta del informe, la mayoría de los países (79%) manifestaron que se están adoptando políticas para contemplar específicamente cómo se proveerá atención de SSRMN para tener en cuenta necesidades sociales y culturales, por ejemplo en lo referido a la edad, origen étnico, religión e idioma" (2014:23).

En este espacio cobra importancia entonces poder tener en consideración las percepciones de las mujeres indígenas respecto de sus atenciones de salud en contextos hospitalarios o de atención primaria, el acceso a mayor información y educación comunitaria a mujeres indígenas y de zonas geográficas aisladas, con propósito de que estas puedan ejercer agencia en sus propios procesos de embarazo, parto y puerperio y salud reproductiva. Es importante la inclusión en las mallas curriculares de matronas/parteras, médicos y personal de salud en general, contenidos como interculturalidad en salud y cosmovisión, saberes y prácticas de atención durante la reproducción los pueblos originarios existentes en sus zonas de trabajo, etc. El propósito tendría que ser que este personal pueda otorgar atención en salud que no sea sólo eficaz y efectiva a nivel técnico, sino también respetuosa culturalmente.

En este sentido es importante rescatar que las estrategias que deciden incluir a parteras tradicionales, que son agentes externos al sistema de salud biomédico, lo hacen otorgándoles en un rol de subordinación, delimitando sus funciones y terminando por debilitar a las parteras tradicionales y su sentido de ser y operar; fortalecer el sistema biomédico y a su personal calificado. Cabe preguntarse entonces, ¿Dónde quedan los derechos colectivos de los pueblos indígenas garantizados en el Convenio 169 de la OIT? ¿Qué sucede con la autonomía de la salud? Si los documentos que hemos revisado, promueven y dan evidencia de la cobertura universal sin discriminación de raza o género, eficaz, oportuna, de calidad ¿por qué siguen relegando a los agentes terapéuticos tradicionales a roles de subordinación? ¿Por qué no se refieren a la interculturalidad en salud?

El Artículo 25 del Convenio 169 de la OIT (1989) explicita que los pueblos indígenas tienen derecho a organizar sus propios sistemas de salud, bajo su responsabilidad y control para que pueda gozar del más alto e íntegro nivel de salud. Antes este convenio y otros instrumentos del derecho internacional ¿por qué entonces las parteras tradicionales están ocupando roles de subordinación frente a las matronas/parteras profesionales?

En el Artículo 24 de la Declaración Universal se establece que:

> "Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud" (2007: 58)

Sin embargo, pareciera ser que todo el discurso de estas indicaciones oficiales no sirviera de nada cuando uno se pregunta ¿en qué parte del informe del UNFPA están los pueblos indígenas? ¿Las mujeres indígenas embarazadas? En la Declaración Universal de los Pueblos Indígenas, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2007, se establece que estos pueblos han sufrido injusticias históricas como resultado de la colonización y del despojo de tierras y de territorios lo que les ha dificultado el desarrollo, es que los pueblos indígenas también cuentan con un marco normativo actual que "les protege" en diferentes ámbitos, pero que sin embargo, como en muchos otros casos, no se encuentran articulados y en coordinación con las políticas que son para la mayoría de la población no indígena. A pesar de la existencia de estos instrumentos y de las diversas estrategias que pudieran haber, los pueblos indígenas siguen siendo uno de los sectores más desfavorecidos excluidos y discriminados, incluyendo en el marco de la definición de la política global en salud materna. Esta es una de las mayores críticas a nivel de los países y a nivel internacional, y es que pareciera que la interculturalidad fuese sólo responsabilidad de los indígenas y no un enfoque que tendría que permear toda la política global, incluyendo en el campo de la salud en general, y la salud materna, en particular.

Una de las apuestas para poner en práctica lo que se estipula en la Declaración Universal y en el Convenio 169 de la OIT, podría ser la autonomía de los sistemas de salud como una acción propia y contrahegemónica a los servicios de salud formales y del sistema biomédico, acorde a cada contexto territorial.

En este primer capítulo hemos revisado aspectos básicos que nos permiten comprender de mejor manera los contenidos de los capítulos siguientes. Cañete es un territorio histórico importante dentro de la historia del pueblo *mapuche* en el que sucedieron varios acontecimientos que definieron diversas estrategias en el proceso de lucha contra el Estado chileno.

En la revisión de datos sociodemográficos de la comuna de Cañete, pudimos conocer las cifras que sitúan a esta comuna como una de las más pobres del país, lo que impulsa a que las personas que habitan en esta localidad emigren hacia espacios urbanos buscando nuevas oportunidades.

En relación a la temática de salud, se describió un panorama general del estado y funcionamiento de la salud en Chile; un sistema anclado en el capitalismo neoliberal donde se ha promovido el sector privado y se ha reducido el sector público. Este sistema concibe a la salud como un bien de consumo, que aunque está garantizado a nivel de intervenciones básicas como un derecho para todos/as los/as ciudadanos/as, termina excluyendo a sectores importantes y menos privilegiados de la población de la atención médica especializada. La red de salud en la comuna de Cañete está compuesta principalmente por establecimientos de salud públicos y hospitales de mediana y baja complejidad, lo que es contraproducente cuando se presentan emergencias o especialidades que tienen que ser derivadas al Hospital Regional de Concepción; y la mayoría de la población de la comuna de Cañete está inscrita en FONASA, el sistema público de salud.

En un segundo momento, revisamos brevemente la historia y situación sociopolítica actual del pueblo *mapuche*, marcadas por el despojo y el ejercicio de la violencia por parte del Estado chileno, quien a su vez reconoce en su discurso la diferencia cultural, pero por otro lado niega la legitimidad y autonomía del pueblo *mapuche*, promoviendo el llamado multiculturalismo neoliberal (Hale, 2004). El Estado chileno en la actualidad ha desarrollado diversas estrategias de respuesta y contención, frente a las acciones de protesta y resistencia del pueblo *mapuche*, recurriendo a acciones punitivas; incluso, a la invocación de la Ley Terrorista, situación que promueve un clima de "inseguridad" en las comunidades *mapuche* para luego justificar la presencia policial en estos territorios.

Posteriormente, se presentó una breve semblanza de los saberes y prácticas relacionados al embarazo y parto *mapuche*, aunque sobre este tema en particular no existen

suficientes referencias bibliográficas. El embarazo y nacimiento dentro de este pueblo es considerado un evento importante no sólo para la familia sino para la comunidad. Antiguamente la mujer era asistida por la *puñeñelcheve* o partera *mapuche*, quien daba a luz en su casa acompañada de su familia. También, pudimos conocer algunos de los cuidados que las mujeres *mapuche* mantienen o mantenían durante el embarazo, como alcanzar el equilibrio entre frío y calor, cuidar de no ingerir ciertos alimentos, evitar asistir a ciertos rituales, entre otros; y las formas en que las mujeres parían, en posición vertical, permitiéndose la libre deambulación e ingesta de alimentos, entre otras cosas. Hoy en día las mujeres *mapuche*, atienden sus embarazos y partos en centros hospitalarios, por lo que ya hay una gran asimilación de la atención biomédica.

Por último, describimos la historia de la matronería en Chile y su desarrollo hasta la actualidad, pasando por la asistencia del parto de las parteras empíricas, tradicionales o *meicas*, hasta la aparición e instalación de las primeras matronas y el establecimiento de estas figuras profesionales al centro de la institucionalidad en el sistema de salud. El desarrollo de esta profesión ha llevado a Chile a convertirse en uno de los países con las tasas de mortalidad materno-infantil más bajas del mundo, pero al mismo tiempo, con el desarrollo de la biomedicina, la asistencia del parto enfrentó cambios que lo llevó a considerar como un proceso patológico que debía ser medicalizado.

Para finalizar, abordamos las estrategias internacionales que los organismos multilaterales han desarrollado en torno a la matronería o partería profesional, lo que nos ha permitido conocer cómo ha cambiado el enfoque de la salud materna a nivel global, desde la promoción del "adiestramiento de las parteras tradicionales" para que asistieran en aquellos lugares en donde las instituciones de salud formales no alcanzaban a otorgar cobertura, hasta llegar a la afirmación de un nuevo paradigma en que la atención del parto debe darse por personal calificado que tenga la capacidad de ofrecer una atención oportuna y de calidad, sobre frente a las emergencias obstétricas. Sin embargo, es importante mencionar que desde la mirada internacional multilateral, falta impulsar acciones concretas que contribuyan a la inclusión de las cosmovisiones de los pueblos originarios para la atención del embarazo, parto y puerperio entre las mujeres indígenas.

CAPÍTULO II

"SI NO ME ENTREGAN LA TIERRA, ¿DE QUÉ ME SIRVE LA PLACENTA?". INCONGRUENCIAS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI) Y SU APLICACIÓN EN EL HOSPITAL INTERCULTURAL *KALVU LLANKA* DE CAÑETE

En este segundo capítulo abordaremos el concepto de interculturalidad y sus diferentes acepciones, ya que, para poder describir y analizar del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas y su aplicación en el Hospital Intercultural *Kalvu Llanka* de Cañete, es preciso abordar este concepto polisémico de múltiples significados y matices y con discusiones teóricas subyacentes, considerando que este hospital pretende justamente ser "intercultural" en el campo de los servicios de salud que ofrece.

El PESPI: ¿Parte de una conceptualización explícita de interculturalidad en salud o principalmente promueve reducir las brechas de atención en cuanto a pueblos originarios? Si sí utiliza un enfoque intercultural: ¿A qué concepción de interculturalidad se refiere? En el hospital *Kalvu Llanka* que se declara abiertamente como intercultural: ¿Cómo aterriza en concreto el PESPI en los servicios de salud que este hospital ofrece? ¿Qué enfoque de interculturalidad promueve este hospital a nivel discursivo y en la práctica? Qué y quiénes pretende alcanzar con la aplicación de un enfoque intercultural el PESPI en este hospital? ¿Con cuáles objetivos, qué acciones y a través de cuáles operadores? ¿Cuáles son sus alcances y cuáles son sus limitaciones más evidentes, sobre todo mirando en específico a la salud materna? Éstas son algunas de las preguntas que pretendo abordar en este capítulo.

2.1 Interculturalidad en salud[77]

Para poder contestar a las preguntas formuladas, es necesario analizar entonces el concepto mismo de interculturalidad; concepto que tiene una larga historia, ya que ha sido trabajado ampliamente desde los años setenta del siglo XX y su aplicabilidad ha trascendido diversas áreas de la política social promovida por los Estados-naciones en América Latina, al mismo tiempo que ha sido impulsado como parte de las reivindicaciones de movimientos sociales y procesos organizativos indígenas; sobre todo en el ámbito de la educación.

De acuerdo a Pérez Ruiz (2009), la interculturalidad surgió en países de Europa y América Latina de manera simultánea pero por razones y con finalidades distintas en las últimas décadas del siglo XX. En Europa, como respuesta de los Estados europeos frente a las migraciones poblacionales procedentes de otros países, principalmente extra-europeos y desde tradiciones socio-culturales diversas y distintas. En América Latina, como respuesta al fracaso de proyectos políticos nacionales identitarios asimiladores y homogeneizadores y ante las realidades multiculturales y plurilinguísticas representadas principalmente por la presencia y persistencia de los pueblos indígenas u "originarios" a lo largo del continente.

De acuerdo a esta autora, en nuestra región, la interculturalidad ha sido impulsada principalmente en el campo educativo con la participación crítica y la presión política ejercida por organizaciones docentes indígenas, los movimientos políticos de los pueblos originarios, las luchas anticoloniales y los movimientos descolonizadores de distinta índole. Pérez Ruiz señala que en el continente latinoamericano, "la interculturalidad es producto del agotamiento del proyecto modernizador de los Estados nacionales, y surge como opción ético-política ante la imposición y el fracaso de un modelo de nación sustentado en la homogeneización cultural y lingüística" (2009:256). Es así como diferentes Estados latinoamericanos- y el mismo Estado chileno- han institucionalizado este enfoque, transformándolo en una oferta de su sistema con el diseño y aplicación de diversos programas estatales "interculturales" en áreas como educación, salud y en el ámbito de lo jurídico, entre otros.

[77] La discusión del concepto de interculturalidad que aquí se presenta se ha beneficiado de la lectura del texto de Sesia (en prensa) "Interculturalidad, salud materna y derechos humanos. Significado y relevancia para el sistema institucional de salud en el México contemporáneo. Un ensayo introductorio".

A lo anterior es importante añadir que, en el Cono Sur, sujeto a dictaduras militares en los años setenta y hasta mediados o finales de los años ochenta del siglo XX, las propuestas interculturales en la política pública se iniciaron a gestar y a promover de manera muy paulatina y no con poca resistencia, sólo a partir del retorno a la democracia hacia finales de los años ochenta.

Pérez Ruiz hace hincapié en los significados polisémicos de la "interculturalidad", donde el concepto se usa de manera alterna o simultánea para definir un proyecto político, propuestas de política pública (en su caso, en el campo educativo), una prescripción ética del deber ser, hechos sociales y/o un marco teórico-analítico para investigar la diversidad. Una definición simple de interculturalidad y a partir de su significado como un "hecho social", hace referencia a la interacción social y cotidiana de personas, grupos o pueblos de diferentes culturas. Por otro lado y aun reconociendo que las relaciones interculturales siempre han existido, en la actualidad lo intercultural se ha instalado de manera preponderante como "un deber ser" o un conjunto de normas que regulan las interacciones y convivencia social entre diferentes personas, grupos o pueblos de distintas culturas (Pérez, 2009).

Para efectos de este estudio retomaremos una definición del catalán Xavier Albó, quien ha desarrollado gran parte de su trabajo en Bolivia y cuyas conceptualizaciones han encontrado eco en el campo de la interculturalidad aplicada a la salud. Albó señala que la interculturalidad es "cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se pueden llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura" (2006:65). La definición de este autor remite a una concepción de interculturalidad como un "hecho social" (Pérez Ruiz, 2009), refiriéndose a relaciones que se dan de manera sustantiva en la realidad cotidiana.

El mismo autor profundiza su definición, al mencionar que las relaciones interculturales pueden ser positivas cuando existe un enriquecimiento mutuo y un real de aprendizaje que provocan transformaciones efectivas. Asimismo, enfatiza que las relaciones interculturales pueden ser negativas cuando se llega a asimilar, disminuir o hacer desaparecer al que es culturalmente distinto (Albó, 2006); este último caso aludiendo a situaciones que han caracterizado históricamente a la gran mayoría de países latinoamericanos, tanto en las tradiciones civilizatorias coloniales, como en las neocoloniales, después de la formación de los Estados-naciones independientes a principios del siglo XIX.

De acuerdo a Albó, el intercambio que se produzca en las relaciones y/o convivencia puede ser altamente enriquecedor para cada una de las partes, pero para que eso ocurra es necesario que primero cada una de las partes acepte su propio modo de ser, sin perder la identidad propia. Este autor señala que sólo cuando se esté bien consciente de la propia identidad es posible tener una disposición a entablar relaciones con el/los otros que son culturalmente distintos. Este sería el escenario ideal en el que pudieran darse relaciones interculturales positivas.

Ahora bien, el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de Chile que analizamos en este estudio, tiene dos principios rectores que fundamentan su existencia y aplicación: la equidad y la interculturalidad. Según lo que se señala en el mismo documento del programa, ambos conceptos deberían abordarse de manera multisectorial tomando en cuenta los aspectos y los contextos sociales, políticos y económicos (MINSAL, 2006:23). La equidad apunta a la necesidad de reconocer la deuda histórica que el Estado-nación chileno tiene con los pueblos originarios por la marginación, la exclusión y la discriminación de la que han sido históricamente objeto, por lo que tendría que ser necesario basarse en la diferencia cultural para mejorar la política pública en cuanto al acceso a los servicios de salud, la calidad, cobertura y efectividad en la atención para estas poblaciones en particular. Respecto de la interculturalidad ésta apunta a reconocer las diferencias culturales de los pueblos indígenas e incorporarlas a una atención de salud acorde a sus especificidades (MINSAL, 2006), al definirla como:

> "La interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo de reconocimiento, horizontalidad y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia". (MINSAL, 2006:21)

La definición anterior se podría considerar que entra dentro de lo que Albó llama la "interculturalidad positiva"; sin embargo, lo que no hace el MINSAL es reconocer que existen relaciones de poder desiguales entre la cultura hegemónica y las culturas subalternas de los pueblos originarios.

Antes de reflexionar más profundamente sobre estas definiciones, es preciso considerar cómo el mismo Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete se posiciona con respecto de su condición de "hospital intercultural". Su director, José Luis Lincoñir[78], define al Hospital *Kalvu Llanka* como:

> "Un hospital comunitario que tiene especialidades, que desarrolla una actividad desde la mirada de lo biomédico que trata en cierta forma de ir incorporando algunos aspectos, para recién tratar de caminar hacia la pertinencia (cultural). No estamos ni más ni menos que eso, hoy día estamos tratando de construir ese modelo y el primer paso es llegar a la pertinencia". (entrevista a José Luis Lincoñir, octubre 2015).

Lo intercultural, como está planteado en el PESPI, sólo reproduce lo que se espera de un indígena a partir de una definición de otredad estrictamente cultural, extraída de su contexto sociohistórico y su dinamismo; por lo tanto, esencializada. Asimismo la definición parte de una conceptualización normativa de relaciones que debieran establecerse en términos ideales, como si siempre se tratase de situaciones armónicas, en igualdad de condiciones para ambas partes, lo que Catherine Walsh llamaría la interculturalidad funcional (2010) al sistema, o el peruano Gashé llama la interculturalidad "angelical" (2008).

Es así como, para el programa, "La interculturalidad en salud conlleva los siguientes elementos:

> - "Integralidad en el concepto de salud-enfermedad.
> - Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
> - Visión holística.
> - Oferta de servicio regular, equitativa y con pertinencia cultural.
> - Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población. La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud.
> - Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena"(MINSAL, 2006:21).

[78] En una entrevista realizada a José Luis Lincoñir, él relata que se identifica como *mapuche*. Asume la dirección del Hospital Intercultural *Kalvu Llanka* el 22 de octubre de 2014, luego del suceso denominado por los mismos funcionarios/as del hospital como el "15 S" (ocurrió el 15 de septiembre del mismo año), ocasión donde Carabineros trasladan al *machi* Álvaro Huenchunao de la Comunidad José María Calbul, a constatar lesiones luego de un procedimiento policial en su comunidad. Es en este contexto en que la médica Camila Ortiz del mismo servicio se burla y agrede verbalmente al *machi*. Este hecho provocó la reacción de la familia de Huenchunao y de su comunidad, lo que desencadena el traslado de la médica hacia el Hospital de Curanilahue (en la misma provincia de Arauco), la renuncia de su pareja también médico del hospital y para fines de septiembre la desvinculación del hospital de la antropóloga Vanessa Vidal Martínez, quien estaba como Coordinadora de la Unidad Intercultural en ese momento. Señala este hecho, porque para el director del hospital, esta situación marca un antes y un después en la relación que desde el establecimiento de salud se quiere establecer con las comunidades, apuntando hacia una relación menos violenta y más dialogante.

Lo que no hace esta visión es problematizar y politizar el concepto, así como tampoco considera el contexto, ni los factores socioculturales, económicos, políticos o medio-ambientales en la que se encuentran los pueblos o comunidades indígenas en este momento histórico específico. Es así cómo, en la actualidad- aún existiendo el PESPI, la Ley Indígena y, aún si el Estado chileno ha ratificado el Convenio 169 (en 2008)- podemos encontrar territorios *mapuche* como la Provincia de Arauco, que se encuentra repleta de plantaciones forestales con monocultivos que traen como consecuencia la escasez de agua, por lo que ya no crece *lawen*[79] y se dan, por otro lado, enfermedades por la alta presencia de pesticidas; aspecto que el PESPI nunca toma en cuenta en sus planteamientos y su forma de operar en Arauco.

El programa se queda entonces en una aplicación superficial y utópica de la interculturalidad restringida sólo a la diferencia cultural, sin considerar cuestiones de fondo que podrían promover relaciones interculturales, sociopolíticas y socioeconómicas más equitativas entre el pueblo *mapuche* y el Estado chileno.

La política del PESPI señala que "La interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental" (MINSAL, 2006:25). ¿Sólo los pueblos originarios deben expresar su voluntad de establecer relaciones horizontales? ¿Qué hay de parte del Ministerio de salud y su sistema biomédico? Las relaciones interculturales tienden a ser conflictivas; en este caso, la relación intercultural entre el sistema biomédico y las creencias, saberes y prácticas médicas *mapuche* está marcada por profundas asimetrías de poder, donde el sistema biomédico es hegemónico y el sistema médico *mapuche* es subordinado y/o marginalizado. Por lo anterior, a no ser que ambos sistemas médicos estén en igualdad de condiciones, no es, ni será posible establecer relaciones horizontales.

Por último, cuando nos referimos a la interculturalidad, no sólo debemos hacer alusión a las relaciones socioculturales que se establecen entre personas o grupos de diferentes culturas, también es necesario considerar el papel que juegan la estructura y el contexto sociopolítico y socioeconómico en este tipo de relaciones, pues como señala Albó: "Mientras persista esta estructura desigual e injusta, seguirá generando estas actitudes contrapuestas. Hay que trabajar, por tanto, en transformar esta estructura hacia otra más equitativa" (2006:68).

[79] *Lawen:* Plantas medicinales o medicina en *mapudungún*.

Considerando las características de subyugación, discriminación, despojo y hasta exterminio que históricamente ha establecido el Estado chileno con el pueblo *mapuche* y, en el campo sociomédico, la relación de subordinación, marginalización, negación y hasta penalización por parte del sistema biomédico hegemónico hacia ciertas prácticas médicas *mapuche* (como en el caso de la partería tradicional), es evidente que la interculturalidad en salud debe pasar necesariamente por volverse un proyecto político y no sólo de reconocimiento de la diferencia cultural. Al respecto, Walsh señala que:

> "la interculturalidad es un proyecto de carácter y orientación de-colonial, descolonizador. Apuntala y requiere la transformación y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir, y vivir distinta. Por eso mismo, la interculturalidad entendida críticamente aún no existe, es algo por construir. Ahí su entendimiento, construcción y posicionamiento como proyecto político, social, ético y epistémico que se afirma en la necesidad de cambiar no solo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización, discriminación, incluyendo con relación a las estructuras jurídicas." (2010:6)

De esta manera, la interculturalidad y la construcción de nuevas relaciones interculturales deberían plantearse como un proyecto político que apunte a la transformación de las estructuras dominantes. En ese nuevo pensar y establecer relaciones, los pueblos originarios tienen un papel central que desempeñar para reivindicar una nueva relación con el Estado y la sociedad chilena. Además, el objetivo de aplicar la "interculturalidad crítica" (Walsh, 2010) debe ser tarea de la sociedad en general, no solo de los grupos que se ven directamente involucrados en la relación intercultural, por sus diferencias y discriminación histórica, frente a la sociedad mayoritaria.

El PESPI debería entonces apuntar no sólo a la reducción de las desigualdades en perfiles epidemiológicos y en el acceso equitativo a servicios de salud o a la adecuación cultural de los servicios institucionales de salud en regiones indígenas. También debe apuntar al desarrollo de los sistemas médicos de los pueblos originarios, y a un manejo autónomo de sistemas de salud realmente interculturales que el Estado debe establecer y ofrecer en el territorio, promoviendo la autosuficiencia en un marco donde se reconozcan no sólo en el discurso, sino también en la práctica los derechos colectivos de los pueblos.

2.2. Los orígenes y el enfoque conceptual e ideológico del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)

Luego del retorno a la democracia, desde los años noventa del siglo XX, los gobiernos de la concertación de partidos de la democracia acordaron iniciar una nueva relación entre el Estado y los pueblos originarios. En 1989 se realiza el Acuerdo de Nueva Imperial, un encuentro nacional en el que participaron representantes de los pueblos originarios de Chile y el entonces candidato a la presidencia Patricio Aylwin; en esta oportunidad se propone el reconocimiento constitucional de los pueblos originarios, la participación de los pueblos en los asuntos de su interés, a la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, a la creación de la Comisión Especial para los pueblos indígenas (CEPI) a cargo de profesionales que estudien las propuestas de las poblaciones indígenas y su factibilidad.

Finalmente, en 1993 se crea la Ley Indígena Nº 19.253[80] y junto a ella la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)[81]. En dicha ley se establece que:

> "Es deber de la sociedad en general y del Estado en particular, a través de sus instituciones respetar, proteger y promover el desarrollo de los indígenas, sus culturas, familias y comunidades, adoptando las medidas adecuadas para tales fines y proteger las tierras indígenas, velar por su adecuada explotación, por su equilibrio ecológico y propender a su ampliación".

Además, en 1993 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados miembros acuerdan mejorar la salud de los pueblos indígenas mediante diversas acciones (MINSAL, 2006).

Es así como en 1996 el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (en adelante PESPI) se establece de manera formal en el Ministerio de Salud con propósito de crear orientaciones de salud intercultural para el país (MINSAL, 2006). Dicho programa tiene su origen en 1992 en el Servicio de Salud Araucanía con el Programa de Salud con Población *Mapuche* (PROMAP) que comenzó con la incorporación de los facilitadores interculturales en los establecimientos de salud.

---

[80] La Ley Indígena reconoce como principales "etnias indígenas" (así se mencionan en la ley) a: *Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Atacameño, Quechua, Colla, Kawashkar o Alacalufe y Yagán*.

[81] CONADI: Institución dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, que tiene como objetivo ejecutar las acciones que el Estado determine en materia indígena, como por ejemplo: administración de fondos para entrega de subsidios para compra de derechos de agua, tierras, capacitaciones en medicina indígena, de idiomas de pueblos originarios, etc.

Dentro de la Política de Salud y Pueblos Indígenas (MINSAL, 2006), en el cual se sustenta el programa PESPI, en el 2000 se crea el Programa Tolerancia y No Discriminación que se tradujo en el Plan Nacional por el Derecho a la Igualdad y la No Discriminación (2001-2006) que tuvo como propósito respetar las diferencias sociales y culturales. En 2001 con el gobierno de Ricardo Lagos se creó la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato, que realizó un informe[82] en el que se dio cuenta de la relación que el Estado chileno había establecido hasta la fecha con los pueblos originarios y cuáles serían las acciones a desarrollar para establecer "un nuevo trato" con las poblaciones originarias. Estos documentos apuntan a reconocer la diversidad de la población puesto que enriquece la democracia, y además, en el caso del Informe, a reconocer las consecuencias que ha enfrentado el pueblo *mapuche* luego de la conquista, señalando que uno de los caminos para este nuevo trato es el reconocimiento constitucional de los pueblos originarios, lo cual aún no ocurre.

En Chile, el reconocimiento oficial de la interculturalidad, se ha dado dentro del contexto neoliberal, siendo un ejemplo paradigmático de lo que Charles Hale denomina como "multiculturalismo neoliberal" (2002) en el que, el Estado reconoce formal y legalmente la otredad cultural, pero no asume ningún compromiso para transformar las estructuras subyacentes de poder asimétrico o las relaciones materiales establecidas de dominación-explotación/subordinación-marginalización-despojo. Es así como se reconoce la diferencia cultural, pero se sigue expropiando al territorio cada vez más y se niega el potencial político de este reconocimiento:

> "El resultado es lo que Hale (2002, 2006), Nancy Grey Postero (2004, 2007), Lynn Horton (2006), Nina Laurie, Robert Andolina y Sarah Radcliffe (2003) y otros han llamado el neoliberalismo multicultural: una nueva forma de gobernanza por la cual se promueve el reconocimiento cultural sin una redistribución económica y política que conduzca a una mayor igualdad. Los Estados Latinoamericanos promueven la diversidad cultural y étnica, y algunos hasta reconocen una cierta autonomía de los pueblos indígenas; sin embargo, las demandas por una mayor redistribución, autonomía territorial y autogestión son etiquetadas como contraproducentes para la sociedad multicultural (Hale 2002, Richards 2004)" (Richards, 2016:29)

Como parte de este reconocimiento parcializado, despolitizado y de corte culturalista, en el 2001 se establece en Chile el "Programa Orígenes - Programa de Desarrollo Integral de

[82] El Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (2003).

Comunidades Indígenas" financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)[83] que tuvo como fin "...contribuir al desarrollo integral con identidad de los pueblos Aymara, Atacameño y *Mapuche* en el área rural" (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2004:5). Una línea de acción de dicho programa era la Salud Intercultural a través del cual el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y consultoras a cargo realizaron diversas acciones en comunidades *mapuche* con objeto de "fortalecer y rescatar" la medicina de los pueblos; siendo su propósito: "contribuir a que las comunidades indígenas rurales de los pueblos aymara, atacameño y *mapuche* mejoren su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural co-gestionados con los Servicios de Salud y la puesta en valor de los conocimientos y prácticas en salud de los pueblos originarios" (MINSAL, 2006:16).

En el año 2003 se creó la primera versión de la política de Salud y Pueblos Indígenas, sin embargo ésta fue refutada por diversas comunidades indígenas del país porque no incluyeron a representantes indígenas en su formulación, por lo que exigieron que se realizara una nueva versión que incluyera la mirada de los diferentes pueblos originarios a través de representantes. Es así como, por medio de la realización de jornadas de trabajo locales y con representantes indígenas[84] de las zonas norte, centro y sur de Chile, se reformuló la que es la actual segunda versión de la Política de Salud y Pueblos Indígenas, publicada en 2006. Actualmente, el Objetivo del PESPI es: "Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso" (MINSAL, 2006: 23).

En Chile existen 29 Servicios de salud y en la actualidad el PESPI está presente en 26 de ellos[85]. No existe una estructura fija y establecida para la ejecución del PESPI a nivel local. En el MINSAL, el PESPI se ubica en dos subsecretarías: en la Subsecretaría de Salud Pública se encuentra el Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad, mientras que en la Subsecretaría de Redes Asistenciales se encuentra la Unidad de Salud y Pueblos

[83] El Programa se financió con aporte estatal y un préstamo del BID. En 2001 el presupuesto fue de $5,267 millones de pesos ($8,086,972 USD); en 2002 el presupuesto se incrementó a $9.980 millones de pesos; para el 2003 el presupuesto se volvió a incrementar a $11,790 millones; y para el año 2004 el presupuesto alcanzó los $11,801 millones. (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2004).

[84] Los representantes de las zonas fueron: Ángel Bolaños, zona norte; Beatriz Painequeo zona centro; Alfonso Reiman y Daniel Maribur, zona sur.

[85] A la fecha de término de este estudio, los Servicios de Salud que aún no incorporan el PESPI son: Servicio de Salud Coquimbo, Servicio de Salud Ñuble y Servicio de Salud Maule.

Indígenas. En los Servicios de Salud por lo general el PESPI se encuentra inserto dentro de los Departamentos o Unidades de Participación Social en Salud (por su enfoque comunitario y participativo), en algunos casos en los Departamentos de Atención Primaria; a veces como un programa de salud más (que tiene características especiales) y en otras ocasiones como Unidad Intercultural (dentro del Depto. De Participación Social o del Depto. De Atención Primaria). En los Hospitales y los CESFAM, el PESPI puede estar en una oficina o unidad intercultural, y en algunos casos es un programa que está a cargo de un/a profesional (por lo general asistente social), encargada/o de Participación Social en Salud.

El "estatus" que se le asigna al PESPI en los establecimientos de salud es a voluntad de los directores/as de estos establecimientos. De acuerdo a mi experiencia, cuando el PESPI se encuentra inserto dentro de los departamentos de participación social o atención primaria, -aunque manteniendo la especialidad del programa- se ejecuta como un programa más, quedando a cargo de un/a profesional que por lo general lleva más de un tema, dando una menor dedicación al programa. En cambio, cuando se establece la unidad intercultural u oficina de salud indígena, los funcionarios/as de esa área se dedican exclusivamente al trabajo del PESPI, lo que podría significar que su ejecución sea más efectiva.

En una entrevista realizada a la actual encargada nacional del PESPI en la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, la *lamuen* Clodovet Millalén Sandoval[86], ella mencionó que el componente de salud intercultural se fue incorporando a poco a poco en la línea de intervención comunitaria en salud que se venía trabajando a través de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en atención primaria.

[86] Clodovet Millalén Sandoval es mapuche hablante, originaria de la comuna de Lautaro en la Región de la Araucanía. De profesión antropóloga, antes de llegar al Ministerio de Salud trabajó en organizaciones *mapuche* por la defensa de subdivisión de tierras, y estuvo cinco años trabajando en el Servicio de Salud Araucanía Sur en el Programa Orígenes. Clodovet señala que ser *mapuche* y trabajar en la institucionalidad resulta complejo, puesto que "cuesta hacer entender al otro que hay una racionalidad diferente y que también es válida"; y por el cuestionamiento a los profesionales indígenas por "montar dos caballos", cuando, -señala- "es necesario que manejemos ambos códigos para movernos en los dos espacios", de lo contrario "no seríamos sujetos que pudiéramos transitar entre uno y otro y tener la armonía que se requiere para poder subsistir en esta monocultura forzada". Resalta que del ser *mapuche* rescata la fortaleza, el *newen* (fuerza, energía) para hacer frente a la gente que es discriminadora y para enfrentar situaciones en las que todavía existe una visión muy colonial.

Cabe mencionar que el área de salud de los pueblos indígenas no está considerada en las políticas públicas que emanaron de la ley indígena. De dicha ley, se priorizaron áreas[87] como medio ambiente, fomento productivo, territorio, agua y educación, sin considerar el tema de salud como un sistema de saberes y prácticas de prevención o sanación propio de los pueblos originarios que debiera ser resguardado, fortalecido y fomentado. Debido a esta situación, Millalén menciona que si bien el programa instala la temática indígena a nivel institucional, no tiene los recursos ni el respaldo político suficiente para hacer levantamientos o acciones "holísticas" como señala la OPS[88]. En su lugar y con la supuesta visión de "integralidad" que presenta el PESPI, al programa se le solicitan desde construcción de caminos, hasta habilitación y mejoramiento de viviendas habitacionales, saneamiento de hogares, pago de transporte para que los usuarios/as acudan a los centros de salud, compra de medicamentos, pañales, alimentación, etc. Algunas de las demandas actuales de la población *mapuche* en el ámbito de salud no pueden ser cubiertas porque requieren de una acción multisectorial para la cual no existe voluntad política.

Según C. Millalén, el PESPI existe sólo para "explicar por qué sí y por qué no de las acciones en salud desde los pueblos originarios". Por ejemplo, en el caso de la atención de salud materna, el PESPI explica por qué las mujeres *mapuche* no entran/cumplen con la meta sanitaria en la que todas las mujeres embarazadas debieran estar ingresadas en el centro de salud y en control a la semana 14 de gestación. En este caso, la explicación que hace el PESPI desde la cosmovisión del pueblo *mapuche* es que existe una norma cultural que indica que nunca

[87] En el Artículo 28 de la Ley Indígena 19.253 se enuncia que: "El reconocimiento, respeto y protección de las culturas e idiomas indígenas contemplará: a) El uso y conservación de los idiomas indígenas, junto al español en las áreas de alta densidad indígena; b) El establecimiento en el sistema educativo nacional de una unidad programática que posibilite a los educandos acceder a un conocimiento adecuado de las culturas e idiomas indígenas y que los capacite para valorarlas positivamente; c)El fomento a la difusión en las radioemisoras y canales de televisión de las regiones de alta presencia indígena de programas en idioma indígena y apoyo a la creación de radioemisoras y medios de comunicación indígenas; d) La promoción y el establecimiento de cátedras de historia, cultura e idiomas indígenas en la enseñanza superior; e) La obligatoriedad del Registro Civil de anotar los nombres y apellidos de las personas indígenas en la forma como lo expresan sus padres y con las normas de trascripción que ellos indiquen, y f) La promoción de las expresiones artísticas y culturales y la protección del patrimonio arquitectónico, arqueológico, cultural e histórico indígena.

[88] En las Metas del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo (1994-2004), la OPS y los Estados miembros se comprometieron a incorporar el enfoque intercultural y trabajar con poblaciones indígenas para mejorar el acceso a la atención primaria de salud tomando en cuenta sus perfiles epidemiológicos específicos (Ramírez Hita, 2014).

antes de la semana 20 de gestación las mujeres se expondrán a ese tipo de situaciones porque el bebé aún no está firme y pueden saberlo el entorno y los espíritus que podrían ingresar al vientre y provocar alteraciones. En este caso, la labor del programa se centra en explicarle a los equipos de salud la existencia de esta norma cultural para que comprendan por qué no pueden cumplir con dicha meta y por qué no deben perseguir y obligar a las mujeres. Durante el trabajo de campo y en una conversación sostenida con la Directora del Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Tirúa, ella mencionó que el Centro de Salud que ella dirigía muchas veces no alcanzaba a cumplir con la meta del ingreso de todas las mujeres gestantes a la semana 14 de embarazo. Faltaría entonces que los registros clínicos del Ministerio de Salud, se adecuaran a esta realidad considerando, en este caso, las creencias del pueblo *mapuche* respecto del embarazo, en lugar de mantener la norma universal de que toda mujer necesita ser integrada al padrón de embarazadas con esa temporalidad.

Las acciones que actualmente se desarrollan a través del PESPI se realizan por medio de un traspaso de recursos que realiza el Ministerio de Salud a los Servicios de Salud que trabajan con dicho programa. A su vez, los Servicios de Salud establecen convenios de trabajo con los hospitales, y los CESFAM de cada jurisdicción para que desarrollen las iniciativas a nivel local, entre representantes de las instituciones y comunidades y asociaciones *mapuche*.

C. Millalén menciona que uno de los ejes de la política apunta a la equidad y el acceso; en relación a esto señala que aunque la mayoría de las personas pertenecientes a los pueblos originarios se encuentran concentradas en los sectores urbanos, en términos de priorización y de acuerdo a los criterios de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), las personas que viven en la ciudad tienen fácil acceso a los centros de salud, no así la gente que vive en comunidades en sectores rurales del Alto Bio Bio donde existen postas rurales a cargo de un paramédico y en donde las condiciones geográficas en invierno, por ejemplo, no son auspiciosas. Por lo tanto, es en este sector donde hay que profundizar las acciones para mejorar el acceso. Señala al respecto:

> "En esas ocasiones, la nieve puede alcanzar los siete metros de altura, se cortan los caminos, se cierran los caminos, ¿quién atiende a esa gente? ¿Entonces quién atiende cuando usted no llega? Le digo yo a la técnico paramédico… -no es que no hay- ¿usted cree que en ese período no se enferman? -No, sí se enferman- ¿Y cómo lo resuelven?- Yo creo que entre ellos se cuidan…- Ya el autocuidado, y ¿por qué no puede ser parte de un patrimonio cultural? Es un tremendo potencial

cultural que hay un sistema médico vigente que opera cuando usted no está." (Clodovet Millalén).

El problema del acceso se repite con varios pueblos originarios en diferentes espacios geográficos a lo largo de Chile, indicando que la "equidad" o la reducción de las brechas que los pueblos originarios chilenos han histórica y estructuralmente padecido en comparación con la sociedad mayoritaria, tampoco se cumple.

En vez de apuntar a transformaciones de fondo de la atención en salud hacia las comunidades indígenas tanto en pro de la equidad como de una interculturalidad que fomente cambios estructurales en las relaciones asimétricas de poder, las acciones que mayoritariamente se han desarrollado a través del PESPI y de la pregonada "salud intercultural", apuntan principalmente a: instalación de señaléticas en establecimientos de salud de acuerdo al idioma del pueblo originario predominante en el territorio, incorporación de los facilitadores/as interculturales como recurso humano importante, talleres de idioma *mapuche*, talleres de hierbas medicinales, talleres de telar, talleres de cerámica, talleres de cosmovisión de los pueblos originarios, entrega de placenta, celebración de ceremonias tradicionales, capacitación a los médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF), adecuación de espacios con pertinencia cultural, traducción de cartillas informativas, entre otros; los Servicios de Salud a través de los Programas Anuales de Capacitación (PAC) ejecutan capacitaciones para sus funcionarios en temas de cosmovisión y sistemas médicos de los pueblos originarios (depende del territorio donde estén insertos). Sin desconocer la importancia de desarrollar estrategias que podrían catalogarse como acciones con "pertinencia cultural", hay que reconocer la limitación de implementar exclusivamente estrategias que parten del reconocimiento de la diferencia cultural pero que no propician cambios estructurales en las relaciones.

Aun si estas acciones por sí solas no contribuyen a la creación y aplicación de un modelo intercultural de atención en salud, es importante mencionar que en la actualidad en la Región de la Araucanía existen organizaciones *mapuche* que administran sus propios centros de salud[89], con modelos de atención y gestión propios, financiados a través del PESPI y que mantienen vinculación con el Servicio de Salud Araucanía Sur. Lo anterior implica que este cambio estructural de enfoque del programa es posible en Chile.

[89] Asociación Indígena *Newentuleaiñ* a cargo del Hospital de Nueva Imperial, Asociación *Mapuche* para la salud *Makewe Pelale* a cargo del Hospital de Makewe y la Coordinadora de Salud *Boroa Filulawen* a cargo del Centro de Salud Intercultural *Boroa Filulawen*.

La Política de Salud y Pueblos Indígenas es un documento que hace recomendaciones generales a los centros de salud y comunidades indígenas, por lo tanto, cada territorio puede crear un modelo de atención de acuerdo a su propia realidad, siguiendo aquellas recomendaciones, como se señala a continuación:

> "El documento es una propuesta que apunta a una imagen objetivo, que define un marco conceptual y se pronuncia sobre los objetivos y estrategias que deberán implementarse de acuerdo a cada realidad, no ofrece respuestas puntuales" (MINSAL, 2006:10)

Podemos entonces establecer que los vacíos o falencias que presenta actualmente el programa PESPI, no radican sólo en su falta de claridad y especificidad. Aunque existe una demanda muy alta para el programa, su aplicación se ve enlentecida y poco eficaz por una serie de factores, por ejemplo, la alta burocratización en la que cae el programa por encontrarse dentro de un sistema que se caracteriza por su verticalidad y organización de por sí burocratizada del trabajo. Otra dificultad radica en la falta de recursos humanos en el nivel central del MINSAL, ya que, en la actualidad en la Subsecretaría de Redes Asistenciales solo hay una persona a cargo (Clodovet Millalén). Esta situación dificulta la gestión y el acompañamiento que se debiera dar a los Servicios de Salud; falta de coordinación multisectorial; y falta de propuestas más estructurales porque no hay suficiente personal que las pueda proponer o darle seguimiento.

Pero uno de los problemas más importantes que enfrenta el PESPI -aunque no es sólo un problema del PESPI, sino de Estado chileno y sus diversos aparatos como el Ministerio de Salud- es que se reconocen en el discurso pero no en la práctica los sistemas médicos de los pueblos originarios. Su falta de resolutividad invisibiliza la necesidad desde los pueblos indígenas de recomponer sus propios sistemas de salud y de exigir la co-gestión o hasta la autonomía en el manejo de los servicios institucionales que se ubican en sus regiones y como parte de sus reivindicaciones de los derechos territoriales. El programa sólo pone estos temas sobre la mesa, pero deja de lado el abordaje necesario que debe hacer el Estado sobre el reconocimiento constitucional de los pueblos originarios y por ende de la autonomía sobre sus sistemas de saberes y prácticas de sanación. Así es que el sistema biomédico y el de los pueblos originarios pueden seguir coexistiendo pero siempre en una relación de subordinación, como hasta ahora.

En el siguiente apartado, veremos cómo se está aplicando el PESPI en el Hospital Intercultural *Kalvu Llanka* de Cañete, considerando todos los aspectos señalados hasta ahora.

2.3. El PESPI en el Hospital *Kalvu Llanka*

Considerando el apartado anterior sobre interculturalidad, además de lo que pude observar durante el trabajo de campo y de mi experiencia previa como encargada del mismo programa en dos Servicios de Salud de la Región del Bío Bío, considero necesario hacer algunas reflexiones más profundas sobre cómo opera el PESPI y cómo el concepto normativo de interculturalidad se traduce en los objetivos y la operación del programa en lo concreto de la vida y relaciones cotidianas al interior del hospital y con la población *mapuche* que habita en la región.

En el Hospital *Kalvu Llanka*, el PESPI y el concepto de interculturalidad se han aplicado en el área de la salud, sin una mayor discusión desde el nivel central y sus diferentes dispositivos, sobre qué implicaciones, prácticas y políticas tiene la utilización de dicho término, en una política de estado y en servicios de salud que el estado otorga. Catherine Walsh nos recuerda que, al aplicar la interculturalidad de una manera casi "mecánica" y sin un análisis crítico contextual, el concepto pierde su capacidad transformadora y asume una perspectiva funcional al sistema (2010:6), vaciándose de sustancia. En este caso, la relación intercultural estaría dada entre el Estado chileno y el pueblo *mapuche*, o entre el sistema biomédico y el sistema médico *mapuche*, en condiciones de profunda asimetría que no vienen reconocidas como tales.

Haciendo alusión a lo planteado por Albó (2006), esta relación contextual se caracteriza por ser una relación intercultural negativa, marcada por el abuso histórico y estructural del Estado chileno hacia el pueblo *mapuche*, o por la asimilación o negación que hace el sistema biomédico hacia al sistema médico *mapuche*. De caso contrario, el sistema biomédico y el de los pueblos pueden seguir coexistiendo pero siempre en una relación de subordinación, como veremos más adelante.

Comenzaremos con la descripción sobre el proyecto de construcción del nuevo hospital de Cañete, que desde sus inicios provocó varias discusiones al interior del hospital y con las comunidades *mapuche* de la provincia.

La discusión acerca de la pertinencia de aplicar un modelo de salud intercultural en la provincia de Arauco tiene sus inicios en el año 2000 con la creación de la Unidad de Salud Intercultural en el Servicio de Salud Arauco, la cual se creó con el objetivo de generar un diálogo y acercamiento entre las comunidades *mapuche* y su sistema de salud con el sistema médico oficial.

En 2002 se creó la primera mesa de diálogo que se llamó "Comité Provincial de Salud Intercultural", la cual estaba compuesta por representantes territoriales reconocidos por las comunidades y que tenían conocimientos sobre su cultura, así como funcionarios/as públicos del sistema institucional de salud. Los temas de esta mesa giraron en torno al rol de los agentes médicos tradicionales, la pérdida paulatina de elementos culturales como el idioma, el territorio, las plantas medicinales, el rol del estado frente a la salud de los pueblos indígenas y la inexistencia de un marco normativo que reconociera el sistema médico de los pueblos originarios. Fue en este contexto que se presentó a la mesa la posibilidad de un proyecto de reposición/remodelación del hospital de Cañete, para lo cual los/as integrantes de la mesa debieron preparar una propuesta que incluyera elementos de la cosmovisión y salud *mapuche*.

Durante mi trabajo como encargada del programa de Salud y Pueblos Indígenas en un servicio de salud de la región, conocí a una persona originaria de la Provincia de Arauco[90] que participó en la mesa y me relató sobre los debates que se plantearon en esa instancia. Con esta persona nos hicimos amigos/as y hemos compartido en múltiples ocasiones en paseos y visitas que nos hacemos en las casas de ambos. Una tarde, en su casa en el campo, mientras teníamos una de las tantas conversaciones sobre interculturalidad, me contó sobre la gestación de este proyecto y sobre el debate que se planteó en ese momento acerca de lo se estuvo entendiendo como "salud intercultural". Esta persona me comentó que en una de esas reuniones de la mesa de trabajo, señaló que la interculturalidad no existe ya que este término supone la igualdad entre ambas partes; en este caso, no existía tal igualdad entre el sistema médico *mapuche* y el sistema de salud biomédico. Para mi amigo/a, esta situación no existía en ese momento y consideraba que tampoco existiría en el futuro, puesto que para que hubiera igualdad de condiciones, primero debería reconocerse formalmente la existencia del sistema médico *mapuche* como un sistema médico ancestral que tiene una filosofía distinta y una concepción de

[90] Por petición de esta persona, mantendré en reserva su nombre y lugar de residencia.

la salud y enfermedad que difiere del sistema bio-médico; un sistema que, por lo tanto, también incluye otras formas de proceder en la atención y tratamiento.

Otra de las discusiones que se planteó tuvo que ver con la solicitud que se les hizo a los/as dirigentes/as *mapuche* sobre el proyecto de reposición del hospital, en el cual se les pidió que incluyeran elementos culturales en el diseño del proyecto, pero sin considerar en la solicitud, la posibilidad de un cambio en el modelo de atención, ni la participación activa de las comunidades desde la génesis del mismo y menos, la cogestión y la participación activa de las comunidades en la administración del nuevo hospital.

A juicio de mi amigo/a, la definición de "hospital intercultural" le quedaba "demasiado grande" por lo que la mesa decidió aportar elementos culturales para el diseño y construcción, pero solicitó dejar fuera el término "intercultural", proponiendo que se llamara "hospital con pertinencia cultural", evitando además que fuera reconocido como el "símbolo de la interculturalidad a nivel país."

En relación a este tema, el documento Política de Salud y Pueblos Indígenas establece que en territorios de alta concentración de población indígena deben considerarse los elementos culturales del territorio para la construcción y mejoramiento de los establecimientos de salud. También señala que se debe considerar la participación de los usuarios/as en las etapas de identificación y priorización, preinversión y diseño. Finalmente, establece que se necesita adecuar la infraestructura para el desarrollo de prácticas culturales y para que agentes de la medicina *mapuche* puedan realizar su propia atención; también debe considerarse la instalación de señaléticas en el idioma del territorio correspondiente y considerar espacios de espera y acogida para los/as familiares de los/as usuarios de atención abierta y cerrada.

Fue así como la construcción del hospital comenzó en 2009, teniendo como proyección que fuera entregado en octubre de 2010. Sin embargo, su entrega se retrasó por el terremoto del 27 de febrero de 2010, lo que provocó que el avance del proyecto se viera estancado por los daños en algunas de las torres del hospital.

Fuera de la discusión inicial sobre cómo se gestó el proyecto del nuevo hospital, cabe mencionar las características de pertinencia que el hospital posee actualmente y que lo han llevado a convertirse en un hospital "intercultural" reconocido en el país. Por ejemplo, resalta

su forma que hace alusión a la joya *mapuche trapelacucha*[91], usada por las mujeres como pectoral. Al interior, las salas de espera son en forma circular, asimilando la *ruka*, en donde todas las personas están sentadas en círculo alrededor del *kutral* o fogón, mirándose las caras. La entrada principal del hospital y la cabecera de las camas están orientadas hacia el este para que la cabeza reciba las primeras energías del sol, con los pies en dirección hacia el mar continuando con el flujo de energía (siempre desde la derecha) desde lo positivo a lo negativo.

El PESPI se instala en el antiguo Hospital de Cañete en el año 2004, con un presupuesto inicial para ese entonces de $500,000 pesos chilenos[92]. En aquel entonces y hasta octubre de 2014 el programa se ejecutó en este hospital. El facilitador y la facilitadora eran las únicas dos personas que se encargaban de implementar el PESPI en el hospital, estando a cargo de coordinar las derivaciones a *machi*, realizar capacitaciones y visitar a los/as pacientes hospitalizados/as, entre otras actividades. Esto se traducía en una debilidad del programa por varias razones. En primera instancia como Cañete es una zona con alta cantidad de población *mapuche*, hay suficiente trabajo que hacer para dos personas, del mismo modo, los facilitadores/as interculturales no tienen mayor injerencia al interior de los establecimientos de salud, por lo que las gestiones que sean necesarias pueden resultar un poco más complejas.

En la actualidad, el PESPI del Hospital Intercultural *Kalvu Llanka* se ejecuta a través de la Unidad Intercultural, que se creó formalmente el 14 de julio de 2014[93]. Desde el 2014 se crea el cargo de coordinador de la Unidad, a cargo del sociólogo Cristian Campos. En esa misma unidad y como parte del corazón del programa se encuentran en la actualidad Francisco Yaupe y Elizabet Raiman, ambos *mapuche* de los territorios de Tirúa y Elicura, respectivamente y ambos como facilitadores interculturales. Por resolución del hospital, la unidad está compuesta por aproximadamente 16 funcionarios/as del hospital de diversas áreas, con propósito de ir transversalizando en los diferentes servicios el enfoque intercultural en la atención. Dentro de

---

[91] *Trapelacucha*: joya *mapuche* que se usa como pectoral, representa la conexión espiritual entre lo terrenal y lo sagrado.

[92] Equivalente a $765 USD. El presupuesto del año 2015 fue de $22,828,785 pesos chilenos ($34,906.40 USD) y el presupuesto del año 2016 fue de $ 23,682,525 pesos chilenos ($36,211,81 USD). Información solicitada por Ley de Transparencia al Hospital *Kalvu Llanka*. Este presupuesto se distribuye en para la financiación de las actividades que se programen anualmente por la Unidad Intercultural, como capacitaciones, material informativo, servicios de cóctel, etc. En algunos Servicios de Salud y Hospitales, se saca del presupuesto PESPI para pagar a los facilitadores/as interculturales, asesores/as. En el caso del Hospital *Kalvu Llanka* los facilitadores/as pasaron a la planta a contrata de dicho establecimiento.

[93] La unidad se creó mediante la resolución del Hospital *Kalvu Llanka* 846/850 del 14 julio de 2014

sus integrantes se encuentran el director del hospital, la periodista, kinesiólogos, enfermeras y técnicos paramédicos, entre otros.

En el 2012, cuando estuve como Encargada del PESPI en un Servicio de Salud de la Región, pude conocer a la Red de Facilitadores Interculturales de Arauco, liderada por el *lamuen* Pascual Levi, en ese momento asesor intercultural del Servicio de Salud Arauco. La Red estaba compuesta por los facilitadores de los hospitales y el CESFAM de la provincia y se reunían periódicamente para coordinarse respecto a la situación de pacientes, actividades culturales, actividades del programa y para reflexionar sobre cómo iban avanzando en la aplicación del PESPI. En aquel entonces, la red y los facilitadores tenían una comunicación fluida entre ellos y con sus referentes en la unidad de Salud Intercultural y en el Servicio de Salud Arauco.

Sin embargo, durante el trabajo de campo me enteré de que aquella Red de Facilitadores ya no existe. Por diversos motivos han perdido la coordinación, retroalimentación y el trabajo de grupo entre los facilitadores y con el Servicio de Salud Arauco. En conversaciones con el coordinador de la Unidad Intercultural del Hospital *Kalvu Llanka*, con los facilitadores interculturales y con el director del mismo recinto hospitalario, éstos manifestaron que se encuentran trabajando solos, sin apoyo del Servicio de Salud, ni del Ministerio de Salud. Respecto de la relación con el Ministerio de Salud, el director del hospital señala:

> "Es pésimo, muy malo. La verdad es que no hay apoyo. No porque… de hecho, se los dije ayer a la gente del Ministerio [Encargada Nacional del PESPI subrogante]... Aquí lo único que se tiene o se quiere es aparentar acciones que te permitan mostrar a la comunidad internacional de que tú estás haciendo algo por los indígenas. Ese es el lenguaje, y por eso algunos escogimos meternos en esto, porque yo creo que desde el Estado se tiene que hacer más todavía, y ojalá en alguna instancia poder participar de esas decisiones" (José Luis Lincoñir).

Respecto de la relación que mantienen con el Servicio de Salud, el director del hospital señala:

> "El otro día les mostramos a los del Ministerio que no sabían nada de lo que estábamos haciendo… desde el Servicio de Salud, la Unidad Intercultural es horrible, yo diría que más mala que la del Ministerio o igual de malo…No tenemos ninguna vinculación con ellos, ellos a nosotros no nos aportan. Nosotros hemos decidido iniciar este camino propio porque al final este modelo se construye desde la mirada territorial…sería interesante sí que el

> Servicio de Salud se involucrara porque como atendemos pacientes, derivamos pacientes, trabajamos en red esta cosa debiera fluir y no fluye. Sí, yo espero que el servicio se entusiasme, se motive…" (José Luis Lincoñir)

Los/as facilitadores/as interculturales representan el equipo estratégico clave del PESPI. Ellos/as son los/as encargados/as de mantener el nexo entre los/as pacientes hospitalizados/as y sus familias, entre los usuarios/as y los/as médicos en las atenciones abiertas o cerradas. Apoyan a los servicios clínicos con información cultural que pueda ser relevante para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, participan de las visitas domiciliarias y sobre todo, se transforman en un personal clave del hospital, puesto que se vuelven los agentes que generan el nexo con las comunidades.

En la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) se establece que la presencia de los facilitadores interculturales en los establecimientos de salud se determina por solicitud de la comunidad; al mismo tiempo estos deben ser reconocidos por la comunidad y poseer en este caso, el *kimun*[94] *mapuche*.

En el mismo documento, se establece el perfil que deberían tener los/as facilitadores interculturales: ser bilingües (manejo del idioma nativo y castellano), identificarse como perteneciente al pueblo originario y mantener contacto con las comunidades, entre otras características de relevancia. También se menciona que se les debe capacitar en el uso y funcionamiento del sistema de salud occidental, trato al usuario, conocimientos básicos de promoción y prevención de la salud, y deben responder a los requerimientos del equipo y de las comunidades.

El PESPI contempla la figura del asesor/a cultural quien forma parte del equipo técnico para la coordinación en red, formulación y evaluación de los planes de acción en los establecimientos de salud. Como requisitos de su perfil se considera que esta figura debe tener el manejo de ambos idiomas, ser reconocido y avalado por la comunidad o territorio de procedencia y tener amplia trayectoria en organizaciones sociales.

Actualmente el Hospital *Kalvu Llanka* cuenta con dos facilitadores, un hombre joven que ingresó en 2004 y una mujer mayor que ingresó en 2011. Ambos provienen de comunidades *mapuche* del sector y a pesar de que cuando ingresaron al hospital no conocían como

[94] *Kimun*: conocimiento, sabiduría en *mapudungún*.

funcionaba el sistema de salud, ni eran reconocidos por el personal médico, hoy han logrado tener un espacio dentro del hospital, aunque todavía con reparos.

Un primer reparo tiene que ver con el "doble rol" de los facilitadores interculturales: el estar como representante de la comunidad y al mismo tiempo como funcionario/a del hospital (u establecimiento de atención primaria). Este doble rol pone al facilitador/a en una situación que genera conflictos internos, cuestionamientos, incertidumbres y estrés. Si bien es cierto que hay facilitadores que, no importando las consecuencias, siempre están dispuestos/as a tomar partido por las decisiones o acciones que favorezcan a sus comunidades, existen otros/as en cambio, a los/as que les cuesta mucho más por ser funcionarios/as del establecimiento, temiendo generar posibles represalias en el ámbito laboral cuando toman partido por las comunidades en una situación de diferencias o hasta conflictos. Lo mismo ocurre si el/la facilitador/a toma posición por las decisiones de los establecimientos de salud, ganándose muchas veces los cuestionamientos de las personas de la comunidad.

Otro de los puntos no menores tiene relación con la calidad contractual de los facilitadores/as interculturales. La mayoría se encuentra en modalidad de honorarios (pago por medio de boletas emitidas por el empleado/a como trabajador/a independiente), a quienes legalmente no les corresponden los derechos establecidos en el Código del Trabajo[95]. Además,

[95] Esta medida adoptada por los servicios públicos reproduce las prácticas del sistema neoliberal, traduciendo su supuesta "flexibilidad" en precariedad laboral, puesto que legalmente no se otorgan feriado anual vacaciones, indemnización por años de servicio, días festivos libres, descanso o fuero maternal, pago de licencias médicas, negociaciones colectivas, o el pago de cotizaciones previsionales; todas ellas prestaciones que el mismo empleado/a debe pagar de su bolsillo. Aunque legalmente estos derechos no corresponden, los servicios de salud sí otorgan algunos de estos beneficios previo acuerdo con sus empleados. Los empleados que se encuentren en esta modalidad contractual se rigen por "las reglas del arrendamiento de servicios inmateriales que regula el párrafo noveno, Título XXVI, del Libro IV, del Código Civil" (web Dirección del Trabajo) y de acuerdo al Estatuto Administrativo (EA) los honorarios son para desarrollar tareas esporádicas y no permanentes. Las otras modalidades de contrato son "de planta" quienes se rigen por el Estatuto Administrativo, representa la modalidad de contratación "ideal", puesto que tienen acceso a un contrato formal de trabajo, por un tiempo indefinido de manera inamovible, con pago de cotizaciones previsionales y todos los otros derechos asociados (feriado anual, pago de licencias médicas, descanso maternal etc.) reconocidos como funcionarios/as públicos. La modalidad que le sigue es el contrato "a contrata", este se caracteriza por ser de plazo fijo, de renovación anual (al 31 de diciembre de cada año), se reconocen los mismos derechos que en la modalidad anterior, pero no se reconoce la carrera funcionaria y se está propenso a quedar sin trabajo cada fin de año. De acuerdo a lo estipulado en el EA, los cargos a contrata no pueden exceder el 20% en un servicio.

la mayoría de los facilitadores interculturales poseen estudios de enseñanza media completa o estudios técnicos, por lo que las remuneraciones que reciben tampoco son altas[96].

También hay que mencionar el bajo nivel de injerencia de los facilitadores/as interculturales, ya que generalmente se encuentran en el último eslabón de la cadena, realizando (aunque es sumamente necesario) labores de tipo asistencial[97], sin incidir sustantivamente en la elaboraciones y evaluación de los planes a nivel local, pues a esta tarea se remiten los encargados/as o referentes técnicos del programa.

En mi participación en varias jornadas de trabajo y encuentros a nivel nacional y regional de encargados/as de programa PESPI y facilitadores/as interculturales en Santiago y Concepción, me tocó presenciar en múltiples oportunidades que durante las jornadas de trabajo al momento de elaborar propuestas o tomar decisiones los/as facilitadores interculturales solicitaban que las personas no *mapuche* que se encontraran en el salón (o el lugar donde se estaba trabajando) se retiraran para poder ellos discutir y tomar decisiones sobre un tema que era eminentemente *mapuche*.[98] Una vez terminadas estas reuniones "de *mapuche*", se hacían pasar a los/as demás referentes técnicos, encargados/as de programa, y funcionarios ministeriales a los/as que se les comunicaba sobre los acuerdos que se habían tomado.

Casi siempre estos acuerdos diferían de las propuestas que había hecho el Ministerio de Salud, principalmente por el tema de los tiempos, afirmando que los tiempos *mapuche* son distintos de los tiempos *winka*, en donde los procesos de discusión y toma de decisiones son mucho más largos, puesto que además consultan a sus bases. Entonces, no se pueden apurar los procesos y saltarse etapas sólo para cumplir con los plazos ministeriales. En general, estas decisiones casi siempre fueron respetadas por las personas a cargo, en el entendido de que el

[96] Esto puede variar de acuerdo a la cantidad de años que el facilitador/a lleve prestando servicios en el establecimiento, o al tipo de negociación que haya realizado.

[97] Gestión de horas médicas, gestión de la atención con agentes médicos tradicionales, gestión para entrega de insumos de aseo o alimentación a pacientes postrados, hospitalizados/as o que se encuentren en otra situación desfavorable, relatores de cosmovisión mapuche en talleres de capacitación sobre salud intercultural, etc.

[98] Como encargada de programa en reiteradas ocasiones me sentí viviendo el "doble rol", y cuando me encontraba en la situación anteriormente descrita me cuestioné si quedarme dentro o fuera del salón. Las veces en que me vi en ese escenario, facilitadores/as que ya me conocían y que me identificaban también como *lamuen* me decían que me quedara con el resto de los/as *mapuche* facilitadores/as para que discutiéramos en conjunto sobre la temática que se venía trabajando. En situaciones como esas debo reconocer que me sentía y reafirmaba mi pertenencia mucho más hacia el mundo *mapuche* que hacia el sistema público que en ese momento me tenía como encargada del PESPI.

programa debe respetar también las formas de deliberación y toma de decisiones al interior de los pueblos.

Respecto de las acciones con "pertinencia cultural" (definidas así por el director del hospital) que se están aplicando hasta la fecha en el Hospital Intercultural *Kalvu Llanka* se pueden encontrar algunas dentro de las prestaciones de la cartera de servicios del hospital; además de la realización de actividades de promoción de saberes tradicionales y de capacitación y sensibilización al personal de salud. El ámbito de la cogestión aún no tiene un mayor desarrollo en este establecimiento de salud. A continuación se explican algunas de estas actividades:

- Curaciones con pertinencia

En relación a este tema viene al caso señalar, a modo de ejemplo, un caso emblemático de curación con pertinencia cultural del hospital de Cañete. En uno de los encuentros de encargados/as de programa PESPI que se desarrolló en 2013 en Arauco, enfermeras del hospital dieron a conocer su experiencia curando un pie diabético con plantas medicinales, *machitun*[99] y medicina occidental.

Para fines de 2012, una usuaria adulta mayor de 74 años con ascendencia *mapuche* presentaba un *winka kutran*[100] o diabetes mellitus e hipertensión. Asistía regularmente a curaciones al centro asistencial porque tenía pie diabético. De acuerdo a lo que se señala en el documento de Buenas Prácticas Laborales "Manejo de heridas con enfoque intercultural: evidencia de caso clínico" (2012), el pie de la usuaria presentaba 95% de tejido esfacelo, secreción serosa, mal olor, eritema y edema circundante y úlceras de 5 centímetros de profundidad en el tarso y metatarso. Por lo anterior, fue derivada al hospital regional Guillermo Grant Benavente de Concepción, donde un cirujano vascular propuso amputación del pie izquierdo, por considerar que no existía posibilidad de sanar el pie. La hija de la usuaria no estuvo de acuerdo con esta indicación y decidió trasladar a su madre a Cañete para se atendiera con una *machi*.

En este contexto la facilitadora intercultural del hospital se coordinó con la enfermera coordinadora del hospital de Cañete para realizar una visita domiciliaria a la usuaria y ver su

[99] *Machitún*: Ceremonia ritual que realiza la machi para sanar, en esta ceremonia la *machi* se comunica con sus *püllus* o espíritus.
[100] *Winka kutran*: enfermedades no *mapuche* u occidentales.

derivación a la *machi*. Mientras se desarrollaba el proceso, se develó que la usuaria cuando era más joven tuvo "don de *machi*", pero nunca lo aceptó y por lo tanto no lo ejerció. De acuerdo al documento revisado, la causa del pie diabético fue *wenu kutran*[101], una enfermedad *mapuche* que se produjo en este caso porque ella había rechazado al don de *machi*, transgrediendo así la norma cultural y provocando un desequilibrio interno que terminó afectándola.

Para llevar a cabo la curación con pertinencia cultural, la facilitadora intercultural se coordinó con la enfermera coordinadora del hospital y una *machi* del territorio para proceder de la siguiente manera:

> "…Entonces la facilitadora intercultural decide invitar a una *machi* y la enfermera a realizar rituales de sanación a la usuaria enferma para quitar el *weda newen*. Ceremonia de *mapuche kutran*... donde la *machi pu newen* convoca las energías positivas con el uso de instrumento sagrado (*kultrún*) para hacer una limpieza del *wallme* (espacio) y de la herida de la *ñaña*, ya que, esto conlleva al debilitamiento del *kuttan*, ayudada por el *tapül voygue* (hoja de canelo); prohíbe el *winka Lawen* y solicita evitar el uso de apósitos especiales, se negocia manejo de curaciones con infusión de llantén, matico y siete venas, las que serían preparadas ½ a 1 hora previa a la realización de la curación por la hija de la Sra. CCL [iniciales del nombre de la paciente]. La recolección de estas plantas medicinales debe ser realizada en horas de la mañana (cerca de la salida del sol), puesto que en este horario se concentra la energía positiva en la materia y fomenta sus propiedades curativas, pomadas, miel (mieloterapia)" (Obreque *et al*, 2012:5).

Obreque et al[102], señala que luego de 50 días los resultados de esta experiencia fueron exitosos:

> "Las imágenes evidencian al mes y 20 días de manejo intercultural, una disminución del diámetro y profundidad de la herida, en un 50% y 80% respectivamente, con presencia de 100% tejido granulatorio, zona cicatrizal definida, vascularización periférica adecuada, pulso pédeo firme[103]. Con inclusión de mieloterapia y Profesional Kinesiólogo en esta etapa, para favorecer la cicatrización y rehabilitación de la herida y pie" (2012:11).

Para seguir replicando este tipo de experiencias esperando resultados similares, desde 2014 las curaciones con pertinencia cultural se han instalado como una práctica permanente al interior de la unidad de salud intercultural, ejecutada por estas tres actoras. En 2014 se atendieron cuatro pacientes; en 2015, 15 pacientes y, hasta septiembre de 2016, 16 pacientes.

---

101 *Wenu kutran*: Enfermedad espiritual en *mapudungún*.

102 Las autoras de este artículo son enfermeras del Hospital *Kalvu Llanka*.

103 Se pueden ver fotos del proceso de mejoramiento del pie en el link: http://buenaspracticasaps.cl/wp-content/uploads/2013/10/Menci%C3%B3n-honrosa-Manejo-de-heridas-con-enfoque-intercultural-Hospital-de-Ca%C3%B1ete.pdf

- Derivación a machi

La derivación a *machi* consiste en la coordinación que hace, el/la facilitador/a intercultural del Hospital *Kalvu Llanka*, para que usuarios/as puedan atenderse con *machi*. Esta derivación se hace por demanda espontánea o por recomendación de los facilitadores/as. En ciertos casos, algunos médicos del hospital también han sugerido que puedan hacer tratamiento complementario con agentes médicos tradicionales. Desde el establecimiento se facilita el transporte para que los usuarios/ puedan recurrir a su atención con los/as *machi* que se encuentran en la provincia de Arauco y en algunos sectores norte de la Región de la Araucanía; la mayoría de estos agentes viven en sectores rurales muy alejados.

El pago que se le da la *machi* queda a cuenta del paciente, puesto que se concibe la relación dentro del principio de reciprocidad, donde ocurre una transacción que puede ser en dinero, alimentos, animales u algún otro a cambio de la atención y del proceso curativo. Este es el elemento que distingue a la provincia de Arauco y al Hospital *Kalvu Llanka* de los procesos de gestión *mapuche* en salud levantados en la región de la Araucanía. Y es que en esta última localidad los agentes de salud están incorporados en establecimientos de salud oficiales o funcionan de manera independiente con elementos administrativos que se encuentran en la misma lógica del funcionamiento del sistema médico occidental, con dación de horas, *machi* atendiendo en un box dentro del hospital y a quienes se les paga a través de boletas de honorarios. En cambio, los agentes médicos tradicionales de la provincia de Arauco realizan sus atenciones en sus propios espacios o *rukas*, donde se encuentre su *rewe*, y todos los elementos que le otorgan el *newen* y *kimun mapuche*. Algunos/as de ellos plantean que el salirse de su espacio, les hace perder *newen* por lo que los diagnósticos y tratamientos no tendrían el mismo resultado, exponiéndose además a posibles transgresiones o desequilibrios provocados por el alejamiento del espacio ritual ceremonial.

Al respecto, Andrés Cuyul menciona que desde el 2000 se han incorporado chamanes indígenas en los centros de salud, lo que sin embargo termina por descontextualizar su acción socio-terapéutica:

> "…se le recluye en un cubículo propio del método y espacio clínico (observación sistemática y control de variables); es decir, se desnaturaliza su rol comunitario interrumpiendo la cosmovisión y práctica en el contexto territorial,

> disponiendo al terapeuta indígena en un espacio aislado que facilita su domesticación tecnocrática" (2016:446).

El mismo autor también reflexiona sobre la incorporación de agentes médicos tradicionales al espacio clínico, argumentando que ya no sólo "se esteriliza" al terapeuta, sino también que se despoja al padecimiento de su construcción social, pasando a ser controlado clínicamente con el manejo de variables, lo que él denomina como "mecanismo de clinicalización". De igual modo, hace referencia al papel que juegan los chamanes indígenas, o *machi* en este caso:

> "la *machi* pasa así a ser una empleada del sistema de salud, presa de la alienación sanitaria propia del trabajo clínico; de la atención reglada y casi independiente de la gravedad y de las necesidades específicas de los enfermos. A ellos se suma consecuencias que acarrea la transgresión al *ngen pulju* o "dueño del espíritu" propios de la/el *machi*, lo que generalmente trae consecuencias en su salud, según las lógicas socioculturales propias que rigen a esas autoridades espirituales *mapuche*" (*Idem*).

Cuyul sostiene que el marco de multiculturalismo y diversidad promovidos por los Estados, se han llevado a cabo acciones que "tienen un propósito de domesticación, integración e invisibilización de las identidades", ya que esta acción se ve reflejada en que, "desde el año 2006 el Ministerio de Salud solicita a las organizaciones *mapuche* que reporten mensualmente 'las prestaciones' de salud que ejecutan los sanadores tradicionales, contra la entrega de fondos…" (*Idem*). Finalmente, este autor sostiene que estas acciones por parte del Estado chileno corresponden a un proceso de "salutofagia" entendida como "la asimilación de identidades y prácticas de salud indígenas por parte del Estado y sus políticas multiculturales por medio de dispositivos de la "interculturalidad en salud" (*Ibidem*:447).

En el Hospital *Kalvu Llanka* la derivación a *machi* desde 2005 ha sido de manera espontánea y recién desde 2010 se comienzan a obtener registros para estadísticas y análisis, como datos de los/as pacientes que solicitan derivación, catastro de *machi*, motivos de consulta, tratamientos, etc. En este momento, la unidad de salud intercultural del hospital se encuentra elaborando una sistematización respecto de lo que ha sido el proceso. Las derivaciones por año desde el 2010 son las siguientes (Cuadro 9):

Cuadro 9. Derivaciones a machi de pacientes del Hospital *Kalvu Llanka*, 2010-2016

Año	N° de derivaciones
2010	14 pacientes
2011	24 pacientes
2012	70 pacientes
2013	77 pacientes
2014	74 pacientes
2015	139 pacientes
2016	39 pacientes

Fuente: Elaboración propia en base a información solicitada por Ley de Transparencia al Hospital *Kalvu Llanka*.

Notoriamente, desde el 2010 a 2015 ha habido un aumento de las consultas a *machi*, esto puede deberse a la difusión que ha hecho la unidad intercultural al respecto y a los comentarios de las experiencias que hacen los mismos/as pacientes que ya han asistido a verse con *machi*. Sin embargo, hay que notar que en 2016 la tendencia a la alta se ha interrumpido, ya que hasta el mes de septiembre sólo se habían registrado 39 pacientes.

- Capacitaciones al personal médico, paramédico y administrativo en temas de cosmovisión y salud mapuche

El programa PESPI contempla en su formulación la realización de capacitaciones para sensibilizar a los funcionarios/as y equipos médicos sobre la importancia de incorporar el enfoque intercultural en el modelo de atención. En general, casi todos los programas PESPI de los establecimientos de salud contemplan la realización de capacitaciones, talleres e inducciones sobre la interculturalidad en salud y la cosmovisión de los pueblos originarios, *mapuche* en este caso. Por otro lado, es común que las comunidades inviten a participar a los facilitadores/as, el equipo de salud intercultural y otros funcionarios a las actividades ceremoniales, las cuales son bien valoradas por este personal de salud puesto que les permite acercarse y conocer en situ algunas de las prácticas culturales del pueblo *mapuche*.

- Casa de acogida

En septiembre de 2016 se inauguró la casa de acogida que está ubicada al interior del hospital en la planta baja. El propósito de esta casa de acogida es que las personas que viven en sectores lejanos y que tengan que realizarse exámenes por la mañana, acudan al hospital el día anterior y se alojen en el hospital. Esta casa de acogida cuenta con un espacio para dormir, cocinar y

baño con duchas. También está pensada en los/as familiares de las personas hospitalizadas, para que puedan quedarse cerca sin tener que ir y volver a sus casas en el campo.

Desde un análisis crítico de la interculturalidad y como se mencionaba en el apartado anterior, dichas acciones se promueven porque se consideran que tienen pertinencia cultural. Sin embargo y siguiendo la crítica de Walsh (2010), resultan ser acciones funcionales al sistema biomédico, sin lograr modificar ninguna estructura ni las relaciones de fondo entre este sistema y los saberes y prácticas médicas *mapuche*; relación marcada por una profunda asimetría. Finalmente, se trata de la adecuación de espacios o acciones desarrolladas sin poner en cuestión la superioridad ideológica y clínica, el biologismo y lo individualizante (como tres de sus características más sobresalientes; véase Menéndez, 1992) del sistema de salud biomédico hegemónico, incorporando algunos aspectos culturales de los pueblos originarios que son aceptables para el sistema con lo cual se demuestra que el Estado está haciendo algo para incluir a los pueblos en la formulación y ejecución de los planes y programas en que les tienen como beneficiarios/as.

Tan es así, que en la mayoría de las acciones arriba mencionadas no se incluye la participación de las comunidades y de líderes comunitarios *mapuche* en la planificación, ejecución, control y evaluación de las mismas; aún menos, en la gestión del hospital en su conjunto. La participación de las comunidades se remite a un nivel consultivo, muy lejos de la cogestión. Por ejemplo, Clodovet Millalén haciendo alusión a la arquitectura del Hospital *Kalvu Llanka* y a cómo se traduce la interculturalidad en el ámbito de la salud menciona que:

> "no significa sólo tener un símbolo iconográfico como el Hospital de Cañete, que es una tremenda infraestructura en términos teóricos, que podría ser la inclusión de un pueblo, pero en el fondo en el quehacer, en la atención no hay ninguna coherencia…" (Clodovet Millalén, entrevista realizada miércoles 02 de septiembre de 2015).

La consciencia de las limitaciones que estas acciones presentan -incluyendo la construcción misma del Hospital *Kalvu Llanka* de acuerdo a criterios de pertinencia cultural-en el impulso de un proyecto de salud intercultural, es compartida por el mismo director del hospital:

> "Para tener un modelo de salud intercultural estamos muy lejos, para eso estamos a años luz, porque desde mi punto de vista, el diseño de este hospital se quebró. Perdón, la posibilidad de instalar un modelo de salud intercultural se quebró de momento que se elaboró el diseño, ¿que los *peñi* participaron?, ¿las *lamgien*

> participaron del desarrollo del diseño? No, nunca fueron convocados a conversar de cómo se quería que fuera la entrega de la salud, de cómo se quería que fuera el modelo de salud que se iba a impartir aquí…Cuando hablamos de modelo de salud intercultural, está asociado al tema de la cogestión, y eso ya es un paso que por ahora lo veo muy lejano…La cogestión es posible pero después de harto tiempo, porque aquí debió haberse dado primero la construcción del modelo antes de generar el espacio, o el espacio debió haber sido en función de la construcción de ese modelo" (José Luis Lincoñir)

Teniendo esta situación como contexto, resulta complejo imaginar un modelo de atención en salud intercultural. La Ley Nº 20.584 de Deberes y Derechos de los Pacientes, en su artículo Nº 7 establece que:

> "En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura" (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012)

Debido a esta normativa, desde 2014 se inició un trabajo de reglamentación de dicho artículo a nivel nacional. Para ello, se han realizado jornadas de trabajos locales entre Servicios de Salud y comunidades indígenas (financiadas por el MINSAL), con propósito de que emanen propuestas territoriales para el reglamento, vale decir que cada comunidad o grupo de asociaciones elaboren propuestas de acuerdo a sus contextos. Dichas propuestas serán consolidadas en el MINSAL y se traducirán en el reglamento que norme la atención de los centros de salud de acuerdo a un modelo de salud intercultural.

En conversaciones con el Coordinador de la Unidad Intercultural y los facilitadores interculturales, éstos han manifestado que, como hospital están quedando al margen de dicho proceso, puesto que ha sido dirigido y trabajado solamente desde el Servicio de Salud Arauco quien establece reuniones con las comunidades indígenas sin invitarles a participar como hospital. Esta falta de coordinación entre distintas instancias del sistema institucional de salud no abona a la implementación de un proyecto de salud intercultural que tenga coherencia y congruencia, aun que sea exclusivamente desde la perspectiva del mismo sistema institucional.

El modelo de salud intercultural o modelo de salud *mapuche* debe ser construido por las comunidades *mapuche*, considerando las particularidades que tenga cada territorio. Al respecto, el *lamuen* Andrés Cuyul, estudioso de la salud colectiva, señala:

> "Esto implica un proceso de fortalecimiento cultural identitario y político en torno a la manera en cómo el pueblo *mapuche* conceptualiza y aborda la salud, la cual a su vez define la forma en que esa organización configura una respuesta sociocultural al complejo salud/enfermedad/atención. Por tanto, el modelo es situacional y específico en cada territorio" (Cuyul, 2012:270).

La participación activa de las comunidades en los programas en donde se les considera como beneficiarios, es un derecho contemplado en diversas normativas vinculantes como el Convenio 169 de la OIT. Como ya señalaba Aguirre Beltrán hace décadas en relación a la experiencia de trabajo en salud con los pueblos indígenas mexicanos ([1955] 1994) esa participación debería ser activa, de principio a fin; involucrando a las comunidades indígenas y a sus representantes para diseñar, planificar, tomar decisiones, implementar las acciones, evaluar y tener acceso, manejo y control de los recursos. Sólo con la activa participación es posible comprometerse con los éxitos y fracasos del programa. Al respecto el mismo Aguirre Beltrán señalaba hace más de sesenta años:

> "Nada de lo que se es impuesto o de lo ofrecido como dádiva tiene valor perdurable si carece de significado y no da sentido de pertenencia al sujeto que sufre la acción sanitaria o asistencial; no importa que pueda demostrarse que éstas sean útiles o benéficas" ([1955] 1994:41)

Pero, para que las comunidades sean partícipes de dicho proceso, ellas mismas deben identificar sus propias necesidades, hacer un ejercicio reflexivo sobre qué tipo de salud quieren, debe haber un proceso profundo de apropiación de la interculturalidad como una arma transformadora.

En relación a los sistemas médicos y su coexistencia, dentro de los elementos de las interculturalidad que enuncia el PESPI, se hace referencia a la "Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena" (MINSAL, 2006). Sin embargo, esa colaboración e interacción entre ambos sistemas se encuentra mediada por relaciones de poder, donde el sistema médico oficial tiene el poder hegemónico. Dicho programa se ha construido y establecido como parte del sistema institucional de salud en Chile el cual se ha configurado a partir de lo que Menéndez conceptualiza como modelo médico hegemónico (1992). El modelo se caracteriza principalmente por ser validado científicamente, altamente burocratizado, por establecer

relaciones asimétricas entre médico-paciente con una clara orientación biologista, individualista, ahistórica y asocial, concibe a la salud como mercancía y establece el predominio de lo curativo (Campos Navarro, 2015). Se trata de un sistema de salud que es fuerte de su legitimidad epistémica, política y clínica, la cual lo coloca en una situación de enormes ventajas ante los saberes y prácticas de la medicina *mapuche*, la cual se ubicaría más bien dentro de un nivel primario de atención (o sea con finalidades preventivas o de restablecimiento de la salud), que aunque tiene agentes especializados en medicina *mapuche*, no se basa en la evidencia científica, y establece relaciones más simétricas entre el agente curador y sus pacientes.

Según lo señalado por Campos Navarro (2015) el modelo de atención de los pueblos indígenas tiende a ser de subordinación ante el modelo médico hegemónico. Es lo que ocurre actualmente entre la medicina *mapuche* y el sistema institucional biomédico. Un ejemplo claro, está dado por la relación entre parteras *mapuche* y el sistema de salud a nivel primario. En el caso visto en el trabajo de campo en la comuna de Tirúa, es posible apreciar como las *puñeñelcheve* o parteras *mapuche* se encuentran "trabajando conjuntamente" con el CESFAM de la comuna.

Luego de hacer observación participante, y de haber realizado entrevistas a las parteras y a matronas del establecimiento, pude identificar la relación de control y subordinación en la que se encuentran las parteras por parte de las matronas y del mismo sistema de salud. Las parteras no participan en la planificación que realizan las matronas sobre los talleres de atención prenatal; la labor de las parteras se limita a participar -cuando las matronas las llaman- en los talleres de alimentación saludable para mujeres embarazadas, en cuyas ocasiones las parteras comparten recetas de comida *mapuche* que se consideran como beneficiosas durante las etapas de embarazo, parto y puerperio. La matrona le ofrece a las mujeres que asisten a sus controles la posibilidad de "verse" con la partera. En algunas ocasiones la partera entra al box de atención con la matrona y realiza masajes, acomodando al feto en el vientre de la futura madre. En otras ocasiones las mujeres acuden directamente a las casa de las parteras. Desde el establecimiento de salud se les paga un "bono" anual -una cantidad muy baja de dinero- a modo de cooperación a las parteras, por participar de las actividades a las que se les invita.

Cabe mencionar, que esta experiencia de colaboración es reconocida y considerada exitosa a nivel país; la matrona a cargo es constantemente invitada por otros centros de salud

con objeto de que compartan esta "buena práctica" de complementariedad de sistemas médicos y para que ésta pueda ser replicada en otros establecimientos.

En el caso chileno, efectivamente la partería tradicional de los pueblos originarios (y la partería *mapuche* como un ejemplo de la misma) se ubicó/a en el nivel primario de atención para las personas pertenecientes a estos pueblos. Las mujeres *mapuche* que se encuentran en proceso de embarazo y parto pueden acudir a atenderse con ellas, con quienes establecen en general relaciones simétricas y de reciprocidad, vale decir, se genera una relación de horizontalidad entre la agente de medicina y la mujer embarazada o paciente. Del mismo modo, la relación de reciprocidad está dada en la manera de que la mujer retribuye la atención que le ha brindado la partera con algo que ellas hayan acordado conjuntamente, puede ser dinero, animales, etc. Las parteras *mapuche* justifican su atención basándose en un sistema de creencias y cosmovisión propias y también considerando sus experiencias de atención con otras mujeres. Las parteras *mapuche* no son necesariamente ampliamente reconocidas por toda la comuna en donde residen, pero sí lo son para la comunidad *mapuche* que les rodea.

Dentro de la cosmovisión *mapuche* los agentes médicos tradicionales juegan un papel fundamental para el restablecimiento del equilibrio. Como plantea Aguirre Beltrán (1986) respecto de la utilización de la eficacia simbólica pero también como saberes prácticos, las parteras *mapuche* pueden ejercer como tal, puesto que han recibido "el don" a través de los *pewmas*[104] y por su *kimun*, saben utilizar el *lawen* que encuentran en su territorio y realizar acciones para la atención de salud. El haber recibido "el don" y el saber utilizar el *lawen* implica que las *puñeñelcheve* poseen una sabiduría que no es compartida por el resto de las mujeres; por lo que la simetría de relaciones entre estas agentes terapéuticas y las mujeres a las que atienden encuentra aquí su límite.

Por otro lado, la articulación en la que las parteras *mapuche* están insertas frente a otros modelos de atención y en particular ante el modelo médico hegemónico (MMH) representado en la provincia de Arauco por el sistema público institucional de salud, está marcada por una relación de profunda subordinación que las ha marginalizado de manera creciente, orillándolas en algunos casos y para ciertas prácticas de atención (por ejemplo, en cuanto a la atención del parto) hacia la clandestinidad. La clandestinidad es parte del etnocidio que ha efectuado el

[104] *Pewma*: Sueño en *mapudungún*.

Estado chileno y sus diversos dispositivos del pueblo *mapuche*, y puede implicar una relación de exclusión más que de subordinación.

El abordaje teórico de Menéndez ayuda a entender la parcial recuperación que el MMH chileno ha efectuado de la partería *mapuche* dentro de la política de interculturalidad en salud, en donde se utiliza a este agente terapéutico de manera funcional a los objetivos de la atención biomédica establecida por el sistema de salud; por ejemplo, en asegurar que las mujeres *mapuche* lleguen a la atención prenatal. Si nos centramos en la relación que existe entre la matronería y la partería tradicional *mapuche* en el CESFAM de Tirúa, las parteras *mapuche* tienen un rol subordinado y marginado, frente a la matronería profesional, la cual, en esta relación, juega un papel hegemónico.

Aunque a través de la política de salud intercultural se han realizado intentos por trabajar la complementariedad entre sistemas médicos, la relación sólo se ha limitado a la adecuación cultural que el modelo biomédico hace de algunas prácticas tradicionales *mapuche*; mientras que la atención del parto fue expropiada de las manos de las parteras *mapuche* a las que se les asignan roles marginales de apoyo. Lo anterior parece estar en sintonía con lo que plantean Zolla y colaboradores:

> "El proceso de exclusión que lleva a cabo el modelo médico hegemónico respecto de los otros modelos médicos (subordinados, alternativos) no sólo se manifiesta a nivel de las *prácticas* curativas, sino también de los *saberes* (incluidas dentro de estos las formas de clasificación de las enfermedades, los criterios etiológicos, las formas diagnósticas, las concepciones anatómicas y fisiológicas y los conceptos sobre la acción de los medicamentos en relación al equilibrio)" (1988:17).

Por ejemplo, en la situación que analizamos a lo largo de este estudio, la matronería ha reemplazado y desplazado la mirada holística y la relación con el territorio o medio ambiente que la partería *mapuche* realizaba durante su atención a las mujeres embarazadas. Además del discurso colonizador que instauró el modelo biomédico (incluyendo a la matronería) sobre que los y las indígenas eran sucios/as y salvajes, introdujo las nociones de higiene y saneamiento, así como nuevas tecnologías de las cuales las parteras carecían, por lo que este sería otro argumento para justificar que los cuidados en torno a la atención obstétrica deben realizarse en espacios sanitizados como los hospitales.

La hegemonía del modelo biomédico está avalada por el Estado, y por su cientificidad que es respaldada por los grupos sociales que se atienden en los servicios de salud organizados

dentro de este modelo. La hegemonía, como un aporte de la teoría gramsciana, se traduce en la expansión y transmisión de una forma de vida, de conocimientos, de formas de pensar y organizar el mundo que se transforman en un nuevo sistema de creencias que se impone como lo establecido y la norma sobre y hasta entre las clases subalternas. La hegemonía del modelo médico se centra principalmente en los logros y legitimidad que adquiere entre sus usuarios/as. Sin embargo, según lo que plantea Menéndez, esta legitimidad y hegemonía del MMH enfrenta ciertas dificultades:

> "La expansión del MMH se genera conflictivamente y dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas o parapúblicas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económicos y políticos y se refuerce la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el MMH" (1992: 98).

Efectivamente, cuando se aplica la Política de Salud y Pueblos Indígenas en Chile, en nombre de la "interculturalidad en salud", lo que se termina reforzando es el MMH que con la sola adecuación de ciertas prácticas culturales ya sea en espacios, mobiliario y carteles o en la forma de atención de la salud se muestra como si fuese un modelo abierto al diálogo, pluralista y respetuoso de otros sistemas médicos. Pero, en la práctica sus adecuaciones terminan siendo más aparentes que sustanciales y, aun con buenas intenciones, terminan subordinando o de plano rechazando las prácticas y saberes de salud *mapuche*.

Por otro lado, el abordaje teórico de Menéndez ayuda a entender la inserción que la matronería profesional tiene a su vez dentro del MMH, donde a su vez juega en un papel subordinado dentro de las jerarquías del sistema bio-médico, ya que está sometida al control, regulación y saber jerárquicamente superior del personal médico, sobre todo los médicos especialistas gineco-obstetras. De alguna manera, la matronería profesional puede siempre correr el riesgo de ser no sólo subalternizada sino también eventualmente marginalizada dentro del MMH ya que:

> "…el modelo médico hegemónico no solamente postula (y ejercita) la exclusión teórica y práctica de los otros saberes médicos, sino que incluso convierte en marginales o en inoperantes conquistas del saber obtenidas dentro de su mismo marco de racionalidad" (Zolla, et al. 1988:18).

Por lo mismo, esto puede explicar el porqué la matronería en Chile se volcó hacia el otro extremo, adoptando prácticas obstétricas muy medicalizadas, como una forma de validarse frente a la gineco-obstetricia.

Campos Navarro (2015) plantea que la medicina científica y el sistema de atención biomédico con sus centros de salud y sus hospitales se extendieron rápidamente sin que desaparecieran "las prácticas nativas". Debido a su eficacia, el sistema institucional de salud, basado en el MMH, logró establecerse como la "única" práctica médica con valor y legitimidad universal, lo que ha traído conflicto con otros sistemas, saberes y prácticas médicos que se inician a modificar por las condiciones del mismo sistema institucional de salud, resultando sí una cierta complementariedad, pero siempre subordinada (*Ibidem*:48). Tal es el caso de lo que se señala en el párrafo anterior, la incorporación de las parteras es considerada una experiencia de complementariedad de sistemas médicos; sin embargo, las parteras se encuentran subordinadas a la planificación y acciones que estimen las matronas.

Es posible afirmar entonces que se están construyendo relaciones interculturales muy asimétricas, donde la matronería es hegemónica y la partería *mapuche* es subordinada, o relegada hacia los márgenes, incluso hacia la clandestinidad. Sin embargo, al mismo tiempo, la matronería podría estar amenazada por la hegemonía del paradigma de la modernidad y la medicalización del parto a través del incremento exponencial de las cesáreas, el poder del sector privado en el sistema de salud oficial y la penetración del gremio de los especialistas gineco-obstetras que ve en las cesáreas una fuente de lucro. Es conveniente preguntarse entonces, ¿Cómo se construye esa hegemonía en lo concreto y en estas múltiples facetas de la atención obstétrica?

Un aspecto relevante en relación a esta pregunta tiene que ver con que las políticas de salud están altamente influidas por las políticas capitalistas, por los costos de atención en salud, el consumo de fármacos y las intervenciones quirúrgicas. Así lo menciona el mismo Menéndez:

> "El proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico (MMH) intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del MMH" (1992: 98).

Esta forma de actuación que se "permite" por parte del Estado y de su programa PESPI, responde también a una forma de mantener el control sobre la población indígena. Se disponen recursos -no suficientes- a través del PESPI y se "incluyen" a los agentes médicos tradicionales en el sistema biomédico, en un contexto donde el Estado es quien domina y controla la relación, al mismo tiempo se logra identificar a las parteras *mapuche* y otros agentes que operen en el territorio, lo de por sí implica una acción de control:

> "En esta relación subordinada, el papel del Estado ha sido un factor determinante en el establecimiento, ampliación y consolidación del MMH, pues su papel no se ha concretado a las funciones de simple gestor, sino de regulador de la salud pública y -en este sentido- en una institución legitimadora de la medicina científica" (Campos Navarro, 2015:48).

Por otro lado, es necesario precisar que el sistema institucional de salud y la medicina *mapuche* no funcionan de manera aislada, más bien se encuentran en permanente interacción, puesto que, como señala una de las premisas del PESPI, ningún modelo médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las necesidades en salud que presenta la población. Es así como las personas pertenecientes a los pueblos originarios, muchas veces optan por atenderse primero con la medicina de su pueblo, aunque de igual manera acuden a la biomedicina, muchas veces de manera simultánea. Pues, este último espacio prosee una característica que no tienen los sistemas médicos indígenas: la tecnología. También puede ocurrir la situación contraria, en que población no *mapuche* acude a los sistemas de sanación indígena. Así lo confirman Campos Navarro y Ramírez Hita:

> "lo más relevante es que tanto la biomedicina como las practicas subalternas y la autoatención, no constituye modelos separados, sino todo lo contrario, guardan una desigual relación, marcada por la hegemonía de la primera; es por ello que la estructuración y consolidación del MMH significó rupturas ideológicas, conflictos legales, apropiaciones parciales y controles directos o indirectos, sobre los otros modelos" (Campos Navarro, 2015:50).

> "El hecho de acudir a un sistema tradicional, religioso o autoatenderse, no significa dejar de asistir al sistema biomédico. La mayoría de los procesos de enfermedad son resueltos entre varios sistemas (Kleinman, 1980; Menéndez, 1981, entre otros)" (Ramírez Hita, 2008: 11).

2.4 Sub-unidad de Parto y Crianza

La unidad intercultural del Hospital *Kalvu Llanka* está dividida en cuatro sub-unidades[105]. Una de ellas es la sub-unidad de Parto y Crianza, compuesta por la facilitadora intercultural, un médico de familia, y una matrona; con el objetivo de asesorar al servicio de maternidad del hospital en la adecuación de la atención con pertinencia intercultural que está en proceso de implementación.

La matrona de la sub-unidad de Parto y Crianza es Sheyla Mora quien, desde 2010, ha trabajado medio tiempo en dirigencia gremial y medio tiempo en el programa intercultural. Sheyla plantea que su trabajo en la unidad intercultural:

> "se ha ido achicando por la pega (trabajo) gremial y actualmente, en lo formal, tengo once horas para el programa intercultural que es más que lo que tiene cualquiera de los profesionales de la unidad (aparte del coordinador y los facilitadores), la mayoría tiene cuatro horas, yo tengo el tiempo suficiente para ir trabajando algunos temas que queremos en el embarazo, parto y puerperio" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

La jornada laboral de Sheyla está repartida de la siguiente manera: de 44 horas laborales, once horas están destinadas para el programa intercultural, tres horas para ver los anticonceptivos de implantes (no hay nadie más capacitado así que es un trabajo que sólo hace ella), y el resto horas gremiales. Como dirigenta gremial de la Federación Nacional de Profesionales de la Salud (FENPRUSS) hace cinco años, tiene fuero gremial y por lo tanto no la pueden desvincular de la institución. Reconoce que gracias a su rol como dirigenta, tiene más libertad para tener una postura más crítica y poder plantearse frente a situaciones en las que no está de acuerdo. Además, comenta que existe un fuerte trabajo comunitario en la provincia y, a través de FENPRUSS, participa en la mesa por los derechos sociales, un espacio donde se encuentran dirigentes vecinales y de comunidades *mapuche*, entre otros. Por lo tanto, remarca que existe harto arraigo con la comunidad, ya que muchas de sus decisiones no están centradas tanto en el personal de salud sino en mejorar la salud pública en un sentido más macro.

La matrona menciona que uno de los propósitos de la subunidad es conversar con las personas pertenecientes a la comunidad, especialmente mujeres, sobre las acciones que se podrían emprender en el área de una manera que sea culturalmente pertinente y de acuerdo a

[105] Las otras sub-unidades son: Sub-unidad de satisfacción usuaria, Sub-unidad de acciones con pertinencia, Sub-unidad de capacitaciones, inducción, sensibilización y Sub-unidad de parto y crianza.

su territorio. Comenta que una de las mayores demandas de la población *mapuche* tiene que ver con la cogestión del establecimiento de salud:

> "la demanda central tiene que ver con la cogestión, que la administración le ha sacado el quite y que las comunidades lo han planteado… no está tan definido de que se refiere, la cogestión tiene distintos niveles. Aquí prácticamente se imaginan que quieren tener un director *mapuche* y no necesariamente es eso, es participar de los procesos, por ejemplo tener injerencia en la selección del personal en la elección del director del hospital…. El poder tener un consejo de dirigentes *mapuche* que asesore en el fondo al hospital, a mí me parecería básico" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

Desde la dirección del hospital se dice que es muy difícil apuntar hacia ese objetivo, sobre todo porque no se logra acuerdo en las comunidades, pero es necesario considerar los temas políticos que existen e intervienen en estas situaciones.

Sheyla estudió Obstetricia y Puericultura en la Universidad de Concepción en la Región del Bio Bio. Su inserción en la Provincia de Arauco se inicia en el CESFAM de la comuna de Tirúa, donde junto a dos matronas más, involucró a una de las parteras *mapuche* de Tirúa para que participara en los controles prenatales con las mujeres de la zona. Ella relata que le ofrecía a las mujeres que asistían a control prenatal poder atenderse con la partera en el box de atención. Esta partera *mapuche* no estaba todo el tiempo en el box junto a la matrona; más bien, esperaba -en una sala destinada para el descanso y la comida-, a que las matronas le avisaran cuando fuera requerida por alguna mujer gestante.

La Sub-unidad de Parto y Crianza surge, según lo que señala Sheyla, como una "casualidad". Ella se encontró en el Hospital *Kalvu Llanka* con un médico familiar con quien había trabajado la experiencia de parteras en Tirúa. Una vez que se encontraron en la Unidad Intercultural acuerdan y proponen trabajar la atención en salud materna, teniendo en cuenta su experiencia previa en el CESFAM de Tirúa. Entonces decidieron invitar a formar parte de la sub-unidad a la *lamuen* Elizabet Raiman, facilitadora intercultural del hospital quien además tiene el papel de asesorar culturalmente a la sub-unidad. Una vez conformados como grupo decidieron realizar un *trawun*[106] con mujeres para "tratar de aplicar el tema de la pertinencia en la atención clínica, sensibilización a las matronas principalmente", así como llevar a cabo una

[106] *Trawun:* encuentro, reunión en *mapudungún.*

caracterización de las usuarias que se estaban atendiendo en el hospital para la atención del parto.[107]

Los *trawun* se realizaron en 2004, 2009, 2011, 2013, 2014 y 2015. En general, las actas de estas reuniones resultan ser muy sencillas, sin estructura, ni tampoco con la identificación de las personas que participan; en algunos casos ni se enuncia el lugar donde se reunieron. Las actas contienen los principales acuerdos o impresiones de los/as participantes del *trawun*. Principalmente, reportan acuerdos tomados en colectivo entre los/las participantes en relación al lugar ideal donde tendría que ocurrir el trabajo de parto y el mismo parto. Entre las características se mencionan: una luz tenue para dar un ambiente cálido, orientado hacia la salida del sol, un espacio grande para que la mujer esté acompañada de su familia, un lugar de temperatura cálida. Respecto del personal de salud, se menciona que este debería tener un manejo de la cosmovisión *mapuche*, un conocimiento de las características principales del parto *mapuche* y sus razones subyacentes, el reconocimiento de la labor de la partera tradicional y la importancia de adaptarse al ritmo del parto *mapuche* y no al ritmo del parto institucional. Lo que involucra un acercamiento entre la mujer embarazada y el equipo de salud, pero en la comunidad.

Sobre los cuidados, se menciona que, una vez sucedido el parto, la mujer debe consumir un caldo de gallina o consomé para reponer fuerzas, no exponerla al frío o cambios de temperatura, ayudar a que la madre tenga acceso a un baño de hierbas medicinales o *lawen* pero sin bañarse completamente para no provocar sobreparto[108], proteger la mollera (fontanelas) del bebé, y utilizar grasas de animal para la cicatrización del ombligo del bebé.

En el acta de 2009, se comentan brevemente a través de citas, las malas experiencias de las mujeres *mapuche* en la atención del parto por discriminación y malos tratos del personal.

A través de esta sub-unidad se ha impulsado el "Protocolo de Atención Integral del Parto", el cual, al parecer, estuvo muy influenciado por la información recabada en estos

[107] La caracterización indica que hay gran presencia de mujeres primigestas, multíparas, pertenecientes en su mayoría a Cañete urbano. El 22% que se atiende es de Tirúa y casi el 40% de las mujeres son *mapuche*.

[108] Sobreparto: Alarcón y Nahuelcheo definen al sobreparto como: "una enfermedad que produce mucha aprensión entre las mujeres; se manifiesta con dolores de cabeza, espalda, sangramientos o dolores menstruales, los que pueden aparecer hasta años después de producido el parto" (2008:199). En *mapudungún* puede llamarse *domo kutran* o *pura molfun*.

trawun. Este protocolo contiene una serie de acciones a desarrollar principalmente desde el Servicio de Maternidad del Hospital *Kalvu Llanka*. Por ejemplo, y de acuerdo a lo que señala Sheyla, que el acompañamiento familiar al momento del parto, sea por la pareja y además por alguien que sea significativo para la mujer que podría ser la partera, una mujer mayor, u alguna otra persona; también considera el acompañamiento familiar extendido que consiste en la creación de una sala dentro de la unidad de parto pero que no sea la de sala de parto. El propósito de esta sala es que la mujer que está por parir sienta la energía de quienes quieran acompañarle, teniendo la posibilidad de hacerle cantos y tocar el *kultrún*[109]; y para que, después del parto, la familia de la mujer puede darle una cazuela de ave para que reponga energías, entre otras acciones.

Otra de las acciones señaladas como importantes dentro del protocolo tiene que ver con la adecuación de una de las salas de parto, convirtiéndola en la sala de parto con "pertinencia cultural". La adecuación debe consistir en:

> "poner una viga en el techo con una cuerda lavable y, poner abajo el mismo taburete que se ocupa en el parto vertical que es como un sillín de pozo negro y que atrás trae otro más grande donde se sienta el compañero o la partera para sujetarla, pero la idea es que además ella pueda sujetarse de esta viga de manera de poder rememorar más el cómo se hacía el parto en casa. Eso iría acompañado de unos murales en la sala de parto para que sea más familiar…chao con la silla ginecológica… y tener una cama de plaza y media de madera y que al lado tiene unas pierneras que se podrían subir para poder suturar después del parto; y se mete la cuna radiante que es donde está la guagua dentro de la sala de parto cosa que todas las atenciones que le hagan nunca la separen de la mamá, y sacar el jacuzzi que tienen en la sala de parto, porque para la cultura *mapuche* nunca estuvo incorporada el agua durante el parto" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

Sin embargo, la misma matrona señala que no existe suficiente respaldo del hospital para poner en marcha dicho protocolo. Se han visto afectados por la alta burocracia, una normatividad estricta y la poca sensibilidad de algunos jefes y directivos del área. Del mismo modo se han enfrentado a la demora del financiamiento que permite dar paso a los cambios en la sala de parto, en lo que según Sheyla se sustenta el protocolo. Respecto del documento de protocolo, menciona:

> "Ahora, por ejemplo el protocolo de atención del parto con pertinencia cultural está ahí (en la oficina del jefe supervisor de maternidad), hace un mes, ese es un

[109] *Kultrún*: instrumento *mapuche*, similar a un tambor.

> documento que está elaborado hace tres meses" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

Asimismo, han enfrentado la demora del financiamiento que permitiría dar paso a los cambios en la sala de parto, pues según señala ella "el protocolo se sustenta en la modificación de la sala, sin eso no hay mucho en que avanzar". Esta situación provoca un choque entre la unidad intercultural (y sus respectivas unidades) y las demás unidades o servicios que no tienen a su personal de salud capacitado o sensibilizado en la importancia de la atención culturalmente pertinente. Por lo tanto, en concreto, en la actualidad en el ámbito de atención de salud materna con pertinencia cultural el Hospital *Kahu Llanka* permite solamente que las mujeres *mapuche* que así lo deseen, consuman aguas de hierbas y que se les entregue la placenta.

A pesar de la falta de voluntad política para instaurar el protocolo, la matrona también reconoce que es necesario ver en positivo apuntando a que se está tratando de:

> "cimentar bien las cosas que se hacen porque quizás hubiese sido más rápido poder implementar algunas cosas como el cordón umbilical se amarra con lanita roja, algunas cosas más puntuales y yo creo que no hubiese sido tan problemático haberlas ido implementando de a una, a lo mejor era el camino, pero en el fondo hemos aportado por protocolizar para poder mantener esas iniciativas en el tiempo y que no dependan de quién está de turno… Hay hartas iniciativas en la historia de este hospital pero como recaen en voluntades, se acaban cuando las personas se van. De ahí la importancia de protocolizar" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

Bajo esta perspectiva y de manera estratégica, se está tratando entonces de "empujar de abajo para arriba"; vale decir, desde los equipos de salud, iniciar acciones para que se puedan instaurar en el hospital, sin necesidad de esperar las acciones desde los directivos. Sheyla resalta que las pocas cosas que han logrado desde la sub-unidad tiene que ver con un cambio cultural que se está dando en el servicio de maternidad:

> "creemos que ha habido un cambio cultural que ha sido mérito nuestro en términos de que las colegas y las TENS todo el equipo de la maternidad ya no llegan y hace, como que pisan huevos, tenemos una usuaria *mapuche* y hay que actuar distinto sin tener claro la forma de actuar" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

Uno de los objetivos de la sub-unidad es apuntar hacia la colaboración con parteras *mapuche* en el recinto hospitalario. Para ello, han salido en búsqueda de *puñeñelcheve* en Cañete y sus alrededores pero no las han encontrado. Las parteras que conocen hasta ahora son provenientes de la comuna de Tirúa, en el sector rural. Sheyla señala al respecto:

> "La idea sería tenerlas en el parto, pero en lo práctico como lo hacemos para tenerlas acá con las particularidades que tiene el parto que ocurre en cualquier momento" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

En relación a la existencia o inexistencia de *puñeñelcheve* u otros agentes médicos tradicionales es necesario tener una mirada histórica y puntualizar que el sistema público de salud chileno penalizó abiertamente la partería *mapuche*; de hecho fue una de las prácticas que más persiguió el Estado chileno. El actual código sanitario claramente sigue siendo muy restrictivo y no incluye el componente intercultural en su reglamentación. Por ejemplo, en el mismo se establece que solamente alguien que ha sido instruido en un centro de formación validado por el Estado de Chile pueda ejercer la medicina, lo cual en el contexto de las regiones *mapuche* implica que las *puñeñelcheve* están explícitamente prohibidas de poder ejercer su trabajo por las leyes chilenas. En el trabajo de campo pude entender que debido al temor instalado en dichos agentes y el estigma que han sufrido a lo largo de muchas décadas, resulta complejo, difícil y a veces hasta imposible encontrar a personas que se reconozcan abiertamente como parteras, incluso, que personas de una comunidad señalen cuáles son esas agentes.

Por otro lado, es importante mencionar que la existencia del PESPI, ha conllevado la visibilización de los sistemas médicos indígenas y ha conducido a procesos de "reivindicación" etnomédica, habiendo una proliferación de agentes médicos tradicionales que se autodenominan como tales. Debido a esto, es posible encontrar hoy en día, incluso en las ciudades, *lawentucheve*[110] y *machi*[111], entre otros. Pero, es sabido culturalmente que, justo quien se señala como tal, no tiene el reconocimiento de los demás de serlo. Una *machi* o un *lonko* no se llaman a sí mismos como tales, ni anteponen su identidad profesional o el rol social en sus presentaciones, porque ese tipo de identificación lo hace más bien la comunidad que los rodea.

Aunque Sheyla considera que matronas y parteras deberían trabajar juntas en el hospital *Kalvu Llanka*, también plantea que:

> "Mi opinión personal es que no vamos a llegar al nivel en que la partera atiende el parto… Está tan adentrado que no dejamos ningún riesgo en el parto…, nadie está dispuesto a tomar un cuarto de riesgo en el parto, y entregar ese momento a alguien que no tenga un cartón [título profesional], en el fondo yo lo veo muy difícil" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

[110] *Lawentucheve:* Agente médico *mapuche*, es una persona que posee conocimiento sobre las hierbas medicinales y realiza preparaciones en base a las mismas para sanar dolencias o enfermedades.
[111] *Machi*: Autoridad tradicional y espiritual más importante del pueblo *mapuche*. Recibe el don de *machi* por medio de sueños premonitorios.

Por lo mismo, cuando se logre instaurar esta iniciativa de parteras *mapuche* y matronas trabajando juntas atendiendo partos en el hospital, las mujeres que entrarían en este proceso serían pacientes normales, fisiológicas, sin patologías. El trabajo que se esperaría de la partera en la sala de parto, Sheyla se lo imagina así:

> "Me imagino a la partera acompañando todo el trabajo de parto, pero no sólo acompañando: haciendo su friega, dando el *lawen*, la consejería directa, ella en el fondo, liderando… Si al final las matronas tampoco hacemos mucho más... Lo distinto es que escuchamos los latidos *pa'* saber cómo va la guagua… En un parto humanizado en el fondo no deberíamos hacer nada más, y ponerte de arquero *pa'* sujetar la guagua, si en el fondo tampoco es mucho la técnica… Con la matrona cerca, por si se necesita, pero siendo realista un parto atendido por matrona, haciendo la maniobra de sacar la guagua y de ahí *pa'* delante, la partera a cargo de todo el resto, del largo del cordón…, pensando en una experiencia viable dentro de 5-10 años más" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

Aunque esta situación se plantea como un ideal en el mediano plazo, ahora genera ciertas resistencias en el estamento de las matronas. Principalmente, la resistencia parece surgir por el miedo a perder el control y la seguridad clínica; además existe un temor en cuanto a ser objeto de demandas legales, puesto que en caso de que ocurriera algún accidente, la responsabilidad clínica es de la matrona: "también hay un tema ético detrás, que no quieren ser responsables de alguna mala praxis" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016). Por otro lado, también se cuestiona el tipo de relación que podría establecerse entre parteras y matronas, aludiendo a que no es nada fácil y de hecho sería muy complejo establecer relaciones interculturales positivas en lo concreto:

> "Partera-matrona creo que va a ser lo más complejo en términos de poder establecer esa relación de una forma… ni siquiera horizontal… Yo creo que no lo vamos a lograr en términos horizontales pero de una forma respetuosa al menos... Yo creo que va a ser la parte más compleja" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

En relación a la entrega de la placenta Sheyla menciona que esta iniciativa ha sorprendido en cuanto a resultados, pues la solicitud sobrepasa lo que se estimó en un comienzo:

> "en número, es bastante superior a lo que imaginamos. Pensamos que iba a ser letra muerta, en el camino cuando vimos que cuando se difundía en los controles prenatales, eso traía una externalidad positiva. La gestante joven iba a la familia y preguntaba, así es que dedicamos harto *newen*[112] en que todas las usuarias

[112] *Newen*: Fuerza, energía en *mapudungún*.

> supieran… Y vamos a cumplir un año desde que está formalizado como protocolo desde que entregamos la primera y hemos entregado 13 placentas y hemos hecho seguimientos con la Encuesta de Satisfacción Usuaria (ESU)" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

Esta acción se ejecuta de manera formal en el establecimiento hospitalario desde 2014, año en que se creó el protocolo para entrega de la placenta denominado "Procedimiento entrega de placenta a familias *mapuche*", que fue elaborado por la Subunidad de Parto y Crianza[113]. A la fecha, se han entregado 36 de estos órganos. En 2014 se entregaron 2, en 2015 se entregaron 14 y hasta septiembre de 2016 se habían entregado 20.

Durante mi trabajo de campo en el hospital, tuve acceso al Protocolo. En dicho documento se estipula que dentro de sus objetivos está el establecer el flujo de entrega de placenta e identificar las responsabilidades del personal de salud asociado a esta acción de pertinencia cultural. La población objetivo se centra en mujeres *mapuche* que atiendan su parto en el hospital de Cañete, sea por vía vaginal o por cesárea y que provengan de los establecimientos de salud de atención primaria de Cañete, Contulmo y Tirúa[114]. Cabe señalar que el documento define como *mapuche* a las personas que cumplan con los siguientes requisitos: "la gestante o su pareja tengan apellido *mapuche*, o sean descendientes de padres, abuelos o bisabuelos con apellido *mapuche*"; que vivan en una comunidad *mapuche* y/o que se autoidentifiquen como familia *mapuche*".

El protocolo menciona además a las puérperas que no pueden acceder a la entrega de la placenta: pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, Hepatitis B, citomegalovirus, enfermedades de transmisión sexual y quienes tengan alguna patología obstétrica que requieran estudio histológico de la placenta. Cuando la placenta no puede ser entregada, se elimina de acuerdo al protocolo para residuos biológicos. En caso de que se presente esta situación, la matrona de turno en el hospital, deberá explicar a la usuaria y sus familiares, por qué no se puede completar el procedimiento de entrega de placenta.

En el protocolo también se identifican a seis personas participantes y responsables del proceso. Primero, a las matronas de atención primaria (APS) de las comunas de Contulmo,

---

113 Integrada por la facilitadora intercultural: Elizabeth Raiman, un Médico de Familia y la Matrona de la Unidad: Sheyla Mora. Sobre esta subunidad me explayaré más adelante.

114 De acuerdo a lo que señala el protocolo, las mujeres que no hayan tenido un control prenatal en su establecimiento de salud correspondiente, también pueden acceder a la entrega de placenta firmando el consentimiento.

Tirúa y Cañete, quienes tienen la tarea de informar a las gestantes que se encuentren en control de embarazo sobre la posibilidad de acceder a la placenta después de que hayan dado a luz en el hospital de Cañete. Esta información se entrega de manera verbal y escrita a través de un díptico informativo. La matrona de APS debe registrar la solicitud en la ficha clínica e informar a la matrona de la unidad intercultural para coordinar la entrega. Otro agente importante durante este proceso es la facilitadora intercultural, quien es responsable de orientar en términos culturales el tratamiento de la placenta y participa de las visitas domiciliarias integrales postparto.

La matrona de la unidad intercultural es la encargada de realizar el registro de las solicitudes, coordinar la entrega con la matrona de turno en el servicio de gineco-obstetricia y de sistematizar la información entregada por la usuaria y su familia. La matrona del servicio de gineco-obstetricia en cambio, es la responsable de contar con la implementación adecuada para el almacenamiento y entrega de la placenta, así como de verificar que el procedimiento se cumpla de manera acorde a lo que se estipula en el protocolo.

Las últimas dos personas que se identifican como parte integrante del proceso son el director del hospital y la técnica en enfermería de nivel superior (TENS) de sala de partos. El director es el responsable de responder las solicitudes de entrega de placenta que no se pueden cursar y, al mismo tiempo es el responsable formal de todo el proceso. Por último, la TENS es la persona encargada de guardar la placenta en óptimas condiciones hasta que el/la familiar de la paciente la retire.

La usuaria por su parte debe firmar el "Formulario de solicitud de placenta" en el que estipula estar de acuerdo con el procedimiento y en el que indica al familiar que retirará la placenta dentro de las 24 horas una vez terminado el nacimiento y sus datos de contacto. Una vez concluido el alumbramiento, se realiza la revisión de rutina de la placenta y se guarda en una bolsa transparente de residuos orgánicos y se deposita en un contenedor con las características establecidas en el artículo 12 del Decreto supremo 6/2009[115]; esta bolsa se

[115] El Decreto Supremo N°6 de 2009 es el Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud, más conocido como REAS. En su artículo 12 se estipula que los contenedores que se utilicen para almacenamiento y manejo de residuos deben tener tapa de cierre ajustado, bordes romos y superficies lisas, tener asas o manillas, ser de material resistente a la manipulación, capacidad no mayor a 110 litros, cumplir con estándares de rotulación. Para el transporte de residuos establecidos como cortopunzantes se deben utilizar contenedores rígidos y resistentes, por último los contenedores reutilizables, deben ser de material lavables y resistentes a la corrosión.

guarda en la sala de aseo de la sala de partos. El familiar identificado por la usuaria para ir a retirar la placenta, debe firmar el libro "Entrega de placenta". Si ningún familiar se acerca a retirar la placenta dentro de las 24 horas, se procede al "manejo habitual de los residuos especiales".

Para hacer seguimiento, durante el primer mes postparto, la matrona de APS que ha llevado el control de la usuaria durante todo el período de gestación, se coordina con la facilitadora intercultural para realizar la visita domiciliaria integral (VDI) con propósito de realizar una encuesta de satisfacción a la usuaria con el fin de obtener su percepción del proceso de entrega de placenta y para conocer cual el tratamiento cultural que cada familia otorga a la placenta, una vez que esté en sus manos.

Como veremos más adelante, el tema de entrega de placenta ha sido motivo de discusión al interior del servicio de maternidad y ha puesto sobre la mesa el debate acerca de la reinvención cultural y lo que se considera tradicional. Puesto que muchas mujeres y sus familias desconocen el uso ancestral de la placenta, esta acción ha servido para que las familias se reencuentren con sus orígenes, o con las que se consideran como prácticas ancestrales *mapuche* durante la reproducción. Como señala Sheyla, algunas mujeres mencionan:

> "volví a mi familia y mi papá tuvo que ir a hablar con el *lonko* para ver que se hacía…Mi esposo se tuvo que aprender algunas palabras en *mapudungun* porque a la tierra se le habla en *mapudungun* y no en castellano" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

En relación a la entrega de la placenta, Clodovet Millalén señala que existe un desuso del conocimiento que es forzado, o sea, que esta práctica ha dejado de realizarse por una pérdida cultural, pero también porque durante muchos años de parte de la medicina alopática se ha instaurado el manejo de la placenta como un residuo biológico que debe desecharse. Sin embargo, hay personas que buscan a fuerza formas de conectarse con la comunidad, con el ser indígena "porque le sirve para volver a conectarse", pero añade:

> "Pero si yo sé la lengua, vivo en la comunidad, participo de las ceremonias, quizás eso no es necesidad para mí. Y como me atendí en el otro lado (sistema médico *mapuche*), quizás no tengo rollo... No es el único elemento que te conecta con el sentido de pertenencia" (Clodovet Millalén, entrevista realizada miércoles 02 de septiembre de 2015).

Lo anterior, se vincula a lo que plantea Raymond Williams (1977) sobre la reinvención de la tradición, cuando se toma una práctica significativa del pasado para que vuelva al

presente con un sentido específico otorgado por las personas. En este caso, el tratamiento que el pueblo *mapuche* y los pueblos originarios hicieron con la placenta fue una práctica descartada que el grupo occidental dominante que ahora regresa por un sector específico de la población para apoyar a la hegemonía cultural o, al contrario, como una respuesta contrahegemónica.

En relación a este punto, la encargada nacional del PESPI hace referencia a lo que considera como la "superficialidad" del programa, puesto que impulsa sólo acciones de reconocimiento cultural que no sean cuestionadoras, ni del sistema biomédico hegemónico, ni menos, de la relación de subordinación y despojo que el Estado chileno ha mantenido con el pueblo *mapuche*. Es así como el PESPI no toma en cuenta cuestiones de mayor trascendencia como la importancia del territorio para la reproducción social, la cosmovisión, el significado y el acto del nacer *mapuche* y la concomitante reivindicación sobre sus derechos territoriales:

> "Si no me entregan la tierra, ¿de qué me sirve la placenta?" necesito espacios bioculturales para poder tratar esa placenta, y no necesariamente enterrarla". (Clodovet Millalén, entrevista realizada miércoles 02 de septiembre de 2015)

Todos los cambios que se están ejecutando y los que se están programando se han visto demorados en su aplicación, por diversos factores, entre ellos la alta burocratización del sistema de salud y la falta de voluntad de los directivos del hospital[116], ambas características típicas de dicho sistema. Así lo señala el médico familiar de la Sub-unidad de Parto y Crianza:

> "…Hay distintos factores que obstaculizan lo que nosotros queremos hacer… La burocracia, que este es un hospital acreditado, entonces tienes que cumplir toda una serie de procesos para hacer cada una de las cosas. Por ejemplo, para que le entreguen la placenta, tuvimos que crear un protocolo porque no se le pueden entregar la placenta a la familia, una cosa tan lógica, que decirle: "mire le entregamos una bolsita bien hermética, sellada…". No, tiene que ser con todo un protocolo, que implica un trabajo que te la revisen no sé cuántos abogados y que cada punto sea discutido, etc, etc. Para poder darle a una mujer un plato de comida posterior al parto, que es una cazuela, hemos demorado muchísimo tiempo, porque colocan muchísimos peros. "Ya y ¿qué pasa si con esa cazuela le da una infección intrahospitalaria?" "Que si le da una diarrea ¿quién es el responsable? ¿Nos van a culpar a nosotros?" No. "¿Qué dice Calidad?" "¿Qué dice infecciones intrahospitalarias? *Cachai*?" Es súper burocrático, entonces imagínate si solamente en eso…hay otros procesos que implican más burocracia" (Médico familiar).

Respecto al uso instrumental del programa, el médico se refiere a la politización del programa PESPI y a la vinculación partidista de los directivos y algunos encargados/as de

[116] Situación que se repite en otros establecimientos de salud.

programa, revelando que los intereses políticos muchas veces se anteponen a los principios del programa:

> "Disposición política, o más que la disposición porque probablemente los políticos quieren que esto funcione (este proyecto con pertinencia cultural), pero lo que pasa es que yo siento que está muy politizada la gestión: a tal punto que descuidas aspectos o labores que debiera implicar la gestión. Desde ese punto de vista es algo obstaculizador porque las autoridades que debieran apoyar y gestionar cuando les corresponde no lo hacen. Y no sé si no lo hacen por este tema que están pensando más en la política… entonces se te olvida gestionar o no dimensionan que es necesario que gestionen. Pero esto requiere que no sólo es necesario el apoyo técnico que es lo que hacemos nosotros, sino que requiere una gestión administrativa y eso no lo hemos encontrado... Entonces, ha sido un factor obstaculizador el apoyo que tenemos de parte de los gestores en salud. Pasa por un tema de capacidades pero también de voluntades" (Médico familiar).

Haciendo una lectura más profunda y entre líneas del PESPI, el médico de familia se refiere a la falta de definición de conceptos que permitan aunar criterios y homologar la información:

> "Un cuarto elemento, siento que la política pública en salud ha avanzado un poco más rápido que el apoyo teórico. O sea, cuando a ti te dicen que la norma 16 en su punto Nº 7 dice que el hospital intercultural debe ser aquel que tenga una participación en la conformación de la planta física y además en la cogestión… ahí está clara la línea política, pero si tú vas a desglosar desde el punto de vista ya más teórico ¿qué diablos es la cogestión? Hay millones de respuestas. Entonces ahí yo creo que ha faltado un cierto colchón teórico, no se ha avanzado a la misma velocidad que se quiere… en esa definición están involucradas las universidades, el Estado, los estudiantes, estudiantes de posgrado, tenemos una responsabilidad ahí *po*" (Médico familiar).

Este último extracto me parece interesante puesto que la reflexión colectiva para la definición permite generar espacios para dialogar en torno a diferentes miradas, para que todos/as entiendan lo mismo cuando hablamos de participación social, de cogestión o de prácticas sanitarias. Actuar sobre algo que no está claro del todo, puede llevarnos a actuar equivocadamente, probablemente llevándonos a objetivos no identificados como prioritarios.

En este capítulo hemos conocido algunas de las múltiples significaciones del concepto de interculturalidad y cómo este se utiliza dentro de la política pública en países multiculturales como Chile. El Programa PESPI nace como una respuesta a las necesidades en salud de la población indígena de Chile, y se establece como un gran paraguas que entrega lineamientos generales para el abordaje de la salud intercultural en las diversas regiones del país, con propósito de que cada territorio adecue estos lineamientos de acuerdo a su realidad. Cuando nos referimos a relaciones interculturales es necesario tener en cuenta que para que exista una verdadera interculturalidad las partes de una relación deben estar en igualdad de condiciones, situación que no ocurre entre el pueblo *mapuche* y el Estado chileno; donde, por el contrario, se estaría desarrollando lo que Albó denomina como interculturalidad negativa. Por lo mismo, hemos podido analizar cómo la interculturalidad se inserta de manera superficial en el PESPI, puesto que aunque reconoce la diferencia cultural no transforma la relación estructural entre el Estado y los pueblos originarios. El Hospital de Cañete ha incorporado en algunas prestaciones de su cartera de servicios la pertinencia cultural, impulsadas principalmente por la Unidad Intercultural, como la derivación a *machi*, las curaciones con pertinencia cultural, derivaciones a *ngutamchefe* o componedores de huesos, entre otras.

En la Sub-unidad de la Parto y Crianza, dependiente de la Unidad Intercultural del Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete, por otro lado, se tienen diversos planteamientos y objetivos en torno a la atención de salud materna de las mujeres que atienden sus procesos de embarazo, parto y puerperio en dicho hospital. Esta Subunidad ha impulsado el protocolo de atención integral del parto, en el cual fundamentan su modo de atención e incluyen aspectos de la cosmovisión del pueblo *mapuche* para la atención del parto. Sin embargo, el planteamiento intercultural que se promueve sigue enfrentando limitaciones tanto epistémicas, como políticas y socio-médicas.

CAPÍTULO III

HUMANIZACIÓN DEL PARTO: "EL RESPETO A LA USUARIA, ENTREGARLE LO QUE SE PUEDA, DENTRO DE LOS LÍMITES QUE SE PUEDAN". SIGNIFICADOS Y EXPERIENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE HUMANIZACIÓN DEL PARTO EN CHILE Y EN EL HOSPITAL *KALVU LLANKA*

En este capítulo nos centraremos en las protagonistas del estudio: las matronas.[117] Conoceremos cómo se organiza y estructura el servicio de maternidad en el Hospital *Kalvu Llanka* así como a las matronas y matrones que trabajan en este espacio. Identificaremos sus motivaciones por escoger el campo laboral de la obstetricia y otros aspectos básicos que nos ayudarán a comprender el desarrollo de su profesión en su trabajo en el hospital en la actualidad.

En un segundo momento revisaremos el enfoque de humanización del parto y cómo se transitó de un modelo de atención del parto efectuado por matronas o parteras hasta llegar a la concepción del riesgo en la atención del parto y la necesidad de cambiar dicho enfoque por uno más cercano. Para finalizar, revisaremos las percepciones de las matronas del hospital respecto de la humanización del parto y como ellas ponen en práctica dicho enfoque en su labor en el Hospital Intercultural *Kalvu Llanka*.

3.1 Acercamiento al Servicio de Maternidad del Hospital *Kalvu Llanka*

Durante el periodo de trabajo de campo (septiembre 2015-enero 2016), el servicio de Maternidad del Hospital *Kalvu Llanka* estaba integrado por 16 matronas, tres hombres y 13 mujeres, distribuidos de la siguiente manera: tres matronas y un matrón trabajando en turnos fijos (lunes a viernes de 08:00 a 17:00 horas) en la atención primaria que está adosada al

[117] Aun si hay tres matrones varones en el Hospital, se decidió utilizar el género femenino al nombrar las personas que trabajan en esta profesión porque son la gran mayoría; es una profesión de por sí practicada de manera preponderante por mujeres; y para evitar así hablar y escribir con el masculino universal.

hospital, y el resto en el sistema de turnos en el hospital, atendiendo a mujeres hospitalizadas[118], en trabajo de parto y durante el parto.

En la parte del servicio de maternidad donde hay mujeres hospitalizadas, trabaja una matrona por turno, acompañada de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. En esta área que se conoce como "hospitalizados" (tercer piso del hospital) se internan mujeres en alto riesgo obstétrico (ARO)[119], mujeres embarazadas provenientes de sectores rurales[120] y puérperas. En preparto y parto (primer piso del hospital) también hay una matrona por turno acompañada de dos técnicos paramédicos; además, la matrona que esté de turno en preparto y parto es la encargada de hacer los ingresos que lleguen al servicio de urgencia.

Para efectos de este estudio se entrevistaron nueve matronas y tres matrones[121]. A través de la observación participante que realicé en el hospital, pude conocer las diversas instalaciones de ese recinto de salud. Sin embargo, los lugares en los que pasé mayor tiempo fueron la oficina de salud intercultural y el servicio de maternidad en hospitalizados y en la sala de preparto y parto. En el lugar de hospitalizados, hay tres salas de ARO, cada una con tres camas, además de tres salas para mujeres gestantes y puérperas, cada sala con dos camas. En el mismo lugar donde está el servicio de maternidad, se encuentra el servicio de pediatría.

Las salas de las mujeres hospitalizadas son sencillas, cada sala pintada de color claro, cada una con una ventana, equipadas con dos camas de plaza y media, un velador (buró), con calefacción y un baño completo (con ducha). A los pies de cada cama está la típica mesa con

---

118 El término "hospitalizadas/os" hace referencia a los/as pacientes que requieren de cuidados y observaciones médicas que no pueden ser llevadas a cabo en el domicilio, por lo que deben internarse en el hospital o clínica.

119 Se considera un embarazo de alto riesgo cuando existe una patología materna o fetal y mayor probabilidad de experimentar una morbilidad materna que en un embarazo considerado normal. Las mujeres que se encuentran en esta condición padecen patologías crónicas como diabetes, hipertensión o insuficiencia renal, están sujetas a tabaquismo o drogadicción, o tuvieron embarazos con técnicas de reproducción asistida, entre otros. La Guía Perinatal (2015) señala además que las pacientes que presenten depresión de distinto tipo deben derivarse a especialidad psiquiátrica y tratarse como ARO durante el embarazo y el parto. Se incluyen además en este grupo las mujeres sobre los 40 años.

120 Las mujeres embarazadas provenientes de sectores rurales, por lo general se internan dos semanas antes de la fecha estimada de parto.

121 La intención era entrevistar a todo el personal de matronería; sin embargo, no se pudieron realizar cuatro entrevistas por los siguientes motivos: una matrona se encontraba de vacaciones y estaba en proceso de jubilación, por lo que ya no volvería al hospital; la matrona supervisora estaba con permiso de maternidad por haber dado a luz recientemente; y dos matronas de APS (atención primaria en salud) tenían una alta carga de compromisos laborales y personales que no nos permitió encontrar el momento para realizar la entrevista. Sólo una de las matronas que entrevisté no estuvo de acuerdo en que la grabara ni en que revelara su nombre.

ruedas que se ocupa para comer. Al lado de algunas camas hay pequeñas cunas para los bebés recién nacidos. En algunas salas hay radios que han llevado las mujeres para entretenerse mientras están hospitalizadas.

Al centro del pasillo se encuentra un mesón (mesa grande y alta) donde se ubica la matrona de turno y a su lado, separada por un pequeño pilar, está el profesional de pediatría. En el mesón hay artículos de oficina como una computadora de escritorio, teléfonos, libros de anotaciones que se entregan a los cambios de turnos con las "noticias del día", y los libros de registro. Atrás del mesón hay un diario mural o tablero donde siempre había muchos afiches y notas con informaciones y avisos de índole administrativo.

Al frente de las salas donde están hospitalizadas las mujeres embarazadas, está la "residencia": Una sala amplia habilitada para el descanso de las matronas. Pude conocer esta sala porque varias de las matronas que entrevisté la escogieron para que pudiéramos conversar. Es una sala equipada con un baño privado, un closet, un sofá cama (siempre estaba extendido como cama), un sillón de cuero y una mesa. Dentro del recinto de salud, las matronas visten un uniforme de color rojo y por lo general zapatos bajos o zapatillas; por lo tanto, ellas ocupan ese lugar para cambiarse de ropa al momento de salir o entrar al turno, de hecho en la sala se podían apreciar zapatos, bolsas con ropa, carteras y comida. Quienes están en el turno de noche pueden recostarse por momentos a descansar, en caso de que no haya alguna paciente que amerite atención.

Al lado de la residencia, hay una sala con útiles de aseo, una sala de procedimientos y una sala de descanso para las técnicas paramédicas o enfermeras. La sala de este personal es mucho más pequeña que la residencia de las matronas, no tiene baño y sólo posee un sillón, una mesa, un televisor pequeño, hervidores de agua, vajilla, cubiertos, etc.

3.2 Las matronas y los matrones que trabajan en el Hospital *Kalvu Llanka* sus ideas y prácticas sobre la estrategia de humanización del parto

A continuación describiremos a las nueve matronas y tres matrones entrevistadas/os que trabajan en el Hospital *Kalvu Llanka*, revisaremos aspectos como su edad, su lugar de procedencia, dónde realizaron su formación de pregrado, si tienen o no hijos/as y si se autoadscriben al pueblo *mapuche* o no. Esta información básica nos permitirá posteriormente contextualizar las opiniones que estas matronas/es expresaron con respecto a la estrategia de la humanización del parto y la implementación del enfoque intercultural en el servicio de maternidad del hospital en el que trabajan (véase Cuadro 10).

Cuadro 10. Listado de las matronas y matrones que trabajan en el Hospital *Kalvu Llanka* (a enero 2016)

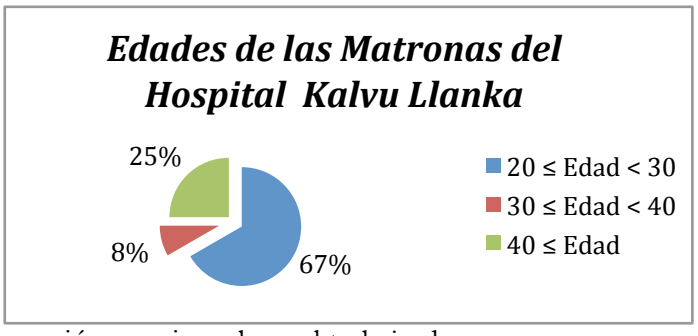
Nombre	Edad	Sexo	Lugar de procedencia	Hijos Hijas	Estudios Pregrado y año de titulación	Años de trabajo en el Hospital	Cargo actual en el Hospital	Identificación Mapuche
A	27	H	Temuco	No	Universidad de la Frontera (2010)	2	Matrón supervisor (Suplente)	Sí
B	36	M	San Carlos	Sí	Universidad de Concepción (2000)	6	Matrona Sub unidad parto y crianza, dirigenta gremial (sindical)	Mestiza
C	59	M	Concepción	No	Universidad de Concepción (1979)	18	Matrona Hospitalizados	No
D	48	M	Quilleco	Sí	Universidad de Concepción (1992)	23	Matrona 4to turno[122]	No
E	27	H	Curicó	No	Universidad de Concepción (2010)	1	Matrón 4to turno	No
F	23	M	Linares	No	Universidad de Concepción (2014)	1	Matrona Chile Crece Contigo (explicado en cap. 1)	No
G	40	M	Lota	Sí	Universidad de Concepción (1995)	20	Matrona Hospitalizados	No
H	27	M	Parral	No	Universidad Austral (2010)	4	Matrona 4to turno	No
I	27	M	Lota	No	Universidad de Concepción (2011)	3	Matrona 4to turno	No
J	26	H	Temuco	Sí	Universidad de la Frontera (2012)	3 meses	Matrón APS	Sí
K	25	M	Valdivia	No	Universidad Austral (2014)	9 meses	Matrona APS	No
L	29	M	Santiago	Sí	Universidad de Santiago de Chile (2009)	6	Matrona 4to turno	No

[122] El 4to turno es cuando se entra a trabajar de día (08.00 horas), luego al día siguiente se trabaja de noche (20:00 horas) y luego corresponden dos días libres.

Como matronas/es con cargos relevantes para el servicio de maternidad podemos identificar el puesto de matrona supervisora. Como para el momento del trabajo de campo la matrona titular del cargo estaba con permiso postnatal, la estaba substituyendo el matrón A, de 27 años. Otra, es la matrona encargada del Programa Chile Crece Contigo, a quien denominaremos con una F, de 23 años, quien se desempeña en una jornada laboral de lunes a viernes de 08.00 a 17.00 hrs. La matrona de la subunidad de parto y crianza, Sheyla Mora[123], de 36 años la cual además tiene asignado un rol importante porque es la encargada de la Sub-unidad de parto y crianza, y de promover "el parto intercultural". Sheyla representa el nexo entre la parte más biomédica de la atención de salud materna y la atención del parto desde la perspectiva *mapuche*, porque ella tiene conocimiento de ambos mundos. Sin embargo, como se señalaba en el capítulo II, Sheyla está dedicada la mayor parte del tiempo a las labores gremiales (sindicales) y tiene cinco horas a la semana para el trabajo con la unidad intercultural. Originaria de San Carlos, Provincia de Ñuble, en la Región del Bio Bio, lleva 15 años en la provincia de Arauco, y aunque no es *mapuche* por ascendencia, ella sí se siente identificada con este pueblo. Llegó en el 2000 a la comuna de Tirúa y antes de trabajar en Cañete trabajó dos años en la comuna de Contulmo, también territorio *mapuche* en la misma provincia de Arauco.

Las edades de las matronas y matrones que trabajan en el hospital fluctúan entre los 23 y los 59 años. La mayoría de las/os profesionales está entre los 26-27 años, por lo tanto, podría afirmarse que es un equipo compuesto principalmente por mujeres y hombres jóvenes.

Gráfica 3. Edades de las Matronas del Hospital *Kalvu Llanka*



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

[123] Esta matrona autorizó ser identificada con su nombre completo en la investigación.

En la gráfica 3, se puede apreciar que en el rango etario de 20 a 30 años se encuentran la mayoría (67%) de las matronas y todos los matrones varones (5 mujeres y 3 hombres); mientras que en el rango de edad de 30 a 40 años sólo esta Sheyla de la subunidad de parto y crianza con 36 años: y por último, en el rango etario de mayores de 40 años, se ubican tres matronas (25% del total) de 40, 48 y 59 años, respectivamente.

Ninguna de las matronas o matrones son originarias de Cañete, ni de la provincia de Arauco, aunque en la actualidad y por su trabajo casi todas estas personas viven en la ciudad de Cañete. Al igual que todas las demás, tres de las matronas entrevistadas nacieron en otras ciudades, pero en sus casos, cuando ellas eran más pequeñas sus familias se trasladaron a Cañete, por lo que han vivido gran parte de su vida en ese lugar. Casi la totalidad de las matronas/es que actualmente trabajan en el Hospital *Kalvu Llanka* se encuentran en ese establecimiento de salud porque realizaron sus internados de obstetricia en este lugar y luego les ofrecieron quedarse haciendo reemplazos y posteriormente tuvieron la oportunidad de postular a los cargos que se abrían; y así, se fueron quedando. Por esta situación, para la mayoría de las matronas, el Hospital *Kalvu Llanka* ha sido su primer y único lugar de trabajo.

Se les preguntó si se sienten o no pertenecientes al pueblo *mapuche*, ya sea por sangre o autoadscripción. Sólo dos matrones (A y J) declararon sentirse *mapuche* por tener abuelas *mapuche*. En cambio Sheyla, manifestó sentirse mestiza, pues ella cree que es innegable que todas las personas "tienen sangre *mapuche*" y "sangre no *mapuche*". Es curioso que Sheyla utilice este concepto para definirse así misma, puesto que en Chile no es un término que las personas ocupen frecuentemente para definirse. En relación al mestizaje, la boliviana Silvia Rivera Cusicanqui (2010) se identifica como mestiza *chi`xi*, un nombre con el cual ella explica su ser "mestizo libre de vergüenza", que no siente temor de reconocer su pasado indígena, Aymara en su caso, y se separa de los mestizos que aspiran a blanquearse o a ser criollos. Para llegar a aquella conceptualización Silvia ha reflexionado desde su propia experiencia para re-conocerse en su pasado indígena y europeo en el cual se enfrentó a diversos cuestionamientos. Sin haber pasado por el mismo proceso explícitamente reflexivo, Sheyla Mora comparte una gran afinidad con este pensamiento.

Respecto de las universidades en las que se formaron las matronas y matrones, siete de ellas/os estudiaron el pregrado de Obstetricia y Puericultura en la Universidad de Concepción, ubicada en la ciudad del mismo nombre, capital de la Región del Bio Bio. Esta

casa de estudios goza de prestigio a nivel nacional y se encuentra a tres horas de Cañete. La carrera en esta casa de estudios se creó en 1966 y duraba tres años y medio, actualmente dura 10 semestres. Dos matronas estudiaron en la Universidad de la Frontera (UFRO) y dos matronas estudiaron en la Universidad Austral. La UFRO está ubicada al sur de la región del Bio Bio, en la ciudad de Temuco en la Región de la Araucanía, territorio mayoritariamente *mapuche*. La Universidad Austral en cambio, se encuentra al sur de la Región de la Araucanía, en la Región de Los Ríos en la ciudad de Valdivia. La última matrona estudió en la Universidad de Santiago (USACH), ubicada en la capital del país.

Algunas matronas/es comentaron sentirse satisfechas con lo aprendido en su formación de pregrado, como vemos a continuación con el testimonio de la matrona H:

> "Ingresé a la universidad, por un tema de puntaje me fui a la Universidad Austral, no me arrepiento, estoy muy contenta de mi formación porque vi muchas aristas sobre todo allá se hace mucho énfasis en la parte humana, con ramos humanistas que tienen que ver también con la diversidad cultural, con la identidad de género. Cuando he tenido la oportunidad de conversar con otras personas que han estudiado en otras universidades no lo tienen tan marcado" (Matrona H)

> "En la universidad teníamos clases de antropología que tenía cierto enfoque en sentido intercultural, pero nunca fue como tal" (Matrón J)

En último extracto en cambio, sale a luz un tema no menor en este estudio que tiene que ver con la preparación que las universidades tendrían que proveer sobre pertinencia cultural, tomando en cuenta la cosmovisión de los pueblos originarios del territorio donde se ubica el centro de salud en donde se controla y atiende el parto. Es una deficiencia de las casas de estudios, aun si algunas de las mallas curriculares de las escuelas de Obstetricia y Puericultura incluyen asignaturas de antropología, no son suficientes puesto que desarrollan los contenidos superficialmente.

En conversaciones con las dos matronas mayores (48 y 59 años) y de mayor antigüedad laboral en el hospital, pude enterarme que ellas sí han tenido una trayectoria laboral más amplia y que luego de haber pasado por otros servicios públicos y habiendo tenido otras experiencias profesionales decidieron trabajar y quedarse en el hospital de Cañete. Una de las razones- que además es un argumento que se repite en la mayoría de las entrevistas- es que el Hospital *Kalvu Llanka* es un lugar muy agradable para trabajar, mucho más tranquilo que los establecimientos grandes, como el Hospital Regional Guillermo Grant Benavente de la ciudad de Concepción, ubicado a tres horas de distancia y en una ciudad mucho más grande.

El Hospital *Kalvu Llanka* es un hospital más pequeño que no tiene un alta demanda[124], por lo que a las mujeres gestantes y a las que se encuentran en trabajo de parto y parto se les puede otorgar una atención mucho más personalizada. Así lo señalan dos matrones:

> "Una de las cosas que más me gustó es que en este establecimiento hay una atención como más personalizada, porque no hay tanta presión asistencial como en los establecimientos más grandes… cuando llegué en ese tiempo [...] este hospital fue pionero en el acompañamiento del parto. Cuando llegué, ya era el único establecimiento en que el papá [esposo] acompañaba a la embarazada durante su trabajo de parto y parto. Después ya se empezó a implementar a nivel de todo el país" (matrón C).

> "Me agrada bastante el trato con la paciente, no es tan estandarizada la atención, porque al ser un hospital más chico puede ser un poco más personalizada con la paciente. No como los hospitales grandes que por la alta demanda la personalización es mínima entre comillas…" (matrón E).

Asimismo, este es un hospital que no cuenta con un especialista gineco-obstetra de tiempo completo, lo que le da una particularidad al Hospital *Kalvu Llanka* ya que todos los partos que se realizan son fisiológicos, atendidos por matronas y con un muy bajo nivel de intervencionismo médico, a excepción de las cesáreas programadas.

Las razones por las que las matronas y matrones que trabajan aquí decidieron formarse en Obstetricia y Puericultura son bastante variadas: algunas asociaron la matronería con el poder aportar cuidado y protección a otras personas y pensando que podían tener aptitudes apoyando a las mujeres durante el embarazo y el parto; algunas señalaron que el momento del parto es un momento mágico y crucial en la vida de las mujeres, por lo que esperan ser facilitadoras en ese momento. Así mismo, están las experiencias de matronas que se vieron motivadas desde pequeñas, viendo a sus madres embarazadas y luego con sus hermanos recién nacidos. Al respecto, la matrona L de 29 años, originaria de Santiago que actualmente se encuentra embarazada y próxima a tomar su período de descanso por maternidad, nos compartió:

> "En el tiempo en que uno tiene que decidirse, me gustaba mucho el área de la salud, más que otra, más humanitaria, ni ingeniería, me gustaba ayudar, desde chica ver cómo nacían los animalitos, no le tenía miedo a la sangre, me gustaba estar metida curando la herida de alguien… Y lo otro es que tengo un tema muy especial con la maternidad, me llega mucho y como que me emociono, pero siempre me ha pasado que me emociona mucho, incluso atendiendo un

[124] Esto se debe a que es un hospital que se ubica en un territorio predominantemente rural y cubre un tamaño relativamente pequeño de la población.

> parto me pongo a llorar… Me genera empatía, una cosa tan maravillosa, un nacimiento es como una alegría, cada nacimiento es como si fuera mi hijo… Entonces, como que me pongo mucho en el lugar de la mamá" (matrona L)

Por otro lado, el matrón A, uno de los pocos hombres que trabajan en el Hospital *Kavu Llanka*, explicó así el porqué decidió estudiar esta carrera:

> "Elegí obstetricia pero desconocía la carrera hasta como un año antes, y cuando yo estaba en tercero medio [la secundaria] mi mamá quedó embarazada de mi hermano menor que actualmente está en segundo medio [secundaria], segundo, sí. Y que actualmente tiene 10 años. Entonces, a medida que avanzaba el embarazo ya estaba con la conectividad a internet todo ese tipo de cosas como que íbamos averiguando qué se había desarrollado, qué se iba desarrollando en qué etapa estábamos… los cambios, y digamos que me encantó toda esa parte" (matrón A).

Por otro lado, también están las matronas que nunca tuvieron muy clara su vocación y decidieron estudiar la carrera porque no les alcanzó el puntaje para estudiar otras que sí fueran de su interés; otras en cambio se inscribieron en obstetricia y puericultura y durante la marcha fueron conociendo la carrera. Por ejemplo, la matrona G relató:

> "Estudié obstetricia porque quería algo de la salud, no sabía nada…quería algo de la salud no más, y salió esto… no era mi pasión, era una carrera de señoritas, de cosas bonitas" (matrona G).

> "la diferencia de atención que se daba antiguamente, los relatos mismos de mi mamá cuando me tuvo, el trato a la usuaria, la poca educación que se tenía antes, el poco conocimiento de las mujeres sobre sus derechos, todo eso como que siempre quise ser un aporte para cambiarlo" (matrón E).

Del análisis de las entrevistas se infiere que no necesariamente todas las matronas querían estudiar medicina: Más bien se pueden identificar dos grandes grupos: las que siempre quisieron estudiar obstetricia y las que no sabían que estudiar. Las matronas que siempre supieron que querían ser matronas comentan que esta profesión les da más libertades en el actuar cotidiano en relación a los médicos gineco-obstetras que tienen una mirada demasiado patologizante del embarazo y parto. Aunque, igual la matronería se encuentra inserta dentro del área de la salud, por lo tanto se sigue teniendo una formación clínica, las matronas se identifican con esta profesión porque les permite tener los espacios para obtener una mirada más integral de las pacientes y sus familias, siendo capaces de apoyar a las mujeres en el proceso de embarazo, parto, y puerperio para hacerles llevar un proceso mucho más natural, consciente y no traumático.

Aun si en algún momento la obstetricia no fue su primera opción, todas las matronas se fueron encantando con la profesión sobre la marcha:

> "[Elegí obstetricia] porque el puntaje me dio *pa'* entrar a la carrera. De hecho, cuando ingresé no tenía ni siquiera la idea en qué iba a trabajar. En el camino fui conociendo más la carrera y ahí me empezó a gustar" (matrón E).

En los últimos extractos, podemos inferir la presencia en los discursos de las matronas de una construcción ideológica alrededor de la profesión de la matronería como profesión de "señoritas", donde se tienden a naturalizar y esencializar roles asignados social y culturalmente a las mujeres sobre la base de una división sexual de trabajo y de diferencias biológicas, asociando a las mujeres (y a las matronas) al espacio doméstico y al cuidado de los otros, sobre todo cuando se trata de la reproducción, los hijos/as y la familia. Las teorías feministas han analizado y desnaturalizado estas ideologías durante décadas, remarcando su carácter de construcción socio-cultural en sistemas de género específicos histórica y socialmente constituidos (véase, por ejemplo, los recuentos del desarrollo de estas críticas en Alcoff, [1989]; Narotzky 1995; Lamas, 1996 y 2000 y Esteban, 2001 y 2006).

Alcoff (1989) señala la importancia de retomar, desmenuzar y criticar la esencia homogeneizada y no problematizada de las mujeres, para validarse ante el discurso que han creados los hombres sobre ellas mismas, al mismo tiempo que estos las han definido históricamente como objetos carentes de autonomía. Desde el post-estructuralismo se postula el rechazo al esencialismo y determinismo biológico, pues más bien los seres humanos somos construidos socialmente, aún cuando se considere que los individuos no tenemos una capacidad ilimitada para definirnos a nosotros/as mismos/as. Alcoff propone no establecer el género como algo biológico, universal, ni esencializado, más bien hay que considerar la posición dinámica y fluida en la que se encuentra la mujer en relación con su entorno social en todo momento. Lamas (1996), por otro lado, nos recuerda que es la cultura la que marca con el género a los sexos y a través de los simbolismos construidos socialmente se generan la feminidad y la masculinidad. Esteban (2000) establece una crítica importante frente a los discursos homegeneizadores y naturalizantes de las mujeres y madres, remarcando la importancia de considerar factores personales y el contexto en el que las mujeres viven sus maternidades.

Las reflexiones de estas autoras se aplican directamente al campo profesional de la salud y a la construcción de un campo de asistencia médica -la matronería- como campo

exclusivo o eminentemente femenino; construcción social que no es exclusiva del caso chileno y ha sido analizada por otros autores y en otros contextos, sobre todo en referencia a la profesión de enfermería (Montes-Muñoz et al. 2013). Montes-Muñoz remarca que, en España, hasta el siglo XVII ser matrona era una labor femenina y para estudiar debían estar casadas o ser viudas para certificar que eran personas de buenas costumbres. En su formación se les enseñaba también que debían seguir las instrucciones de los médicos y durante el período franquista se promovieron reformas en las en las que se ubicó a las mujeres específicamente en su papel de madres y reproductoras. Hasta la primera mitad del siglo XX la mayoría de los partos eran domiciliarios. En este artículo se exponen los relatos de mujeres que ejercieron como matronas en Tarragona, España, con el propósito de conocer sus experiencias en esa época; época en que las opciones de estudio y trabajo para las mujeres eran restringidas a que fueran maestras, enfermeras o matronas, decisión que era tomada por los padres de estas mujeres. Algunas entrevistadas vieron libertad e independencia en su trabajo, así como la posibilidad de independencia económica.

Sin embargo, el ser matrona significaba estar a merced de la voluntad del médico, el poder masculino, y se reproducía el sometimiento al que estaban sujetas las mujeres. Este escenario se tornó ideal para que los médicos expandieran la ideología del riesgo, el cual supuestamente ellos estaban capacitados para controlar, por lo que las mujeres siguieron relegadas a labores auxiliares, menos valoradas social y económicamente. Las matronas se transformaron en agentes que transmitían normas de higiene, por lo que se volvieron referentes importantes para las familias. El artículo remarca cómo las mujeres respondieron a los roles de género establecidos socialmente, donde en la parte médica se vieron supeditadas a la orden masculina de los médicos.

Mucho de lo expuesto por Montes-Muñoz (1913) para la matronería española de mediados del siglo XX, sigue teniendo relevancia para la matronería chilena. En el caso de algunas de las matronas entrevistadas en el Hospital *Kalvu Llanka*, a través de sus narrativas es posible deducir que su predisposición al cuidado de otros/as se torna crucial para definir lo que se considera una "vocación" de volverse matronas. Sin embargo, es interesante que en el campo de la matronería chilena hay trasformaciones interesantes, por ejemplo, un ingreso creciente (aun si todavía muy minoritario) de varones a este campo profesional. Son interesantes aquí las reflexiones de los matrones varones que trabajan en el hospital sobre su

ingreso a este campo profesional y el desempeño y las relaciones específicas que establecen con las mujeres usuarias a partir de su género:

> "La carrera ha ido ganando peso en tema de inclusión masculina, las mujeres siguen relacionando el tema de la atención por matrón, única y exclusivamente a las mujeres, creo que de a poco uno tiene que ir ganándose esa área. Acá somos tres de 16 o 17 colegas, somos tres hombres no más y yo soy el único de APS, entonces no genera rechazo pero sí cierta distancias de repente de las mujeres. Es cosa como uno afronte la situación, como la primera vez que conoces a tu paciente… La idea es bajar la ansiedad, establecer una relación de horizontalidad entre ella y nosotros y ahí como que se van dando las cosas, obviamente por más que uno en algunos casos, establezca ciertas estrategias, hay mujeres que no, y no no más…"A nosotros como hombres nos daban como herramientas para afrontar estas cosas, por ejemplo, entrar generando un clima de confianza, más distendido, que la relación no fuera tan vertical. Obviamente, ya hay un cierto impacto de que es un hombre el que te va a atender, hay que bajar un poco la ansiedad y establecer una relación de horizontalidad…." (Matrón J)

Como se puede notar en las palabras de J, se reconoce que ser matrón varón implica ciertos ajustes en la relación con las mujeres, aun si en este caso, el matrón J no ve mayores resistencias de las mujeres para atenderse con él. Él ha desarrollado ciertas estrategias, como el establecer una relación cercana y más horizontal con las mujeres porque de esta manea puede generar un mayor *rapport* y así evitar un posible rechazo.

Luego de lo aprendido en la universidad, de las experiencias de práctica en la formación universitaria, de los internados y de las cortas o largas trayectorias laborales, algunas matronas se han ido especializando en algunas áreas que no siempre tiene que ver con la atención al parto, sino también con el campo de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, en el grupo de las matronas hay quienes prefieren trabajar en la unidad de preparto y parto, mientras que otras en cambio, prefieren trabajar en al policlínico en atención primaria, como señalan, respectiva y de manera contrapuesta, la matrona L y el matrón J:

> "me gusta más el trabajo de parto que estar en la sala hospitalizados. Me gusta el trabajo de urgencia, atención de público en urgencia que es lo que me gusta y el parto. No me gusta mucho la rutina, me gusta más el movimiento, el que cosas inesperadas ocurran, todas esas cosas me gustan" (matrona L)

> "En estricto rigor a mí no me gusta atender los partos, no es algo que vaya como conmigo. Lo que pasa es que me gusta más el tema de los tiempos [se refiere a que prefiere la atención primaria, puesto que en esta instancia tiene mayor posibilidad de interactuar con la mujer, es un período más relajado], de manejar los tiempos. El preparto y el parto son temas, son instancias de estrés, las

> mujeres -totalmente justificable- el tema de la descompensación[125], ya no se puede establecer una relación, ya no te escuchan. Uno trata de ayudar de cierta manera, pero hay un bloqueo producto del dolor en que no se pueden manejar algunas situaciones y eso es lo que a mí no me gusta en esos casos. No me veo trabajando en parto, puedo hacer turno, no tengo ningún problema, pero dedicarme a atender parto todos los días, o en sistema de turnos no me gusta desde la U [universidad]. Así como hay gente que no le gusta parto, a otros no les gusta el APS [atención primaria], la neo [neonatología], etc." (matrón J)

Resulta evidente entonces que la matronería como profesión no está solamente ligada a la atención del parto, para algunos es más importante la atención del embarazo, otras en cambio, han decidido especializarse en temas de planificación familiar o salud sexual y reproductiva.

3.3 ¿Cómo humanizamos algo que ya es humano? Las matronas del Hospital *Kalvu Llanka*, sus ideas y prácticas sobre la estrategia de humanización del parto

3.3.1 La estrategia de humanización del parto a nivel global y en Chile

A partir del siglo XVIII y a lo largo de los siglos XIX y XX con el desarrollo de la biomedicina y la introducción de tecnologías a los procesos de atención en salud, se produjo un alejamiento progresivo y cada vez más notorio de la atención fisiológica del proceso de embarazo, parto y puerperio promoviendo desde la segunda mitad del siglo XX el parto institucionalizado en unidades de salud, lo cual produjo un intervencionismo clínico que ha conllevado a la sobremedicalización de los partos normales y a concebir a la mujer como un ser enfermo, con el propósito explícitamente declarado de disminuir los riesgos y reducir la mortalidad materna y neonatal.

Esta transformación ha sido cuestionada en años recientes por parte de los organismos multilaterales que definen la agenda global en la salud materna y neonatal, por lo que en la actualidad se promueve un cambio de paradigma desde el enfoque del riesgo en la atención del parto hasta una concepción más fisiológica de la misma, transición sustentada en una serie de recomendaciones internacionales sobre la atención del embarazo, parto y puerperio.

Blázquez (2010) explica que, de acuerdo a datos de la OMS (1996), los embarazos que son considerados riesgosos en un comienzo, son altamente intervenidos mientras que

[125] Alteraciones de temperatura, inestabilidad de la presión arterial, etc.

mujeres que presentaron total normalidad terminen con complicaciones, o que, al revés, quienes fueron diagnosticadas con embarazos de alto riesgo, terminen teniendo partos completamente normales. Por lo tanto, el riesgo de complicaciones puede surgir en cualquier parto, aun si la gran mayoría de ellos no las enfrentan y tendrían que ser partos fisiológicos. A partir de esta clasificación del riesgo posible, se destinan las mujeres embarazadas a controles y seguimiento del embarazo y se impulsa que el parto se atienda en hospitales, puesto que es en esos lugares existen las condiciones para actuar de manera urgente en caso de que se requiera. De esta manera se le otorga protagonismo a la enfermedad dejando de lado el enfoque de la prevención, lo que a su vez implica la presencia de personal especializado en patologías obstétricas.

Blázquez plantea la idea del riesgo como una construcción sociocultural. Los sistemas de salud institucionales que se basan en características planteadas dentro de MMH, finalmente estructuran la atención del parto a partir del riesgo potencial y, así haciendo, terminan legitimándose a sí mismos y sus formas de atender, por la cual se considera esencial que la atención del parto esté en manos de personal altamente calificado. Los temores existentes frente al momento del parto, han llevado a que en Chile el 99% de los partos sean hospitalarios. Además, se han establecido en el sistema de salud chileno los controles médicos periódicos durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, con propósito de hacer seguimiento a los estados de salud de la madre y el bebé, lo que permitiría además controlar y/o descartar posibles complicaciones al momento del parto o después del mismo.

Hay que reconocer que el control riguroso de este proceso, ha llevado a que la razón de muerte materna y la tasa de mortalidad neonatal e infantil se hayan reducido considerablemente en Chile, situándolo como un ejemplo a nivel latinoamericano por tener bajos indicadores de morbi-mortalidad materna y neonatal. En Chile, "a comienzos del siglo XX uno de cada tres niños moría antes del primer año de vida" (González, 2014:876). Según este doctor, las mejoras de las condiciones de salud materna comienzan en las décadas de los 40-50 del siglo XX. En la mayoría de los países industrializados y de ingresos medios del resto del mundo las reducciones de muertes maternas y las mejoras en la atención obstétrica se deben, en primer lugar, al establecimiento de prácticas antisépticas entre los médicos en las maternidades (el lavado de manos) a finales del siglo XIX y principio del siglo XX, al descubrimiento de la penicilina y su uso para evitar infecciones puerperales en los

años cuarenta del siglo XX, y, finalmente, a la disponibilidad de trasfusiones en casos de hemorragia, (Sesia, 2017); en Chile, también fue crucial la creación del Servicio Nacional de Salud para garantizar el acceso de las mujeres a la atención.

Irvine Loudon (2000, citado en Sesia, 2017) explica que en los lugares donde hubo tasas de mortalidad materna más altas hasta las primeras décadas del siglo XX, fue en los países donde los partos se atendían por médicos en los hospitales y en los casos en que se realizaban intervenciones quirúrgicas. En décadas subsecuente, países como Suecia, Noruega, Dinamarca u Holanda fueron los que presentaron mayor disminución en las tasas de mortalidad materna, principalmente porque en ellos existía una tradición de atención de los partos por parteras bien entrenadas que manejaban las técnicas antisépticas y en estos países no se realizaban mayores intervenciones quirúrgicas en los partos domiciliarios e hospitalarios (*Idem*). Lo anterior es relevante para este estudio porque demuestra que, por un lado, el parto hospitalario no siempre ha representado una mayor seguridad para las mujeres y sus neonatos y que la tradición de partería profesional se asocia a nivel internacional con una mejor atención obstétrica desde el siglo XX, aun si los organismos multilaterales que definen la agenda en salud materna, han llegado a este reconocimiento mucho más tarde.

La trasformación actual de impulso a la partería profesional se estableció en Chile a través de un consenso político, médico y social que establecía la necesidad de:

> "- Aumentar la atención profesional del embarazo, parto y puerperio, mediante el desarrollo de escuelas universitarias de matrona.
>
> - Disminuir la natalidad dentro de un contexto de valorar a las personas en su dignidad y respetando su autonomía de decidir el número de hijos de acuerdo a sus posibilidades de crianza
> - Promoción y fortalecimiento de la familia como núcleo de la sociedad" (González, 2014:876).

En la Guía Perinatal del MINSAL se señala que las políticas públicas para la salud de la mujer estuvieron destinadas en gran parte a reducir las cifras de MM producidas por el aborto inseguro (que en Chile es ilegal, por la influencia determinante de la Iglesia Católica en el país), por lo que desde 1966 se desarrollaron planes de planificación familiar y controles prenatales con cobertura nacional, y se implementó la atención profesional del parto en hospitales. A consecuencia de lo anterior, en Chile:

> "La mortalidad materna disminuyó fuerte y sistemáticamente hasta el año 2000, sin embargo, en los últimos 10 años se ha estabilizado, alcanzando

> el año 2012 una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 17.2 /100,000 nacidos vivos, esto incluye muertes maternas hasta los 42 días después de terminado el embarazo" (MINSAL, 2015:12).

Sin embargo, en el proceso de mejorar la atención de la salud materna y reproductiva y reducir las tasas y razones de morbilidad y mortalidad materna y neonatal se ha dejado de lado un asunto primordial y que tiene que ver con el protagonismo que deberían tener las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio y con la necesidad de revertir las excesivas intervenciones médicas de rutina.

Esta vigilancia para el control del riesgo trae una serie de consecuencias negativas sobre todo para las mujeres puesto que se mira al cuerpo de la mujer como defectuoso debido a que estos cuerpos generan problemas que acontecen durante el embarazo, parto y puerperio, situación que al mismo tiempo se traduce en un proceso que genera miedo a las mujeres que lo viven, y por último genera una menospreciación del conocimiento que las mujeres tienen sobre sus propios cuerpos, lo que las llevaría a estar en permanente control con personal que posee conocimientos especializados y validados científicamente (Blásquez, 2010). En este proceso, las mujeres han perdido su propia *authoritative knowledge* (conocimiento validado) (Davis-Floyd, 2001), cuando son ellas quienes saben como funciona su cuerpo, además de ser información que se traspasaba por mujeres hacia otras mujeres en el espacio doméstico.

Davis-Floyd (2001) reflexiona sobre la atención de los partos y establece tres modelos de atención: el tecnocrático, el humanista y el holístico. El primero concibe al cuerpo como máquina como un objeto en donde se establece una separación entre la mente y el cuerpo, es el que prima en la actualidad y se superpone a los otros dos modelos de atención. El modelo humanista define al cuerpo como un organismo, mientras que el modelo holístico establece una interrelación y armonía entre cuerpo, mente y espíritu considerando los factores psicosociales están presentes en el proceso.

Las concepciones sobre el riesgo y la importancia de la enfermedad por sobre el enfoque de promoción y prevención del proceso de embarazo parto y puerperio, han provocado que el modelo de atención tecnocrático haya prevalecido en la atención hospitalaria del parto, haciendo que las mujeres perdieran su protagonismo en dicho proceso. La reacción actual en contra del parto "tecnocrático" es la que ha instado a una transición en el cambio de paradigma de la atención, apuntando a un regreso de un enfoque fisiológico del

mismo y a disminuir su medicalización, pero en un entorno clínico que se considera más seguro.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lograrron una reunión técnica en Fortaleza, Brasil de carácter multidisciplinario donde participaron parteras, matronas, psicólogos/as, economistas, salubristas, médicos/as, madres -entre otras profesiones y oficios- para consensuar las tecnologías apropiadas a utilizarse durante el parto. La Declaración de Fortaleza (Lancet, 1985) estableció por la primera vez recomendaciones internacionales en torno a la atención del embarazo, parto y puerperio, con una serie de parámetros mínimos que se deberían considerar y que apuntan a reducir la sobremedicalización del parto fisiológico, darle centralidad a la mujer como protagonista del evento obstétrico, indicar qué prácticas se tendrían que promover en la escena del parto y advertir en contra de la creciente tendencia a utilizar cesáreas innecesarias.

Unos años después, expertos convocados por la OMS emitieron una serie de recomendaciones sobre lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en la atención del parto fisiológico de acuerdo a la evidencia científica (Chalmers et al., 1989; Enkin et al, 2000). Patrocinado por la OMS, se creó la biblioteca Cochrane la cual inició a finales del siglo XX y en el nuevo milenio comienza a realizar estudios controlados y publicar meta-análisis de revisión de investigaciones publicadas sobre las ventajas/beneficios y desventajas/nocividad de ciertos procedimientos específicos durante la atención del parto y al recién nacido, de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible (Sachse, Sesia, et al., 2012). La evidencia generada a través de estas iniciativas ha constituido la base de lo que se ha venido llamando la "humanización del parto" a nivel global; mismo que ha tenido influencia en Chile en la creación de la Estrategia de Humanización del Parto en el nuevo milenio.

La Estrategia de Humanización del Parto, se impulsó a nivel nacional a partir del año 2008, a través del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. En este país se ha desplegado un gran sistema de protección integral a la infancia y a las mujeres para que sean atendidas en un marco de dignidad, respeto y calidad del que emana este manual con un enfoque de derechos y que contempla las acciones que deben ejecutar los equipos de salud correspondientes durante el proceso de gestación, parto, puerperio y primera infancia:

> "El manual asume como marco conceptual el reconocimiento de los derechos de las personas, la salud sexual y reproductiva, la perspectiva de género, la violencia, particularmente la violencia sexual que sufren las mujeres, la participación del hombre en la gestación y en el cuidado de los hijos e hijas, y las recomendaciones basadas en la evidencia científica de las mejores prácticas en la asistencia durante el embarazo, preparto, parto y post parto. (MINSAL, 2008)

Cabe mencionar que la experiencia chilena es una más dentro de un movimiento más amplio donde se impulsa la humanización del parto, desde por lo menos la Conferencia de Fortaleza, Ceará, Brasil en el año 2000. Además tiene que ver con la promoción de la OMS, el UNFPA, UNICEF a nivel mundial para impulsar prácticas basadas en evidencia en el manejo del parto, tratando entre otras cosas, de reducir el parto medicalizado y revertir las tasas cada vez más altas de cesáreas innecesarias (Atkin et al., 2017).

La humanización del parto puede entenderse como la atención del mismo sin hacer un uso excesivo e injustificado de intervención médica, tecnología y medicamentos. Este enfoque considera las actitudes y disposiciones del personal de salud que estas sean acogedoras, receptivas, respetuosas hacia la mujer y su familia, y las condiciones en las que se genera la atención del mismo como un espacio cálido, tranquilo que permita la participación del padre o de la familia, entre otras cosas. Una de sus características fundamentales es que situa a la mujer en el centro del proceso estimando los factores psicosociales que le rodean.

Rattner (2008) plantea que este nuevo enfoque de la humanización del parto se formula por la mecanización del de la atención de dicho proceso por parte de los profesionales especialistas en el área que estando insertos en lo que ella denomina "industria de servicios de salud", dejan de lado el componente humanista en la atención. Esta autora trae a colación la reflexión sobre humanización del parto que realizó Diniz (2005), quien investigó sobre este tema en hospitales de Sao Paulo en Brasil y concluyó que la humanización debe incluir la utilización de tecnología apropiada, y respetar el proceso fisiológico, además reasalta la dimensión política del concepto, aludiendo a que en las prácticas invasivas en la atención del parto subyacen las relaciones sociales de clase, género y raza entre otras; considerar a la humanización como una estrategia que considera el enfoque de derechos de las mujeres que van a parir y de los hijos/as que están por nacer, por lo tanto las mujeres tendrían que estar informadas sobre los procedimientos y estaría en capacidad de dicidir sobre su proceso de atención; incuye el desplazamiento del gineco-obstetra de la atención de parto hacia las matronas o enfermeras-comadronas y al cambio del espacio de atención del parto desde el

pabellón quirúrgico hacia la sala de partos; hace hincapié en la importancia del diálogo entre la mujer y la matrona y en la incorporación del padre o doula como acompañante durante la atención del proceso y que, la mujer tenga derecho al alivio del dolor durante el parto.

Arnau et al. (2012) quienes han realizado un estudio con profesionales del proceso reproductivo (matronas y tocólogos) en Murcia, España, añaden que en el modelo biomédico los individuos son tratados como pacientes pero no como personas, por lo tanto, es necesario cambiar el enfoque en la atención sanitaria de manera transversal. Para estos autores, la humanización del parto incluye que los establecimientos de salud y su personal reciban y acojan dignamente a las mujeres, sus familiares y al recién nacido con propósito de que la mujer protagonista no quede aislada en un ambiente que no es el suyo; y la realización de prácticas beneficiosas para el momento del parto tanto para la madre como para el bebé, sin intervenir medicamente si no es necesario.

De manera lenta y paulatina, el Ministerio de Salud chileno ha iniciado a adoptar las recomendaciones que los organismos internacionales han realizado respecto de la atención del proceso de embarazo, parto y puerperio. Decisión que se justifica además por el aumento indiscriminado de partos por cesárea:

> "La alta tasa de cesáreas que se observa en Chile -la más alta tasa documentada a nivel mundial, con un evidente predominio en la práctica privada- requiere de un activo proceso de cambio por parte de los profesionales de la atención obstétrica y, por parte de la población usuaria de sus servicios. La preocupación por la seguridad del binomio madre-hijo debe ser balanceada con el derecho de las mujeres a elegir, con la mejor información disponible, la modalidad de atención que le resulte más apropiada, incluyendo la pertinencia cultural". (MINSAL, 2008:20)

En 2008, el MINSAL publica el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo. En dicho manual, se explica que en Chile la estrategia tuvo su origen en el 2004 en la maternidad del Hospital de Villarrica (Región de la Araucanía), en donde el personal de salud local tomó como referencia la evidencia científica y las recomendaciones de la OMS (1985) para la atención del nacimiento y el alumbramiento y creó un programa para que las madres pudieran estar acompañadas durante el parto. El MINSAL retoma la iniciativa de este hospital y crea el Programa "Humanización del Parto y Nacimiento" que actualmente se ejecuta a nivel nacional en los servicios de salud:

> "Hoy,... el programa opera a nivel nacional, a través de los servicios de maternidad que asisten en educación prenatal y acompañan con atención personalizada durante el pre parto, parto y nacimiento.... La "humanización" de la atención de salud se basa en la concepción de las personas como usuarias más que como pacientes, y a la búsqueda del bienestar de éstas como un factor de desarrollo humano" (MINSAL, 2008)

Este mismo organismo se refiere a los principales beneficios de la humanización del parto:

> "Brindar un entorno íntimo para el nacimiento, en que la dignidad y decisiones de los padres sean respetadas, favorecer el vínculo de apego entre el niño/a y su madre, desde la gestación y con énfasis durante las primeras horas de vida, lo que implica entre otras medidas, restringir el uso de la tecnología innecesaria durante el proceso de gestación y parto y la promoción de la lactancia materna. Mas específicamente, medidas tales como el contacto piel a piel, amamantar dentro de la primera hora después del parto, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y la presencia del padre o persona significativa en el parto, han resultado en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño/a, lactancia más exitosa durante todo el primer año, y menor abandono de recién nacidos/as. (2008:20).

Sin embargo, para el MINSAL (2008), la atención del parto siempre debe darse en los establecimientos de salud del sistema biomédico, con presencia de profesionales obstétricos en caso de que ocurra alguna urgencia. Así también lo ha manifestado la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, Anita Román, en una entrevista del año 2013:

> "cabe recordar que la orden gremial apoya plenamente el proceso de "Humanización del Parto", entendiendo por ello la no medicamentación y el respeto a los tiempos naturales del mismo, pero dentro de la institucionalidad existente. Esto ha permitido que Chile tenga, según su PIB, la menor tasa de mortalidad materna y perinatal del mundo….Sin embargo, las futuras madres deben estar debidamente informadas sobre los riesgos que se corren al optar por una vía no institucionalizada y sin un equipo profesional detrás atendiéndola en caso de alguna emergencia de ella o su bebé. El niño que está por nacer también tiene derechos que se deben respetar y cautelar" (SoyChile.cl, 2013)[126].

A pesar de que el Minsal pone de manifiesto estar a favor del enfoque de la humanización del parto y promueve su aplicación en los establecimientos de salud donde se atiende a las mujeres embarazadas y se le hace seguimiento al proceso de embarazo, parto y puerperio, en el extracto de la entrevista, Anita Román expresa que, como gremio de la

[126] Nota disponible en el siguiente link: http://www.soychile.cl/Santiago/Sociedad/2013/05/06/172407/Al-Minsal-le-preocupa-la-creciente-oferta-de-partos-en-la-casa.aspx Consultado el 15 de mayo de 2017.

matronería están de acuerdo con el enfoque de humanización pero en instituciones formales de salud, donde el personal especializado pueda actuar en caso de presentarse alguna urgencia. Su declaración deja en evidencia el control que las matronas deben ejercer de dicho proceso.

En la Guía Perinatal de 2015, también formulada por el Ministerio de Salud dirigida a todo el personal de salud involucrado en la atención del embarazo, parto y puerperio en los sistemas de salud público y privado, se indica también una serie de acciones basadas en evidencia científica para la atención de dicho proceso, teniendo como propósito identificar factores de riesgo antes y durante el embarazo, fortalecer los cuidados prenatales con un enfoque psicosocial, entregar recomendaciones para el tratamiento de complicaciones durante el embarazo, y capacitar al personal de salud que participa del proceso de embarazo, parto y puerperio para que pueda actuar oportunamente y de manera eficiente y segura, (MINSAL, 2015).

En el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo es donde se establecen los procedimientos a realizarse según lo establecido a nivel normativo, derivados en gran parte de las recomendaciones emitidas por la OMS y por el grupo de expertos que, a lo largo de las últimas décadas, han generado y difundido la evidencia científica a través de la Biblioteca Cochrane sobre las mejores prácticas a utilizarse en el parto fisiológico. A continuación enunciaremos algunos de los procedimientos establecidos para la atención del trabajo de parto fisiológico y atención del parto propiamente tal: Durante el trabajo de parto se le debe informar a la mujer y su acompañante de su estado, avances y procedimientos para disminuir la ansiedad, se debe ofrecer la posibilidad de baño con agua caliente (de acuerdo a las condiciones de la mujer), se debe estimular la libre deambulación de la mujer y que esta pueda ubicarse de manera que le resulte más cómoda, el personal debe realizar los registros y anotaciones médicas, realizar control manual de la cavidad uterina cada una hora así como controlar los signos vitales cada cuatros horas en mujeres sanas, apoyar a la mujer para aliviar el dolor mediante el trabajo de parto con métodos no farmacológicos con supervisión de personal, informar del uso de analgesia peridural (con consentimiento informado de la mujer), evaluar la condicion fetal con monitorización electrónica al inicio del trabajo de parto, cada 30 minutos con el estetoscopio de Pinard, realizar el mínimo de tactos vaginales con justificación, informar al médico en caso de alteraciones en el trabajo de parto, no realizar

amniotomía, diagnosticar la dilatación completa y trasaladar a la sala de parto cuando esto ocurra, no hacer pujar a la madre de manera innecesaria, entre otros.

Durante el momento del parto, algunas de las recomendaciones que se instruyen en el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo son: crear un entorno de intimidad con privacisad, luz baja, silencio, temperado, acoger a la mujer y su pareja durante el parto y puerperio, estimular la participación de la pareja o persona que acompaña, acompañar a la mujer durante el parto para detectar riesgos y derivar al médico en caso de ser necesario, no hacer intervenciones injustificadas, evitar posición supina y litotómica, no dirigir el pujo, no realizar episiotomía de rutina, estar pendientes de las necesidades de la madre. Los procedimientos anteriores revelan que por parte del MINSAL se ha adecuado esta Guía con la mayoría de las recomendaciones que la misma OMS ha estado promovido desde hace más de 30 años.

Finalmente, cabe mencionar que, de manera paralela a la formulación y aplicación de estos procesos que han llevado a cabo organismos oficiales y el mismo MINSAL, también en Chile han confluido en el movimiento en pro del parto humanizado otros impulsos que han estado incentivando a mujeres y familias a conocer y exigir sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho de ser las protagonistas y decisoras en sus procesos de embarazo, parto y puerperio. Lo anterior se puede observar, por ejemplo, en la enorme cantidad de información que hay disponible en Chile a través de internet en formatos de blogs, videos, grupos que generan conversatorios y encuentros de mujeres que comparten sus experiencias de embarazo y parto. Incluso, últimamente ha habido una tendencia en la creación de escuelas para doulas.[127]

3.3.2 La estrategia de humanización del parto en el Hospital *Kalvu Llanka*: Las opiniones de las matronas

Estos procesos nacionales e internacionales han generado un espacio para impulsar y poner en práctica la estrategia del parto humanizado, mismo que más recientemente se ha iniciado a llamar "parto respetado", pero también ha sido conceptualizado como "parto personalizado", "parto natural", "parto integral"y/o "parto no medicalizado". Por ser pequeño, el Hospital

[127] Algunos de los blogs o páginas de Internet con información son: www.rednacer.cl; www.maternaschile.cl; www.partovertical.cl; www.facebook.com/RelacahupanChile/; www.ovochile.cl; http://www.naceralavida.cl/; www.almademama.cl; http://blog.dondestaspudu.cl/; www.mamadre.cl;

Kalvu Llanka se caracteriza -según las matronas entrevistadas- por estar en condiciones de ofrecer lo que muchas de ellas prefieren definir como "parto personalizado" en un ambiente íntimo, donde la mujer parturienta pueda sentirse en la libertad de elegir cómo parir, si estar acompañada o no y si quiere escuchar música durante su trabajo de parto y parto, entre otras cosas. Viene al caso mencionar que, como se atienden un promedio de 28 partos al mes, y, según una matrona que atiende partos, rara vez ocurren partos simultáneos, esta situación facilita que al momento del alumbramiento las matronas y su equipo estén casi exclusivamente para atender a la mujer que se encuentra en "labores".

Respecto de qué es lo que piensan las matronas del Hospital *Kalvu Llanka* sobre la Estrategia oficial de Humanización del Parto, existen varias posiciones. Por ejemplo, Sheyla menciona que:

> "Hay una guía clínica del 2007, entonces está súper normado no es que sea de voluntad, está súper normado que aquí la mujer debiera poder parir como quiere parir, entonces a mí no me cabe duda que en ese contexto mis colegas tratan de adaptar su atención a cada mujer... Y en ese contexto se podría decir que es pertinente culturalmente porque deberían hacer oído de las costumbres que cada mujer quiere tener en el parto, ponerse en cuclillas, ponerse en la posición que sea" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

En las palabras de Sheyla, podemos apreciar cómo hay una tendencia a fusionar y, de alguna manera, no distinguir entre la estrategia de humanización del parto, que conlleva la posibilidad de que cada mujer escoja cómo quisiera vivir este momento y, el parto culturalmente adecuado el cual, para esta matrona, es sinónimo de ponerse en cuclillas para dar a luz, a la usanza tradicional. Lo anterior conlleva una visión reduccionista de lo que debería de implicar una adecuación cultural del parto; la cual incluye el parir en cuclillas pero dentro de un contexto simbólico y material mucho más amplio el cual refiere fundamentalmente al significado atribuido al nacimiento y los cuidados y rituales que este requiere dentro de la cosmovisión *mapuche*. Siguiendo con las confusiones en torno a la humanización del parto y el parto con enfoque intercultural, la matrona F piensa lo siguiente:

> "yo creo que sí ha habido un cambio de paradigma a raíz del parto personalizado donde las usuarias sienten que tienen más derechos y se sienten más respetadas aun así no podríamos hablar de usuarios satisfechos porque ellos siguen pensando que su cultura no se respeta, no se considera" (Matrona F)

Por estos comentarios es posible inferir que, por ejemplo, las usuarias *mapuche* y sus familias no se sienten del todo satisfechas con la calidad de la atención puesto que no se considera el componente cultural en su totalidad, pues, como se señala en capítulos anteriores, no basta sólo con incluir "dispositivos interculturales" como la señalética, sino más bien se necesita un cambio de fondo en la estructura y en la forma de ejercer la atención.

En cuanto a la humanización del parto, otras matronas proveyeron definiciones del parto humanizado como las dos siguientes:

> "el concepto para mí tiene que ver con el respeto, con entregar en lo que se pueda a lo que yo tenga disponible a lo que la usuaria, dentro de los límites que se puedan, si tengo una sala de parto donde puede entrar un familiar, que entre; si tengo una tina de agua y ella quiere entrar a la tina, que entre, si quiere poner música, aromaterapia, intervenir en el proceso lo menos posible, que sea lo más natural" (matrona L)

> "Hacer lo menos medicado posible, lo menos intervencionista posible, con los tiempos que conlleva el tiempo del parto, sin aceleraciones, sin roturas artificiales de membranas, nada de eso. Todo embarazo, todo parto conlleva su tiempo" (matrón J)

Estas definiciones se encuentran en concordancia con las conceptualización de parto humanizado que hemos encontrado desde el Ministerio de Salud y la OMS; todas ellas incluyen como componentes para la atención integral del alumbramiento el que la mujer pueda estar acompañada durante el parto por una persona significativa, que no se realicen mayores intervenciones con el uso de tecnologías y que la mujer pueda parir en la posición que desee, entre otras.

Sheyla tiene una mirada más crítica sobre el tema, especialmente porque hace alusión al aumento de cesáreas que se ha dado por el uso injustificado de tecnologías para disminuir la mortalidad materna:

> "El concepto (de humanización del parto) ya es medio extraño porque no sé como se humaniza algo que es tan humano finalmente, pero entiendo a lo que se refiere que tiene ver un poco con volver a la esencia más natural y disminuir el número de procedimientos asociados al parto porque además está demostrado científicamente, no es porque sea *choreza*, sino es porque los estudios te han mostrado de que la intervención lo único que ha hecho es aumentar el número de cesáreas y pasamos el límite *po*. Empezamos a aplicar tecnología en el parto *pa* disminuir la mortalidad y nos fuimos al otro extremo, estamos aplicando tanta tecnología que estamos llenos de cesáreas y que hemos perdido la esencia de tantos procesos como el apego " (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016).

Por otro lado, la matrona más joven del servicio de maternidad del Hospital *Kalvu Llanka*, definió el parto humanizado de la siguiente manera:

> "Sé de qué se trata, de tratar de hacer lo más fisiológico posible el proceso de parto, de no incurrir en violencia obstétrica. Yo en el hospital regional (de Concepción) fui alumna y ví bastante violencia obstétrica y es algo que quizás me marcó mucho porque el primer parto que atendí fue con mucha violencia, entonces es algo que uno trata de no volver a repetir… las veces que he atendido acá he tratado de crear un ambiente lo más cálido posible…la idea es que nosotras como matronas no atender el parto, sino que recibir al recién nacido, ayudar, ser como una amiga más en el parto. El parto es un proceso fisiológico nosotros no tenemos que intervenir, quizás si hay complicaciones hacer maniobras. No intervenir ni siquiera con la voz porque es un distractor, cuando uno da muchas indicaciones genera estrés" (matrona E).

Desde su punto de vista, las matronas no deberían tener una mayor intervención en la atención del parto; más bien, ésta se tendría que limitar principalmente a recibir el bebé. Incluso, hace referencia a que también las palabras que pudieran decir las matronas en el momento del nacimiento podrían tener un efecto sobre el desarrollo del proceso de parto de la mujer. Esto último puede deberse a que en su formación académica de pregrado esta matrona fue entrenada de manera mucho más profunda y precisa desde el enfoque de humanización del parto, por lo tanto estaría más consciente y sensibilizada de lo que aquello implica. Esto se refleja en que esta joven matrona está dispuesta a incluir activamente estos cambios en las formas de atender el parto, dejando que el proceso de dar a luz sea lo más libre y natural posible.

En las recomendaciones de la OMS también se incluye la importancia de conocer y poner en práctica buena técnicas de comunicación entre personal que atiende y las mujeres en trabajo de parto y parto. De acuerdo a lo que señala el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo existen prácticas muy comunes y naturalizadas que afectan y bloquean la comunicación, por ejemplo:

> - "Ordenar, dirigir, mandar: en el afán de "educar", se entrega indicaciones sin considerar las experiencias y expectativas del otro. La tarea es obedecer.
> - Advertir, amenazar: a lo anterior se agregan las consecuencias de la negación de cumplir lo ordenado.
> - Moralizar, sermonear: mantiene al otro en una situación de inferioridad y dificulta la corresponsabilidad en salud. Transmite falta de confianza en la capacidad del otro.
> - Juzgar, criticar, culpar: pone al otro en situación de inferioridad de tipo moral.

- Poner apodos, uniformar, ridiculizar: elimina la sensación de ser único pasa a ser parte de un conjunto de "pacientes" de determinado tipo.

- Poner en duda: transmite falta de confianza en el otro". (2008, 31)

Sin embargo, a pesar de que las matronas del hospital conocen las normas, instrucciones y recomendaciones para la atención del parto humanizado, una de las matronas señala que aunque el parto humanizado debería aplicarse de manera rutinaria, su implementación continúa pasando por las voluntades de las matronas y del sistema de salud:

> "El cómo se lleva a cabo el parto depende de la manera en que yo estoy sensibilizada con el tema, porque si yo quiero no le converso a la paciente, no le hablo…pero porque no hay capacitación y no hay sensibilización en el tema, porque si a todas se nos capacita de la misma manera, quizás todas podemos estar sensibilizadas de la misma forma, por eso se tuvo que hacer un protocolo" (matrona H).

Esta matrona hace referencia a que las capacitaciones en el tema son importantes para sensibilizar y concientizar a la matronas, pues una vez que ellas mismas internalicen de manera positiva los beneficios que trae el parto humanizado, se estará en condiciones de transmitir esa misma convicción a las mujeres y sus familias para que opten por este tipo de atención. Deja entonces entrever dos cuestiones: a) que las matronas todavía necesitan capacitación y sensiblización sobre el parto humanizado, lo cual indica que hay matronas que no aplican las normas sobre la materia; y b) que finalmente la que decide si implementar, hasta qué punto y cómo la estrategia de humanización del parto es la matrona, enseñando que si la matrona no quiere por ejemplo, comunicarse con empatía con la paciente durante el trabajo de parto, no lo hace. O sea, en su testimonio remarca que hay cuestiones de poder que intersectan en las actitudes que las matronas (o algunas de las matronas) tienen ante el cambio de sus prácticas de acuerdo al enfoque de humanización del parto.

3.4. Re-tomando el parto humanizado ¿Qué están haciendo las matronas del Hospital *Kalvu Llanka* por el parto humanizado?[128].

Para analizar si las matronas emplean o no maniobras y estrategias de acuerdo al enfoque de parto humanizado, se escogieron 26 tipos de intervenciones más comunes y se les consultó

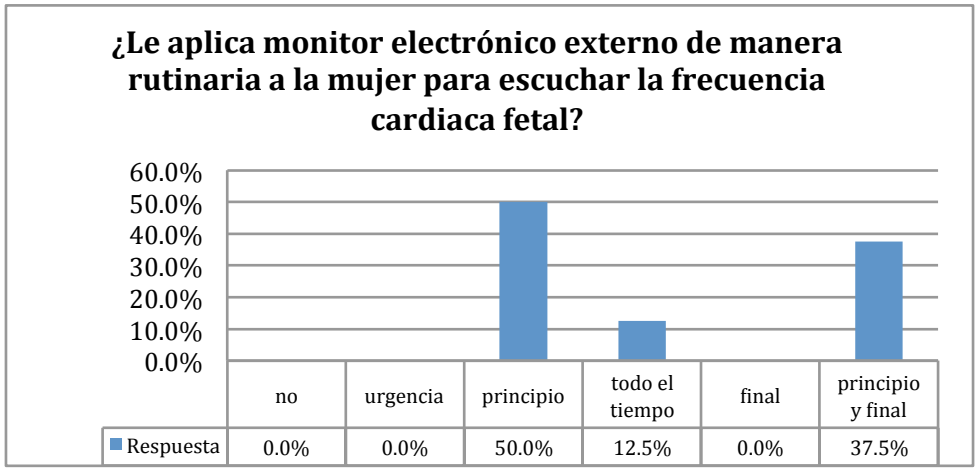
[128] Las intervenciones incluidas en este apartado y la discusión de las mismas se retomaron de Sachse, Sesia et al. (2012).

cuáles de esas aplicaban regularmente durante su trabajo en el hospital. A continuación revisaremos los principales resultados de las encuestas aplicadas.

- Aplicación del monitor electrónico

Respecto de la pregunta sobre si aplican monitor electrónico externo para escuchar los latidos cardiofetales, de las matronas encuestadas cuatro respondieron que lo aplican sólo al principio, cuando la mujer recién ha iniciado su trabajo de parto para poder checar inicialmente que la frecuencia cardiaca del feto sea regular y normal (gráfica 4). Tres de ellas respondieron que lo utilizaban sólo al final y una afirmó que lo usaba todo el tiempo.

Gráfica 4: Aplicación del monitor cardiofetal



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

El monitoreo cardio-fetal es valorado, porque permite ir evaluando el progreso durante el trabajo de parto, como señala la matrona H:

> "Por ejemplo, algo súper personal, para mí los latidos del bebé son la manera de saber si esto va bien o va mal…si durante mi trabajo de parto los latidos van bien, sigamos y esperemos lo que se tenga que esperar para que nazca esa guagua, si los latidos empiezan a fallar para mí es como empezar a parar las antenitas y algo viene mal…pero en el momento en que los latidos estén bien, un expulsivo de una hora, cuarenta minutos y que la paciente no está agotada, no está con compromiso de conciencia y que los latidos están bien… por mí, puede seguir" (matrona H).

En la Declaración de Fortaleza se menciona que no existe evidencia sobre los beneficios de la utilización rutinaria del monitoreo cardio-fetal. Más bien, se indica que sólo debería realizarse en casos de riesgo de sufrimiento perinatal y en partos inducidos, ya que su uso rutinario y permanente implica que la mujer no pueda moverse libremente y deambular

durante el trabajo de parto o colocarse en la posición que ella prefiera descansando durante contracciones o durante le etapa de expulsión del bebé. Sin embargo, sí se recomienda realizar auscultación para monitorear la frecuencia cardiaca fetal durante la primera etapa del parto y al momento del expulsivo. En el Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo, también se señala que el monitoreo fetal rutinario no mejora las condiciones materno fetales.

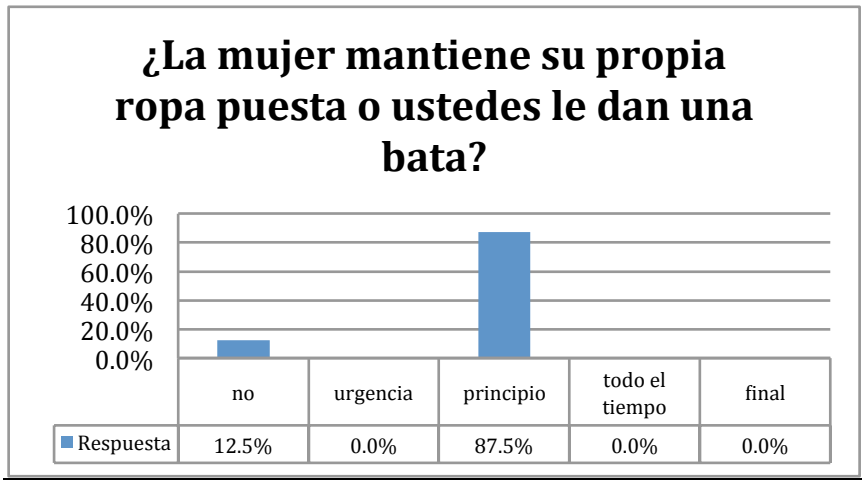
Llama entonces la atención que la matrona D lo aplican todo el tiempo; ella es una de las matronas más grandes, que tuvo una formación mucho más medicalizada sobre el parto, por lo tanto es una de las que presenta mayor resistencia a cambiar esas prácticas que en la actualidad se consideran como innecesarias en la atención del parto fisiológico.

- Conservación de la ropa durante el parto

Para la pregunta si la mujer puede mantener su propia durante el trabajo de parto y el parto, el siete de las matronas afirmaron que permiten que las mujeres se queden con su ropa pero sólo al principio del proceso durante el trabajo de pre parto, pues una vez que ingresan a la sala de partos se les pasa la bata verde esterilizada. En cambio, sólo el matrón F respondió que desde que la mujer ingresa a trabajo de parto le pasa inmediatamente la bata (gráfica 5).

Durante la observación etnográfica que realicé en el Hospital *Kalvu Llanka* en la sala de preparto y parto pude constatar que efectivamente esto es así. Las mujeres cuando se encuentran en la primera fase tienen puesta su camisa de dormir y luego las matronas se la cambian por la bata verde esterilizada. Cuando les pregunté a las matronas porqué hacían el cambio, la razón que me proporcionaron es que así las mujeres no ensuciaban su ropa y además, las batas verdes tienen una abertura que permite y facilita el contacto piel a piel una vez ocurrido el alumbramiento.

Gráfica 5: La mujer puede mantener su propia ropa durante el trabajo de parto y parto



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

En la observación de parto que realicé, vi como la mujer en su trabajo de parto estaba con su camisa de dormir, pero al pasar a la sala de parto, su madre debió colocarse el cubre calzado verde, yo por mi parte, tuve que colocarme también la bata verde esterilizada y el cubre calzado. La matrona también se colocó la bata verde y guantes.

La utilización de la bata verde es un indicativo de la atención medicalizada del parto, aun cuando los partos que se atienden en el hospital son catalogados como normales. Finalmente, se trata de un ritual de la atención biomédica del parto el cual conlleva que la mujer se despoje de sus vestimentas propias para ocupar otra que significa su ingreso en un espacio liminal temporal (Turner, 1988) donde la mujer pierde el control de sí misma y de su cuerpo: la bata verde esterilizada simboliza la higiene, la esterilidad y la pureza del entorno hospitalario, al mismo tiempo que expone su cuerpo a los ojos y a la posible manipulación del personal de salud que la atiende. El ritual conlleva que también la matrona por protocolo utilicen un gorro, guantes, etc. Siguiendo a Foucault (1977), la bata verde de la mujer y la vestimenta de la matrona son dispositivos de apropiación y extensión de la autoridad para ejercer el control biomédico sobre la mujer a través de la utilización de mecanismos que propician la realización del ritual de la atención medicalizada del parto.

De la vestimenta que utilizan las matronas en el Hospital pude darme cuenta que todas y todos ocupan el delantal esterilizado verde, como señala el matrón E:

> "Delantal estéril, guantes para protegerme yo en este caso, como normativa general, ponerme un gorro porque me piden por protocolo, y a la usuaria lo más libre posible. En lo personal yo no estoy usando paño perforado, que por protocolo en algunos lugares sí lo utilizan. Es un paño verde grande que tiene un orificio al medio que es para ver los genitales, no lo ocupo. Sí lo ocupo para suturar en el caso de que haya desgarro o se realice episiotomía lo ocupo en ese momento, pero en el momento del nacimiento, nada. Trato de que se lo más natural posible, que si se quiere tocar los genitales que se toque, si quiere tocar la cabeza cuando viene saliendo, que toque, si quiere estar parada, sentada, en cuclillas, como ella quiera" (matrón E)

Según la Declaración de Fortaleza las mujeres tienen derecho a decidir sobre su vestimenta, si desean comer y sobre otras prácticas culturales que les sean de interés. Al mismo tiempo se señala que no existen estudios acabados para estimar cuál es el la cantidad de ropa que deben tener las personas que atienden los partos.

- Administración de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto y parto

En relación a la administración de líquidos y alimentos por parte de las matronas, todas las profesionales del Hospital *Kalvu Llanka* encuestadas, aceptan que las mujeres puedan comer y/o beber líquidos durante el trabajo de parto y parto en todo momento. En el Manual de Atención (2008) se expone que habitualmente se indicaba el ayuno para las mujeres durante el trabajo de parto; sin embargo, en la actualidad es recomendable que la mujer ingiera alimentos puestos que estos les aportan energía para el trabajo de parto y parto. Es más, se explicita que la no ingesta de líquidos puede provocar deshidratación:

> "La alimentación durante el trabajo de parto debe ser entendida como un proceso natural de gran importancia y variabilidad en las mujeres, recomendándose una ingesta oral de líquidos y dieta liviana, respetando los deseos de la mujer. En el período final o etapa de transición del trabajo de parto, es probable que la mujer sólo pida líquido, o algo que la refresque; en este período es recomendable ofrecerle un cubo de hielo o helado de agua con sabor para satisfacer esta necesidad" (2008: 23)

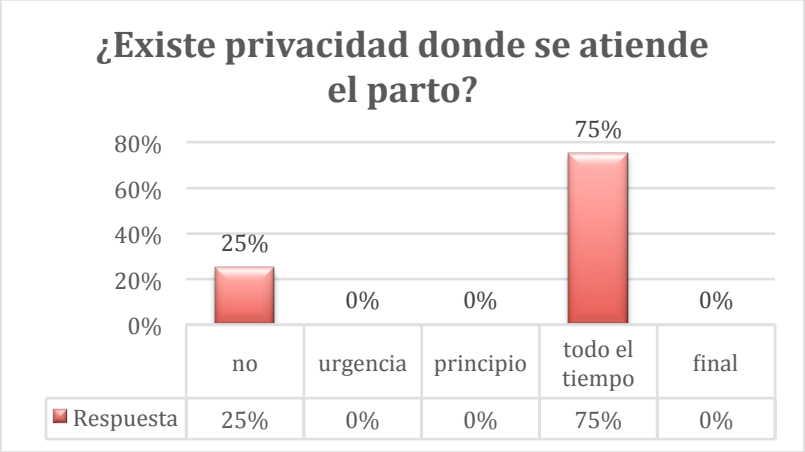
- Acompañamiento a la mujer durante el parto

Todas las matronas entrevistadas respondió que sí "permite" el acompañamiento de una persona significativa durante el momento del parto y el parto. Si son las matronas las que permiten y no la mujer la que decide, se está irrumpiendo uno de los principios básicos de la humanización del parto, donde la mujer es la protagonista, lo que denota que el poder lo siguen teniendo las matronas aun si atienden de acuerdo a las normas y recomendaciones

nacionales e internacionales. Durante mi observación del parto, vi como la mujer que se encontraba en trabajo de parto y que posteriormente pasó a sala de parto, estuvo en todo momento acompañada de su madre que la calmaba y le hacía cariños para ayudarla de alguna manera a disminuir el dolor que sentía por las contracciones, excepto, por unos minutos cuando se llevan a la mujer a la sala de parto para prepararla, lugar al que también pudo entrar para apoyar a su hija durante el parto, sobándola y dándole ánimos.

A este propósito, la Declaración de Fortaleza, señala que para el bienestar de la madre y el bebé la persona elegida como acompañante debe tener libre acceso durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio. En trabajo de campo pude constatar que efectivamente el acompañamiento de sólo una persona significativa se da en este hospital, aun si el espacio no es el adecuado y lo suficientemente cómodo, pues, como se comentaba a inicios de este capítulo, la sala de preparto es pequeña y las camillas están separadas sólo por cortinas. Entonces, cuando una mujer se encuentra en preparto es fácil que pueda angustiar a las mujeres que se encuentran a su lado. Para tal fin, en la encuesta se preguntó también a las matronas si consideran que hay o no privacidad en los lugares donde ellas atienden los partos. La mayoría contestó que sí, había privacidad aun si mis observaciones me indicaban lo contrario (gráfica 6).

Gráfica 6. Privacidad en el trabajo de parto y parto



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo.

En el hospital está permitido que las mujeres estén acompañadas y las matronas están de acuerdo que así sea:

> "Por ejemplo, el que el padre hace quince años atrás que el papá quisiera entrar a la sala de parto era una aberración. Yo mi papá quiso entrar a mi parto y casi lo sacaron con los guardias. Entonces, el que la mujer ya sea tratada por su nombre, porque antes era la cama 1, la cama 2, entonces todo ese tipo de cosas que han venido siendo un progreso en el tiempo ha ido realizando una humanización, ya. (matrón A)

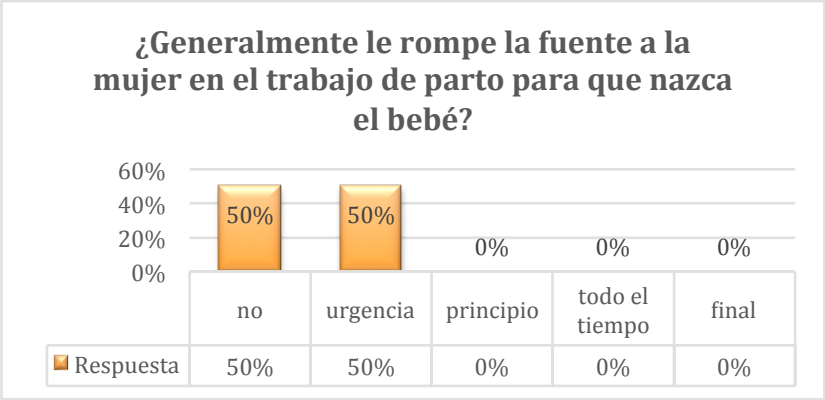
Sin embargo, las condiciones que se presentan en el hospital no son las ideales. Como señala el matrón E, las salas de preparto y parto, aun estando pequeñas, podrían estar mejor acondicionadas para generar un ambiente más cálido y acogedor:

> "Quisiera que la sala de parto fuera en un ambiente más acogedor, una sala no tan fría, a lo mejor con colores más cálidos, detalles, que a lo mejor pueden marcar la diferencia… y en realidad el tema de la temperatura también es importante. Porque a veces la temperatura cambia en los turnos… Cuando yo llegué traía todo esto de la universidad del tema clínico, porque así me lo enseñaron, el parto era estéril y así tenía que ser…que no podía ser sin paños estériles, que la mamá no podía tocar el bebé y con el tiempo de pasar a atender un parto, vestida, tapada de boca, con mascarilla, con gorro, que la paciente sólo me ve los ojos. Hoy día estoy atendiendo partos con las medidas necesarias pero con las menos barreras posibles. (matrón E).

- Ruptura artificial de membranas

Frente a la pregunta si rompen artificialmente la fuente a la mujer en el trabajo de parto para que nazca el bebé, las respuestas son divididas. Cuatro matronas afirman que no lo hacen y las otras cuatro reconoce que lo hace pero dice que sólo en los casos de urgencia (gráfica 7).

Gráfica 7. Rompimiento de fuente para acelerar el parto



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

Las matronas que sí lo hacen, argumentan que sólo lo realizan cuando el trabajo de parto ha llevado mucho tiempo y a pesar de la dilatación total en las mujeres la fuente no se logra romper naturalmente. Al respecto, en la Declaración de Fortaleza se señala que "No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina".

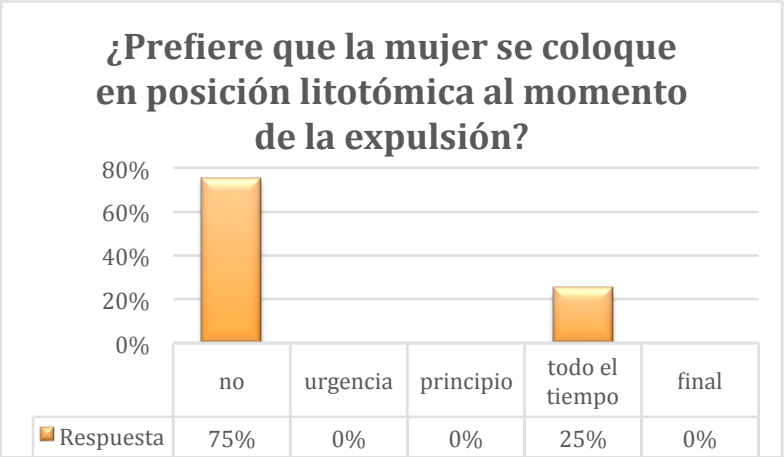
 Libre deambulación durante el trabajo de parto y posición de la mujer al momento del parto

Frente a la pregunta si permite a la mujer caminar, moverse y cambiar de posición libremente durante le trabajo de parto, todas las matronas contestaron estar de acuerdo con permitir y promover que la mujer camine durante el trabajo de parto. Un matrón lo explicó de la siguiente manera:

> El que ella por ejemplo, si ella quiere deambular en su trabajo de parto, utilizar el balón, utilizar la tina, el darle la opción de decidir, ya, el tema del pudor, ya. (matrón A)

Asimismo, a la pregunta si permite que la mujer se acomode como ella quiere para que nazca el bebé, el 100% de las matronas entrevistadas contestó que sí lo permite. Sin embargo, en la pregunta siguiente sobre si prefiere que la mujer se coloque en posición litotómica (horizontal) al momento de expulsión, mientras que el 75% (n=6) respondió que no, dos matronas (25%) respondió afirmativamente que sí, prefieren que la mujer se acueste en la silla ginecológica (gráfica 8).

Gráfica 8. Posición de la mujer para el momento de la expulsión



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

Las matronas que respondieron afirmativamente, comentaron que la preferencia por esta posición se debe a que para ellas es más cómodo y se les facilita para poder hacer los procedimientos que se requieran. Durante el parto que pude observar, pude percatarme de que la matrona H incentivaba a la mujer a punto de parir a buscar la forma que le era más cómoda. La mujer se colocó primero en posición de cuatro puntos, su mamá en la misma posición con las TENS le sobaban la espalda y le recogían el pelo, luego la mujer se paró y se quedó un momento en cuclillas y finalmente se movió a un taburete con su madre, y en esa posición dio a luz. Al parecer, lo logró hacer así, porque su madre podía sostenerla y apoyarla. Para la matrona en cambio esto no representó ninguna dificultad, cuando el bebé asomaba la cabeza la matrona se arrodillaba en el suelo para ir viendo y en esa posición se mantuvo hasta el momento de la expulsión.

Sobre estos puntos, la Declaración de Fortaleza señala que debe incentivarse la libre deambulación durante el trabajo de parto y que no se recomienda la posición litotómica, sino que la mujer decida la posición de expulsión para el momento del parto.

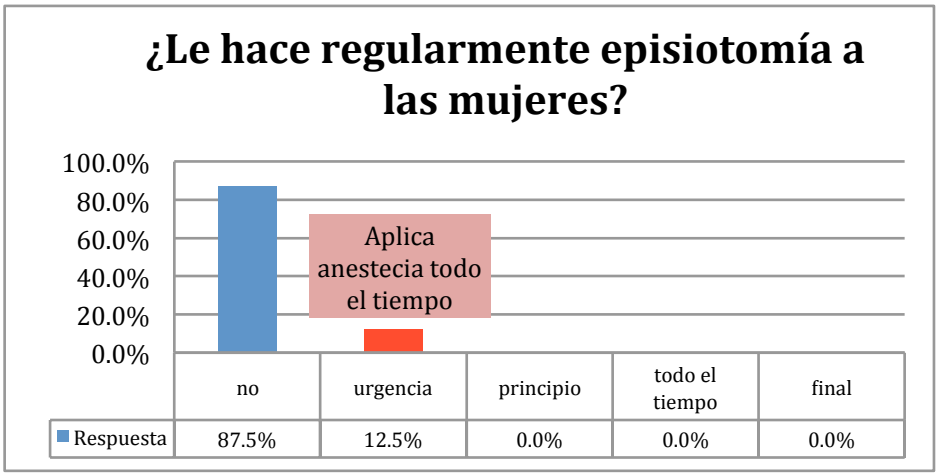
Apoyando esta postura, el Manual de Atención Personalizada explica que diversos estudios avalan la práctica de la posición vertical o lateral para el momento del parto, es más, dicha posición produce menos dolor a las mujeres y menor alteración en los latidos cardiofetales. Al mismo tiempo, sin embargo, se añade que los profesionales que acompañan este proceso deben de estar preparados y tener conocimientos promover y enseñar este tipo de posturas a las mujeres. Llama la atención que esta precisión indique que el mantener una

actitud expectante y de menor intervención, permitiendo una mayor libertad de movimiento a la mujer durante el trabajo de parto y que ella escoja en qué posición dar a luz, requiera de capacitación y conocimientos específicos y especiales entre el personal que atiende. Finalmente, lo que se sobrentiende es que la práctica medicalizada de constreñir los movimientos de la mujer y hacerla parir en posición litotómica sigue entonces considerándose la norma.

- Episiotomía

Frente a la pregunta si hacen regularmente episiotomía a las mujeres, siete de las matronas respondieron que no, mientras una sola persona respondió que sí lo hacía regularmente y que aplicaba anestesia cada vez que lo realizaba (gráfica 9).

Gráfica 9. Realización de episiotomía



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

La Declaración de Fortaleza señala que no se debe practicar rutinariamente la episiotomía; y que se debe proteger el perineo en medida de lo posible. El Manual de Atención del Proceso Reproductivo señala que la realización de episiotomía es considerada como un daño "porque crea una incisión quirúrgica de una magnitud mayor que lo que muchas mujeres podrían haber experimentado si no se hubiese realizado" (2008, 24). Llama la atención que la matrona que aseguró realizarla, es H de 27 años.

- Rasurado del vello púbico

Ante la pregunta si rasura a la mujer para el momento del parto, todas las matronas respondieron que no realizaban esta práctica. Del mismo modo, en la Declaración de Fortaleza no se recomienda rasurar el vello o aplicar un enema antes del parto. En el Manual se señala que el rasurado puede causar laceraciones en la piel y provocar la aparición de microorganismos.

- Inducción del Parto

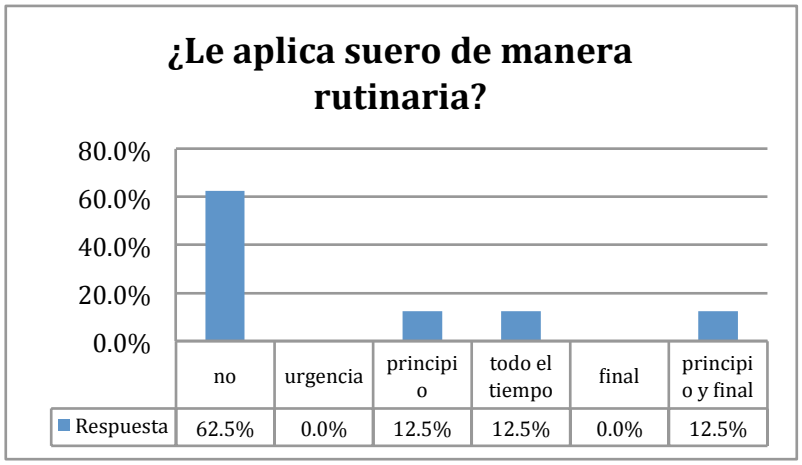
En la Guía Perinatal se señala que la inducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa si se realiza en casos justificados y de la manera adecuada. La inducción puede definirse como "la iniciación de las contracciones uterinas en una mujer embarazada que no está en la fase del trabajo de parto, con el fin de lograr un parto vaginal" (2015, 304). De acuerdo a la misma guía, ésta se indica sólo en situaciones muy precisas, como cuando la mujer gestante debería ya de iniciar con el trabajo de parto con 41 o 42 semanas de embarazo. En estos casos, la indicación debe ser necesaria, documentada y con el consentimiento de la mujer. Algunas condiciones para realizarla pueden ser[129]:

- "Hipertensión gestacional con condiciones adversas.
- Enfermedad materna grave, que no responde a tratamiento.
- Hemorragia anteparto significativa, pero estable.
- Corioamnionitis.
- Sospecha de compromiso fetal.
- Rotura prematura de membranas a término, con colonización materna por Estreptococo Grupo B (GBS)."

[129] Otras indicaciones pueden ser: Diabetes mellitus (el control de glucosa puede determinar urgencia), Enfermedad aloinmune a término, Restricción del crecimiento intrauterino, Rotura prematura de membranas GBS negativo, Embarazo postérmino o en vías de prolongación, Muerte intrauterina en embarazos previos, Problemas de logística (trabajo de parto precipitado, distancia al hospital). Indicaciones inaceptables: Sospecha de macrosomía fetal, Ausencia de indicación materna o fetal, Conveniencia del médico" (2015, 304)

- Aplicación de suero de manera rutinaria

Gráfica 10. Aplicación de suero



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

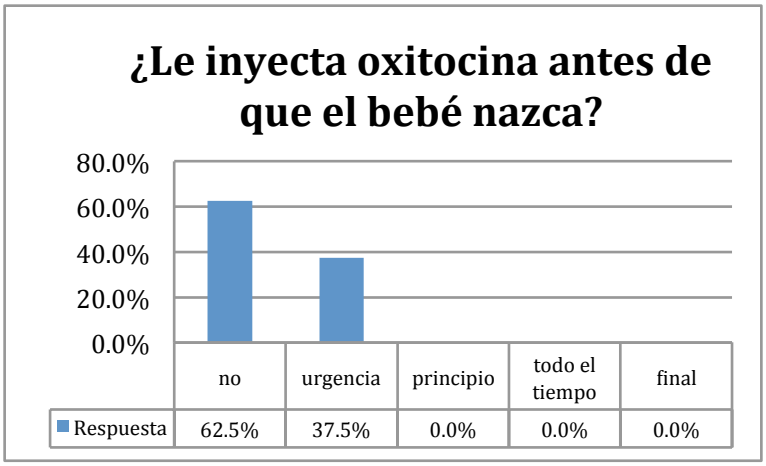
Cinco matronas afirmaron que no aplicaban suero de manera rutinaria, mientras que una matrona contestó que sí lo hace todo el tiempo; una de ellas lo hace sólo al final, y dos matronas señalaron que lo hacían sólo al comienzo del proceso (gráfica 10). Sin embargo, es importante mencionar que normalmente, cuando se canaliza la mujer con una vía para "aplicarle suero al principio", la mujer queda canalizada durante todo el parto. Tal como lo comentaba la matrona F en la entrevista, una de las matronas más jóvenes, el canalizar tiene la ventaja de que si se presentase alguna situación de emergencia la vía ya estaría lista y sería más fácil administrar un medicamento en caso de que se necesitara. En este sentido la justifica como una medida de precaución y seguridad frente a posibles situaciones de riesgo:

> "Cuando yo atiendo los partos les coloco una vía venosa antes de que empiecen con los dolores. Cuando llegan porque si pasa algo, prefiero que esa vía venosa esté disponible y no estar durante la urgencia con los dolores de la señora, con un descontrol mayor haciendo procedimiento invasivo… Yo sé que el hecho ya de pasar a parto a una mujer con vía no es humanizado el parto porque estás haciendo un proceso invasivo. Pero para mí [es] seguridad y para la seguridad de ellos lo hago, para evitar riesgos. Quizás es un proceso invasivo, mínimo que se hace pero sé que no se debería hacer" (matrona F).

En las palabras de la matrona F se deja en evidencia la prevalencia del discurso sobre el riesgo obstétrico, en un contexto donde está presente la cultura de miedo; entonces, aun cuando en el hospital solo se atienden partos normales, hay matronas que siguen aplicando un procedimiento considerado como invasivo.

- Aplicación de oxitocina antes de que nazca el bebé

Gráfica 11. Aplicación de oxitocina durante el trabajo de parto



Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo

Ante la pregunta a las matronas si aplicaban oxitocina antes de que el bebé nazca, el cinco de ellas respondieron que no realizaban esta práctica, mientras que tres respondieron que sólo lo hacían en caso de urgencia (gráfica 11). Estas últimas son la matrona C (una de las más grandes) y, las matronas H y F, de las más jóvenes. La matrona F es la misma que -aunque lo reconoce como un procedimiento invasivo- prefiere colocar una vía como medida de seguridad en caso de que se presentaran complicaciones.

La oxitocina es un fármaco que se utiliza para provocar contracciones uterinas o para hacerlas más fuertes. En el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo se señala que no existe evidencia científica suficiente para fomentar su uso, por lo tanto, se recomienda utilizarla con precaución (2008: 218). En la Guía Perinatal (2015) también se recomienda utilizar su administración sólo en casos exclusivamente necesario e indicado medicamente, premisa que se comparte en Las Recomendaciones de la OMS para la conducción del Trabajo de Parto (2015), El portal de internet El Parto es Nuestro señala que desestima el uso de oxitocina de manera tajante, considerando que la realización de esta práctica traería consecuencias como la necesidad por parte de la mujer de requerir analgesia epidural, hemorragia postparto, sufrimiento fetal, intervención quirúrgica o cesárea. La OMS (2015) menciona además que la administración de este fármaco puede provocar hiperestimulación uterina con efectos como asfixia fetal, ruptura uterina e intervenciones durante el trabajo de parto y parto. Además, este mismo organismo señala que la

administración de oxitocina de manera injustificada quita autonomía a la mujer, pudiendo convertirse el parto en una experiencia negativa.

Respecto de la administración de otras medicinas o fármacos, la Declaración de Fortaleza señala que debe evitarse la aplicación rutinaria de analgésicos o anestésicos. De la misma manera, en el Manual no se recomienda el uso de enemas, puesto que no hay evidencia suficiente de sus beneficios, también genera incomodidad en la usuaria y significa gasto de recursos.

En el Manual también se señala que para el manejo del dolor en los períodos de trabajo de preparto y parto existen opciones naturales y médicas y además menciona que las experiencias personales y aspectos culturales y sociales pueden influir, en la percepción que las mujeres tienen sobre el parto. Se exponen alternativas para manejar el dolor de trabajo de parto y parto, por ejemplo favoreciendo:

> • "La posibilidad de adoptar las posiciones que le sean más cómodas a ella.
> • La posibilidad de deambular según sus propias necesidades.
> • La realización de masajes que resultan efectivos sobre todo cuando los aplican la pareja y/o acompañante, a los cuales se adiestra durante el período prenatal.
> • La aplicación de compresas calientes, a temperatura tolerable, en zonas de máxima tensión (ingle, sacro, periné).
> • La realización de esquemas respiratorios adecuados, que ayudan a la mujer frente al dolor.
> • El apoyo farmacológico según las posibilidades locales del servicio respectivo" (2008, 199)

Del mismo modo, se señalan alternativas no farmacológicas para aliviar el dolor en el trabajo de parto:

> "Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, contrapresión durante contracción uterina, descompresión abdominal.
> Técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos: calor y frío superficial, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto y parto, tacto y masajes, acupuntura y acupresión sin agujas, estimulación eléctrica transcutánea, inyección intradérmica lumbar de líquido estéril, aromaterapia.
> Técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes: orientación de foco de atención y distracción, hipnosis, música y audio–analgesia, bio–retroalimentación durante clases prenatales" (2008, 199)

En la Guía Perinatal se establece que la administración de analgesia es sólo con indicación médica y los criterios para su aplicación son:

> “Presencia de dolor que amerite la indicación de anestesia.
> Idealmente haber alcanzado una dilatación mayor de 4 cm.
> El consentimiento de la mujer.
> Ausencia de contraindicaciones para anestésicos locales.
> Buena actividad uterina y apoyo cefálico.
> Tipos de analgesia obstétrica:
> La analgesia epidural es la anestesia recomendada. En casos que haya menor dilatación y buena tolerancia de la mujer, podrá usarse analgesia inhalatoria con óxido nitroso. También podrá solicitarse la administración de anestesia combinada (intratecal y peridural)” (2015, 317)

En general, las recomendaciones internacionales y las normas y guías nacionales, no apuntan sólo a una atención integral de calidad y oportuna para el momento del parto, sino para todo el proceso, haciendo un llamado a no utilizar la tecnología sin razón, a tener espacios que permitan mantener la privacidad de las mujeres y sus familias, promover la lactancia materna y el apego inmediato, y por sobre todo, a considerar en su totalidad la dimensión psicológica y emocional de la madre, hijo/a y padre. Estas prácticas de humanización del parto, han tenido resultados positivos en las mujeres, que reconoce el MINSAL:

> “han resultado en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño/a, lactancia más exitosa durante todo el primer año, y menor abandono de recién nacidos/as” (2008: 20)

Los establecimientos de salud además de aplicar las normas y recomendaciones establecidas deben generar las condiciones adecuadas para poner en prácticas las acciones que se recomiendan. El Hospital *Kalvu Llanka*, ha optado por protocolizar ciertas acciones, para asegurar entre otras cosas, que debido a la rotación de personal la puesta en práctica de acciones de humanización del parto no recaigan en voluntades, sino que sean parte de un proceso establecido y formal, aunque hay matronas que no se adecuan y siguen practicando lo que aprendieron décadas antes en su formación de pregrado.

También es preciso considerar que no todas las mujeres tienen el mismo acceso a la información, por lo tanto no todas están conscientes por ejemplo, de que poseen y pueden ejercer derechos durante la atención de sus partos. Por esta razón es necesario que sean los/as profesionales de la salud y en especial las matronas quienes transmitan la información

a las futuras madres para que puedan incidir positivamente en las decisiones que las mujeres toman sobre su proceso, eligiendo las opciones que les parezcan más cómodas. Del mismo modo, sería muy beneficioso que todo el servicio de maternidad apuntara al mismo objetivo, que tuvieran los mismos horizontes respecto de la atención que entregan, sería una forma de aumentar la satisfacción de la usuaria, y de entregar una atención de calidad acorde a la medicina basada en la evidencia científica.

En este capítulo hemos revisado aspectos centrales de esta tesis, conocimos a las matronas del Hospital *Kalvu Llanka*: nueve mujeres y tres hombres en su mayoría jóvenes menores de 30 años. Uno de los principales objetivos de este apartado fue reflexionar acerca del enfoque del riesgo concebido durante la atención del parto hasta la primera mitad del siglo XX. Para disminuir la mortalidad materno-infantil se estableció la atención del parto hospitalario concibiéndolo como un proceso patológico. Sin embargo, este escenario nos llevó al otro extremo, a brindar una atención del embarazo despersonalizada, poco cálida, rutinaria, meramente patológica, dejando de lado a la mujer y su entorno del evento del parto. Con intención de volver al parto fisiológico y ubicar a la mujer como protagonista del proceso se llega a la Humanización del Parto, en el cual la OMS y diversos organismos han realizado recomendaciones internacionales para atender dicho proceso sin intervenir con medicalización y tecnología de manera innecesaria.

Luego conocimos los significados que las matronas del Hospital Kalvu Llanka atribuyen a la humanización del parto y pudimos identificar en qué medida estas profesionales ponen en práctica las recomendaciones internacionales y el enfoque de humanización del parto en su trabajo como matronas del hospital. Encontramos así que se presentan algunas diferencias entre las generaciones de las matronas. A pesar de haber recibido todas una formación de pregrado con enfoque clínico biomédico, pareciera que las matronas más jóvenes tengan mayor facilidad y apertura para poner en práctica las acciones que se consideran en el parto humanizado. No ocurre lo mismo con las matronas más grandes que presentan un poco más de resistencias a los cambios en la atención.

A pesar de lo anterior, de todas maneras existen matronas jóvenes que mantienen prácticas que se consideran como invasivas o no recomendadas, según ellas, para prevenir posibles riesgos. Por lo tanto, se preservan, aunque quizás de manera más sutil que hace años atrás, la idea del riesgo ante el cual se prefiere estar prevenidas (incluso si son partos fisiológicos); proceso a través del cual ellas logran mantener intacta su autoridad y dejar en claro que son ellas quienes están a cargo en la atención del parto, a través del control y, finalmente, el poder de decidir qué prácticas realizar o no. En otras palabras, el *locus* del poder de decisión se mantiene firmemente en las matronas, no obstante cambios importantes en las intervenciones durante el trabajo de parto y el parto para adecuar la atención obstétrica a la medicina basada en la evidencia científica de acuerdo a los parámetros actuales. Como

veremos en el capítulo siguiente, el hecho que es en las matronas donde reside el *locus* de decisión como profesionales de la biomedicina (aun humanizada) y el hecho de que son ellas quienes mantienen la autoridad en la atención obstétrica, es precisamente donde nos topamos con uno de los límites más evidentes y, finalmente, más infranqueables ante la posibilidad de implementar un modelo intercultural de atención en salud materna que recupere y de su lugar a las visiones, saberes, prácticas y significados *mapuche* alrededor del nacimiento en condiciones de mayor equidad.

CAPÍTULO IV

"SIEMPRE TENEMOS QUE ESCUCHAR, NO PODEMOS REBATIR A LOS *MAPUCHE*". PERCEPCIONES Y RESISTENCIAS DE LAS MATRONAS/ES SOBRE EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD

En este último capítulo revisaremos las percepciones de las matronas del Hospital *Kalvu Llanka* en cuanto a la implementación del enfoque intercultural en la atención de salud que este personal entrega en el servicio de maternidad. Como se verá a continuación, sale a la luz la mirada más crítica que tienen las matronas con respecto a este enfoque. A través de diversos extractos de entrevistas, podremos conocer sus diferentes posiciones y sus grandes temores a perder el control de la atención del parto, aun en la implementación de lo que se considera desde el hospital hoy en día como la "atención integral del parto".

4.1 Adecuaciones con pertinencia cultural en el servicio de maternidad del Hospital *Kalvu Llanka*

Como se señalaba en el capítulo 2, en el servicio de maternidad se han estado llevando a cabo diversas acciones con pertinencia cultural con propósito de ofrecer una atención de salud más acorde a la cultura *mapuche*. Por medio de varios *trawun* realizados con matronas, equipos médicos y mujeres *mapuche* se ha logrado responder a algunas de las necesidades que presenta la población en esta área. Sin embargo, estas acciones no están lejos de las críticas por parte de diversos funcionarios/as del hospital, así como de las mismas matronas, enseñando que hay ciertas reservas y hasta resistencias en la aplicación del enfoque de interculturalidad en la atención obstétrica.

Hasta el momento las acciones en concreto que se han llevado a cabo por parte del hospital tienen que ver con la creación y puesta en marcha de un protocolo para la entrega de placenta; la elaboración de un protocolo de atención integral del parto que contiene los cambios más importantes del servicio de maternidad y en el cual se establecen normas de

atención para el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato; y la adecuación de una de las actuales salas de parto para convertirla en una sala de parto que permita el acompañamiento familiar o al menos la participación del padre del recién nacido y una mujer u otra persona significativa para la parturienta, con una viga para el parto vertical y que además, sea más cálida y acogedora, ambientada con elementos de la cosmovisión *mapuche* que se han identificado como pertinentes por la unidad de salud intercultural, la subunidad de parto y crianza, con consejos de la facilitadora intercultural, y a través de los *trawun*.

Al conversar con las matronas, en general ellas expresan estar de acuerdo con los cambios que se están programando. Comparten la necesidad de establecer una atención aún más personalizada del preparto y parto, así como consideran no tener mayores inconvenientes con que la familia de la parturienta traiga la cazuela de gallina para después del parto[130]. Los comentarios de aprobación se basan principalmente, en el reconocimiento de que el Hospital *Kalvu Llanka* en el cual trabajan, está inserto en un territorio predominantemente *mapuche* -aun si la mayoría de las matronas reconoce no tener conocimientos específicos acerca de las visiones, saberes y prácticas culturales y socio-médicas *mapuche* alrededor del nacimiento- por lo que afirman que sería preciso incluir elementos de la cosmovisión *mapuche* en sus cursos de actualización y en su trabajo para poder entregar una atención más pertinente culturalmente. Al respecto, la matrona encargada del Programa Chile Crece Contigo, comenta:

> "No me parecen mal [las adecuaciones]. Me parece bastante bien el hecho de que podamos cambiar los paradigmas que tenemos desde la enseñanza de las escuelas de obstetricia de que todo tiene que ser esterilizado, todo tiene que ser en un contexto médico, que hay que evitar el mayor riesgo posible tanto para la madre como para el hijo. Pero que acá se haya podido tener el proyecto esto me parece bueno porque así no transgredimos la cultura de ellos. No podemos llegar e imponernos frente a una cultura que lleva mucho años más que la nuestra y que son los orígenes de nosotros" (Matrona F).

Este comentario positivo se repite con una mayor énfasis en el siguiente testimonio del matrón J:

> "A mí me parece excelente, total y absolutamente necesario y es por uno, por el tema de diagnóstico de la comuna que tiene un alto porcentaje de población *mapuche*, hartas comunidades aledañas, era necesario este hospital intercultural, inicialmente se pensó así. Lleva años pero todavía le falta o está en pañales…" (matrón J)

[130] La cazuela de gallina es un caldo de ave que se utiliza en este caso como reponedor de energías.

Para él, el desarrollo de la estrategia intercultural aún se encuentra en pañales porque se concibe el tema de la salud intercultural de manera superficial aún, dejando de lado la participación de las comunidades y a los agentes médicos tradicionales en el proyecto. Cabe señalar que él es originario de Temuco, por lo que ha podido conocer de cerca otras experiencias de salud intercultural que le permiten tener otros referentes teóricos y concretos. Respecto de la superficialidad a la que se refiere el matrón J, el trabajador social e intelectual *mapuche* Andrés Cuyul, quien ha trabajado sobre la interculturalidad en salud y la salud colectiva, critica la interculturalidad ejecutada por el Estado de Chile, aludiendo a una visión superficial de dicho concepto, que no provoca mayores transformaciones en términos de relaciones y procesos de poder profundamente asimétricos entre el Estado chileno y el pueblo *mapuche*. Cuyul de alguna manera pone el dedo en la "llaga", al comentar:

> "La intervención del Estado chileno, a través de la institucionalidad multicultural en salud y determinado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, ha insistido en reproducir un discurso culturalista, esencialista e ideal de lo *mapuche*, el que les permite intervenir de manera más reducida y asistencialista para un supuesto bienestar de las comunidades *mapuche*. De esta forma se han concentrado acciones tendientes a resolver necesidades puntuales que precisamente son producto de las brechas estructurales y socioculturales no abordadas… inclusive, se ha llegado a pensar que las señaléticas en *mapudungun* en un centro de salud es "interculturalidad" (no he conocido ninguna *papay* o *peñi* que las haya podido leer)" (2013:4)

Otro ejemplo de cómo en Chile el Estado ha aplicado la interculturalidad en la atención del parto hospitalario, aludiendo a una conceptualización e implementación culturalista que finalmente se vuelve reduccionista y esencialista (a lo que hacen alusión tanto Cuyul como el matrón J), es lo que en el Hospital de Puerto Octay, en el sur de Chile, se describe como lo central del parto intercultural:

> "La sala de parto intercultural es un lugar especial. Además de todos los aparatos que monitorean la llegada de un bebé y de la salud de la mamá, están presentes dos símbolos de protección muy importantes y significativos para las comunidades *huilliche*: la cama está cubierta con una colcha en la que esta tejido un *pillán* y hay una gigantografía en la pared de la roca del abuelito Huenteao. En la habitación durante el alumbramiento las luces son tenues y cada mujer decide en qué posición quiere dar a luz, aunque normalmente es sobre la camilla semi sentada, de manera que queden en posición más vertical. La medicina alópata solo interviene en caso

> que sea necesario y es la mujer quien hace el trabajo de parto." (sitio web: www.elpartoesnuestro.es)[131]

En la consideración del hospital de Puerto Octay, el parto intercultural se remite a la adecuación del espacio físico con elementos y símbolos de la cultura *mapuche* (lo cual es importante pero no suficiente), mientras que, por ejemplo, aún se mantienen presentes y muy visibles los aparatos de monitorización, símbolos y finalmente, despliegue de la superioridad tecnológica de la biomedicina. Además, en esta descripción no se hace referencia alguna a cambios más profundos en la relación entre el sistema de salud, las matronas, las usuarias *mapuche*, sus familiares, las *puñeñelcheve* y los representantes del pueblo *mapuche* de esa región.

De las adecuaciones que se plantean en el protocolo del Hospital *Kalvu Llanka*, hay algunas que han causado más controversia que otras. Las que han generado mayor debate entre el grupo de las matronas tienen que ver con el acompañamiento familiar durante el preparto y parto, el acompañamiento 24 horas después del parto, esperar a cortar el cordón umbilical, la entrega de cazuela de gallina a la mujer parturienta y la modificación de una de las salas de parto.

Respecto del acompañamiento, se promueve la participación del padre durante todo el proceso de gestación y sobre todo durante el trabajo de parto, parto y puerperio con objeto de que pueda acompañar a la madre y generar los primeros vínculos del apego. Además, el protocolo contempla el acompañamiento de otra persona que sea significativa para la mujer parturienta. En la cultura *mapuche*, por lo general, son mujeres que ya han vivido el proceso, quienes acompañan a otras mujeres que se encuentran embarazadas o en trabajo de preparto y parto, pueden ser las madres, abuelas, hermanas, parteras o *puñeñelcheve*. Esto último difiere de lo que se plantea en el modelo de humanización del parto, donde se promueve la participación del hombre durante el proceso. Sin embargo, pareciera que las matronas no visualizan esta diferencia y promueven el acompañamiento de la pareja masculina para todas las mujeres, incluso en las familias *mapuche*, no solo como parte de la estrategia de humanización del parto, sino también de acuerdo a lo que las matronas visualizan como parto culturalmente adecuado para las usuarias *mapuche*.

[131] Nota disponible en el siguiente link: https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2017/01/30/las-mujeres-huilliche-y-la-sala-de-parto-intercultural

Esto puede deberse a diversos factores, por ejemplo, al desconocimiento que tienen las matronas de las visiones, saberes y prácticas *mapuche* en la salud materna y en particular respecto del parto, y/o debido a la necesidad de cumplir metas establecidas desde el Ministerio de Salud, por ejemplo en el Programa Chile Crece Contigo, en donde se promueve e insta a que los padres se involucren desde el momento de la gestación para una crianza compartida y responsable.

En el hospital en la actualidad, durante el trabajo de parto, el parto y puerperio, la mujer puede estar acompañada en la sala por quien ella estime. Ahora bien, según lo que se plantea en el protocolo y el modelo de humanización del parto, el acompañamiento es un derecho al que pueden acceder todas las mujeres, independiente de su adscripción a algún pueblo indígena. Esto es importante mencionarlo, porque al interior del grupo de matronas existe un gran desconocimiento de las acciones que se proponen y de cómo se ejecutarán. La mayoría de las matronas piensa que las acciones que se están programando son sólo para mujeres *mapuche*, lo que ratifica que las matronas no conocen el PESPI pero tampoco conocen a fondo la estrategia de humanización del parto, por lo tanto formulan sus propias apreciaciones de lo que esta estrategia y programa implican según ellas; al considerar que dejar el acompañamiento las 24 horas sólo para las mujeres *mapuche* es discriminar a las otras usuarias que no lo son, como nos relata una de las matronas:

> "Hay cosas que sí nos ha costado un poco adaptarnos porque también pensando en los otros pacientes, porque sí tenemos población *mapuche*, pero también hay población no *mapuche*, entonces el tema por ejemplo de pasar 24 horas acompañado igual para la otra persona es difícil, porque, ¿por qué a ella y yo no?, así como hay población *mapuche* que se siente discriminada porque no creen en sus creencias, la población que no es *mapuche* dice: "ah, claro, y ¿por qué tienen más beneficios?", entonces ahí se trata de hacer un complemento, un poco negociar de qué cosas se pueden hacer" (matrona K).

Otro de los inconvenientes del acompañamiento que plantean las matronas se produce con la modificación para la sala de parto con pertinencia cultural, mientras que la otra sala de parto sigue siendo la Unidad de Atención Integral. Esta última seguirá tal como se encuentra actualmente, conservando por ejemplo, un jacuzzi para aliviar el dolor durante el trabajo de parto. Las modificaciones de la sala de parto con pertinencia cultural incluirán la instalación de una viga, se quita el jacuzzi, puesto que según la cosmovisión *mapuche* el agua es un elemento que no debiera estar presente durante el parto; se podrán realizar cantos y tocar instrumentos, tendrá elementos decorativos de la cultura *mapuche*. Las mujeres y sus familias,

independientemente de su adscripción a algún pueblo originario, podrán optar en qué sala tener el parto.

Desde la cosmovisión *mapuche* se señala que el acompañamiento familiar es sumamente importante para la mujer parturienta y el bebé que está por nacer, porque transmiten el *kume newen*[132]. Al mismo tiempo, durante el momento del parto, la familia puede realizar *ül*[133] y tocar instrumentos musicales como el *kultrún o las kaskahuillas*, entre otros. Para las matronas, el problema se presenta cuando en uno de los *trawun* realizados con las mujeres se estableció que desde el punto de vista *mapuche* se sugería una sala de parto en el que la mujer pudiera estar acompañada no sólo por el padre del bebé sino, por alguien más como una mujer significativa y que la familia extendida estuviera cerca en una sala aledaña a la sala de parto. Esa solicitud es una de las que ha generado más debate porque las matronas plantean no saber con quién interactuar al momento del parto y principalmente porque ven invadido un espacio del que ellas son y se sienten responsables y donde ellas tienen el control y no lo quieren perder.

Lo anterior no entra necesariamente en contradicción con lo que se plantea en el modelo de humanización del parto donde es la mujer quien se encuentra al centro de la acción y quien toma las decisiones con la matrona y con la presencia de otra persona significativa (generalmente el padre) que deben acompañar a la mujeres parturienta durante el proceso. Pero cuando ya se trata de permitir el ingreso a más personas y compartir el espacio con ellas y posiblemente dejar que éstas puedan no sólo acompañar sino también participar en el evento obstétrico (por lo menos en escuchar las explicaciones de las matronas), ahí es donde inician las resistencias de las matronas, sobre todo de parte de algunas de ellas:

> "El tener mucha multitud en la sala de parto es complicado, porque ¿cómo le explicas a tanta gente?" (matrona L)
>
> "La forma de trabajar mía es como yo salí de la universidad, un parto limpio…pa' mí que entren visitas es un cambio, no es que yo esté resistente al cambio, pero..." (matrona G)
>
> "Que entre la embarazada con un acompañante [está bien], pero que esté toda la familia eso sí no, me parece mucho, porque dificulta… porque no es una sola usuaria, pueden haber varias, entonces hay que respetar [también] a las otras" (matrona C)

[132] *Kume newen*: Energías positivas, fuerza en *mapudungún*.
[133] *Ül:* canto en *mapudungún*.

Estas dos últimas opiniones son de dos matronas que tienen una vasta experiencia en la atención de embarazos y partos, y que también son de las mayores del grupo y las que mayor resistencia manifiestan. Al parecer y al igual con los cambios de prácticas promovidos desde el enfoque de humanización del parto, las objeciones a la instalación de nuevas prácticas con pertinencia cultural están asociadas con la edad: mientras más mayores, más resistencias presentan ante la generación de cambios de cualquier tipo; lo cual y a su vez, se relaciona con la formación académica que recibieron las matronas mayores desde un enfoque biomédico y medicalizado, pero también con la falta de una mayor sensibilización para entender el por qué la presencia de las mujeres mayores y la familia es importante para las mujeres *mapuche*.

Durante el trabajo de campo, se observó que la sala de preparto es un espacio compartido en el que se encuentran varias camas separadas por cortinas. Es importante vincular este último extracto de entrevista con esa observación para poder entender también el punto de vista de estas matronas. Claramente, en ese espacio, así como está estructurado en la actualidad, no están dadas las condiciones para que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto estén acompañadas de su familia extendida, y menos para que se realicen cantos y se toquen instrumentos, debido a que podrían incomodar a las otras pacientes que se encuentran en un trabajo de parto inicial o que se están realizando controles de rutina. Sobre esto Sheyla, matrona joven y encargada de la subunidad de parto y crianza donde se promueve el enfoque intercultural en la salud materna, opina:

> "En el hospital de Cañete antiguo habían muchos más partos humanizados por decirlo así, mucho menos intervenidos, se había avanzado en eso con una colega que estuvo en España, antes incluso de que fuera boom en el resto del país y las colegas tenían conciencia y habían mucho más partos verticales y todo. Y después nos cambiamos a este hospital y lamentablemente quien hizo los diseños nunca pensó en eso e hicieron una separación donde están las salas de parto en un lado y está el preparto en otro, entonces al final uno pasa las seis horas de trabajo de parto que es el período más difícil y más largo, en una sala que comparte con tres más y donde no hay ninguna privacidad y ni un espacio. Y las salas de parto que son grandes y que son súper equipadas y todo, pasa la media hora que sale la guagua no más, entonces no hay un buen uso del espacio. Por eso nosotros hicimos una propuesta hace más de un año de transformación de las salas de parto". (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

Las palabras de Sheyla son una crítica explícita al supuesto diseño intercultural del nuevo hospital, ya que en el plan arquitectónico nunca se consideró el espacio adecuado para la privacidad de la atención del trabajo de preparto y parto. Lo anterior, deja en evidencia que

dicho proyecto no contempló en su elaboración -entre otros actores- ni la participación de las comunidades *mapuche*, ni tampoco la participación de las matronas involucradas con la implementación del enfoque intercultural en el servicio de maternidad de dicho hospital. Menos, la opinión de la subunidad de parto y crianza, que hubiera tenido que ser el referente obligado sobre el tema de la adecuación intercultural del espacio, por parte del personal que en ese hospital labora. Sheyla cuestiona esta disposición del espacio y remarca cómo cada mujer tiene derecho a la intimidad y a tomar las decisiones acerca de cómo quisiera desarrollar su trabajo de parto:

> "Considero que a cualquier mujer le gustaría tener su parto en intimidad y el tener una mujer en trabajo de parto, donde hay tres camas más o dos camas más al lado de ella, donde nosotros aparte de estar en ese trabajo de parto, vemos monitoreo, vemos consultas, entra el acompañante de la señora del monitoreo, entra el acompañante de la señora de la consulta y al lado hay una señora en un proceso que es muy importante, encuentro que no corresponde. Cuando ella debiera tener su espacio, su sala, si quiere colocar música, si quiere colocar aromaterapia, si quiere estar con su pareja, con una ropa especial, encuentro que es súper importante. En cambio en la manera en que está ahora es compartido, no se puede dar esa opción, en pro de eso se puede readecuar y nuestras salas de parto pasarían a ser integrales" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

Al mismo tiempo, es interesante notar que sus palabras -emitidas en respuesta a una pregunta explícitamente referida a la adecuación cultural del parto- nos ejemplifican nuevamente cómo ella, -al igual que la mayoría de las matronas del hospital- tiende a no hacer distinción alguna entre la humanización del parto y la adecuación cultural del mismo, al considerar que son equivalentes ya que ambas implican una transformación de la atención medicalizada y tecnológica del parto que se aprendió en la formación universitaria, sobre todo entre las matronas mayores.

Sobre la adecuación de la sala de parto con pertinencia cultural las opiniones entre las matronas en realidad son diversas. Para algunas, las modificaciones son necesarias para poder ofrecer un parto que sea más acorde a lo que ella visualizan como cultura *mapuche* aunque estas adecuaciones podrían promover más bien un parto más humanizado en general, como vemos a continuación:

> "Es excelente, porque para uno al menos como matrón es triste ver una sala que sea como un pabellón, con una luz de pabellón, con una camilla que para la paciente no creo que sea nada cómo tener su guaguita lleno de máquinas y cosas así. Mientras más adecuado es, más bonito el ambiente" (matrón E).

Nita Chai (2015) realizó un estudio en la Región de la Araucanía en Temuco para conocer si existen demandas de prácticas de salud *mapuche* para que sean incorporadas en el sistema de salud chileno. Entrevistó a mujeres *mapuche*, matronas y otros/as funcionarios/as del sistema de salud. En dicho estudio, las matronas entrevistadas consideraron que el parto *mapuche* trae como beneficio tener un parto normal y natural. Aunque reconocieron no saber mucho sobre el parto *mapuche*, expresaron que estaban en conocimiento de que este le otorgaba gran importancia a la compañía familiar y al fomento del apego. Una de ellas, sin embargo, mencionó que el no utilizar tecnología es un riesgo, debido a que no podrían actuar adecuadamente en caso de urgencia.

Para otras matronas del Hospital *Kalvu Llanka*, la inversión en términos de recursos económicos para readecuar el espacio físico es innecesaria, puesto que consideran que el tema de lo que varias ahora prefieren llamar "parto respetado" pasa por un tema de actitud y trato del sistema de salud y de la matrona que atiende. Así lo señala la matrona C:

> "Yo lo he dicho, no estoy de acuerdo. Pero a mí nadie me va a preguntar y yo estoy pensando que me voy a ir también. A mí me da lata porque con esa plata se podrían contratar especialistas, el tener por ejemplo, más anestesistas o más ginecólogos, porque hay uno solo que no da abasto para todo lo que hay que hacer, entonces a lo mejor, en eso se podría…no estoy de acuerdo… Yo siento que esto no pasa por la planta física, esto pasa por la actitud. No se pasa porque tenga una muralla o tenga otra muralla, tenga o no tenga un fierro, tenga o no tenga una cuerda, yo creo que pasa por la actitud y por respetar. Por eso a mí no me parece que se haga una tremenda inversión cuando en el fondo lo que yo creo que es importante para la paciente es que la acojan, que la reciban, que la acompañen, que le respeten sus deseos, que se sienta respetada, que se sienta acogida. No pasa por la parte física. Si la paciente quiere tener su guagua de pie no necesita ninguna infraestructura" (matrona C).

La matrona C, una de las mayores, nos señala a través de sus palabras dos puntos cruciales. Primero, pone en evidencia que, si de inversión se trata, es más importante para ella seguir invirtiendo en el modelo biomédico obstétrico, que es el mismo en el que ella ha sido formada, principalmente porque ha sido un modelo que considera genera buenos resultados y es seguro. Segundo, esta matrona está convencida de que es un desperdicio de recursos invertir en infraestructura para mantener el "respeto hacia la mujer"; ya que ella piensa que el respeto más bien pasa por establecer relaciones de buen trato, para lo cual no se requieren modificaciones estructurales en el hospital. Al mismo tiempo, sus palabras dejan en evidencia que ella no le otorga importancia a las adecuaciones interculturales, como una forma de

reconocer, promover y garantizar los derechos de los pueblos indígenas, respetando la cultura *mapuche*; más bien el tema del trato lo ve como un problema de actitud del personal, que además se puede transversalizar en cualquier hospital, en cualquier servicio y para cualquier mujer usuaria, sin importar su identidad y/o pertinencia étnica.

En el estudio de Chai (2015) las matronas reconocen que hay un déficit en la infraestructura para ofrecer un parto pertinente culturalmente; sin embargo, algunas de ellas señalan la necesidad de un giro en la actitud y disposición de los profesionales de la salud, pues los profesionales están sumidos en su propio mundo y les hace falta salir a conocer de primera fuente las comunidades, para entender cómo es la vida de sus pacientes. Pero, también señala, que muchos profesionales no tienen interés en hacerlo, ni en conocer cómo opera el mundo de sus pacientes, manteniéndose en su desconocimiento y actitud pasiva:

> "La actitud de profesionales que es el resultado por su falta de conocimiento de la cultura *mapuche* representa una asimetría de intenciones entre el campo de profesionales de la medicina y sus pacientes, las mujeres *mapuches*. Aunque las matronas querían proveer un ambiente de confianza, ellas no pueden dar atención que considera la cultura de su paciente" (Chai, 2015:24)

Podríamos extender estas mismas opiniones a las matronas del Hospital *Kalvu LLanka*, ya que muchas de ellas desconocen la cosmovisión del pueblo *mapuche* y, aunque comparten el mismo territorio, al parecer tampoco les interesa conocer más. En otro estudio realizado en Bolivia por Ramírez Hita (2009), se señala que respecto de las adecuaciones de la sala de parto en un Hospital de El Alto, éstas se realizaron sin mayores evaluaciones y sin conocer la opinión del personal de salud involucrado. Señala que todos tienen diversos discursos sobre la adecuación del parto intercultural en dicho hospital en función de los roles que desempeñan y quienes muestran mayor accesibilidad son auxiliares y enfermeros, mientras que quienes manifestaron mayores resistencias fueron los médicos. Ésta es una situación muy similar a lo ocurrido en el Hospital *Kalvu Llanka*, donde algunas de las matronas declararon no sentirse parto del proyecto ya que no se les había preguntado su parecer; en este caso, y como casi no hay médicos en el hospital, fue este estamento el que presentaba mayores resistencia a los cambios.

Retomando el testimonio de la matrona C, ella pone implícitamente sobre la mesa la importancia de considerar siempre la posibilidad del "riesgo", reproduciendo el discurso biomédico hegemónico en el cual lo prioritario siempre es salvar vidas en un proceso -el

embarazo y el parto- que siempre es potencialmente peligroso; eso se hace a través de la contratación de médicos especialistas que puedan intervenir cuando sea necesario para resolver complicaciones obstétricas: no se logra precisamente a través de adecuaciones interculturales en los espacios físicos para promover los derechos culturales en el ámbito de la atención en salud. Al mismo tiempo, el sostener que la adecuación cultural no necesita de inversión económica se puede interpretar -en este mundo capitalista donde la inversión económica es lo que le da valor a las cosas- como una forma de desvalorizarla. Lo anterior, lo podemos vincular con lo que señala Menéndez (1992), al expresar cómo el proceso de validación del sistema institucional biomédico –tanto a nivel histórico como en la cotidianeidad actual- para a través no sólo de la exclusión ideológica de la existencia/presencia de otros modelos médicos, sino a través del restarle legitimidad a estas otras visiones, saberes y prácticas; por ejemplo, al sostener que para implementar adecuaciones culturales en las salas de preparto y parto, no se necesita hacer ninguna inversión monetaria.

Otra de las acciones de adecuación cultural que se ha incorporado al trabajo del servicio de maternidad es la entrega de la placenta, formalizada y regulada a través del Protocolo de entrega de placenta a familias *mapuche*, establecido en 2014. Uno de los argumentos de la Subunidad de Parto y Crianza para promoverla en el Protocolo es que las mujeres *mapuche* jóvenes y mayores manifestaron en los diversos *trawun,* la necesidad de retornar al parto tradicional *mapuche*. Debido a este protocolo, las matronas tienen el deber de ofrecer la placenta a las mujeres desde que ingresan a los controles prenatales.

Sin embargo, -por ejemplo- en una conversación con el matrón de APS, este me comentó que en los controles prenatales ha tenido como pacientes a mujeres que se identifican como *mapuche* pero que no están interesadas en recibir la placenta, o que no quieren la guía del crecimiento en *mapudungún*. Estas situaciones fueron reportadas por otras matronas, por lo que esta medida genera incertidumbre, desconcierto y hasta un cierto grado de rechazo entre ellas. Se reporta además que muchas mujeres *mapuche* que aceptan quedarse con la placenta, desconocen qué hacer con ella en términos culturales, como se muestra a continuación:

> "Hay cosas políticas…si quieren la placenta tu tení [tienes] que explicarle a la niña de qué se trata, no es que te lo pidan… yo soy obediente y lo hago y si me lo piden, más aún. Pero me molesta como se están dando las cosas" (matrona G)

Esta cita deja al descubierto una de las grandes contradicciones en la aplicación del enfoque intercultural en salud materna, que aun si la entrega de la placenta fue uno de los acuerdos tomados en los *trawun*, es común que la tradición del tratamiento cultural de la placenta se desconozca entre las nuevas generaciones de mujeres *mapuche*:

> "Yo pienso que es adecuada (la entrega de la placenta) porque es para las pacientes a fin de cuentas.. Yo encuentro que es malo lo de las pacientes que desconocen por qué piden la placenta… eso debiera ocurrir los primeros controles de embarazo o cuando ya uno le pregunta 'y usted conoce qué es lo que va a hacer, cuál es' te dicen: 'no, pero mi mamá sabe…' entonces es como… hay muchas tradiciones que la gente pide, o que la gente antigua conoce pero que los jóvenes desconocen… pienso que puede ser por la actualidad, hay más avances, la gente antigua quizás no le traspasa a la gente joven los conocimientos que tenían, pero también porque la misma gente joven es alejada de sus raíces, [pero] no les gusta alejarse más allá" (matrón E).

Varias matronas ponen en evidencia que, al parecer, no está ocurriendo el traspaso del *kimun* desde las generaciones mayores a las más jóvenes:

> "Para todas las mujeres, las pacientes que nos llegan a nosotros no saben para qué es la placenta… generalmente quien la pide es la mamá o la abuela del bebé, pero la pareja no tiene idea. Cuando tocan adolescentes, la mamá la pide" (matrona I).
>
> "Yo insisto en que las jóvenes *mapuche* que vienen a tener partos, no tienen tan arraigada esas costumbres que tienen las mamás o las abuelas" (matrona C).

En general, las matronas coinciden en que el desconocimiento cultural del trato de la placenta entre las jóvenes usuarias se acompaña por una brecha intergeneracional más profunda en los saberes, significados y prácticas *mapuche* alrededor del parto y el nacimiento entre usuarias jóvenes y sus madres o abuelas:

> "[a la atención] trato de colocarle un poco de pertinencia [cultural] a la información que entrego en los talleres, pero muchas mujeres *mapuche* ya vienen con un cambio de mentalidad. De por ejemplo, del relleno[134], del uso de las toallas húmedas, como ya vienen con una tecnología incorporada" (matrona F).

Como las matronas atienden a las mujeres más jóvenes, esta brecha y desconocimiento entre las usuarias les genera incomodidad; primero, porque la mayoría reconoce no estar

[134] El relleno es un alimento suplementario de la leche materna. Se puede utilizar cuando la madre presenta enfermedades como VIH, o cáncer, entre otras enfermedades y se vea imposibilitada de amamantar o, cuando la mujer –aunque no es lo recomendable- ha decidido no dar pecho. Los rellenos son alimentos muy caros, por lo que trae dificultades para que las madres de escasos recursos lo adquieran, aún cuando el Ministerio de Salud ha impulsado algunos tarros de "fórmulas" (Nutrilón) en algunos centros de atención primaria del país.

capacitadas para entregar ese tipo de información a las pacientes, aludiendo a que les hace falta más capacitación sobre cosmovisión y parto *mapuche* y, por otro lado, sienten que, por ser un "hospital intercultural", se realizan acciones como ésta de manera forzada; sin que necesariamente sea una necesidad sentida por las usuarias que les toca atender. Para ellas, es inaceptable que tengan que ofrecer una práctica culturalmente adecuada, si las mismas usuarias desconocen el significado cultural de esta práctica.

Chai (2015) nos recuerda que las jóvenes mujeres *mapuche* no conocen mucho sobre la medicina de su pueblo y que en general no incorporan tradiciones *mapuche* en su vida. Este es el mismo escenario que se repite en la comuna de Cañete de acuerdo a lo que señalan las matronas, y también de acuerdo a lo que pude constatar durante el trabajo de campo al conversar con algunas mujeres *mapuche*, sobre todo las más jóvenes. Los testimonios ofrecidos por algunas de las matronas, citados arriba, nos hacen ver que, por otro lado, la mayoría de las jóvenes usuarias no rechaza que se le entregue la placenta, aun si reconoce no saber cómo se tiene que utilizar de acuerdo a las normas y saberes *mapuche*. Sin embargo, es común que las jóvenes hagan referencia a que sus madres y sus abuelas sí saben, por lo que en realidad se están remitiendo a los conocimientos de sus mayores para poder dar el tratamiento adecuado a la placenta, una vez entregada. En este sentido, posiblemente, lo que les hace falta entender a las matronas es que no es tan importante el conocimiento individual de las jóvenes que se vuelven madres por la primera vez, sino lo que importa, desde la perspectiva *mapuche*, es que haya personas mayores que acompañen y que sí tengan estos conocimientos. Conocimientos que no se tienen antes del parto, pero que se transmiten una vez que las mujeres se vuelven madres.

Además y como ya se mencionó, la acción de entrega de placenta permite que las mujeres jóvenes se reconecten con la cosmovisión y la cultura propia justamente a través de sus familias y sus mayores o teniendo que acudir a las personas más antiguas o sabias de su comunidad para preguntarles qué hacer con la placenta. Williams (1997) hace referencia a la reinvención de la tradición como un proceso de trasformación sociocultural que es dinámico y ocurre en todo tipo de contexto. Este concepto alude a cambios y transformaciones culturales que son continuas, son constantes, son dinámicas, se crean y se recrean; mientras que en este caso la noción de cultura a la que hacen referencia las matronas, es una noción estática y no cambiante. Aludiendo justamente al dinamismo del concepto "tradición" y a las dificultades

que el personal de salud enfrenta en entenderlo así, Ramírez Hita (2009) nos recuerda justamente que: "lo tradicional es entendido por el sector salud como algo estático, sin procesos de cambio y sin reapropiaciones de otras formas de atención no tradicionales" (2009:59).

El aceptar que la cultura es dinámica y se trasforma continuamente y que la tradición se construye, se reconstruye y hasta se puede reinventar como parte de los derechos culturales de los pueblos originarios, permite entender que éstas pueden ser formas legítimas de transmitir conocimientos culturales fundamentales de una generación a otra. Lo anterior puede precisamente ocurrir en el momento en que las jóvenes se vuelven madres; es con sus familias que vuelven a reconectarse y encontrarse con la cultura y su comunidad.

Finalmente, hay matronas que ponen en evidencia la necesidad de establecer un mayor diálogo con las mujeres *mapuche*, sus familias y sus comunidades para que si, se implementan adecuaciones culturales al parto durante la atención que ellas otorgan, estas adecuaciones sean apropiadas como demandas propias de parte de las mismas mujeres *mapuche*:

> "Por ejemplo, uno habitualmente lo ve en el apellido, y nosotros también lo tenemos que preguntar: ¿pertenece a algún pueblo originario?, sí, ¿cuál?: *mapuche*. Ya, ¿cómo quiere tener su parto? Normal. Pero cómo, quiere de alguna una forma, quiere estar en cuclillas? No, tradicional con las piernas arriba…. Y resulta que ahí es donde a veces yo me cuestiono y digo: ¿Quiénes son los que están pidiendo el parto *mapuche*, siendo que la gente que yo atiendo aquí no viene con la idea de tener ese parto *mapuche*? De hecho las personas que han venido aquí pidiendo placenta y pidiendo parto vertical en taburete, en cuclillas, son personas que son de afuera[135]. Y la paciente de Tirúa o de Tirúa pa' arriba no llega pidiendo eso… entonces ahí me hace click y yo digo ¿qué es lo que falta? Y me da la impresión que ahí lo que falta es rescatar la cultura y tiene que ver con que sería muy bonito que la matrona del Chile Crece diera esos talleres en conjunto con una partera que haga relación de lo que le pasa a la mujer con la cosmovisión *mapuche*" (matrona H).
>
> "siento que la gente *mapuche* sabe menos de lo que estamos haciendo…hace falta del otro lado también para que conversemos" (matrona G).

[135] Se refiere a las personas que no pertenecen a la provincia, pero que igual acuden al hospital para atender sus partos, por su imagen que existe de la atención "personalizada del parto".

Esteban (2013) utiliza el término inglés *agency* (capacidad de agencia) para referirse a la capacidad de repensar el poder y los agentes que lo ejercen, permitiéndose las personas la posibilidad de "reconducir sus itinerarios y resistir y contestar a las estructuras sociales, al margen de la intencionalidad o no de partida, y contribuyendo así también a su propio «empoderamiento»" (2013:67). La capacidad de agencia que las mujeres pueden ejercer durante el proceso reproductivo, podría dar pie a una reflexión individual y colectiva para las propias mujeres *mapuche* y sus familias sobre la importancia de estar informadas y poder poner en práctica sus derechos como mujeres usuarias de los servicios y como mujeres *mapuche*, al momento de la atención del embarazo, parto y puerperio. Es así como, con un mayor nivel de organización, se podrían proponer e implementar atenciones médicas más pertinentes culturalmente, pero que sean sentidas y demandadas por las verdaderas involucradas y no sólo propuestas por los directivos del PESPI en la institución:

> "Falta que se empoderen más, como tenemos un mito que las matronas de repente somos medias brujas, llegan con miedo, entonces no preguntan, no imponen, no solicitan, no piden lo que ellas quieren, sino que se dejan llevar; porque la que está con el delantal ahí es la que manda y si ven un delantal blanco, más aún y a ese sí que hay que hacerle caso, entonces hay que derribar un poco eso…" (matrona H).
>
> "También hay que hacer harto con las mujeres porque aquí nosotros discurseamos desde la institución, de poder generar las condiciones pero también nos pasa, y debe pasar en todas partes, que las mujeres poco informadas y con miedo de repente son ellas las que quieren más medicalización para sentirse más seguras, pero eso no es casual es producto de todo lo que hemos fomentado y mostrado a lo largo de los últimos veinte años" (matrona B).

4.2 Ceder espacio es ceder poder ¿Matronas y parteras trabajando juntas?

A continuación revisamos otro de los temas que ha generado discusión sobre las adecuaciones interculturales en el servicio de maternidad, y tiene relación con el posible trabajo en conjunto entre parteras *mapuche* y matronas. Lo planteo como un "posible" trabajo por diversas razones. Como primer punto, es indispensable considerar que actualmente en la comuna de Cañete no existen parteras, información que pude corroborar con el trabajo de campo. Lo que sí existen en la comuna son mujeres que no se identifican abiertamente como *mapuche* pero que recomiendan ciertos tratamientos naturales a base de hierbas o plantas medicinales a mujeres embarazadas; incluso. En una conversación con Sheyla, me explica que las dos parteras más reconocidas de la provincia viven en la comuna de Tirúa en sectores rurales, pero que considerando la espontaneidad del parto y debido a las condiciones geográficas en las que se

encuentran, resultaría bastante engorroso tener a estas parteras "de llamado"[136]. Por lo demás, si fuera una opción real no sabe si las parteras quisieran trabajar en el hospital, ni en qué términos contractuales. Sheyla me comenta además, que aún tienen pendiente realizar un catastro de manera oficial en la comuna sobre parteras o mujeres que podrían apoyar durante el embarazo o parto, pero que principalmente no se ha podido realizar dicho trabajo porque no han tenido tiempo suficiente para concretarlo, lo que a su vez denota que no se le da suficiente importancia.

Como segundo punto, en el documento del protocolo para normar la atención en el trabajo de parto, parto y puerperio no está explícitamente dicho que las mujeres pueden elegir atenderse con partera o matrona, por lo que en este momento no es parte de la oferta del sistema de atención. Como se explicaba más arriba, sí está la posibilidad de que la mujer entre a parto acompañada de dos personas, una de ellas podría ser una partera que participaría como acompañante o doula, pero definitivamente no como partera lo que se traduce en reducir su rol como agente tradicional y someterla a la autoridad de la matrona. Este punto lo respaldan Sadler y Obach (2006) y Chai (2015) quienes explican que con la medicalización del parto para disminuir las muertes maternas cambiaron, se dejaron fuera y se regularon muchas de las prácticas tradicionales *mapuche* de atención del parto, incluso, la participación de las *puñeñelcheve*, quienes se transformaron en agentes médicos perseguidos por el Estado. Este es el contexto en el que han sido formadas las matronas, por lo que no resulta extraña su posición al respecto.

Y, como tercer punto -no menor- es que casi todas las matronas desconocen profundamente en qué consiste la partería *mapuche* y el trabajo de las parteras. ¿Entonces, por qué razón las matronas se oponen a un posible trabajo con parteras? Esto puede deberse a diversas cuestiones, por ejemplo: por lo que relatan las matronas en entrevistas y en diálogos informales, no ha habido una conversación clara con ellas sobre en qué consiste realmente el protocolo. Por el hecho de que desconocen de lo que contempla dicho documento, las matronas aún no tienen certeza sobre si las parteras *mapuche* están incluidas o no en la atención del preparto, parto y puerperio. Así lo relatan dos matronas de 27 y 48 años respectivamente:

[136] La expresión, "profesionales de llamado", hace referencia a los profesionales que deben estar disponibles en caso de que se presente alguna urgencia que requiera de sus servicios fuera del horario de trabajo.

> "Primero se nos dijo que iba a atender parto (la partera), después se nos dijo que iba a ser doula, ahora no sé en qué irá" (matrona I)
>
> "Se habló un tiempo que se iban a incluir en los hospitales (parteras *mapuche*) ahí no sé…" (matrona D)

Esta situación de poca claridad por parte de las autoridades y de los promotores del protocolo de interculturalidad en salud y de desconocimiento del mismo por parte de las mismas matronas, ha dado pie para que el grupo de las matronas creen imaginarios sobre lo que implicaría la participación de una partera en la sala de parto. Del mismo modo es primordial considerar el profundo desconocimiento que las matronas del hospital tienen sobre la partería *mapuche* y las parteras. Ambos factores generan una serie de prejuicios y aprensiones que dan paso a un escenario que condiciona la idea que se tiene sobre la partería tradicional y a un posible trabajo de colaboración con parteras *mapuche*. Los siguientes extractos de entrevistas dan testimonio de estas confusiones, desconocimientos y, finalmente prejuicios y hasta rechazos de matronas del Hospital *Kalvu Llanka*:

> "Es necesario por cultura pero no por necesidad…no me imagino que estemos las dos aquí", ¿qué es ser partera? ¿Una doula? ¿Cuál es mi función?... siempre he respetado la cultura y todo eso, pero creo que si la gente viene a este hospital es por algo! Acá, nunca ha habido parteras" (matrona G).
>
> "Yo conozco bien poco la partería *mapuche*, no he ido a esos *trawun* que han hecho. Entonces, no… y además que he escuchado comentarios negativos de algunas colegas, o sea, como que aquí somos terribles, como que las cacheteamos…entonces y a lo mejor, pudo haber pasado pero 30-40 años atrás. Pero ahora yo jamás lo he visto, ni creo que lo vaya a ver. Quizás por eso tampoco me han invitado, porque yo me molestaría mucho que se cuestionara mi trabajo" (matrona C).
>
> "Me he dado cuenta que hay que tener demasiada tolerancia porque piensan una cosa muy distinta a como estamos formados nosotros clínicamente, entonces, es como difícil llegar a un acuerdo en ambas partes. Porque son cosas muy extremas, ellos quieren un cordón umbilical súper largo por un tema de virilidad, y nosotros se lo dejamos tan corto por una cosa de higiene" (matrona L)

Considerando la idea de que parteras y matronas trabajen juntas apunta a un objetivo a largo plazo de la subunidad de Parto y Crianza y a un interés del Hospital *Kalvu Llanka* como un hospital intercultural que incluye a agentes médicos tradicionales en el sistema de atención de salud. Esperando que este estudio pueda ser un aporte para trabajar la interculturalidad en el servicio de maternidad, considerando además las opiniones de las matronas, conversé con

ellas sobre cómo se imaginan ese trabajo, en qué condiciones debería desarrollarse y sobre qué roles deberían desempeñar parteras y matronas.

Las opiniones son diversas, pero es posible afirmar que en general existe apertura -sobre todo de parte de las matronas/es más jóvenes- para iniciar un trabajo con parteras tradicionales y para que éstas participen pero no como parteras, sino como doula. Por lo visto, las matronas están dispuestas a compartir el espacio con ellas, pero cambiando su rol, reduciendo su protagonismo en la escena del parto y hacia la mujer parturienta, y por supuesto, siempre bajo la supervisión de la matrona, tal como señala la matrona H:

> "Yo creo que cada vez estamos más cerca (de que parteras y matronas trabajen juntas) lo que nos puede jugar en contra es que son muy escasas las parteras y por lo menos las que conocí en ese *trawun*, tenían edad avanzada, entonces si esto no lo llevamos a cabo pronto quizás no vamos a tener una partera, pero… yo creo que sí… Yo me imagino que la partera en el trabajo de parto tiene que estar presente como doula, como acompañante, como voz de la experiencia, porque la mujer siente que necesita alguien que ya pasó por el proceso para ella sentirse segura, que es lo que yo he visto… Entonces habitualmente cuando son mujeres *mapuche* que ya han tenido parto entran con la mamá. Me da la impresión que tiene que ver con lo mismo, y se sienten más tranquilas que con la pareja con quienes les aumenta la ansiedad, porque habitualmente los caballeros se ponen más ansiosos, no saben lo que está sucediendo... Pero sí creo que es importante y se puede lograr que parteras y matronas trabajen juntas" (matrona H).

Aunque esta matrona, una de las más jóvenes, fue una de las que se mostró más abierta a los cambios y con más apertura para comentar sus opiniones respecto de la implementación del enfoque intercultural en el servicio de maternidad, a través de sus palabras en la cita anterior, podemos deducir que ella le quita valor al trabajo y rol de las parteras *mapuche* inferiorizándolas y no reconociéndolas como agentes médicas tradicionales expertas en la atención del embarazo, parto y puerperio. El reconocimiento se da porque las parteras han sido madres, han vivido la experiencia del embarazo y de dar a luz y es eso lo que les ha otorgado el conocimiento. En otras palabras, las acepta pero como acompañantes o doulas.

> "Esa es la idea que se tiene, de que sea un trabajo en conjunto, pero siempre y cuando nosotras podamos supervisar el trabajo de parto para evitar los riesgos. Acá somos un hospital que no tenemos médicos de turno, especialistas, como ginecólogo, no hay anestesista. Entonces en el caso que haya alguna mujer que durante el parto tenga alguna complicación, se deriva. Entonces como manteniendo la cautela en esos sentidos" (Matrona F).

"Lo encuentro espectacular, porque en el fondo nosotros tenemos una formación que está basada solamente en evidencia científica, actualmente se está viendo lo de la población *mapuche* pero a nosotros nos formaron con que esto era así, y era así y punto… las parteras son mujeres que trabajan basándose en su experiencia, en lo que han vivido, en lo que han pasado tradiciones familiares, tienen conocimiento de hierbas… entonces yo siento que es más un complemento" (Matrón K).

"Estoy de acuerdo en que la partera sea la doula de la paciente, si la partera le dice como tiene que respirar, o si es mejor que se tome el pelo; pero en sí que maneje los tiempos, en que yo sé que no puedo esperar tanto, que debo escuchar los latidos cada cierto tiempo…por ejemplo, si yo veo que la placenta no sale y ella me dice: "no, si la placenta según mi creencia yo puedo esperar dos horas", yo sé que no, entonces tampoco le puedo decir: "Ya, hagámoslo como usted quiere". No puedo dejar que ella decida todo, para mí es una doula, una persona de confianza que puede intervenir en algunas cosas pero que no pone en riesgo" (matrona L).

"Entre las parteras y las matronas… yo creo que el rol que es muy importante que no se realiza siempre y que estamos intentando ahora cambiarlo es el rol de la educación, el rol de doula, de la contención emocional… el rol de por ejemplo, es traspasar el conocimiento de ellas, de los partos anteriores, ese tipo de cosas se ha perdido" (matrón A).

"Siendo el área el hospitalaria lamentablemente el matrón es el que está a cargo del tema del parto. La partera debiera estar como una doula entre comillas, de hacer más de acompañante… a fin de cuentas, si es en el área intrahospitalaria el que es el responsable si llegase a pasar algo en la parte legal sería el matrón que estuviera de turno. Por ende ahí hay que limitar ciertas funciones a no ser que más adelante exista un protocolo en que nosotros prestemos la sala y si ella se llega a atender con la partera, la partera la atenderá pero con consentimiento. Muchas de las cosas que se piensan hacer lo que hace es que choque con el ámbito legal" (matrón E).

"A ver de nuevo lo vuelvo a decir, como hay una responsabilidad legal en todas estas cosas, todo esto tiene que ver con la contraloría, con el MINSAL con todo… No sé cómo lo pueden incluir así como para dar una responsabilidad legal porque yo puedo traer una partera y dejarla que haga todo lo que quiera… no, parto natural, dejémosla en la pieza, que hagan lo que quiera, no" (matrona D).

Estas últimas citas esgrimen el argumento legal para evitar ceder poder a las parteras *mapuche* en el escenario del parto hospitalario. Aunque pudiéramos pensar que estas opiniones devienen de matronas mayores, en este caso, matronas más jóvenes también opinan que las parteras debieran remitirse a un rol de doula para evitar dilemas legales, cuando el tema de fondo pareciera ser el temor a ceder el espacio y la autoridad en la atención del parto.

En el estudio de Chai (2015), las matronas entrevistadas también se mostraron resistentes al trabajo con parteras tradicionales, aludiendo a que ellas (las matronas) son las que manejan las normas de higiene y son quienes tienen los conocimientos que les permitirían actuar en caso de alguna emergencia.

Ramírez Hita (2009) y Argüello-Avendaño y Mateo-González (2014) se refieren a que la incorporación de terapeutas tradicionales en establecimientos de salud ha resultado compleja y controvertida, puesto que los funcionarios de salud tienen mayor desconfianza y en los casos que han incorporado terapeutas tradicionales al establecimiento de salud no se genera mayor conexión entre estos y el personal biomédico; por lo demás, que se incorpore a agentes médicos tradicionales no significa que el establecimiento de salud sea intercultural. Además Ramírez Hita señala:

> "Los terapeutas tradicionales se han incorporado al funcionamiento de los servicios de salud pero, al cumplir funciones diferentes a las que realizan en su comunidad, se han visto reducidos a posiciones de subalternidad frente al personal sanitario. Una situación que contrasta con la que viven en el espacio propio de ejercicio en las comunidades, donde ocupan roles hegemónicos y cuentan con prestigio social. Al interior de los servicios de salud, por el contrario, son subalternizados frente a los representantes de la biomedicina."(2009:196).

Hasta el momento, esta situación se mantiene entre las matronas del Hospital *Kalvu Llanka* quienes se han mostrado en general reticentes a la incorporación de las parteras tradicionales, dejando entrever la desconfianza que les produce su actuar. Algunas matronas de dicho hospital señalan que para promover un trabajo en conjunto que sea provechoso, basado en el respeto de las diferentes creencias, saberes y prácticas, es preciso que primero, exista un acercamiento previo teórico y práctico para que las matronas puedan conocer sobre el pueblo *mapuche*, su cosmovisión, sistema médico y forma de parir:

> "yo creo que a todo el mundo le interesa, pero por desconocimiento... Porque como te digo yo, de partida, lo legal es complicado, imagínate que pasa algo, te demandan te metí en el medio lío y todo hemos pasado por una cuestión así, y mientras no esté el conocer al otro, el fijar los límites… falta que las cuestiones se lleven a la práctica, hay mucho chachareo, ya si yo quiero implantar, la mando al campo, le pago horas extras, desde las 11 de la mañana por ejemplo, hay q flexibilizar el horario también, me ponen un vehículo que me vaya a dejar y a buscar…y que me digan , esta va a ser la partera que sí se llega a aprobar el proyecto, listo ya nos conocemos, ahora si no hay *feeling* me pasarán a otra, porque entre las personas igual hay un acostumbramiento" (matrona D).

Sin embargo, el "conocer al otro" puede funcionar y ser útil más bien para fijar límites, en vez de representar un simple deseo y una motivación el conocer al otro como parte de un intercambio equitativo, respetuoso y enriquecedor entre ambas partes.

Dos de las matronas mayores fueron muy firmes y explícitas en decir que no estarían dispuestas a trabajar con parteras:

> "Yo creo que no se podría (trabajar juntas) a mí me complicaría mucho… Porque quién va a tener la última palabra, quién va a ser… porque si hay una situación en que por ejemplo: vaya a ser un procedimiento y después vaya a tener un mal resultado con el recién nacido… ¿Quién va a ser la responsable? ¿La partera o la matrona?... Porque como te digo la obstetricia puede ir todo bien y de repente… se puede poner a sangrar o pasar algo que si tú no estás al lado de un hospital, se te puede morir la guagua y se puede morir la mamá. Es tan arriesgado." (matrona C).

Las opiniones de las matronas jóvenes y de las más grandes sobre el trabajo con parteras en mayor o menor medida están atravesadas por la formación clínica de la profesión. Esta carrera cambió su campo de acción de la época de la Colonia desde la casa al hospital y a través de la historia se fue perfeccionando en el ámbito médico, llegando a poder controlar o prever casi todos los posibles riesgos durante el parto, cosa que no era posible en los casos de parto domiciliario sin atención médica oportuna en casos de urgencia. Puesto que la biomedicina y la atención obstétrica biomédica han dado buenos resultados en términos de reducción de morbimortalidad materna e infantil, para las matronas la sola idea de que el parto sea atendido por una persona que no posee el conocimiento científico de la atención del parto, es un hecho que genera riesgos y que podría poner en juego la vida de la madre y del recién nacido:

> "En el sentido que hay personas que están… porque todas tenemos una formación científica, tú también, todas, entonces cambiarlo de un momento para otro cuesta, entonces ir incorporando nuevos procedimientos o no intervenir es como difícil, entonces… a lo mejor, mira las que tenemos más años nos cuesta un poquito más, a lo mejor las que tienen… están como más abiertas a los cambios es la gente más joven, yo creo que ahí pasa. Pero por otro lado, y lo hemos conversado, resulta que claro, las que tenemos más años de experiencia hemos pasado por muchas cosas entonces sabemos que en la obstetricia de repente puede estar todo bien y de repente de un momento a otro puede fallar, entonces uno tiene que estar ahí mirando. A veces hasta con un tono de voz uno sabe cómo está la señora… si ella está pujando o no, con la cara de la señora… y no solo con el momento del parto, sino cuando está amamantando a la guagua, cuando está con todo el proceso. Estamos hablando ahora del parto pero tiene que ver con todo el proceso reproductivo" (matrona C).

Finalmente, la matrona C -una de las mayores- está contraponiendo el conocimiento científico a una atención obstétrica expectante y no intervencionista, o sea, el parto humanizado. En otras palabras, esta matrona sigue identificando la ciencia y la formación científica con el intervencionismo médico.

Es por la distancia que las matronas del Hospital *Kahvu Llanka* colocan a las parteras *mapuche* ante la obstetricia científica que, en su mayoría, expresan estar de acuerdo de que las parteras pudiesen participar de la atención del parto pero sólo como doula y bajo su supervisión. Entonces la labor de las parteras se limitaría a un trabajo secundario; por ejemplo, para entregar su información en atención primaria durante los controles prenatales, para otorgar cuidados durante el embarazo según las normas culturales del pueblo *mapuche* y para acompañar a la mujer parturienta durante el momento del trabajo de parto y parto.

4.3 El miedo legal

Muy ligado a lo anterior y como producto de la posibilidad -que se percibe más como amenaza que como oportunidad- de la incorporación de las parteras *mapuche* en la atención del parto, se genera un sentimiento colectivo en el servicio de maternidad que podríamos llamar del "miedo legal". Se trata de un temor íntimamente ligado al miedo, menos explícito, de ceder el control del parto a las parteras:

> "Hay una responsabilidad legal, porque hay una responsabilidad con la persona y con esa guagua, con ese binomio. Entonces yo creo que no tiene por qué ser antagonista, no tiene ni por qué ser rígido para un lado ni *pa'* otro, yo creo que hay que ser natural, pero observando, evolucionando" (matrona D).

> "En la atención del parto también es un complemento (la partera) a lo mejor, por un tema legal, que una vez como colegas lo conversamos, porque si yo atiendo el parto, yo tengo la facultad de generar el documento que es un papel que se llama comprobante de parto con el que se inscribe al niño en el registro civil. ¿Qué pasa si ese parto lo atiende la partera y yo me quedé afuera? ¿Qué pasa con ese documento? ¿Yo tengo que hacerme cargo de ese parto?, esos fueron los cuestionamientos en ese momento… ¿yo tengo que asumir lo que suceda ahí, siendo que no estuve adentro? Hay un vacío porque si nos tocara trabajar con la partera tendríamos que definir bien las funciones y hasta qué punto llega una y hasta qué punto llega la otra" (matrona H).

En estos testimonios, las matronas dejan ver nuevamente y entre líneas otros discursos y valoraciones como, por ejemplo, lo que mencionamos en el apartado anterior: el saber que ellas poseen conocimientos científicos que les permiten intervenir y salvar vidas ante

emergencias, mientras que las parteras, al no tener ese conocimiento no están en condiciones de intervenir en casos de emergencia, lo cual aumenta la posibilidad de riesgo. Al mismo tiempo, sus palabras denotan que en realidad no contemplan la posibilidad de la complementariedad entre ambos sistemas médicos a través de la incorporación de la partera *mapuche* en la atención del parto.

La utilización del lenguaje de las emergencias obstétricas y de su capacidad superior de atenderlas se vuelve un arma particularmente poderosa para justificar el "miedo legal" de las matronas ante la posible incorporación de las parteras en la atención que ellas otorgan. Lo cierto es que las matronas no resuelven las emergencias obstétricas, más bien refieren de manera inmediata a un hospital con capacidad resolutiva (en este caso Hospital de Curanilahue en la misma provincia de Arauco o al Hospital Regional de Concepción con la presencia de especialistas gineco-obstetras y pabellones quirúrgicos) cuando ocurre una emergencia. Entonces están utilizando el mismo lenguaje del miedo que usarían los gineco-obstetras ante las matronas; en este caso, para ellas desvalorizar el saber y las habilidades de las parteras tradicionales, tal como lo enuncia la joven matrona L:

> "También quieren que haya una partera, o sea que la paciente entre aquí y diga, ya yo quiero atenderme con una matrona o con una partera, yo creo que ese el tema más profundo, el que yo creo que no vamos a poder permitir nosotros, porque tenemos un contrato que dice que yo entro a las 08.00 horas y salgo a las 20.00 horas y durante ese horario es mi responsabilidad todo lo que pase aquí adentro… ¿va a ser ella [la partera] una responsable legal? ¿Le van a hacer un contrato? ¿Va a trabajar [la partera] como una funcionaria del hospital? Todas esas cosas a nosotros nos dan inseguridades respecto de qué nos pasa a nosotros en la parte legal" (matrona L).

Este miedo se da en un contexto donde en realidad, el nuevo protocolo de atención del preparto, parto y puerperio[137] no contempla específicamente el trabajo de las parteras tradicionales en el hospital, y el PESPI tampoco hace referencia a la atención de la salud materna de mujeres pertenecientes a los pueblos originarios; más bien, sólo entrega lineamientos generales a considerar para un "trabajo intercultural". Retomando la opinión de la matrona L arriba, el temor se establece cuando se abre la posibilidad hipotética de incorporar en los servicios a una persona en la atención del parto que no es una profesional reconocida, que no tiene contrato, que no tiene por lo tanto una responsabilidad legal, a

[137] Dicho protocolo lo pude revisar de manera extra oficial, puesto que al momento de la redacción de este estudio, aún no había sido aprobado formalmente.

diferencia de las matronas que sí, la tienen. Pero además, el miedo legal se justifica por la diferencia de conocimientos, ya que son las matronas las que poseen el conocimiento "científico" y que sabrían cómo actuar ante una emergencia, mientras que las parteras no sabrían cómo hacerlo:

> "Eso es lo que siempre hemos estado ahí en discusión por el tema de los respaldos legales porque a nosotros cuando todo esto partió nos dijeron que iba a llegar una partera a atender partos al hospital, y que la paciente tenía la opción de elegir… entonces ahí estábamos nosotras pensando, "ya ¿qué pasa si sale mal la guagua? ¿Quién responde?, si hay que suturar ¿quién sutura?, ¿*cachai*? Yo en lo personal no tengo nada en contra de la atención ni en meterme ni en no meterme, lo único que me preocupa a mí es el respaldo legal, que no al día de mañana me cuestionen porque yo no hice algo… si a mí me dijeran, a ella la partera le va a atender el parto y tú te vas a encargar del recién nacido, perfecto, pero yo me desligo del parto… o sea, si hay una hemorragia posparto, si hay un desgarro, no soy yo la responsable, sino la partera… eso, sólo dejar todo claro y que no hayan vacíos… por cuidarnos nosotras" (matrona I).

El "miedo legal" se produce entonces en casos en que ocurra alguna situación que provoque riesgos, complicaciones o la muerte. En caso de que las parteras se incorporen a la atención en el parto ¿serán responsables si ocurre algo que afecte a la madre o al recién nacido? Pues esa es una de las cuestiones que no está definida y las matronas no quieren hacerse responsables por alguna atención que ellas no realizaron, por lo que algunas proponen que sería prudente establecer los límites de acción de cada una a través de un protocolo de atención, y además de considerar su calidad contractual al interior del establecimiento de salud, tener en cuenta la realización de un consentimiento informado firmado -en este caso por la mujer que dará a luz- en el cual se haga responsable de su elección de atenderse con partera, de esa manera, las matronas quedarían protegidas en caso de que suceda un hecho inesperado.

Considerando todas las opiniones sobre las diferentes acciones de adecuación en la atención de salud materna y la elaboración del protocolo de atención integral del parto, en el servicio de maternidad se ha instalado un sentimiento generalizado que apunta a que estas acciones se están ejecutando de manera forzada. Primero, por ser un hospital "intercultural" -como vimos en el capítulo anterior- pareciera que se desarrollan estrategias que modifican superficialmente las formas de proceder para darle algún sentido a esa denominación, como la instalación de señaléticas, la entrega de placenta, y una alimentación especial para puérperas (cazuela de gallina), entre otras. Y segundo -también una opinión reiterada entre las matronas- se piensa que estas acciones se están realizando de manera impuesta, sin haberlas conversadas

previamente con las matronas. O sea, en ausencia de un diálogo intercultural. En más de una ocasión, en conversaciones informales una de las matronas me comentó que todas estas estrategias están siendo planeadas desde la Unidad intercultural y la Subunidad de parto y crianza en conjunto con la Dirección y que sólo se comunican a las matronas cuando ya están aprobadas y deben comenzar a ejecutar:

> "Los cambios de la maternidad, creo que se han hecho mal las cosas, no se han conversado bien directamente con las personas porque… cuando nos hemos juntado a conversar siempre nos llaman a nosotros los clínicos a escuchar, no nos llevan a opinar. Siempre tenemos que escuchar, como que no podemos debatir a los *mapuche*. Siento que los *mapuche* por una parte presentan su cosmovisión y nosotros por otra presentamos nuestras creencias y no llega nunca a un consenso… de repente nos encontramos con que van a sacar las paredes van a poner esto de otra manera y nosotros tenemos que adaptarnos no más. Es como lo que se decidió más arriba… temas que no se han planificado bien a mi parecer… hay muchos cambios que se están haciendo pero ni nos preguntan a nosotros, da lo mismo, tenemos que adaptarnos igual porque la orden la da el servicio. Yo creo que las ideas salen de acá (del hospital) al servicio y el servicio dice: sí, no… no pasa mucho por nosotros" (matrona L).

La opinión de la matrona L apunta a que todas las matronas (menos la matrona de la subunidad de parto y crianza) sienten que se les están imponiendo cambios sin que se considere su opinión en las acciones con adecuación cultural. La imposición de dichas prácticas o que se les comuniquen dichos mecanismos a las matronas sólo cuando ya están listos para su implementación indican la inexistencia de un diálogo intercultural, en el que finalmente no se reconocen ni consideran las opiniones/percepciones de todos/as los actores involucrados/as.

> "Después se hizo este hospital intercultural que ahora se retomó todo esto de la cultura *mapuche*, pero tampoco prepararon a la gente, me *entendí*. Llegaron, muy pocos cursos, siempre como a la misma gente pero no lo prepararon en el sentido como decir, ya vamos a ir a conocer la cultura *mapuche*, qué es lo que piensan, porqué esto o esto… antes de hacer el hospital y ahora incluso. De hecho, ha habido conflictos de con profesionales, se fueron dos médicos que eran muy buenos por lo mismo, porque no tenían idea de muchas cosas. Pero qué tienes que ver tú, si a ti no te preparan… yo te digo en toda mi vida, ahora recién tomé un curso, mi primer encuentro intercultural de mi vida… entonces, la cosa partió de atrás *pa'* delante" (matrona D).

> "No me gusta que se impongan las cosas, yo creo que, siento que hagamos cosas porque es político, o porque es bonito, como cuando entregaron el hospital… falta amor" (matrona G).

Se hace preciso señalar que las acciones que se planifiquen para esta área -así como para cualquier otra- deben ser conversadas desde un inicio con las personas involucradas, en este caso con quienes las ejecutan. Sólo de esa manera, los directivos y quienes lideran el proceso podrán conocer desde primera fuente cuáles son las percepciones, aspiraciones, resistencias (si es que las hay o no), posibles aportes, a la instauración de nuevas estrategias. Puesto que las matronas se sienten "no tomadas en cuenta", en un espacio en el que ellas deberían ser también protagonistas, es necesario retomar entonces lo señalado por Aguirre Beltrán (1994) sobre incluir desde un comienzo a las personas involucradas en el proyecto para así asegurar el éxito o el fracaso del mismo, debido a que las personas asumen los buenos y malos resultados como parte de su propia acción.

4.4 ¿"Discriminación positiva" como forma de volver al parto *mapuche*?

Lo recién expuesto se vincula con la idea de que la promoción del parto con pertinencia cultural promovido por el PESPI y la subunidad de partos y crianza en el Hospital *Kalvu Llanka*, actúan a partir de una conceptualización de los derechos de las mujeres *mapuche* que las matronas definen en varias entrevistas como de "discriminación positiva" y con la cual la mayoría de ellas expresó no estar de acuerdo. Por ejemplo, la matrona G afirma:

> "yo siempre he tratado, he sido igual en el trato con *mapuche* y no *mapuche*…para mí no hay diferencia entre *mapuche* y no *mapuche*…no tiene que haber privilegios entre una y otra, eso no me gusta" (matrona G).

¿De dónde viene este desacuerdo? ¿Cómo se da y por qué? Primero y como ya hemos visto, según las matronas, las mujeres *mapuche* no son precisamente conocedoras del parto tradicional, por lo tanto la adecuación cultural del parto en el hospital no es un requerimiento que provenga de las usuarias al momento del parto. En segundo lugar, las matronas consideran que todas las acciones que están en proceso de implementación en el hospital deberían ser dirigidas hacia todas las mujeres y no sólo para las *mapuche*; esto, aunque en la práctica y según el mismo protocolo, en realidad sí son acciones pensadas como una opción disponible para cualquier mujer que así lo requiera.

Resulta evidente que existen diferencias entre la implementación, el significado, las demandas de mujeres y las adecuaciones por parte de las matronas de su atención obstétrica, de acuerdo por un lado, a los lineamientos del parto humanizado, y, por el otro, con los derechos culturales colectivos, el derecho a la salud y los derechos de las mujeres indígenas.

Estos últimos están reconocidos por tratados internacionales, que en el campo de la reproducción, el nacimiento y el parto, incluyen el reconocimiento de que las mujeres indígenas se atiendan de acuerdo a sus patrones culturales, su cosmovisión y con sus propias especialistas, en donde el nacimiento es una experiencia de vida cargada de valoraciones simbólicas y culturales profundas que incluyen, pero al mismo tiempo van más allá de, tener un parto vertical o en cuclillas.

Tubino (2002) reflexiona sobre la discriminación positiva como una estrategia a corto plazo para hacer frente a la equidad en el acceso, como una forma de evitar la exclusión y de promover la tolerancia cultural para generar diálogo intercultural efectivo, pero sin llegar a ser una medida transformativa. Este autor sostiene que existe una tendencia de los estados modernos por estandarizar y homologar a la población; en ese paso, no se reconoce (o no se reconoce todavía) la diferencia:

> "Las políticas de acción afirmativa tal como se han aplicado en los programas compensatorios en América Latina se han mantenido -en intención y logros- en los esquemas de las políticas igualitaristas y homogeneizantes de los estados nacionales. Aún no se ha planteado la meta de lograr la equidad en la diferencia. Los programas de acción afirmativa no han sido ni siquiera multiculturales" (2002: 53)

En el Hospital *Kalvu Llanka* se han implementado precisamente medidas "especiales", haciendo hincapié en que son para mujeres *mapuche*, porque este segmento de la población es el que ha enfrentado mayores dificultades en el acceso a la atención de salud en cuanto no se reconoce ni se ejecuta la atención de salud materna con enfoque intercultural, razón por la que se han desarrollado una serie de acciones tendientes a superar este vacío. Se hace más necesario aún establecer las medidas formalmente, debido a que no todo el personal de salud reconoce esta diferencia, tratando a todos las pacientes y usuarias de igual manera.

En general, los testimonios de las matronas apuntan a un profundo desconocimiento del marco de los derechos humanos y derechos colectivos de los pueblos indígenas. Esto se contradice con lo establecido por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) donde, en su legado sobre la cultura y la reproducción, se afirma lo siguiente: "En reconocimiento a la variedad de tradiciones y prácticas culturales que rodean el embarazo y el parto, la matrona:

Conocerá dichas tradiciones culturales y respetará las prácticas que no lastimen a las mujeres gestantes ni a sus familias"[138].

Es precisamente el desconocimiento de las matronas con respecto a los derechos que el pueblo *mapuche* tiene hacia una adecuación culturalmente pertinente de los servicios institucionales de salud, incluyendo en el ámbito de la atención obstétrica, lo que hace que les sea muy difícil poder distinguir entre las características, naturaleza, objetivos y poblaciones objetivos de la estrategia de humanización del parto, por un lado y del enfoque de interculturalidad aplicado a la atención del parto, por el otro.

El matrón J expone -confusamente- que al hablar de la adecuación cultural del parto pareciera que se le da prioridad a la atención de mujeres *mapuche*; cuando la implementación del enfoque intercultural tendría que llevar más bien a la complementariedad entre el sistema médico *mapuche* y el sistema biomédico:

> "Debieran ser para todas las mujeres, por eso ahí yo creo que el tema de que estas adecuaciones que se están haciendo en parto no necesariamente orientado como al parto con pertinencia *mapuche*, sino también a un parto más humanizado… tienen asociado que la atención intercultural se le va a dar prioridad a la gente *mapuche*. En realidad no es así. Lo que conlleva que tenga un enfoque intercultural, es que ambos modelos de salud tanto el occidental con el…, *(médico mapuche)* complementariedad entre los dos modelos de salud" (matrón J)

Las palabras del matrón J reflejan que, al igual que otras matronas, él no identifica la diferencia entre parto humanizado y parto culturalmente adecuado; situación que la matrona C reitera en sus palabras:

> "la verdad, yo siento que es un tema político, entonces que… todos lo quieren utilizar en su beneficio. Nadie le pone el cascabel al gato. Es verdad, los *mapuche* estuvieron mucho tiempo discriminados de manera negativa ahora tienen una discriminación positiva, entonces creo que por tener apellido *mapuche*, qué se yo, tienen muchos beneficios que a veces no tienen las personas que no son *mapuche*. Entonces yo creo que todos deberíamos tener los mismo derechos… Yo pienso que no deberían haber diferencias [entre *mapuche* y no *mapuche*], yo pienso que deberíamos ser todos iguales. Yo no hago diferencias, en más de una reunión yo dije que a mí me interesaba el tema pero de todas las mujeres, no en especial de las *mapuche*" (matrona C).

[138] Declaración adoptada en 2005 en la reunión del Consejo Internacional de Brisbane.

El testimonio anterior muestra claramente que ella desconoce o no reconoce la historia de exterminio, genocidio físico y cultural, colonialismo interno y neocolonialismo a los que los *mapuche* han sido sometidos/as histórica y estructuralmente por el Estado chileno (Nahuelpan, 2012). Al mismo tiempo, esta matrona desconoce el enfoque de derechos humanos y la obligación que tienen el Estado chileno, las estructuras de salud, los directivos de los servicios y el personal que ofrece la atención (incluyendo a las matronas) de promover, garantizar y respetar los derechos de los pueblos indígenas, como una forma de restituir/revertir políticas genocidas, etnocidas, discriminatorias, racistas y de despojo del Estado durante siglos y décadas.

Ligado a lo anterior, el joven matrón E piensa de manera similar que la matrona C, una de las matronas más grandes:

> "Debiera ser para los dos tipos [de mujeres, *mapuche* y no *mapuche*], obviamente, porque si es un hospital nosotros no podemos enfocarnos solamente en un tipo de personas, porque todos tenemos los mismos derechos" (matrón E).

Las palabras del matrón E no están en concordancia con lo que se plantea en el marco de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, por ejemplo, el Convenio 169 de la OIT (1989) señala en su parte V, artículo Nº 25 que los gobiernos tienen el deber de facilitar los medios a los pueblos indígenas para que éstos puedan disponer de servicios de salud organizados y administrados por ellos mismos. De igual forma los servicios de salud deben administrarse co-gestionadamente con los pueblos originarios y considerando las condiciones geográficas, culturales, sociales y sus prácticas curativas. Sin embargo, la opinión del matrón E son reiteradas por el matrón A, enseñando lo común y generalizado de estas manera de pensar entre las matronas del hospital:

> "La discriminación a mi modo de ver positiva o negativa es discriminación. Entonces por ejemplo, yo planteaba que si una paciente que tiene su parto acá va a estar acompañada 24 horas en comparación a una paciente que tuvo cesárea en Curanilahue y viene a hacer su puerperio y va a estar sola al lado porque no tuvo el parto acá o porque no es *mapuche*, entonces esas cosas a mí no me gustan. Yo creo que si vamos a buscar mejorar nuestros servicios, podamos tener con pertinencia *mapuche* pero nuestro enfoque siempre es la usuaria. O sea, yo voy a atender a mi usuaria bien sea *mapuche* o no sea *mapuche*. Si es *mapuche* trataré de respetar su cosmovisión y digamos mi atención eee dirigirla de alguna forma, pero eee no puedo digamos eee no soy de la visión de que haya discriminación de ningún tipo. O sea, para mí la discriminación positiva es discriminación negativa para el otro grupo, así lo veo yo" (matrón A).

Nuevamente, aquí se evidencia además la confusión entre la humanización del parto y el parto culturalmente adecuado. Lo del acompañamiento en todo momento es una práctica basada en la evidencia científica y es uno de los pilares del parto humanizado. Evidentemente se trata de una práctica que se debe de aplicar a toda mujer, es además una de las tantas recomendaciones de la OMS (2015) para la atención de parto, así como del Manual de atención personalizada del proceso reproductivo en Chile (2008). Pero eso es potencialmente distinto a las características del acompañamiento (y su significado) dentro de la cultura *mapuche*, considerando la utilización de elementos distintivos que podrían ser la música, lo que hacen los acompañantes para apoyar a la mujer y los rituales posibles, entre otros (Alarcón y Nuhuelcheo, 2008).

La matrona F, por otro lado, presenta leves matices diferenciados de las demás matronas en su testimonio:

> "mi motivación más grande quizás no tanto como en el hecho… intercultural, sino que brindarle una buena atención a las usuarias sean *mapuche*, sean no *mapuche*, especialmente a las *mapuche* porque son las que viven más lejos, las que las familias no siempre vienen, quizás las que vienen y las que se hospitalizan en un contexto totalmente distinto de lo que viven a diario" (matrona F).

En este caso, F aunque remarca que, más que una atención intercultural, lo positivo es entregar una buena atención independiente de si son mujeres *mapuche* o no, sí repara en que es conveniente considerar que las mujeres *mapuche* son las que viven por lo general en sectores rurales alejados y que al momento de la atención del parto deben alejarse de sus casas, dejando de la lado sus actividades cotidianas, animales, hijos/as menores en caso de que los tuvieran. Esta situación provoca ansiedad y desestabilidad en las mujeres a punto de parir y sus familias, por lo que esta matrona por lo menos reconoce la situación de desventaja que muchas mujeres *mapuche* enfrentan al momento de tener que atenderse en el hospital.

Sheyla, la matrona referente del programa PESPI en el Servicio de maternidad, por otro lado, expresa una opinión distinta a las demás matronas que también vale la pena reportar:

> "Aquí hay una crítica súper fuerte hacia la discriminación positiva, yo no la comparto pero es súper fuerte en los funcionarios, entonces dijimos vamos a hacer pero cuál va a hacer el problema, que vamos a tener una sala estupenda que va a ser para las mujeres *mapuche* y las mujeres no *mapuche* van a seguir en este preparto y parto y lo que nosotros queremos es tener dos salas de parto integrales, que las mujeres *mapuche* y no *mapuche* también puedan optar a parto

> personalizado y eso es lo que nos lleva a las modificaciones" (Sheyla Mora, entrevista realizada el 24 de noviembre de 2016)

A diferencia de las demás matronas y matrones, Sheyla utiliza aquí el concepto el de "parto personalizado" porque precisamente da cabida a que cada persona elija lo que prefiere; concepto que abre la puerta tanto a las prácticas estándares que promueve el enfoque del parto humanizado, como a las adaptaciones culturales que se podrían hacer dentro de un parto más cercano a la cultura *mapuche*.

Por último, es importante mencionar que la "discriminación positiva" mencionada por varias matronas, tiene que ver además con las percepciones personales que pueden tener cada una respecto del pueblo *mapuche*. Hay quienes manifestaron en conversaciones de pasillo que ya ni siquiera es necesario que se agregue la palabra "cultural" haciendo referencia a lo *mapuche*. Pues, para algunas, el Estado ya ha invertido lo suficiente en este pueblo a través de becas escolares, compra de tierras, como para además, tener un programa de salud diferenciado. Para otras, en cambio, es necesario y justo que las personas pertenecientes a los pueblos originarios, tengan derecho a atender su salud de acuerdo a su cultura.

En este capítulo conclusivo, revisamos principalmente la percepción de las matronas y matrones del Hospital *Kalvu Llanka* en cuanto a la implementación del enfoque intercultural en el servicio de maternidad de dicho hospital. A pesar de que en general las matronas manifestaron estar de acuerdo con los cambios en este servicio, para ofrecer una atención más pertinente culturalmente a mujeres *mapuche*, al mismo tiempo expresaron sus inquietudes e inconformidades con algunos de los cambios. Primero, consideraron no sentirse parte de estos cambios, los cuales más bien han sido impulsados por la Sub-unidad de parto y crianza y ellas se han enterado una vez que los cambios se encuentran formalizados o ya en proceso. Esta situación ya genera a priori un primer descontento.

Otro aspecto importante que se encontró es que las matronas, a pesar de trabajar en un territorio eminentemente *mapuche*, reconocieron no tener conocimientos específicos o suficientes sobre la cosmovisión, los saberes, los significados y las prácticas socioculturales de este pueblo. Por lo tanto, consideran necesario la realización de capacitaciones para que ellas puedan otorgar una atención cultural más adecuada.

Varias de ellas también apuntaron a que estas adecuaciones se están realizando de manera forzada puesto que no representan necesariamente una demanda de parte de las mujeres *mapuche* y sus familias. Para las matronas, las mujeres *mapuche* usuarias de los servicios de salud desconocen la forma en que ocurre el parto desde su cosmovisión y este es un argumento al que recurrieron para descalificar en general las demandas *mapuche* hacia la adaptación cultural de los espacios y en los encuentros biomédicos. Estos cuestionamientos parten de una idea esencializada y cosificada de la cultura: en el supuesto de que todos los *mapuche* pertenecen a una sola "cultura", por lo tanto todos tienen que tener las mismas demandas. Si no las tienen, esas demandas no son reales, no representan una necesidad del conjunto de la gente *mapuche* y, por lo tanto, no son válidas. Se piensa en la cultura y en los pueblos originarios como algo monolítico y estático, desconociendo las diferencias, diversidades, transformaciones y dinamismos de la cultura *mapuche*, al igual que cualquier otra cultura.

Una posible lectura de esta percepción generalizada entre las matronas, es que las mujeres *mapuche* son diversas entre sí y mientras pudiera haber una mayor demanda de adecuación cultural y de respeto hacia saberes y prácticas *mapuche* alrededor del nacimiento entre las mujeres mayores y las madres/abuelas de las parturientas, eso no pasa con las mujeres

más jóvenes. Otra mirada (no necesariamente antagónica) es que el proceso de aculturación en la biomedicina y en la cultura del riesgo obstétrico ya ha penetrado tan hondo que se han perdido conocimientos y valoraciones positivas del significado del nacimiento dentro de la cosmovisión *mapuche* sobre todo en las poblaciones más jóvenes; algo que el antropólogo Bonfil Batalla llamaría "proceso de enajenación":

> "Mediante el proceso de enajenación el grupo dominante aumenta su control cultural al obtener capacidad de decisión sobre elementos culturales propios del grupo subalterno. No elimina ni prohíbe tales elementos; únicamente desplaza al grupo dominado como instancia de decisión y pone los elementos culturales al servicio de sus propios proyectos o intereses. También en este caso los mecanismos concretos de la enajenación pueden revestir formas muy variadas". (1988:16).

Por otro lado, también existe la lectura alterna de que para las jóvenes mujeres *mapuche* no importa tanto que ellas sepan el significado cultural de ciertas prácticas simplemente porque se lo delegan a sus madres, a nivel intergeneracional y su momento de aprendizaje de esas prácticas y su significado y valor se transmite más bien y se aprende durante la vivencia de la propia experiencia del parto.

Otro de los aspectos que se develaron, tiene relación con un temor de las matronas a perder el control del parto, en caso de que se incorpore la *puñeñelcheve*, aludiendo a los posibles riesgos que pudieran ocurrir en caso de que se presentase alguna emergencia, puesto que las parteras *mapuche* no estarían capacitadas para actuar. Se preguntan entonces ¿Quién sería la responsable en caso de que ocurra algo? Esto último lo definimos como "el miedo legal", un discurso que gira en torno a las responsabilidades que se establecen en la sala de parto.

Finalmente, encontramos que en el discurso de las matronas se ha instalado la mirada de la *discriminación positiva* como una acción innecesaria. Para la mayoría de ellas, esta discriminación está fuera de lugar, pues consideran que todas las mujeres deben recibir la misma atención, sin establecer diferencias. Claramente, con este discurso, dejan en evidencia su incapacidad para reconocer los derechos que tienen los pueblos originarios para recibir atención de salud culturalmente pertinente. Del mismo modo, desconocen los derechos colectivos de estos pueblos a ejercer sus propias prácticas de sanación, así como desconocen el programa PESPI, y los convenios y recomendaciones internacionales para la salud de los pueblos indígenas.

Por último, me parece importante destacar que aunque en general todas las matronas expresaron estar de acuerdo con las adecuaciones culturales en el servicio de maternidad, podríamos pensar que las matronas más jóvenes tienen mayor apertura a los cambios -que las matronas más grandes- quienes tuvieron una formación mucho más medicalizada de la atención del parto. Sin embargo, las mayoría de las matronas jóvenes presentan los mismos reparos que las matronas grandes. Estas nuevas generaciones comparten el miedo a perder el control del parto, hacen referencia a los riesgos que se pueden producir en caso de que no sean ellas quienes se responsabilizan de la atención del parto. Al mismo tiempo, se puede concluir que es evidente que las matronas tienen una mayor apertura a trabajar el enfoque de humanización del parto que a incorporar la atención del parto desde un enfoque intercultural.

CONSIDERACIONES FINALES

Al llegar al término de esta investigación es necesario hacer un repaso por los principales resultados encontrados. Es complejo ponerle el punto final a esta tesis, pensando que aún hay varios elementos que quedan fuera de este documento con los que sería posible seguir analizando estos temas de una manera más profunda. Recuerdo entonces algunas de las sesiones de la maestría, en las que conversábamos sobre el infinito proceso de escritura.

Al finalizar este proceso, me parece pertinente presentar algunas consideraciones finales que puedan ser útiles al momento de promover la interculturalidad en salud y una atención de salud materna de calidad y culturalmente adecuada para y con las mujeres *mapuche*.

En relación a la salud intercultural, he tenido oportunidad de detenerme a reflexionar acerca del concepto de la interculturalidad desde un punto de vista crítico, poniendo en diálogo las definiciones teóricas del concepto con su aterrizaje en la práctica. Con mi experiencia previa como encargada del PESPI, inmiscuida en el sistema de salud oficial, en el que todo se mide por metas, sin tiempo de evaluar lo que se ejecuta, tomando en cuenta la revisión bibliográfica, las conversaciones que mantuve con personas de la comunidad, funcionarios/as del hospital, pudiendo observar como operaba en la práctica el programa PESPI en el Hospital *Kalvu Llanka*, me atrevo a concluir que la interculturalidad en el sistema de salud en Chile hoy en día existe todavía sólo en el discurso como una declaración de buenas intenciones.

Esto puede suceder por varias razones. Primero y haciendo referencia a la definición misma del concepto de interculturalidad, asumimos que la relación debe darse en igualdad de condiciones para ambas partes; en este caso, entre el pueblo *mapuche* y el sistema de salud oficial. Esta relación de equilibrio horizontal no existe en el caso chileno, ya que ambas partes se encuentran en relaciones históricas, sociales, políticas y económicas de hegemonía y subordinación, donde el sistema médico hegemónico es el que detiene el poder por sobre los saberes y las prácticas médicas de los pueblos *mapuche*, dejando al margen y anulando sus paradigmas, conocimientos y prácticas sanitarias.

Esta marginación se relaciona, como vimos a lo largo de esta investigación, entre otras cuestiones, por la falta de reconocimiento constitucional de los pueblos originarios y al mismo tiempo, por la falta de reconocimiento de los sistemas médicos de los pueblos indígenas.

De esta situación devienen una serie de consecuencias como la inexistencia de una política de estado de salud intercultural, dejando en evidencia que no es una prioridad del Estado chileno y menos de los gobiernos quienes en el marco de la lógica neoliberal han desarrollado una serie de acciones que perpetúan la marginalización los pueblos a través de diversas prácticas que menoscaban la integralidad del mundo *mapuche*. Este escenario se replica en los espacios locales, a través de la aplicación del programa PESPI en servicios de salud, hospitales y centros de atención primaria, con acciones que se quedan sólo en la pertinencia cultural, dejando de lado el aporte sustantivo a la transformación de fondo de las relaciones y estructuras del sistema de salud al que apunta la alabada interculturalidad. Es preciso entonces, que se reconozca la existencia de un pluralismo médico, sobre todo por la permanente interacción de los diferentes sistemas de salud que pueden coexistir en un determinado territorio.

También es necesario referirnos a la otra parte, la de los pueblos originarios. Aquí creo que es pertinente tener una mirada y una apuesta individual y colectiva. La experiencia en el área me ha llevado a creer que cuando una persona se asume o se identifica como perteneciente a un determinado pueblo, asume también una responsabilidad con esa cultura. El compromiso nuestro, como *mapuche* en este caso, es de reconocer, validar y acudir a nuestros agentes médicos tradicionales, participar de las actividades comunitarias (ya sea en espacios urbanos o rurales) y ancestrales (consideradas como factores protectores de la salud), recurrir a nuestra medicina ya sea en un primer momento, cuando percibamos que el sistema médico oficial no es capaz de resolver nuestras necesidades en salud, o cuando queramos hacerlo de manera complementaria a la atención de salud biomédica.

Si el Estado no lo hace ¿quién lo hace entonces? ¿Es responsabilidad del Estado darle valor a los sistemas de salud de los pueblos originarios? Pues, del mismo modo, existe una responsabilidad colectiva nuestra frente al tema de la salud *mapuche* que debe apuntar a la validación de nuestro sistema de salud, al ejercicio en conjunto de la salud autónoma, independiente de lo establecido por el sistema médico hegemónico. La apuesta debe centrarse en el ejercicio de la gestión de la propia salud *mapuche*, desde una visión y práctica contrahegemónica, contribuyendo al mismo tiempo al fortalecimiento de nuestra cultura. Para ello es necesario la organización en los territorios urbanos y rurales en torno a este tema,

debatir, discutir y lograr el levantamiento de una propuesta independiente de salud *mapuche* acorde a cada territorio.

En relación a la atención de salud materna con enfoque intercultural en el Hospital *Kalvu Llanka* de Cañete ha sido posible evidenciar una serie de complejidades respecto de la instalación de dicho enfoque.

El objetivo central de esta investigación fue describir y analizar críticamente cómo el Hospital *Kalvu Llanka* está construyendo e implementando en la práctica el enfoque intercultural en la atención de salud materna y la estrategia de Humanización del Parto, y cómo este enfoque y esta estrategia están siendo percibidos y recibidos por parte de las matronas que atienden los partos en el hospital; en las interacciones entre agentes promotores del PESPI, la dirección del hospital, las mujeres parturientas y las mismas matronas. Para cumplir con este propósito centré el trabajo de campo en el Hospital *Kalvu Llanka* con las matronas del servicio de maternidad y la unidad de salud intercultural de dicho establecimiento quienes se transformaron durante esta investigación.

Además de los debates que se generaron a partir de la implementación del enfoque intercultural en el servicio de maternidad, cabe señalar que también se ha puesto sobre la discusión la definición que el hospital y el mismo servicio de maternidad tienen sobre la interculturalidad en salud. A continuación revisaremos los principales hallazgos en esta materia:

- Las matronas del servicio de maternidad del Hospital *Kalvu Llanka* en general desconocen en que consiste el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), el cómo se gestó, cuáles sus principios orientadores y en qué se funda.

- La mayoría de ellas desconoce el contexto cultural, social y político en el que se encuentran. Varias de las matronas no saben en qué consiste la cosmovisión *mapuche*, y al mismo tiempo, afirmaron ignorar cómo incorporar dicho conocimiento para la atención de la salud materna que ellas otorgan. Sin embargo, es más frecuente que las matronas reconozcan la existencia de "hechos de violencia", por el conflicto *mapuche*-Estado chileno que ocurre en la Provincia de Arauco, principalmente por la reivindicación territorial. Aun así, algunas opinan que es innecesario y poco justo que se establezca un programa de salud diferenciado para la población *mapuche*, desconociendo la existencia de los derechos de los pueblos originarios y por ende, marginalizando y anulando la existencia de sus sistemas médicos, refiriéndose a la

existencia de una "discriminación positiva", que sólo termina generando, según ellas, una mayor discriminación entre la población *mapuche* y no *mapuche*.

 Por lo mismo se hace imperioso que para la formación del personal de salud, incluyendo a las matronas, las escuelas incorporen en sus mallas curriculares asignaturas de antropología médica e interculturalidad en salud para que aborden el contexto sociocultural en el cual están insertas de manera adecuada, y con el propósito de que adquieran herramientas que les permitan estar sensibilizadas con sus entornos para ejercer una atención acorde a las necesidades y características de la población en la cual se desempeñan laboralmente. Si bien es cierto, una parte la pueden adquirir durante la formación universitaria, también es altamente recomendable que los establecimientos de salud, capaciten a sus funcionarios/as en este caso, sobre el programa PESPI, interculturalidad en salud, cosmovisión e idioma *mapuche*.

 Las matronas del hospital sienten que la implementación del enfoque intercultural en el servicio de maternidad ha sido impuesto de manera vertical y sin considerar sus opiniones al respecto, situación que genera una cierta resistencia y al mismo tiempo pone al descubierto la falta de "diálogo intercultural"; premisa fundamental para el ejercicio de relaciones interculturales positivas y efectivas. Del mismo modo, esta falta de diálogo contribuye a perpetuar una visión pasiva y reduccionista del concepto de interculturalidad, despojándolo de su capacidad transformadora -como señala C. Walsh- lo cual conlleva al mantenimiento de relaciones hegemónicas en las que sólo una parte del grupo toma las decisiones, sin considerar además los entornos en los que se encuentran.

 La acción de entregar la placenta como parte de la adecuación cultural del parto en el Hospital *Kalvu Llanka* es una intervención cuestionada por las matronas por múltiples razones. Primero, porque afirman no haber participado en la elaboración del protocolo, y sólo se enteraron una vez que la acción estuvo formalizada. Segundo, porque señalan que las mujeres *mapuche* desconocen el tratamiento de la placenta, pues son las matronas quienes deben enseñarle a las mujeres lo que deben hacer con ese órgano, o, las mujeres les deben preguntar a sus madres o abuelas qué es lo que deben hacer. Por lo tanto, las matronas aluden a que se trata de una práctica forzada para que desde el Hospital *Kalvu Llanka* puedan validarse como un hospital "intercultural". Sin embargo, esta posición parte de una visión de la cultura esencializada, reduccionista, uniforme, monolítica y estática que es común encontrar en personal de salud que opera en contextos interculturales y que no está familiarizado con las

ciencias sociales. Se trata de una visión que, por ejemplo, no reconoce la transmisión intergeneracional de los saberes, significados y prácticas *mapuche* alrededor del nacimiento, justamente en el momento del parto, donde las mujeres mayores enseñan a las más jóvenes en el momento en que esta últimas se convierten en madres. Además y como vimos de acuerdo a Williams (1997), esta sería una práctica que permite reinventar la tradición, revitalizando y revalorando el tratamiento cultural de la placenta permitiendo que las nuevas generaciones se conecten con sus raíces.

 Respecto de la atención del parto "tradicional *mapuche*" y la humanización del parto, las matronas no identifican claramente las diferencias, aunque sí establecen algunas similitudes entre ambos enfoques. En este sentido, las matronas adoptan prácticas de atención de acuerdo a la estrategia de humanización del parto e intentan adecuar sus prácticas de acuerdo al protocolo de interculturalidad, pero las matronas más jóvenes que han tenido una formación universitaria dentro de un modelo menos medicalizado y más cercano a la humanización del parto, son las que están más dispuestas a aceptar algunas adecuaciones culturales de acuerdo al protocolo de salud intercultural, aún cuando de igual manera expresan sus inquietudes en cuanto a estos cambios; aludiendo principalmente a los riesgos, la discriminación positiva, el no sentirse parte del cambio, etc. En cambio, las matronas mayores acorde a su formación universitaria con un modelo de atención más medicalizado son quienes expresamente presentan mayores resistencias tanto a la implementación plena de la estrategia de humanización del parto como y sobre todo a las adecuaciones culturales. Sin embargo, es importante mencionar que tanto las matronas jóvenes como las mayores se muestran más abiertas a los cambios de acuerdo al parto humanizado que a la aplicación del enfoque intercultural en el parto.

 A sus actitudes y respuestas antes estos cambios, se suma la concepción del riesgo y del miedo legal que ellas identifican como una preocupación. Al mismo tiempo, utilizan estos recursos para validarse como las agentes expertas para asistir en caso de alguna emergencia, por lo mismo cuestionan y presentan abiertamente resistencias a la posibilidad de trabajar conjuntamente con parteras tradicionales *mapuche* durante la atención del parto.

 Esta negación también es producto del desconocimiento del rol de las parteras *mapuche*, opinando que éstas deben mantenerse más bien en un rol de doula, sólo como una acompañante. Esta situación termina reforzando el sistema médico hegemónico a través del

fortalecimiento ideológico de la superioridad del conocimiento científico que manejan las matronas y marginaliza a las parteras *mapuche* y otros agentes médicos tradicionales.

 La razón de mortalidad materna en Chile se ha reducido notablemente en las últimas décadas, debido a las mejoras de las condiciones sanitarias a nivel nacional, al desarrollo de la matronería y por ende de la atención profesional del embarazo y parto, a los avances tecnológicos que lo han llevado a ubicarse dentro de los mejores países en América latina con menos muertes maternas e infantiles. Sin embargo, al igual que otros países, estas mejorías llevaron al sistema biomédico chileno a ubicarse en el otro extremo, con una atención más tecnologizada, medicalizada, y con una mirada patologizante del embarazo y parto. Con este escenario se considera preciso y necesario instalar el enfoque de humanización del parto, para volver a la atención más personalizada y fisiológica del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, Gonzalo. (1994[1955]) *Programas de salud en la situación intercultural*. Fondo de Cultura Económica. México.

- Agostini, Claudio, Brown, Philip y Roman, Andrei. (2010). Estimando indigencia y pobreza indígena regional con datos censales y encuesta de hogares. *Cuadernos de Economía*, Vol. (47) mayo, pp. 125-150.

- Alarcón, Ana y Nahuelcheo, Yolanda. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: Conversaciones privadas. *Chungará, Revista de Antropología Chilena,* Vol. (40) 2, pp. 193-202.

- Albó, Xavier. (2006). Interculturalidad y Salud. En Fernández, Gerardo. (comp.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala, pp. 65-74.

- Alcoff, Linda. (2002). Feminismo cultural vs. post-estructuralismo: la crisis de identidad de la teoría feminista. *Revista Debats del post al ciber feminismo*, No. 76, pp. 18-41.

- Argüello-Avendaño, Hilda y Mateo, Ana. (2014). Parteras tradicionales y Parto medicalizado, ¿un conflicto del Pasado? evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos,* Vol. 12 (2), pp. 13-29.

- Arnau, José, Martínez, María, Nicolás, María., Bas, E., Morales, R. y Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana,* Vol. (7) 2. Mayo-abril, pp. 225-247.

- Atkin, Lucille, Keith-Brown, Kimberly, Rees, Martha y Sesia Paola. (2017). *Iniciativa de la Fundación MacArthur para Promover la Partería en México: informe de resultados de la línea de base.* [*MacArthur Foundation's Initiative to promote midwifery in Mexico. Complete baseline report*]. MacArthur Foundation, Chicago, E.U. Recuperado de https://www.macfound.org/media/files/Linea_de_Base_Parteria_Atkin_Keith-Brown_Rees_Sessia_3_Junio_2017.pdf.

- Bonfil Batalla, Guillermo. (1988). La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. *Anuario Antropológico.* 86. Editora Universidade de Brasilia/Tempo Brasileiro, pp. 13-53.

- Becerril, Víctor, Reyes, Juan de Dios y Manuel, Annick. (2011). Sistema de Salud de Chile. *Salud Pública de México*, Vol . 53 (2), pp. 132-143.

- Blázquez Rodríguez, Maribel y Montes, María. (2010). Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista. En Esteban, Mari Luz, Comelles, Josep M. y Díez-Mintegui, Carmen (coords.), *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona, España: Bellaterra, pp. 209-231.

- Campos Navarro Roberto. (1992). *La Antropología médica en México.* Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, México.

- Campos Navarro, Roberto. (2015). *Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales en México y Bolivia.* Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Chai, Nita (2015). El rol del parto mapuche en el mundo de la medicina moderna / The role of mapuche birth in a world of modern medicine. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 2122. Recuperado de http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2122/. Consultado 1 julio de 2017.

- Chalmers, Iain. Enkin, Murray, y Keirse, Marc- (1989). *Effective care in pregnancy and childbirth.* Oxford University Press, Oxford/New York/Toronto.

- Citarella, Luca. (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía.* Santiago, Chile: Editorial Sudamericana.

- Cusicanqui, Sylvia. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores.* Buenos Aires, Argentina: Ed. Tinta Limón.

- Cuyul, Andrés. (2012). Salud intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. En Nahuelpan, et. *al. Taiñ fijke xipa rakizuam meluwun. Historia, colonialismo y resistencia desde el país mapuche* (257-277). Temuco, Chile: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.

- Cuyul, Andrés. (2013). Salud intercultural y patrimonialización de la salud en Chile. *Morelos: En el volcán,* (22), 7-24.

- Davis Floyd, Robbie. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (75) 5-23.

- Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). Ministerio de Salud de Chile. [en línea]. Disponible en: http://www.deis.cl/.

- Drake, Erin. (2014). El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 1844. Recuperado de http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2869&context=isp_collection. Consultado 1 julio de 2017.

- Enkin, Murray, Keirse, Marc, Neilson, James, Crowter, Caroline, Duley, Leilia, Hodnett, Ellen y Hofmeyr, Justus. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth.* Oxford University Press, Oxford, Gran Bretaña.

- Esteban, Mari Luz (2001). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En Miqueo, Consuelo (ed.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas.* Madrid, España: Minerva Ediciones.

- Esteban, Mari Luz (2006). The Study of Health and Gender: The Advantages of an Anthropological and a Feminist Approach. *Salud Colectiva, Vol.* 2(1), 9-20, enero -abril.

- Esteban, Mari Luz. (2013). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio.* Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

- Flores, Camila. (2011). *Koñin: Significaciones del nacimiento para las mujeres mapuche de Tirúa.* (Tesis de pregrado). Escuela de Antropología, Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Austral, Chile.

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014.* UNFPA, Nueva York, Estados Unidos.

- Foucault, Michel (1977). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber.* México: Siglo XXI Editores.

- FONASA. *Legislación.* Recuperado de https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/normativa/legislacion. Consultado 18 noviembre de 2016.

- Gashé, Jorge (2008). La motivación política de la educación intercultural indígena y sus exigencias pedagógicas ¿Hasta dónde abarca la interculturalidad?. En Bertely, María, Gashé, Jorge y Podestá Rossana (coords.), *Educando en la diversidad cultural. Investigaciones y experiencias educativas interculturales bilingües* (367- 397) Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

- Gobierno de Chile. (2008). *Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas.*

- Gobierno de Chile. *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.* Gobierno de Chile, Santiago.

- González, Rogelio. (2014). Chile, un buen lugar donde nacer: morbilidad materna e infantil a nivel global y nacional. *Revista Médica Clínica Las Condes,* Vol. 25 (6), 874-878.

- Hale, Charles (2002). Does multiculturalism menace? Governance, cultural rights and the politics of identity in Guatemala. *Journal of Latin American Studies,* Vol. 34, 485–524.

- Hale, Charles y Millaman, Rosamel. (2004). Rethinking indigenous politics in the era of the "indio permitido". *NACLA Report on the Americas,* Vol. 38 (2), 16–21.

- Harvey, David. (2005). El "nuevo" imperialismo: acumulación por desposesión. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20130702120830/harvey.pdf. Consultado 1 julio de 2017.

- Instituto Nacional de Estadísticas, INE. (2005). *Estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas de Chile, Censo 2002*. INE, Santiago, Chile.

- ISAPRES. (2016). *Informe Técnico de las Isapres*. Santiago, Chile.

- Lamas, Marta (1996). La antropología feminista y la categoría género, en Lamas, M. (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, (9-20) México: PUEG/Editorial Porrúa.

- Lamas, Marta (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco, Vol.* 7 (18), 0-24, enero-abril.

- Lattus, José y Sanhueza, María Carolina (2007). La Matrona y la Obstetricia en Chile, una reseña histórica. *Revista de Obstetricia y Ginecología. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse,* Vol. 2 (3), 271-276.

- Ley Nº 19.253 (1993). Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Chile. Recuperado de https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30620. Consultado 16 febrero 2016.

- Ley Nº 20.584 (2012). Regula los derechos y los deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Chile. Recuperado de https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348. Consultado 16 febrero 2016.

- Leyva, Xochitl; Burguete, Araceli y Speed, Shannon. (2008). *Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de co-labor. Publicaciones de Casa Chata.* México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Loudon, Irvine. (2000). Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *Vol* 72 (suppl.) 241S–246S.

- Mariman, Pablo. (2012). La República y los mapuche: 1819-1828. En Nahuelpan, et. *al. Taiñ fijke xipa rakizuam meluwun. Historia, colonialismo y resistencia desde el país mapuche* (257-277). Temuco, Chile: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.

- Mariman, Pablo, Caniuqueo, Sergio, Millalén, José. y Levil, Rodrigo. (2006). *¡…Escucha winka…! Cuatro ensayos de Historia Nacional Mapuche y un epílogo sobre el futuro.* Chile: Ediciones LOM.

- Mead, Margaret. (1961). *El hombre y la mujer*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Los libros del Mirasol.

- Menéndez, Eduardo. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.* 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, Argentina, pp. 451-464.

- Menéndez, Eduardo. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos Navarro, R. (comp.) *La antropología médica en México.* (97-113). Universidad Autónoma Metropolitana, México.

- Menéndez, Eduardo. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva, Vol.* 8, (1), 185-207.

- Mendoza, Zuanilda. (2011). *De lo biomédico a lo popular*. Universidad Nacional Autónoma de México, México DF.

- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Una Medición de la Pobreza Moderna y Transparente para Chile. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_Resultados_Encuesta_Casen_2013.pdf. Consultado 18 noviembre de 2016.

- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). Caracterización Social. Reporte comunal: Cañete, Región del Bio Bio. Serie de Informes comunales, Nº 1. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/biobio/Canete_2013.pdf**.** Consultado 18 noviembre de 2016.

- Ministerio de Salud de Chile. (2006). *Política de Salud y Pueblos Indígenas*. MINSAL, Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud de Chile. (2006). *Norma general N° 16 sobre interculturalidad en los Servicios de Salud.* MINSAL, Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo.* MINSAL, Santiago, Chile.

- Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS).* MINSAL, Santiago, Chile. Recuperado de https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1008725. Consultado 18 noviembre de 2016.

- Ministerio de Salud de Chile. (2015). *Guía perinatal.* MINSAL, Santiago, Chile.

- Montes-Muñoz, María del Jesús., Jiménez María, Castells, Ana y Martorell, María Antonia. (2013). Ser matrona a mediados del siglo XX. El género como distribuidor de oportunidades y organizador de las emociones. En Martínez-Hernández, Ángel, Masana, Lina y Di Giacomo, Susan, *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (179-19). España: Universitat Rovira I Virgili.

- Mouffe, Chantal. (1996). Por una política de identidad nómada. *"Identidades" Debate Feminista,* año 7, *Vol.* 14, octubre, 3-13.

- Muñoz Aguero, Washington. (1994). *Desarrollo de la obstetricia y de la ginecología en Concepción hasta 1970*. Concepción, Chile: Ediciones Universidad de Concepción.

- Muñoz, Bernardo. (1999). *Derechos de propiedad y pueblos indígenas en Chile. Serie Desarrollo Productivo*, Cepal, Naciones Unidas. Santiago de Chile.

- Nahuelpán, Héctor. (2012). Formación colonial de Estado y desposesión en Ngulumapu. En Nahuelpan, et. *al. Taiñ fijke xipa rakizuam meluwun. Historia, colonialismo y resistencia desde el país mapuche* (257-277). Temuco, Chile: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.

- Navarro, María Álvaro (2017). Las mujeres Huilliche y la sala de parto intercultural. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2017/01/30/las-mujeres-huilliche-y-la-sala-de-parto-intercultural. Consultado 1 julio de 2017.

- Narotzky, Susan. (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*, Madrid, España: Consejo Superior de Investigación Científica.

- Obreque, Jessica, Mabel Mora, Mabel y Rivas, Andrea. 2012. Manejo de heridas con enfoque intercultural: Evidencia de caso clínico. Recuperado de http://buenaspracticasaps.cl/wp-content/uploads/2013/10/Menci%C3%B3n-honrosa-Manejo-de-heridas-con-enfoque-intercultural-Hospital-de-Ca%C3%B1ete.pdf. Consultado 17 de abril de 2017.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Nueva York, Estados Unidos.

- Opazo, María. (2015). Presidenta de Colegio de Matronas "La regulación de las cesáreas depende de que se elimine el Fonasa PAD". Instituto de Políticas Públicas en Salud Universidad San Sebastián. Recuperado de http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/cesareas/presidenta-de-colegio-de-matronas-la-regulacion-de-las-cesareas-depende/2015-11-27/181321.html. Consultado 18 de noviembre de 2016.

- Organización Internacional del Trabajo. (2006 [1989]). *Convenio 169 OIT, sobre Pueblos Indígenas Tribales e Independientes*. Chile.

- Organización Mundial de la salud (OMS). (1978). Declaración de Alma- Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf. Consultado 2 de julio de 2015.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Partería. Recuperado de http://www.who.int/topics/midwifery/es/. Consultado 2 de julio de 2015.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional.* 2 ed. OPS. Montevideo, Uruguay.

- Organización Mundial de la salud (OMS). (2015). *Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna.* Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/ Consultado 2 de julio de 2015.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.* OMS, Ginebra, Suiza.

- Oyarce Pisani, Ana María y Pedrero Sanhueza, Malva-marina. (2010). *Perfil Epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco.* MINSAL, Santiago, Chile.

- Pérez Ruiz, Maya Lorena. (2009). *¿De qué hablamos cuando nos referimos a lo intercultural? Reflexiones sobre su origen, contenidos, aportaciones y limitaciones.* En Valladares, Laura, Pérez, Maia Lorena y Zárate Margarita. (coords.), *Estados Plurales. Los retos de la diversidad y la diferencia,* (251-288) Universidad Autónoma Metropolitana, México.

- Pinto, Jorge. (2003). *La Formación del Estado y la nación, y el pueblo mapuche. De la inclusión a la exclusión.* Santiago de Chile: Ediciones DIBAM.

- Ramírez Hita, Susana. (2009). *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano.* La Paz, Bolivia. OPS/OMS.

- Ramírez Hita, Susana. (2014). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciencia & Saude Coletiva,* Vol. 19(10), 4061-4069.

- Richards, Patricia. (2016). *Racismo. El modelo chileno y el multiculturalismo neoliberal bajo la Concertación 1990-2010.* Santiago, Chile: Ediciones Pehuen.

- Robles, Sofía y Cardoso, Rafael. (2007). *Floriberto Díaz escrito. Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe.* México: Fenómeno editorial.

- Rattner, Daphne. (2008). Humanizing childbirth care: brief theoretical Framework. *Interface Comunicação, Saúde, Educação, Vol.* 13 (1), 595-602. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en&tlng=en. Consultado 18 noviembre de 2016.

- Sachse, Matthias, Sesia, Paola, Pintado, Azalia y Lastra, Zaira 2012. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED* 17 (suplemento 1): S4-S15.

- Salazar, Andrea. (2012). *El oficio de la puñeñelchefe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil* (Tesis de Magíster). Universidad de Chile.

- Sadler, Michelle y Obach, Alexandra. (2006). *Pautas de crianza mapuche*. Investigación para el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile y Departamento de la Salud Pública, Universidad de la Frontera.

- Sadler, Michelle. (2009). *Re-visión del parto personalizado: Herramientas y experiencias en Chile*, resultado de proyecto FONIS N° SA06I20034, ejecutado por Universidad de Chile, Departamento de Antropología.

- Scott, James (1985). *Weapons of the weak. Everyday forms of peasant resistance*. New Haven, CT, E.U.: Yale University Press.

- Serret, Estela. (2009). El género como frontera. La identidad de las mujeres en el cruce e fronteras. *La perspectiva feminista del multiculturalismo. Memoria del primer congreso internacional sobre estudios de género* (51-77). Oaxaca, México: Instituto de la Mujer Oaxaqueña.

- SENADO, República de Chile. *Constitución Política*. Recuperado de http://www.senado.cl/constitucion-politica-capitulo-i-bases-de-la-institucionalidad/prontus_senado/2012-01-16/093048.html Consultado 18 noviembre de 2016.

- Sesia, Paola (2016). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México. En Saldaña, Abril; Venegas, Lilia y Davids, Tine. (Coords) *¡A Toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*, (71-111). INAH México: Ed. Itaca.

- Sesia, Paola. (2017). Maternal death in Mexico. *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*. Recuperado de http://latinamericanhistory.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199366439.001.0001/acrefore-9780199366439-e-50. Consultado 1 de julio de 2017.

- Al Minsal le preocupa la creciente oferta de partos en la casa. (06 de mayo de 2013). *SoyChile.cl*. Recuperado de http://www.soychile.cl/Santiago/Sociedad/2013/05/06/172407/Al-Minsal-le-preocupa-la-creciente-oferta-de-partos-en-la-casa.aspx. Consultado 18 noviembre de 2016.

- Superintendencia de seguridad social (SUSESO). *Mutuales*. Recuperado de http://www.suseso.cl/609/w3-propertyvalue-10335.html. Consultado 18 noviembre de 2016.

- SuperIntendencia de Salud. *Patologías garantizadas AUGE*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyname-501.html. Consultado 18 de noviembre de 2016.

- UNICEF. (2016). *Estado mundial de la infancia*. UNICEF, Nueva York, Estados Unidos.

- Tubino, Fidel. (2002). En Fuller, Norma (ed.) *Interculturalidad y política. Desafíos y posibilidades*, (51-76). Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales Lima, Perú.

- Valdés, Marco. 2000. *El problema de lo urbano y lo rural.* Recuperado de http://www.mapunet.org/documentos/mapuches/urb_rur.htm. Consultado 20 marzo de 2015.

- Wagner, Marsden. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (75), 25-37.

- Walsh, Catherine. (2010). Interculturalidad crítica y pluralismo jurídico. Ponencia presentada en el Seminario Pluralismo Jurídico, Procuradora del Estado/Ministerio de Justicia, Brasilia, 13-14 de abril.

- Williams, Raymond. (1997). *Marxismo y literatura.* Barcelona, España: Ediciones Península.

- Zamorano, Paulina y Biotti, Ariadna. (2004). Las parteras coloniales. Entre la tradición y el discurso médico del fines del siglo XVIII. *Clío.* Vol. 4 (32), 127-139.

- Zárate, María S. (2007). De partera a matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Revista Calidad en Educación, Consejo Superior de Educación.* (27), 283-297.

- Zárate, María S. (2008). *Dar a luz en Chile en el siglo XIX. De la "ciencia hembra" a la ciencia obstétrica.* Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

- Zárate, María S. (2013). Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, 1889-1950. En Stuven, Ana María y Fermandois, Joaquín (ed.) *Historia de las mujeres en Chile, Tomo II,* Santiago, Chile.

- Zolla, Carlos y Mellado, Virginia. (1990). *Mujer y salud: función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano.* Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer/Colegio de México, México.