

***“Embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama”.***



Tesis para optar al grado de Licenciado(a) en Antropología social  
Tesis para optar al título de Antropólogo(a) social

Alumna: Karen Elizabeth Lizana Valdés.  
Profesora Guía: María Soledad Pérez Mocosó.  
Profesor co-tutor: Luis Eugenio Campos Muñoz.

Santiago, Enero. 2016.

*A Cristian y a mis hijos Matías y Agustín...*

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiera agradecer a toda la gente de San Pedro de Atacama y sus pueblos del interior, quienes me abrieron las puertas de sus casas y compartieron conmigo vivencias tan íntimas de la historia de sus vidas. Quiero dar un lugar especial a la señora Eli por su generosidad desde el primer momento en que nos conocimos, también quiero agradecer a la señora Martita y su hijo, a Marisol Sosa y a Marcelina Colque por su carácter y voluntad, a Ilia Aymani, Meibol García y Eva Siare y también a las Marías que conocí, María Tejerina, María Berna y María Cruz Plaza, las tres con un corazón de oro. Agradecer además a Julia Mamani, Guadalupe Varas, Elvira Tito, Eleuteria Aymani, Carmela Armella, Sonia Varas, Aida y Silvia Colque, todas mujeres tan distintas y tan igualmente esforzadas y admirables. Así también quiero reconocer a Roberto García, Don Carlos Esquivel, Luis Escalante y a Marco Rojas su buena disposición y todo lo que sus testimonios aportaron a este trabajo.

Quiero agradecer también a Sol, mi profesora guía, por su confianza, amabilidad y apoyo en todo momento. A mi familia que incluye a mi padre, madre, hermanos y cuñadas por su respaldo y ánimo a seguir adelante más allá de las dificultades que fueran apareciendo en el camino.

Y a mi pequeña familia que hemos formado con Cristian y mis niños, quienes son mi alegría y mi luz. Y a todos quienes creyeron en mí y con su energía, consejos y palabras de apoyo aportaron para que este trabajo se materializara.

Por último, quiero reconocer al Centro Interdisciplinario de Estudios Interculturales e Indígenas (ICIIS), Fondap 15110006, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por su respaldo para la realización de esta investigación.

## **Indice**

<b>I.-Resumen</b>	<b>6</b>
<b>II.-Introducción</b>	<b>7</b>
<b>II.-Problematización</b>	<b>11</b>
Objetivo general	
Objetivos específicos	
<b>IV.-Antecedentes</b>	<b>18</b>
<b>4.1. Identidad del pueblo atacameño</b>	<b>18</b>
4.1.1 Reseña histórica	
4.1.2. Cosmovisión atacameña y su relación con el mundo andino	
4.1.3. Salud y enfermedad	
4.1.4. Economía y migración	
<b>4.2. Embarazo, parto y puerperio</b>	<b>34</b>
4.2.1. Investigaciones y experiencias	
4.2.2 Asistencia al parto en Chile	
<b>4.3. Políticas públicas en Salud e Interculturalidad</b>	<b>47</b>
<b>V.-Marco teórico</b>	<b>54</b>
5.1. Antropología del nacimiento	
5.2. Antropología medica	
5.3 Interculturalidad	
5.3.1. Precisiones conceptuales sobre la Interculturalidad	
5.4. Interculturalidad en Salud	
<b>VI.-Marco metodológico</b>	<b>73</b>
6.1. Enfoque de la investigación	
6.2. Técnicas de investigación	
6.3. Muestra	
6.4. Plan de análisis	
<b>VII.-Análisis</b>	<b>84</b>
<b>7.1. Prácticas y conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño</b>	
<b>7.1.1. Embarazo</b>	<b>85</b>
<b>7.1.2. Parto</b>	<b>91</b>

<b>7.1.3. Puerperio</b>	<b>101</b>
<b>7.1.3.1. Recomenzar el ciclo...criando y trabajando</b>	
<b>7.2. El control sobre el proceso reproductivo en San Pedro de Atacama</b>	<b>108</b>
<b>7.3. El paso por el Hospital; experiencias de mujeres atacameñas en la atención de sus partos</b>	<b>114</b>
7.3.1. No está autorizada para levantarse de la camilla	
7.3.2. ¿Con o sin anestesia?	
7.3.3. Cesáreas desde la mirada atacameña	
<b>7.4. Articulación entre el sistema médico atacameño y el sistema biomédico</b>	<b>120</b>
<b>7.5. El nacimiento en la identidad atacameña</b>	<b>126</b>
<b>7.6. Hacia una atención con pertinencia cultural</b>	<b>128</b>
<b>VIII. A modo de conclusión</b>	<b>132</b>
<b>IX.-Bibliografía</b>	<b>139</b>
<b>X.-Anexos</b>	<b>147</b>

## I.-RESUMEN

La presente investigación se ha propuesto conocer las diversas prácticas y creencias en torno al **embarazo, parto y puerperio** en el pueblo **atacameño** de la comuna de San Pedro de Atacama. A partir del enfoque metodológico cualitativo de investigación social se busca ir más allá de la descripción para profundizar en aquellos factores que han influido tanto para la continuidad como para la discontinuidad de estos saberes. Así desde una perspectiva crítica e historicista develar como la institucionalización del proceso reproductivo en la zona ha traído consigo una serie de arbitrariedades que contribuyeron a la **deslegitimación**, fragmentación y clandestinidad de sus prácticas ancestrales así como también a la restricción en el traspaso hacia las nuevas generaciones. De esta manera, el análisis se centra en la reconstrucción histórica de diversas prácticas y en su resignificación en un contexto de **relación asimétrica** entre sistemas médicos y culturas. En este sentido, el reconocimiento de este contexto es una invitación a abrir las posibilidades a la **pertinencia cultural** en la asistencia de este proceso, valorando la manera en que cada pueblo lo concibe y enfrenta, en tanto que su manera se encuentra directamente relacionada a su visión de la vida y representa siglos de experiencia.

**Palabras claves:** embarazo, parto y puerperio atacameño, deslegitimación, relación asimétrica, pertinencia cultural.

## II.-INTRODUCCION

La presente investigación busca avanzar en el conocimiento de las diversas prácticas sobre el embarazo, parto y puerperio del pueblo<sup>1</sup> atacameño de San Pedro de Atacama. Para esto se abre la investigación a través del planteamiento del problema en el cual están contenidas las principales aristas y tensiones que comprende este tema en la zona.

El capítulo IV, de Antecedentes, va a contextualizar la investigación y situar al lector. Este se divide en tres; la primera parte denominada “Identidad del pueblo atacameño” la cual consiste en una descripción de algunos aspectos relevantes de la identidad atacameña que nos permiten conocer y saber un poco más de este pueblo antes de adentrarnos en la temática de investigación propiamente tal. Para iniciar se realiza una breve reseña histórica, seguida de una mirada a su cosmovisión y relación con el mundo andino, para luego continuar con una revisión a su concepción de la salud y la enfermedad la cual nos acerca a lo que hemos denominado el sistema de médico atacameño y finalmente se alude al tema de la economía y migración como una forma de visualizar a grandes rasgos algunos procesos socio-económicos de este pueblo en tanto se encuentra formando parte de una región y un país.

Luego dentro de este mismo apartado aparece la segunda parte denominada; “Embarazo, parto y puerperio” la cual contiene primero todos aquellos antecedentes referidos al estado del arte en el tema del embarazo, parto y puerperio, tomando líneas de trabajo e investigaciones tanto a nivel internacional como nacional y a continuación se realiza una revisión de carácter más bien histórico sobre el proceso de la asistencia sanitaria del embarazo y hospitalización del parto en Chile.

---

<sup>1</sup>En la presente investigación se emplea el concepto “pueblo” para referirnos a los indígenas atacameños, basándonos en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1989, al cual Chile ratifica en el 2008. En este convenio los pueblos indígenas se constituyen como “pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el país o una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización y conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas”

Por último, en la tercera parte denominada “Políticas públicas en Salud e Interculturalidad” se busca exponer el desarrollo de la Interculturalidad en Salud en el país, reconstituyendo algunos de los principales hitos y relevando experiencias de adecuación cultural referidas al embarazo, parto y puerperio.

El siguiente capítulo V de “Marco teórico” viene a complementar el recorrido realizado hasta este punto, puesto que en él se exponen las principales vertientes teóricas que enmarcan este trabajo investigativo. Dentro del primer subtítulo denominado “Antropología del nacimiento”, la cual se ha abocado a la comprensión de las diferentes formas en que cada cultura aborda el embarazo, parto y puerperio, se abordan las principales perspectivas antropológicas para el análisis del proceso reproductivo. A continuación se exponen los principales ejes teóricos de la antropología médica y la posición o enfoque crítico adoptado para este estudio, la cual releva la tensión existente entre sistemas médicos indígenas y el sistema biomédico producto de la posición hegemónica de este último en torno a la atención y asistencia del mismo. Y para finalizar se toman de una serie de elementos teóricos sobre el concepto de Interculturalidad y su aplicación al área de la salud que son la base para la reflexión sobre la pertinencia cultural.

En cuanto al “Marco metodológico” para la realización de este trabajo, se ha recurrido a la metodología cualitativa de investigación social y a la utilización de algunas de sus técnicas de recolección de información que en este caso han sido principalmente la etnografía, la observación participante y las entrevistas. Luego se pasa a definir las características del Universo y la muestra seleccionada a partir del mismo. En este caso el Universo estuvo constituido por mujeres y hombres atacameños residentes en la comuna de San Pedro de Atacama, en la segunda región de Antofagasta, Provincia de El Loa. (Figura 1). Para cerrar se presenta un plan de análisis, el cual contiene un cuadro de síntesis con algunas de las categorías centrales para el posterior desarrollo analítico.

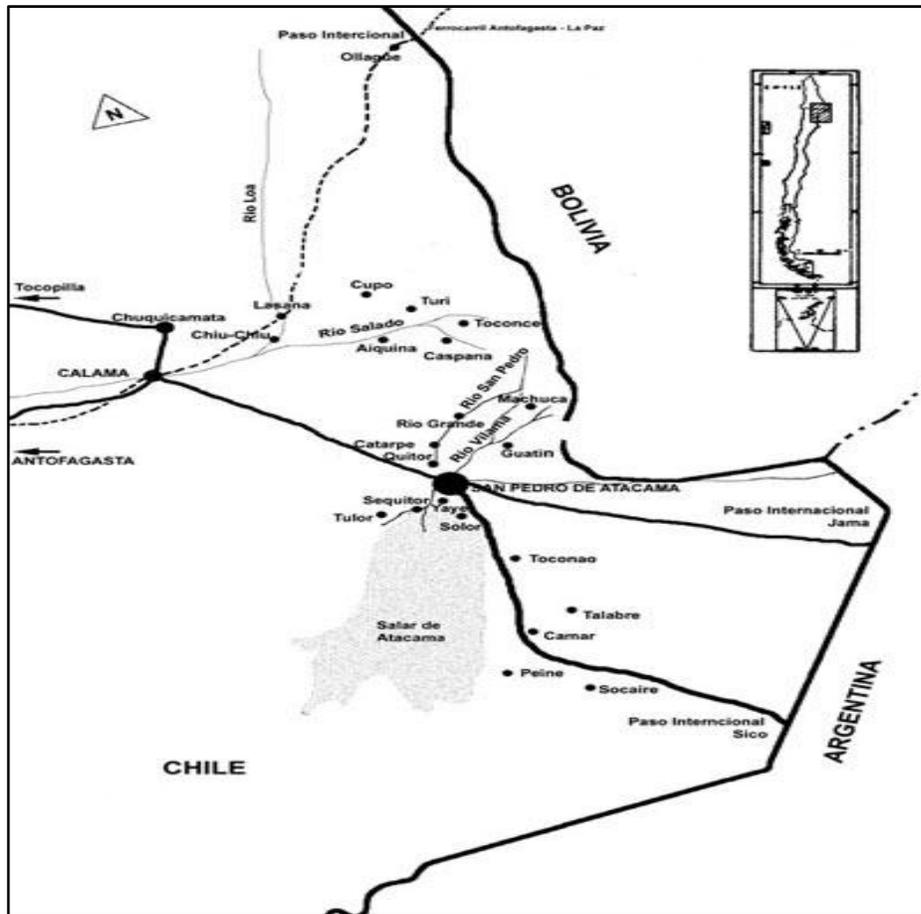


Figura 1: Ubicación San Pedro de Atacama en la II región de Antofagasta

El capítulo VII de “Análisis” consiste en una primera parte más bien descriptiva de los saberes y prácticas propias del pueblo atacameño sobre el embarazo, parto y puerperio, a modo de realizar una mirada al pasado y rescatar ciertos elementos propios de su cultura. Luego se trata el devenir histórico de estos conocimientos ante la institucionalización del proceso reproductivo en la comuna San Pedro de Atacama, intentando develar aquellos elementos que han influido para la continuidad y discontinuidad de estos.

A continuación se relatan algunas experiencias de mujeres en su paso por el Hospital y a su vez como estas mismas experiencias mantienen ciertos niveles de desconfianza y resistencia hacia la Institución y el personal médico. Luego se

exponen a grandes rasgos algunos puntos en consonancia y disonancia entre el sistema médico atacameño y el sistema biomédico, tomando en cuenta las percepciones que tienen las mujeres y la forma de uso que dan a ambos.

El siguiente apartado es un breve espacio abierto para describir la intersección entre el lugar del nacimiento y la identidad de este pueblo, finalizando con el capítulo denominado “Hacia una atención con pertinencia cultural” en el cual trata de identificar posibilidades para generar una atención del embarazo, parto y puerperio culturalmente pertinente en la comuna de San Pedro de Atacama.

Finalmente el capítulo VIII da cuenta de las reflexiones finales y algunas conclusiones derivadas del trabajo desempeñado, donde queda de manifiesto la necesidad de mejorar aspectos centrales desde la institucionalidad tanto para cumplir con los estándares de salud que se proponen a nivel país como para lograr menos resistencias en las mujeres y con ello contribuir a relevar los saberes ancestrales de este pueblo.

### III.-PROBLEMATIZACION

Los pequeños grupos de cazadores-recolectores nómades que fueron asentándose en el extenso territorio que conforma el desierto de Atacama constituyen el más antiguo antecedente del grupo cultural que ha sido conocido y agrupado posteriormente bajo el apelativo de “atacameños” o como hoy también se han autodenominado “likan antai”. Esta autoadscripción emerge de procesos de redefinición de su identidad y revitalización cultural (Gundermann, H. 1998), no obstante en la presente investigación se utiliza el término “atacameños”, ya que este apelativo aún no se ha generalizado mayormente entre las personas de este pueblo, ni tampoco a nivel académico.

En este territorio es posible distinguir tres áreas geográficas; la zona puneña-altiplánica, la zona de Alto Loa, correspondiente a la comuna de Calama y la zona del Salar de Atacama perteneciente a la comuna de San Pedro de Atacama, además del espacio que conforma el desierto absoluto. Los antepasados del pueblo atacameño fueron estableciéndose especialmente en las áreas de oasis pre cordilleranos y zonas cercanas a los afluentes de aguas tan elementales para el desarrollo de la vida en este hábitat y se concentraron mayormente entre el Alto Loa y la cuenca del Salar, (LLagostera, A. 2005), aunque cabe señalar que actualmente la mayor parte de este pueblo a emigrado a la ciudad de Calama y Antofagasta. (Gundermann, H. 2004)

De esta manera, a medida que se fue alcanzando un paulatino conocimiento y dominio de su entorno se fue alcanzado un alto nivel de sedentarismo basado primordialmente en la agricultura, ganadería, pastoreo y minería, desarrollando además diferentes formas de artesanías que contribuyeron a dar forma a una serie de rasgos culturales e identitarios propios. Este incipiente desarrollo cultural, religioso, socio-político y económico se vio reforzado al entrar en contacto con otros pueblos vecinos que habitan la región de los Andes debido al intercambio de elementos de diversa índole. (LLagostera, A. 2005)

Justamente por este motivo es que la forma de interpretar y dar significado a la existencia y al mundo del pueblo atacameño se encuentra estrechamente vinculada a una cosmovisión o filosofía andina que categoriza y ordena los espacios naturales y sus recursos, volviendo un todo integrado los aspectos cotidianos, económicos, sociales y religiosos, otorgando a la naturaleza un poder único, sin el cual no es posible reproducir la vida en la amplitud de sus dimensiones. (Castro. V. y Varela. V. 1994). Esta visión de vida y de comunidad está basada en una relación sagrada con su entorno que se manifiesta tanto en su vida cotidiana e íntima como en sus prácticas comunitarias, la cual está ligada a sus modos de producción y las prácticas asociadas a estos, al medio geográfico en el cual están insertos y a las condiciones socio-económicas propias de la región. (Castro, V.1998)

Si bien los grupos que se fueron instalando en el territorio configuraron una identidad local, basada en su lugar de residencia, donde cada comunidad de habitantes en cada pueblo se definió primero como socaireños, peininos, etc y en segundo lugar como *atacameños*. (Castro V. 1998), comparten elementos culturales tales como “patrones cognitivos-simbólicos básicos de tiempo, espacio, movimiento, número y color, como del mito y sus reactualizaciones rituales, en las que aparecen símbolos que mantienen vivos algunos de los significados culturales originales”(Grebe E. e Hidalgo B. 1988), todo lo cual logra brindarles una identidad de conjunto.

En este sentido, cabe señalar que a pesar que el pueblo atacameño conserva aun parte de su cultura, la cual es visible en una intensa vida religiosa y ceremonial, relación con la tierra, el agua, el trabajo comunitario y el ayllu manifiesta hasta el día de hoy. (Muñoz. B. 1993), esta posee profundas fragmentaciones producto de los constantes procesos de transformación e intervención a nivel socio-cultural, lingüístico, económico, religioso, médico y educativo a los que ha estado sometido este pueblo a largo de su historia.

En primer lugar fueron dominados por la sociedad Tiwanaku y posteriormente por el Imperio Inca, ambos generan cambios que van a complejizar el universo

simbólico y material de los atacameños, aunque sin duda fue la invasión de España la que desestabiliza e interviene sustancialmente su sistema de vida, desencadenando diversos conflictos que buscan desarticular el poder político de los señoríos existentes en cada pueblo e imponiendo con esto nuevos patrones culturales que van logrando debilitar y reducir diversos aspectos de su cultura. (Hidalgo, J. 1982). Así es como tras el establecimiento de los acuerdos de paz se expresa su redención ante el Imperio español, lo cual genera un profundo proceso de sincretismo a través de rigurosos mecanismos de dominación como imposición del cristianismo, la prohibición del uso de su lengua, el kunza, los castigos así como también cumplir con las exigencias de pagos y tributos. (Ibíd.)

En este sentido, la labor de realizar una búsqueda de prácticas y creencias en el pueblo atacameño, no solo en torno al proceso reproductivo como es el objetivo de esta investigación, sino en cualquiera de las diferentes dimensiones sociales y culturales se vuelve una tarea compleja en la medida que a esta serie de factores históricos mencionados, se suma la existencia de un considerable vacío investigativo en la zona, relacionado con el hecho que la gran mayoría de los trabajos realizados han ido casi exclusivamente por la línea etnobotánica y la línea arqueológica descuidando el área socio-antropológica. Solo recientemente se han llevado a cabo un acotado número de estudios de este tipo, algunos por el área más política como es el caso de Bolados. P (2010) y el resto por la vía socio-cultural como Saravia. P. (2004), Pérez. M. (2005) y Tocornal. C (2006), los cuales han reabierto la posibilidad de ahondar y rescatar nuevas temáticas importantes sobre este pueblo.

Estas últimas etnografías tocan de forma tangencial el tema del embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño ya que están vinculadas al ámbito de la salud y la alimentación, sin embargo en el caso de este pueblo no existen estudios específicos al respecto. La mayor cantidad de investigaciones sobre embarazo, parto y puerperio realizadas desde la antropología se han concentrado en la I región con pueblo aymara y en la VIII y IX con el pueblo mapuche (Carrasco. A, Gavilán. V, Alarcón. A, Nehuelcheo. Y, Sadler. M, Obach. A. Oyarce. A y

Pedrero. M) y se cuentan algunas excepciones como los trabajos realizados en la isla de Chiloé. (Leighton. A, Monsalve. D e Ibacache. J.)

De esta manera, a pesar de la persistencia histórica de los cambios aculturativos y los actuales procesos de globalización, el poder acercarnos a todos aquellos resabios que constituyen su forma de concebir el proceso reproductivo está directamente relacionado con una necesidad concreta de levantar conocimiento académico al respecto y también servir de base para nuevos trabajos que vayan en esta línea. Es por esto que la presente investigación, si bien posee un carácter exploratorio, busca profundizar en aquellos factores que han marcado el desarrollo de esta temática en la zona, relevando el valor que revisten que estos saberes ancestrales para su cultura.

El conocimiento que posee este pueblo sobre el embarazo, parto y puerperio forma parte de su sistema médico, el cual como en otros pueblos de la región de los Andes, se integra con todas las demás dimensiones de la vida, relacionando no solo el bienestar físico y psico-emocional, sino también la armonía comunitaria, medioambiental, productiva y sobrenatural. (Tocornal, C. 2006). Es importante precisar que en este estudio se utilizara la conceptualización de sistema médico atacameño en la medida que esta noción brinda un marco de análisis más amplio para la comprensión del contexto medico en la zona, sin embargo la vigencia del mismo en la actualidad se manifiesta más bien en ciertas prácticas fragmentadas y agentes terapéuticos dispersos que en una estructura organizada y estable.

Sin embargo, la mantención de la salud es algo muy significativo para los atacameños ya que es crucial para la subsistencia. De tal forma que la salud y el equilibrio representan un estado óptimo de bienestar que permite trabajar con vitalidad y energía para con ello proveerse lo necesario para la subsistencia. En este sentido, el carácter preventivo de su cosmovisión va a impregnar también sus prácticas y creencias entorno al hecho de traer a los hijos al mundo donde se busca que tanto el niño o niña como la madre gocen de las mejores condiciones

de salud y la fuerza necesaria para enfrentar las rigurosas condiciones de vida de este territorio.(Tocornal, C. 2006).

Diferentes autores como Mostny. G(1954), Laval (1958), Blass Hidalgo(1992), Pérez. M (2005) y Tocornal. C (2006) ya daban a conocer una serie de procedimientos que poseen las mujeres y también los hombres atacameños para afrontar el proceso reproductivo. Entre estos están; el *manteo*, las friegas, sahumeros, remedios caseros y también comidas y bebidas, los cuales están vinculados a la medicina atacameña como a su concepción de la salud y enfermedad y buscan proteger a la mujer ya su hijo previniendo enfermedades o situaciones de riesgo para el momento del parto, atenuar el dolor durante las contracciones, brindar contención a las mujeres y restituir la fuerza y energía durante el puerperio, contribuyendo con ello a conservar su salud y bienestar.

No obstante, las recientes investigaciones (Saravia. P. 2004, Pérez. M. 2005 y Tocornal. C 2006) han dado cuenta de cómo esta serie de prácticas y creencias para la atención y asistencia del embarazo, parto y puerperio se encuentran en riesgo de desaparecer, debido a una serie de factores socio-históricos, pero también forma de proceder que ha tenido el Servicio de Salud en el control del proceso reproductivo en la zona, así como a la obligatoriedad de dar a luz en un contexto intrahospitalario.

Llegados a este punto es válido preguntarse; ¿Qué queda de todos estos antiguos saberes?, ¿Cuántas prácticas seguirán vigentes hasta nuestros días? Y ¿de qué manera se articularan en la práctica los sistemas médicos presentes en la zona?, puesto que los distintos pueblos indígenas presentes en el país han experimentado paralelamente la intervención estatal para la institucionalización del embarazo y parto, cuyo objetivo se ha centrado fundamentalmente en la reducción de los índices de morbilidad materno-infantil.

Este proceso comienza con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en el año 1952 cuando se gestionan una serie de normativas a nivel país para institucionalizar la salud, desplazando con esto a los sistemas médicos indígenas en la atención de la salud-enfermedad, así como también en el área de la sexualidad y reproducción. “A diferencia de lo ocurrido en otros países de Latinoamérica, en que el sistema oficial aprovecho el conocimiento existente (...) en Chile las prácticas y practicantes del sistema médico tradicional fueron combatidos abiertamente por el Servicio Nacional de Salud”. (Leighton. A, Monsalve. D e Ibacache. J. 2008:18)

Específicamente en San Pedro de Atacama luego que la Municipalidad en 1987 se hizo cargo del Servicio de Salud Pública local se dispuso que el proceso reproductivo debía ser derivado al Hospital de Calama, bajo la lógica de que el parto domiciliario debía ser erradicado a como dé lugar en la medida que representa un acontecimiento extremadamente riesgoso e inseguro.

Las normativas de salud y la nueva disposición institucional desestimó los conocimientos que históricamente manejaba el pueblo atacameño y va a presionar de distintas formas para que las mujeres cumplieran con los controles pre-natales en el centro de salud local, así como para que viajaran al Hospital de Calama o de Antofagasta para tener a sus hijos, recurriendo no pocas veces a amenazas como el uso de la fuerza de Carabineros para conseguir esto último. (Pérez. M. 2005).

En este contexto, muchas mujeres comenzaron una resistencia pacífica y silenciosa para evitar el Hospital, escondiéndose y esperando hasta último momento en sus pueblos, principalmente por miedo a esta Institución y al trato del personal, como también para evitar la realización de una cesárea, todo lo cual sumado al miedo de detención o encarcelamiento ante el fallecimiento de la madre o el recién nacido, para quien asista el parto a la usanza tradicional atacameño provocó que la situación fuese decantando gradualmente en la clandestinidad de sus prácticas, discontinuidad de las mismas y en la omisión de sus saberes a las nuevas generaciones.

En base a lo anteriormente expuesto es que aparece mayormente la relevancia y sentido de este trabajo, puesto que los cambios aculturativos y las intervenciones estatales sobre el proceso reproductivo se han traducido en un latente riesgo para la continuidad de los saberes atacameño en este tema y de los aspectos que para ellos son importantes dentro del proceso propiamente tal.

No obstante, esta situación requiere de mucho más que el conocimiento y comprensión cultural, también demanda cambios concretos en la forma de atención institucional y además de la realización de procesos internos en las mujeres y hombres de este pueblo para revitalizar su cultura y generar espacios de comunicación intercultural en pos de la satisfacción de sus necesidades y demandas.

En la presente investigación la pregunta central que nos guiara es la siguiente; ¿Cuáles son los las diversas prácticas y creencias sobre el embarazo, parto y puerperio del pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama?

### **Objetivo general**

-Conocer las diversas prácticas sobre el embarazo, parto y puerperio del pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama.

### **Objetivos Específicos**

-Develar los elementos que han influido para la continuidad y discontinuidad de las creencias y prácticas del embarazo, parto y puerperio atacameño.

-Indagar la manera en que se articulan las creencias y prácticas del proceso reproductivo entre el sistema médico atacameño y el sistema biomédico.

-Identificar posibilidades de una Interculturalidad en la atención del embarazo, parto y puerperio en la comuna de San Pedro de Atacama.

## **IV.- ANTECEDENTES**

### **4.1. IDENTIDAD DEL PUEBLO ATACAMEÑO**

#### **4.1.1. RESEÑA HISTORICA**

El pueblo atacameño se ha asentado históricamente entre la cuenca del río Loa y la cuenca del Salar de Atacama, en alturas que oscilan entre los 2.000 y 3.600 metros de altura, en el extenso territorio que comprende el desierto de Atacama, en la segunda región de Antofagasta, Provincia de El Loa.

Los primeros cazadores-recolectores, nómadas y transhumantes darán inicio a un proceso sostenido de asentamiento desde el año 10.000-9.000 a.C. en adelante. (Nuñez. L. 2002). Los antepasados de este grupo cultural fueron estableciéndose en aquellas zonas de quebradas y oasis pre cordilleranos, en torno al recurso hídrico, elemental en estas tierras áridas, adoptando una forma de vida sedentaria gracias a la domesticación de camélidos y el cultivo de plantas y alimentos, lo que sumado a la moderación de las condiciones climáticas que fue experimentando la región de Atacama permitió sentar las bases para el posterior desarrollo demográfico, socio-cultural, económico y político de este territorio.(LLagostera, A. 2005)

El proceso de experimentación agrícola y domesticación de ganado se inicia con anterioridad al 2000 a.C., alcanzando el dominio de técnicas agropecuarias, metalúrgicas y cerámicas ya hacia el 100 a.C. (Hidalgo. J. 1982). Además de estos logros desarrollaron progresos en la producción de artesanías como la cestería, los textiles y la alfarería. Este desarrollo se hizo latente y especialmente visible en la zona de San Pedro de Atacama, el cual se convirtió en el lugar donde se produjo la síntesis de logros entorno a una economía mixta de pastoreo y horticultura y un sedentarismo bien establecido. (Núñez, L. 1991)

Este sistema de vida transformo a los reducidos grupos de antepasados arcaicos que habitaban este espacio en forma aislada y autónoma en verdaderas comunidades, compuestas por más un grupo familiar, dando paso a los

denominados *ayllus*, que corresponden a antiguas formas de organización preincaica en base a tierras agrícolas comunitarias administradas por familias ligadas en lazos parentales. (LLagostera, A. 2005).

Sin embargo, la tendencia a la dispersión de las comunidades, como también la imposibilidad de concentración de población ante las condiciones hostiles del territorio, no dio lugar a la formación de ciudades, ni a la centralización de autoridad. No obstante si existieron jefes y elites basadas en el sistema de parentesco local, las que logran reconocimiento como cabeceras formando pequeños señoríos, quienes fueron ejerciendo dominio sobre otros pueblos con menor número de población y menor prestigio. (Hidalgo, J. 1982)

Fueron conquistados por dos grandes complejos culturales como Tiwanaku e Inca posteriormente, los cuales ejercen influencia en el sistema de vida de este pueblo tanto a nivel económico, político, social y cultural, así como también van a contribuir a complejizar su cultura a través de las fuertes cargas simbólicas y rituales que estos grupos traían consigo. Sin embargo, fue el posterior dominio español, desde entrado el siglo XVII en adelante, el que consigue modificar más profundamente su organización del territorio y el control sobre sus recursos. (LLagostera, A. 2005).

Las autoridades eclesiásticas y administrativas españolas ejercieron fuertes presiones a través de la política de “Extirpación de Idolatrías”<sup>2</sup> aplicada en toda la zona de los Andes para desarticular las creencias indígenas, convertirlos a la religión católica así como también para erradicar su lengua “materna”, el kunza<sup>3</sup>. Francisco de Argumániz, corregidor de Atacama, dispone en 1777 la

---

<sup>2</sup>Castro, V. 1993. “Un proceso de extirpación de idolatrías en Atacama. En Catolicismo y Extirpación de Idolatrías. Siglos XVI- XVIII”. Centro Bartolomé de la Casas, Lima y “Huacca Muchay; Evangelización y religión andina en charcas, Atacama la baja”. 1997. Tesis de magister en Historia, mención Ethnohistoria. Universidad de Chile.

<sup>3</sup>Escrito originalmente como “*cunza*” es una creación de San Román. F, sobre la construcción indígena *kun-sa* “nuestro”/ “nosotros” y se mantiene desde entonces en la bibliografía etnográfica y lingüística con esta ortografía. “*Kunza*” es el término utilizado hoy por el pueblo atacameño o likan antai para referirse a la lengua de sus antepasados. La evidencia existente basada en la fitonimia del área de San Pedro de Atacama muestra que en el pasado se hablaron tres lenguas; quechua, aymara y kunza. (Sánchez, G. 1998), junto con la lengua española incorporada posteriormente.

absoluta prohibición del uso de la lengua en todos los ámbitos, incluido el familiar, bajo pena de severos castigos físicos a la desobediencia. (Hidalgo, J. 1984).

De esta manera, los nuevos patrones sociales y económicos impuestos además de prohibir el uso de su lengua y aplicar el cristianismo, les exigían un riguroso pago de tributos, primero en especies y luego en moneda, todo lo cual va a provocar no solo la gradual desarticulación de los señoríos prehispánicos, sino que también va a favorecer la reducción y homogeneización en términos tanto materiales como espirituales de aquellos grupos indígenas presentes en este territorio. (Hidalgo, J. 1982).

No obstante, en toda la zona de Atacama, el kunza ha sido reconocido como la lengua ancestral tanto por collas, quechuas como también por atacameños, de tal forma que su memoria respecto del idioma materno funcionó como un marcador lingüístico que hizo posible que estas poblaciones pertenecientes al Corregimiento colonial de Atacama, se mantuvieran vinculadas y se diferenciaron de otros grupos culturales. (Morales. H. 2013)

En este sentido como a nivel de comunidad se mantuvo la práctica cotidiana del kunza, esto hizo posible el traspaso a través de generaciones de la memoria de los antepasados y de aquellos contenidos centrales de su identidad, ya que durante el período colonial español los indígenas de la zona, así como de distintos lugares de América Latina desplegaron elementos sociales y culturales basados fundamentalmente en los usos y formas de la memoria, los cuales les sirvieron para edificar un sentido de pertenencia e identidad ante la imposición del sistema español. (Manríquez. V y Sánchez. S. 2003)

Sin embargo, este pueblo andino el cual es poseedor de una extensa configuración histórica ha sido prácticamente desconocido. (Núñez. L. 2002). Se ha autodenominado como “likan antai”, término que en su lengua significa “gente de esta tierra” y es conocido por la sociedad chilena con el nombre de “atacameños”. (LLagostera, A. 2005).

Esta autoadscripción está relacionado con procesos de redescubrimiento de su identidad o etnogénesis, puesto que según Gundermann. H. (1998) en la actualidad tanto atacameños como aymará se encuentran en un proceso activo de organización y reivindicación socio-política, exigiendo su aceptación en la diferencia y con ello su inclusión social.

Etimológicamente *lickan* es un término que utilizó este pueblo para referirse exclusivamente a San Pedro de Atacama, mientras que para referirse a otros lugares ocupaban el termino *leri*. De aquí que pueda suponerse que *Lickan* era el nombre de Atacama antes de la Conquista española. (Vaisse, E. F, Hoyos y A. Echeverría. 1896)

Por otra parte, Gundermann (2002) señala que el término “atacameño” es de origen colonial puesto que es utilizado en alusión a la población de la provincia colonial de Atacama y dentro de ella a los indígenas, por lo tanto es un término político administrativo más que una construcción conceptual de tipo étnica. Así la adopción del apelativo “atacameños” parece ser un concepto construido por el discurso científico, utilizado por los primeros arqueólogos e investigadores y que se mantuvo por todo el siglo XX, siendo reproducido por las nuevas generaciones de científicos.

La constatación de las cambiantes apelaciones o adscripciones que se han sucedido en el transcurso de los últimos siglos para referirse a este pueblo dan cuenta de las profundas transformaciones sociales a que han sido sometidas poblaciones de los Andes, ya que “en el inicio fueron nombres que en su mayoría nunca conoceremos; más tarde “indios”; luego “indígenas”; más cerca de nuestro días, “chilenos” y, más recientemente, el arbitrio de “atacameño”. (Gundermann, H. 2004:238)

En este sentido, las dinámicas socio-históricas en que se fue desarrollando la identidad atacameña se asentaron sobre adscripciones peyorativas que buscan degradar su condición y subordinarlos por sus diferencias, las cuales de una u otra forma se mantienen hasta la actualidad. De tal forma que la investigación sobre

los procesos identitarios experimentados en San Pedro de Atacama plantea como la transformación de una identidad indígena hacia una ciudadana chilena implicó un complejo proceso de redefinición de fronteras étnicas, en el cual un sector de la población dejó de considerarse a sí mismo como indígena. (Morales, H. 2010).

Este fenómeno ocurre producto de los intensos mecanismos discursivos aplicados en la zona, los cuales fueron propuestos por la elite chilena a partir de parámetros modernos clásicos, donde definir, excluir y establecer los límites simbólicos y territoriales de los atacameños representó una estrategia funcional para la consolidación del proyecto modernizador chileno impulsado por la oligarquía liberal de fines del siglo XIX y comienzos del XX. (Morales, H. 2013)

Los procesos sociales de incorporación y exclusión también ocurren en este pueblo a nivel interno, ya que cada comunidad de San Pedro de Atacama posee una identidad local basada en su auto percepción. Es por esto que los habitantes de cada pueblo se definen primero como socaireños, peininos, etc y en segundo lugar como atacameños.(Castro V. 1998).

A través de este recorrido podemos apreciar como las constantes transformaciones e intervenciones culturales a las que ha estado sujeto los atacameños a lo largo de su desarrollo histórico le han traído aculturación y diversos cambios a nivel socio-cultural, lingüístico y económico. De tal manera que este pueblo de pastores, agricultores, ganaderos y artesanos ha configurado su identidad a partir de diversos aportes tanto prehispánicos, coloniales, locales como también fronterizos.

#### **4.1.2. COSMOVISION ATACAMEÑA Y SU RELACION CON EL MUNDO ANDINO**

Este pueblo aparece formando parte de la cultura andina, la que se gestó en un largo proceso, cuyas etapas corresponden a una secuencia de espacios de asentamientos, de épocas e influencias interregionales. El concepto de tradición andina o “lo andino” propiamente tal corresponde una construcción teórica y/o analítica elaborada desde distintas ciencias, apuntando a un área cultural homogéneo, lo que luego fue rectificado estableciendo las diferencias locales de cada grupo cultural presente dentro del territorio. (Martínez. J. 2002)

Las culturas locales que componen a la población andina alcanzaron un desarrollo socio-económico, político y cultural el cual genera un sustrato común propiciado por las ventajas de la conformación escalerada de la ecología andina, a la que Murra. J (1972) denomina como “ecología vertical”. En este sentido, la multiplicidad de recursos presentes en cada piso o área desde la cordillera a la costa generó una dinámica red de tráfico y complementariedad en los Andes, donde no solo circulaban bienes y productos sino también ideas que consolidaron una entidad supra regional fraternal en un medio de abruptas y extremas condiciones.(LLagostera, A. 2005).

La población de los Andes posee una sabiduría que es propia, una *ciencia indígena* distinta a la ciencia occidental, en tanto categoriza y ordena los espacios naturales y sus recursos, volviendo un todo integrado los aspectos cotidianos, económicos, sociales y religiosos, otorgando a la naturaleza un poder único, sin el cual no es posible reproducir la vida en la amplitud de sus dimensiones. (Castro. V. y Varela. V. 1994).Es por esto que la filosofía andina marca un vínculo que apunta hacia un necesario equilibrio con el entorno y que va a estructurar su cosmovisión sobre tres ejes primordiales; la complementariedad, reciprocidad y la concepción cíclica del tiempo. (Estermann. J y Peña A. 1997)

El principio de complementariedad hace referencia a que cada elemento o ente le corresponde un complemento, que no es necesariamente un opuesto y en

conjunto dan forma una totalidad integral. De esta manera, en la lógica andina son complementarios el cielo y la tierra, el sol y la luna, el varón y la mujer, lo claro y lo oscuro, el día y la noche. (Ibíd.)

Por otra parte, el principio de reciprocidad tiene por fin mantener el equilibrio cósmico que se expresa en un vínculo armonioso con el medio natural, así como también entre las personas, es decir, a nivel de comunidad. Mientras que la concepción cíclica del tiempo se encuentra formando parte de las sociedades o grupos dedicados a la agricultura, ya que estas se guían esencialmente por los ritmos de la naturaleza, donde el tiempo es una entidad vinculada al ritmo de la tierra o *Pachamama*, la cual tiene un carácter inaprensible pues expresa tiempo, espacio y movimiento. Ella es la entidad más sagrada, que cuida y castiga, da salud o enfermedad y ha mantenido su papel central en la cosmovisión andina más allá de la yuxtaposición de las creencias externas con las creencias locales. (Tocornal, C. 2006)

Así algunos referentes culturales significativos del pueblo atacameño dicen relación con una filosofía compartida con otros pueblos de la región de Los Andes, donde, como se ha mencionado, la visión de vida y de comunidad es una relación sagrada de conocimiento y respeto hacia la Tierra, tanto en su vida cotidiana e íntima como en sus prácticas comunitarias. Por ejemplo cuando se daba muerte a un animal para alimentar al grupo familiar, en primer lugar se les pide permiso a las entidades sobrenaturales y posteriormente se trata de compensar esta agresión o apropiación de este componente del ambiente con algún tributo o sacrificio, como lo fue el antiguo sacrificio de sangre de llamas o *wilacha*, que simbólicamente buscaba la prosperidad y el bienestar de animales, cultivos y humanos. Esta necesidad de devolver en forma de *pagos* lo que fue extraído para la subsistencia, es un rito característico del pueblo atacameño, el cual se dedica primero a la Pacha y luego también a otras representaciones o personificaciones del ambiente como el agua y montañas sagradas, puesto que las entidades sobrenaturales entregan pero también exigen retorno, en la medida que es su

fecundidad lo que hace posible la mantención de la vida en este territorio. (LLagostera, A. 2005).

En este contexto los muertos forman parte del universo cósmico y como tal el despedirlos con los rituales correspondientes, sencillos pero de profundo significado, reviste una importancia fundamental para este pueblo ya que permite restablecer el orden perdido tras el fallecimiento. Antiguamente se les enterraba en sitios próximos a las viviendas, cerca de las familias, con el objetivo de mantener la conexión entre vivos y muertos, sobre la base de la creencia de una dimensión sobrenatural donde van los fallecidos y donde residen las entidades que controlan el mundo terrenal. La muerte es vista solo como el paso a otro estado de vida en un plano de existencia distinto. Así como la muerte es ir al “más allá” el nacimiento es por tanto venir desde ese mundo sobrenatural y en consecuencia el destino de los seres vivos es de regresar a esa dimensión. (Ibíd.)

Además de todos aquellos rasgos compartidos en tanto parte del mundo andino, el pueblo atacameño también posee características que lo distinguen de otros pueblos y que le dan un carácter e identidad propia visible en su religiosidad, relación con la tierra, el agua, el trabajo comunitario y el ayllu. (Muñoz. B. 1993). Este pueblo conserva parte de su cultura, “en sus patrones cognitivos-simbólicos básicos de tiempo, espacio, movimiento, número y color, como del mito y sus reactualizaciones rituales”. (Grebe E. e Hidalgo B. 1988)

En este sentido, los *ayllus* emplazan a la memoria colectiva hacia la pertenencia a un lugar específico haciendo frente con ello a la disgregación social y la migración, ya que “en este espacio se establecía un nexo entre parentesco, identidad y territorio de origen definido por el lugar donde descansaban los ancestros (...) la pertenencia a un ayllu y a la utilización (productiva y ritual), de un espacio y territorio que es considerado por los indígenas como propio” (Manríquez. V y Sánchez. S. 2003:52). Es por esto que el parentesco, los gentilicios y los ancestros adquieren también una vital importancia para este grupo, pues son estos vínculos de tipo familiar los que contienen una sabiduría que les es propia. (Ibíd.)

Como ya se ha mencionado, este pueblo posee una intensa vida religiosa y ceremonial manifiesta hasta el día de hoy a través de continuas prácticas y ritos. Entre algunas celebraciones importantes se encuentran; la ceremonia de limpia canales asociada a la fertilidad y el agua, donde toma vida el *canto del Talatur*, ya que los atacameños veneran el agua en todas sus manifestaciones, pues juega un rol decisivo en la productividad de la tierra, también está la fiesta del carnaval o *waki*, la cual es una operación cósmica, ya que a través de la experiencia del desorden, la reunión de los elementos y principios contrarios se busca el renacimiento de la vida, la fecundidad de las madres y de la tierra y quizás la más antigua de todas que es la ceremonia a los *cerros tutelares*, realizada para la protección de la salud, así como también de prosperidad y buena suerte, la cual se expresa a través de los *pagos* orientados hacia ellos generando una reciprocidad entre sí.

Por otra parte, las entidades más representativas dentro del sistema de creencias atacameño son; la *Pataohiri* en lengua kunza, que corresponde a la *Pachamama*, la cual representa la fertilidad y reproducción expresada en los ritos agrícolas y ganaderos. El Tata cerro o *Malku* espíritu de las montañas que controla las fuentes de agua vitales para la existencia de pastos para el ganado. El Tata *Putarajni* divinidad del agua de las vertientes y los *antiguos, abuelos o gentiles*, son los espíritus de los antepasados que entregan protección a la gente de los pueblos y a quienes también se les hacen pagos u ofrendas. (Hidalgo. B. 1992). Asimismo la *llama* también pasó a ocupar un lugar central en el universo cósmico y mágico de este grupo. La trascendencia de la llama para la vida de este pueblo en tanto fuente de alimento, vestimenta, instrumentos y medio de transporte la convirtió en parte del cosmos y de lo sobrenatural, atribuyéndole cualidades religiosas y considerándola como parte de su otra vida, por lo cual sus cuerpos y patas han sido situados históricamente junto a sus muertos. (Segovia. W. 2003)

Todos estos antecedentes vinculados al ámbito de los significados y simbolismos culturales propios de este pueblo forman parte de investigaciones de corte antropológico realizadas tanto en San Pedro de Atacama como también en Alto

Loa. Sin embargo, cabe señalar que los estudios arqueológicos así como también los estudios etnobotánicos ocupaban un lugar predominante dentro del que hacer científico en toda la zona de Atacama y que solo posteriormente se fueron desarrollando más investigaciones socio-culturales, por lo tanto el material disponible es más bien escaso y como tal constituye una fuente de importante cuantía. En este sentido, autores como Gundermann. H, Murra. J, Castro. V, Grebe. M, Hidalgo. B, Martínez J.L, Mostny. G, Cárdenas. U, Molina. R, Imilan. V han desarrollado una labor fundamental para el conocimiento del pueblo atacameño y su cultura.

#### **4.1.3 SALUD Y ENFERMEDAD**

Las investigaciones realizadas en la zona de San Pedro de Atacama han ido por la línea de la etnobotánica, en la cual se encuentran autores como Munizaga (1958) y por Villagrán. C (2004) y también por la línea socio-cultural, donde aparecen las etnografías de Mostny. G (1954), Laval (1958) en el pueblo de Peine y Blass Hidalgo (1992) en Socaire, las que han permitido rescatar diversos elementos de la medicina atacameña<sup>4</sup>. Asimismo entre algunos de los estudios más recientes en esta área están; la etnografía sobre alimentación y ciclo vital en Socaire de Saravia. P (2004), la etnografía sobre el concepto de salud-enfermedad desde la perspectiva de género de Pérez. M. (2005) y la investigación etnográfica sobre el sistema médico atacameño de Tocalma. C (2006). Por otra parte también están los estudios de Bolados. P (2006-2010) quien ha centrado sus análisis desde la perspectiva de la antropología médica crítica para evidenciar las condiciones en que ha operado la Interculturalidad en Salud entre el pueblo atacameño y el Sistema de Salud oficial.

---

<sup>4</sup>El término "tradicional", utilizado ampliamente en la producción antropológica latinoamericana abocada a la medicina de los pueblos indígenas que forman parte del continente, ha tendido a relegar los procesos de transformación y resignificación de la medicina indígena local en la relación con otros tipos de medicinas, especialmente con respecto a la biomedicina occidental. En este sentido, la medicina atacameña es "tradicional" en la medida en que apunta a una especificidad cultural propia, pero bien puede hablarse de medicina atacameña a secas. Es importante recalcar que las interpretaciones de "lo tradicional" se gestaron en oposición, enfrentamiento y/o resistencia a las prácticas y representaciones médicas hegemónicas. (Menéndez. E. 1994).

Estos trabajos dan cuenta de cómo la concepción de la salud atacameña posee un marcada impronta andina expresada en un carácter preventivo, donde las creencias y prácticas rituales persiguen la mantención del equilibrio y la reciprocidad con el medio ambiente natural y sobrenatural así como entre las personas de la comunidad, bajo la lógica de que los seres que habitan el universo animado así como pueden brindar salud también pueden provocar enfermedades. Esta rigurosa reciprocidad con el medio y también al interior de la comunidad, se materializa en prácticas culturales muy enraizadas en el grupo. “En los eventos rituales y ceremoniales como la limpia de canales, el floreamiento y el día de todos los muertos, además de realizar los actos específicos que demanda cada rito, se procederá también a realizar ciertas acciones dedicadas a los cerros, abuelos, almas y a la Pachamama que contienen peticiones de adquirir salud y conservarla”. (Tocornal, C. 2006: 99)

Así los significados culturales sobre la salud y enfermedad de este pueblo, al igual que en otros pueblos andinos, se encuentran ligados a su cosmovisión y a su relación cotidiana y sagrada con el entorno, tanto para la obtención de la salud como para la conservación de la misma. Esta concepción es parte de la forma de vida tradicional y campesina que aún se mantiene especialmente en las comunidades que rodean el Salar y en los ayllus de San Pedro de Atacama. (Pérez. M. 2005)

De esta manera, la mantención de la salud es algo muy significativo para los atacameños ya que es crucial para la subsistencia. Esta se expresa en un estado óptimo para poder trabajar con vitalidad y energía en sus quehaceres diarios, especialmente en torno a la agricultura y ganadería, lo que a la vez les permite mantener vínculos armónicos entre las personas. Por el contrario cuando estas relaciones de reciprocidad no se cumplen aparece la enfermedad como el efecto de poderes externos que sustraen la energía y provocan desequilibrio en algún ámbito de la vida de la persona. La enfermedad entonces se concibe como la imposibilidad para cumplir a cabalidad las funciones productivas y comunitarias y se manifiesta en un estado de tristeza y desanimo, seguido de la intensa

preocupación por la subsistencia. En este sentido, la salud para el atacameño integra todas las dimensiones de la vida, relacionando no solo el bienestar físico y psico-emocional, sino también la armonía comunitaria, medioambiental, productiva y sobrenatural. (Tocornal, C. 2006)

Este conjunto de prácticas y sentidos otorgados a la salud y la enfermedad así como a la asistencia de la misma, dan forma al sistema médico atacameño<sup>5</sup>, el cual se encuentra coexistiendo con otro gran sistema, como es el sistema biomédico, (Saravia. P. 2004, Pérez. M. 2005. Tocornal. C. 2006). Sin embargo también se reconoce la presencia de otras medicinas<sup>6</sup> que conforman una red de cruces e intercambios entre las cuales se transita para la atención, puesto que en la actualidad el pueblo atacameño al igual que otros pueblos indígenas se encuentra atravesado por complejos procesos de transformación y cambios que por ende también afectan al área de la salud.

El hecho que la población indígena recurra a uno u otro está relacionado directamente con la posibilidad de acceso y al tipo de enfermedad que se trate, ya que por ejemplo los sanadores buscan complementar sus tratamientos tomando elementos de la biomedicina, como radiografías por ejemplo y reconocen cuando algunas enfermedades se escapan de su alcance y necesario derivar al consultorio o hospital. Incluso existe una primera parte del tratamiento de los curanderos, denominado *atajo* o *ilumpaca*, que es un espacio inicial donde se observa cómo reacciona la persona para ver si es necesario derivarla.

Por otra parte, si bien la presencia del sistema biomédico posee una continuidad a través de las denominadas “rondas médicas” a las comunidades más distantes al Servicio de salud de San Pedro de Atacama, en estas aun es posible apreciar

---

<sup>5</sup> Como ya se ha señalado, el sistema médico atacameño se manifiesta más bien a través de diversas prácticas fragmentadas así como en la presencia de agentes terapéuticos dispersos actualmente en la zona.

<sup>6</sup> Entre estas se encuentran; la medicina popular no indígena, la medicina religiosa practicada por la iglesia evangélica, la medicina religiosa de origen cristiano expresado en los bailes religiosos y las medicinas alternativas que se concentran principalmente en San Pedro de Atacama dentro de las cuales están el reiki, apiterapia, hipoterapia, sanaciones con chamanes extranjeros, entre otras. (Bolados. P, Gundermann. H y Moreno. V. 2006)

como persiste con más fuerza el sistema médico propio.(Pérez. M. 2005, Bolados. P, Gundermann. H y Moreno. V. 2006, Tocornal. C. 2006)

#### **4.1.4. ECONOMIA Y MIGRACION**

El siguiente apartado hace referencia a los procesos migratorios y la economía de este grupo cultural, los cuales se encuentran estrechamente vinculados entre sí en lo que ha sido su desarrollo histórico.

De esta manera es necesario partir explicando como la reciprocidad que este pueblo ha generado con su entorno se encuentra condicionada tanto a sus modos de producción, a las condiciones de su geografía y entorno así como también con las circunstancias socio-económica de la región. La economía campesina de subsistencia que aun mantienen, está cada vez mas más permeada de elementos de la economía mercantil, por lo cual se conjuga el trabajo en la industria minera y una agro ganadería de subsistencia en un medio geográfico desértico apenas viable para la mantención del grupo familiar. (Tocornal, C. 2006)

La tensión entre lo campesino/tradicional y lo proletario/moderno es una problemática de larga data, donde el cambio más drástico observado tiene lugar durante los siglos XIX y XX, donde un gran número de población se vio compelida a emigrar a otros centros urbanos de la región, principalmente a Calama. En un principio fue la gente de los pueblos del interior de la cuenca del Loa, quienes fueron absorbidos como mano de obra por el auge de la minería y la industria, para luego dar paso a un proceso migratorio generalizado del pueblo atacameño, donde producto del trabajo asalariado se fueron estableciendo temporal, estacional o definitivamente en los centros mineros o en los alrededores de Calama, la cual tuvo un acelerado proceso de crecimiento económico y demográfico en esta época. (Sanhueza y Gundermann, 2007)

De esta manera, la expansión minera desplaza las bases agrarias que habían sustentado por miles de años a las economías atacameña, trayendo consigo una

realidad vigente hasta nuestros días; la dependencia indígena al mercado de fuerza de trabajo minero e industrial y el progresivo asentamiento urbano. (Ibíd.)

Justamente, según los propios testimonios de personas indígenas, la principal razón que les obligó a emigrar de su territorio fue la insuficiencia y escasez de agua para mantener las prácticas agrícolas que sustentan a sus familias. Este fenómeno es atribuido a la voracidad de las mineras en la extracción de las napas subterráneas o a la falta de lluvias o ambos. Y a esta situación hay que sumarle la falta de oportunidades laborales y la imposibilidad que ellos perciben de poder brindarles educación a sus hijos en su poblado de origen. (Carrasco y Fernández, 2009)

La especialización minera en la economía regional del siglo XX y la consiguiente proletarización de una parte significativa de su población, se acompaña de la migración a centros urbano. No obstante, estos desplazamientos y urbanización no se explican sólo por la existencia de polos de atracción de la economía capitalista y de un cambio de condición social, sino también por la búsqueda de inclusión social o si se quiere por la búsqueda de ciudadanía.

“Cuando el Estado desarrollista de los años 40 en adelante se hace inclusivo, a través de la oferta educacional y la integración territorial (caminos, comunicaciones, servicios del Estado), se convoca a los campesinos andinos a cambiar, a tomar la senda del progreso, todo lo cual es a veces verbalizado como “civilizarse”. Muchos hacen eco de ello, viendo en la vida urbana las posibilidades de su materialización”. (Gundermann, H. 2003 citado en Gundermann 2004:226)

Desde mediados de 1980 en adelante la región de Antofagasta ha sido blanco de múltiples inversiones y proyectos. En primer lugar fue la minería, y con esta la empresa del transporte de combustibles y generación de energía, vitales para la continuidad y desarrollo minero en el mediano y largo plazo. Luego vinieron las inversiones estatales en carreteras y urbanización, las que articularon internamente toda la región, es decir, sus centros mineros y poblaciones relacionadas y también con los países vecinos, siendo el más importante en la

zona, el denominado; corredor bioceánico, que a través de los pasos fronterizos Sico y Jama, conecta el noreste argentino con la costa chilena, pasando por San Pedro de Atacama y Calama. Estas inversiones u obras con financiamiento estatal también representan beneficios a nivel comunal en electrificación, abastecimiento de agua y combustibles, telefonía e infraestructura urbana. (Ibíd.)

Sin embargo, toda esta apertura económica, social y simbólica tiene una serie de consecuencias para el pueblo atacameño que van desde dinámicas de deslocalización y circulación étnica, inestabilidad en la continuidad de lo agrario y lo rural, conformación de estratos y segmentos diferenciación económica y social, mayor desagregación social y heterogeneidad cultural, cambios en la vida cotidiana y familiar, así como también en los patrones de socialización y consumo y por ende en sus proyectos de vida.(Gundermann, H. 2004)

Hoy en día la población local ha ido redefiniéndose y organizándose entorno la industria del turismo, justamente como antes lo hizo para la minería. El Plan de Desarrollo Comunal (2006-2011) indica que la principal rama de actividad de la comuna en 1992 era la agricultura y ganadería, seguida por la industria manufacturera, pero estas dos primeras se han reducido drásticamente. En la actualidad los rubros que han tomado mayor fuerza son; en primer lugar la construcción, en segundo lugar turismo de hoteles y restaurantes, luego explotación de minas y canteras y por último el comercio y la agricultura.

Paralelamente ha ocurrido un incremento demográfico explosivo especialmente en la capital comunal, San Pedro de Atacama, donde de un total de 2.829 habitantes registrados en el censo de 1992 se aumentó a 4.969, según el censo del año 2002. De acuerdo al PLADECO (2006-2011) el aumento de la población se observa en aquella potencialmente activa, es decir, entre 14 y 64 años de edad, mientras las personas menores de 15 y mayores de 65 han disminuido en cantidad notoriamente. Así ha pasado a predominar la población madura en la zona, lo cual se encuentra directamente relacionado por un lado con el cambio de mano de obra agrícola por la de servicios turísticos como también a los puestos de trabajo ofrecidos por el sector empresarial y minero presente en la zona, lo cual ha

provocado que chilenos y extranjeros dejen de ser población flotante para radicarse en la zona.

Dentro de la población económicamente activa, los hombres siguen siendo principalmente trabajadores calificados agrícolas, mecánicos, artesanos u operadores de maquinarias. Mientras que las mujeres continúan ocupándose como trabajadoras de servicios y comercio predominantemente, con una tendencia a aumentar su ocupación técnica y dejar el trabajo agrícola, ya que este último tal como la ganadería, en tanto actividades de subsistencia, dejan poco excedente para comercializar.

La situación del pueblo atacameño refleja el cambio económico-productivo que ha experimentado el país, donde se ha orientado el desarrollo hacia la constitución de una sociedad de libre mercado, por lo cual las actividades menos rentables son abandonadas. Sin embargo la actividad agropecuaria de autoconsumo persiste hoy dentro de su economía, en la medida que esta representa una conexión directa a su manera ancestral de vivir y de vincularse al tiempo y espacio.

## **4.2.-EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

### **4.2.1. DESARROLLO INVESTIGATIVO**

El embarazo, parto y puerperio constituye un área de investigación que durante largo tiempo estuvo en manos exclusivamente de la medicina, la obstetricia y la ginecología por ser considerado un proceso meramente biológico. Sin embargo, el desarrollo científico desde la perspectiva de las Ciencias Sociales logro ampliar la visión sobre este tema al considerar los aspectos psicológicos y emocionales, culturales y socio-económicos.

A nivel internacional la reproducción ha sido estudiada desde la antropología social y cultural y especialmente desde la antropología médica enfocada al tema del nacimiento, la cual se ha desarrollado en gran medida en Estados Unidos. Este nuevo campo de investigación amplió la visión sobre el parto sostenida hasta ese momento, al dar cuenta de los distintos modelos de atención de embarazo y parto existentes en el mundo, donde cada sistema cultural posee sus propias pautas y normas que estructuran el comportamiento de sus miembros. Estos estudios permitieron realizar comparaciones entre culturas, lo cual dejó de manifiesto el elevado nivel de tecnologización, medicalización e intervencionismo de la atención del embarazo y sobretodo del parto en el sistema biomédico, de tal forma que esta última línea se constituyó en la base para numerosos estudios posteriores en España, Estados Unidos, Francia y América Latina.

Uno de los principales ejes de análisis para abordar la reproducción es la perspectiva feminista, entendiendo que existe un sistema que es el que genera desigualdades y discriminación de género y el cual busca ejercer el control sobre el cuerpo de la mujer, por lo mismo muchas de estas investigaciones también se han apoyado en los planteamientos de la antropología médica en su vertiente más crítica, confrontado la construcción histórica del conocimiento científico en salud reproductiva con la condición subalterna en queda el género femenino como resultado de la forma en que tuvo lugar todo este proceso, lo que se encuentra estrechamente ligado a la posición hegemónica del sistema biomédico.

En esta línea podemos nombrar autoras que han realizado grandes contribuciones como Jordan. B, Sargent. C, Kitzinger. S, Davis-Floyd. R, Browner. C, Martin. E y Cosminsky. S, Ortiz. T, Narotsky. S, Enhirch. B, Tabet. P, Montes. M y Esteban. M. L. por nombrar algunas. Esta corriente persigue la transformación de estas condiciones de opresión y dominación de la mujer producto del mantenimiento de un determinado sistema social patriarcal y capitalista, lo cual ha sido vital para dar énfasis en los derechos sexuales y reproductivos y la salud de las mujeres, generando diversas alianzas entre organizaciones de América Latina y organizaciones extrajeras que buscan traducirse en formas concretas de acción en pos del empoderamiento sobre sus derechos y libertades.

Por su parte la Psicología (Bowly. 1969, Main. 1991, Cowan. 2001, Marrone. 2001) ha potenciado estas corrientes de pensamiento emanadas de la Antropología, al dar énfasis a los aspectos subjetivos y emocionales, tanto de la reproducción como la crianza. Fueron apareciendo temas como el apoyo psicosocial durante el parto, la percepción de la maternidad, la violencia sexual, las necesidades sentidas por las mujeres, embarazo adolescente entre otros más, que hablan de un desarrollo de nuevas teorías, como por ejemplo el apego madre e hijo que en las últimas décadas ha ido tomando un lugar central en este tema y nuevas herramientas que han venido a respaldar una comprensión mucho más integral de la manera en que las mujeres viven el proceso reproductivo.

En América latina y el Caribe las investigaciones sobre saberes y prácticas médicas indígenas en torno a la reproducción se han enfocado de diversas formas. Algunos autores como De la Serna (1952), López. A (1984), Aguirre Beltrán (1980) se han propuesto conocer la lógica que subyace a la racionalidad médica de los pueblos, mientras que otros como Castro. R, Bronfman (1991), Campos.M (1987) han investigado las normas sociales y culturales que construyen los sistemas de creencias, que a su vez configuran una manera particular de interpretar los fenómenos relacionados con la salud-enfermedad y reproducción, de tal forma que han llegado a constituirse como fuentes históricas de incalculable valor. Sin embargo, los trabajos enfocados en la descripción de los sistemas

médicos y los saberes relacionados al embarazo, parto y puerperio son los más numerosos, especialmente en México, Brasil, Perú y en los países con alto porcentaje de población indígena. La información obtenida de estas investigaciones permite recuperar los significados profundos de diversas prácticas que hoy sobreviven de manera parcial o modificada respecto a lo que fueron hace varios siglos y además comprender cómo se articulan los elementos del discurso del sistema biomédico con aquellos propios de la tradición de los pueblos indígenas, reconociendo que en el intercambio se han producido diversas resignificaciones con las que mujeres y hombres enfrentan hoy este proceso.

Otra vertiente en la cual se ha desarrollado investigación es la partería, la cual se realiza en base al testimonio de las propias parteras, quienes son vitales en el estudio de reproducción por su rol dentro de los sistemas médicos indígenas. Si bien algunos estudios en México, Colombia, Brasil o Argentina admiten la importancia de la partería en la historia de la asistencia sanitaria colonial anterior al proceso de profesionalización, a nivel latinoamericano falta aun investigación para un profundo reconocimiento a su existencia, valor y vigencia.

En Chile, las investigaciones sobre reproducción se han realizado desde la obstetricia, enfermería y otras profesiones del área de la Salud, las que progresivamente han ido integrando componentes como la clase social, el trabajo, la educación, la etnia y el género. También se ha estudiado el tema del embarazo y la asistencia del parto desde la historiografía, donde su mayor exponente es María Soledad Zarate, quien a través de su intenso trabajo ha logrado recabar gran cantidad de material sobre el desarrollo de la Ciencia médica y obstétrica en el país y papel de la mujer en el transcurso de esta historia.

Desde la perspectiva y metodología antropológica destacan los trabajos realizados por Michelle Sadler, en torno a la atención del parto en el sistema biomédico. Sus investigaciones han contribuido al diagnóstico, sensibilización y replanteamiento de la atención del embarazo y parto al promover el respeto a la dignidad humana y el protagonismo de las mujeres/usuarios en su atención, especialmente en el sistema público. En este sentido, por ejemplo el proyecto “Oportunidades y

resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento” corresponde a una sistematización de experiencias que fundamentan la posibilidad de pasar de un modelo de atención intervencionista a uno personalizado, en el cual se remarca la importancia de considerar la diversidad cultural de las usuarias y sus familias con el objetivo de entregar una atención pertinente.

Mientras que las investigaciones realizadas desde la antropología se han concentrado en gran medida en la I región con pueblo aymara y en la VIII y IX con el pueblo mapuche. En el norte destacan las investigaciones realizadas por Ana María Carrasco para comprender las relaciones de género, la sexualidad, la reproducción y el ciclo vital así como también la crianza y el impacto de la escolarización en el pueblo aymara. Esta autora junto a Vivian Gavilán, quien ha investigado desde la perspectiva de la identidad, la religiosidad y el género a este pueblo, han trabajado para reconstruir la dimensión simbólica de lo femenino y masculino en relación a la fertilidad y reproducción de los aymara.

Es importante señalar que para el caso del pueblo atacameño no se han realizado estudios abocados específicamente al proceso reproductivo. En la zona de San Pedro de Atacama y sus ayllus y pueblos cercanos es posible encontrar algunos datos dispersos con respecto a este tema, en trabajos de índole etnomédica como es el caso de Laval (1958), quien presencio un parto, en el cual la parturienta tuvo a su hijo en el suelo, sujeta de los brazos por dos amigas. Y luego la placenta fue cortada y enterrada en el patio, mientras que la puérpera era trasladada a una cama para guardar reposo. También en la etnografía de Mostny. G. (1994) en Peine aparece como el parto podía ser agachada o recostada y ayudada por otra mujer, que hacía de matrona. En este relato también se hace mención al entierro de la placenta en el patio, así como a un periodo de reposo de unos 15 días, luego de los cuales la mujer debía sahumarse antes de volver a sus quehaceres.

Y por su parte Blass Hidalgo. (1992) en Socaire, narra como la mujer hincada en el suelo tenía a sus hijos, siendo esta posición la más habitual entre las mujeres para el momento del parto, aunque con los avances de la medicina esta fue

cambiando hacia la posición de cubito dorsal. Se menciona como algo común la intervención de la madre, una pariente o la partera y en caso de la mujer estar casada era asistida directamente por su esposo.

En las investigaciones más recientes como la de Saravia. P. (2004) sobre “Ciclo vital y alimentación en Socaire” se describen una serie de nuevos elementos importantes al respecto. Por ejemplo se realza el valor de la partera, quienes eran las que conocían la forma de tratar el embarazo, parto y puerperio. Ellas eran las especialistas y no los curanderos y en lo general en cada pueblo vivían varias a las cuales acudir, las que además de ayudar a las mujeres en el momento del parto, se preocupaban de su alimentación posterior y de los cuidados del recién nacido. Asimismo se realza el valor de la familia como un componente activo en el proceso en cuanto se ocupan de todas las tareas domésticas y productivas que la mujer no pudiese realizar.

Esta investigación es la única que da un lugar central al zorro como elemento para recuperar fuerzas en momentos que se está muy débil. Su preparación como caldo con la carne del zorro y apio era utilizado para prevenir el “mal de aire” luego del parto, de tal forma que era necesario tomarlo justo antes del mismo, así como también se utilizaba su cola para sahumar la casa antes del parto y para el “susto” a los recién nacidos. La figura del zorro acompañaría a nivel simbólico a las prácticas de cuidado y purificación que aseguren el bienestar de la madre como el hijo en los momentos previos y posteriores al parto. “Comer carne de zorro - al menos entre los atacameños - en momentos previos al parto sería una manera de “adquirir” la capacidad de “originar vida” que tiene este animal mítico. Eso sumado a la prohibición de estar en contacto con el agua durante la semana posterior al alumbramiento nos habla de que son elementos que en el plano simbólico están estrechamente ligados a la fertilidad y a la continuidad del ciclo vital, no sólo en la naturaleza, sino también en la mujer”. (Saravia. P. 2004: 115).

Con respecto a la partería, Saravia. P, afirma que esta se ha debilitado considerablemente tras la intervención del Estado, la prohibición de dar a luz en las casas y la instalación de la posta en Socaire. “De esta forma los cuidados

relativos al embarazo y al parto han cambiado completamente. Esto se evidencia en que la alimentación de la mujer y la del recién nacido ya no se orientan por los patrones alimentarios tradicionales, sino que están determinados por el agente externo, en este caso del Servicio Nacional de Salud". (Ibíd.:116). De esta manera, no solo ha disminuido la diferenciación en el consumo de alimentos específicos en el periodo de pre y pos parto, sino que ha provocado que las practicas entorno a este proceso en general se encuentren en retroceso.

La investigación "El significado de la salud y la enfermedad en el pueblo de Talabre" de Pérez. M. (2005) muestra como la reproducción para el pueblo atacameño aparece ligada al mundo de lo femenino, tal como ocurre en otros pueblos andinos. A través de este estudio es posible apreciar la vigencia de ciertas prácticas; como las friegas y los remedios para apurar los dolores y calentar el cuerpo durante las contracciones. También se cuentan los *manteos* como una práctica latente y la posición de cuclillas como la más común entre las mujeres para dar a luz.

Se deja ver como cada mujer es poseedora de los conocimientos necesarios y elementales para traer al mundo a sus hijos, sin embargo igualmente es posible distinguir a algunas mujeres parteras, quienes gracias a su experiencia se encuentran mayormente capacitadas para ayudar a las mujeres a dar a luz. De esta manera, como el embarazo y parto no son considerados una enfermedad no guardan relación con el trabajo del curandero. En este sentido, Pérez. M sostiene que "Quien sabe es la partera, la que domina la práctica, el parto tiene que ver con un conocimiento terrenal, y no necesariamente un saber divino. El tener "experiencia" de ayudar en partos y tener hijos cobra relevancia en el tema del parto". (Pérez. M. 2005: 69)

En este trabajo se vuelve a hacer mención de como la obligatoriedad de nacer en hospitales representa un momento de presión por parte del Servicio de Salud a las mujeres del pueblo, el cual genera molestia en ellas porque las controlan y reciben amenazas de que serán expuestas a la fuerza de Carabineros, sino cumplen por su propia voluntad con esta disposición. Además el Hospital aparece

como un territorio de hostilidades y violencia hacia ellas, de tal forma que muchas prefieren esconderse para no tener que ir hasta allá a dar a luz. No obstante, también existe la otra parte de esta situación, en la que aparece el miedo al parto en casa en aquellas mujeres más jóvenes que han sido socializadas en las escuelas de otras ciudades. De esta manera, el tema de la reproducción y especialmente el parto, es uno de los lugares en los cuales se manifiesta indudablemente la relación entre la medicina atacameña con la medicina biomédica.

Finalmente en el estudio de Tocornal. C. (2006) “Medicinas en Atacama: Salud e Interculturalidad en el Salar” se describen en forma general algunos cuidados considerados como tradicionales para el desarrollo de un embarazo sin contrariedades. Entre estos las mujeres tendrían que abstenerse de comer alimentos pesados e irritantes como papa, cebolla o ajo, mientras que el caldo de cordero contribuiría a *afirmar* al bebe en el útero hasta el momento del parto, también deben evitar realizar movimientos bruscos o trabajos pesados para que no exista sangramiento, no obstante en caso de ocurrir esto, se acude al yerbatero, quien debe *parchar* a la mujer para impedir la eventual pérdida del hijo.

Entre los cuidados asociados al parto se cuentan los masajes y friegas para ayudar al bebe a salir, los *manteos* para aliviar a la madre, la ingesta de infusiones de yerbas como manzanilla o ruda y sopa de zapallo, sin embargo la principal precaución a tener durante el alumbramiento es al *desmande*, que ocurría cuando el cuerpo queda desencajado tras es el esfuerzo del trabajo de parto. Este tema del *desmande* o desprendimiento de los órganos reproductores femeninos aparece como vinculado a la matriz y ocurre producto de malos cuidados propiciados a la mujer durante su pos parto, lo cual ocurre principalmente luego de dar a luz en los hospitales. También se cuenta como un momento importante el esperar que la placenta baje por si sola y el tratamiento adecuado de la misma, enterrándola junto con el cordón umbilical en un lugar elegido por la familia. Por último, entre las precauciones del pos parto, están la dieta especial, mantener reposo, evitar los cambios de temperatura, así como la restricción en los baños y

actividades de la mujer puérpera, todo con el objetivo de evitar la *recaída*o debilitamiento de la madre luego del parto. Se mencionan además los baños con hierbas como malva y rosa a los recién nacidos.

Para Tocalma. C la mantención hasta nuestros días de un conjunto de normas y prescripciones propias del pueblo atacameño para tratar el embarazo, parto y puerperio, están indicando la persistencia y vigencia del modelo médico atacameño, sin embargo estarían en riesgo de desaparecer debido a la exigencia a que las mujeres den a luz en un contexto intrahospitalario. En este sentido da énfasis a este tema rescatando la importancia que “el tener a un bebé en condiciones tradicionales, según los atacameños asegura que el niño o niña y la madre tenga una salud fuerte para enfrentarse a las condiciones de vida de las comunidades”. (Tocalma. C. 2006: 129)

De esta manera, y para proseguir con esta sistematización de investigaciones y experiencias sobre reproducción en nuestro país, tenemos que en lo que corresponde al desarrollo investigativo con el pueblo mapuche se encuentran los estudios realizados por Ana María Alarcón, desde la etnomedicina y epidemiología social. Esta autora junto a Yolanda Nehuelcheo, en ese entonces Secretaria Regional Ministerial de Salud IX región, realizaron una investigación enfocada directamente sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche desde la perspectiva de las creencias, donde lo que aparece es un complejo sistema de cuidado cultural que posee elementos físicos, naturales, medioambientales y espirituales.

Por otra parte, también desde la antropología se encuentran los numerosos proyectos de Ana María Oyarce, sobre cultura, reproducción y medicina del pueblo mapuche y las investigaciones a nivel más general de Malva Pedrero en socio demografía y salud de los pueblos indígenas, autoras que por lo demás también han realizado trabajos en conjunto sobre aymaras y mapuches.

Más al sur se encuentra la investigación realizada por Leighton. A y Monsalve. D, ambas antropólogas, en conjunto con el médico Ibacache. J, denominada “Nacer

en Chiloé: Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo” en el año 2008. Este trabajo aborda el embarazo y parto ante la llegada del sistema de salud oficial a la zona y el impacto del mismo sobre el nacimiento en la isla y a partir de esto se preocupa de medir la satisfacción usuaria con respecto a los controles de embarazo y la atención del parto con el propósito de generar propuestas que mejoren la atención en los establecimientos de salud.

Tras este recuento, es posible constatar que si bien existen investigaciones sobre el proceso reproductivo, este ha sido en general un tema poco estudiado en nuestro país debido a su conceptualización como un acontecimiento mucho más médico que social y/o cultural, motivo por el cual aún no se pueden visualizar a cabalidad las consecuencias que la manera de enfrentarlo representa para las mujeres y sus familias, los recién nacidos y la sociedad en su conjunto. En este sentido, los estudios antropológicos en el área de la reproducción han contribuido a ir superando los sesgos que contenía esta línea investigativa, en cuanto a constituirse como un tema de mujeres o bien como un evento sanitario o biológico que no necesitaba ser analizado desde una perspectiva socio-cultural. (Blázquez. M. 2005). Cada investigación representa un avance en el conocimiento, aceptación e integración de las diversas formas de concebir el embarazo, parto y puerperio, el cual conforma desarrollo teórico y científico factible de ser aplicado por la Ciencia médica considerando la necesidad de alcanzar un enfoque intercultural para la atención y asistencia de pueblos indígenas que habitan el país.

#### 4.2.2 ASISTENCIA AL PARTO EN CHILE

Una perspectiva histórica sobre el tránsito del parto natural al parto obstétrico en el país devela una serie de tópicos que contribuyen a ampliar nuestra comprensión sobre las condiciones actuales en que tienen lugar el embarazo y parto. En este recorrido la instrucción formal de matronas y el dominio que alcanzaron los médicos en esta área fueron decisivos para la marginación gradual de las parteras empíricas en la atención de los partos así como para que paralelamente los saberes tradicionales e indígenas fueran siendo deslegitimados de manera paulatina.

Existen algunas observaciones realizadas por los colonizadores españoles del siglo XVII hacia la vida cotidiana del pueblo mapuche especialmente, en las cuales las mujeres aparecen dando a luz solas, sin ayuda de una partera, a lo sumo ayudada por una amiga pero no en calidad de partera especializada. (Zarate. M. 2007). Estos registros de carácter etnohistórico han hecho que algunos autores, como Citarella. L, se inclinen a considerar que el rol de la partera se instala a partir de la empresa de la conquista española en el territorio, ya que este oficio en la Europa de esa época tenía notable reconocimiento, lo cual es si bien es un antecedente que aparece como bastante razonable, insta a una mayor profundización.

La presencia de mujeres, familiares o amigas durante el parto se volvió una práctica habitual durante la Colonia en Chile y toda Latinoamérica, teniendo como función básicamente brindar el apoyo necesario para la mujer que está viviendo este momento. De esta manera, las mujeres que fueron ocupándose de la asistencia de partos fueron recibiendo el nombre de parteras, comadres, comadronas e incluso matronas, sin contar con profesionalización alguna. (Plath. O. 1981:227)

Muchas mujeres pertenecientes a diversos pueblos indígenas que poseen conocimientos curativos entre ellos la partería, ejercen aceptadamente hasta entrado el siglo XX. Sin embargo, esta labor se fue desvalorizando producto de la

extrapolación a nuestro continente de un complejo proceso desarrollado en Europa desde el siglo XVII y sistemáticamente al siglo XVIII, en el cual se busca la distinción entre parteras certificadas y parteras *tradicionales* o *empíricas*. Esta restricción se esgrime a partir del juicio negativo que se tenía de los procesos curativos femeninos que se asociaban a brujerías y rituales mágicos. (Zarate. M. 2007)

Es así como se fueron elaborando políticas de instrucción profesional dictadas por médicos hombres, las cuales dieron la posibilidad de ejercer legítimamente a la partera instruida en todos aquellos casos denominados “partos normales”, puesto que los no se encuentren en este rango deben retornar a manos de los médicos.

En consecuencia, las parteras tradicionales perdieron la asistencia del parto producto de la intensa incorporación de matronas certificadas y médicos obstetras que fueron mostrando un paulatino interés por el embarazo y el parto lo que contribuyó al posicionamiento efectivo en la atención del mismo. Este rol exclusivamente femenino fue tomado en control por los médicos, quienes se encargaron de debilitar la figura de la partera a través de sus constantes descréditos al trabajo que ellas realizaban, creando la imagen de que estas mujeres no ejercían una función asistencial segura y correcta con respecto a la ciencia médica formal. (Ibíd.)

Esta es una tesis que hace explícito el conflicto de la desigualdad de género, pero además nos convoca a llegar al sustento de la imagen negativa de la partera, donde el origen social de quienes practicaban este oficio fue un eje central en la construcción de la diferenciación. El grueso de las parteras se constituía por mujeres provenientes de las capas más bajas de la sociedad, quienes tenían la responsabilidad crucial de las muertes de madres y recién nacidos. (Sánchez. O. 1998)

Desde la historiografía, Zarate. M. (2007) da cuenta de cómo en el país se fue generando arbitrariamente una imagen de la partera como una persona ignorante y cuya labor es inmoral, la cual solo ha sido cuestionada por estudios más

recientes. El desprestigio fundado contra las parteras fue un proceso tanto práctico como político, cargado de descalificaciones y simbolismos de género, de origen social o clase y étnicos.

A pesar que desde la medicina formal se llevaron a cabo distintos intentos por reemplazar a la figura de la partera, su presencia tuvo y continúa teniendo relevancia en toda Latinoamérica. Un documento oficial de la OMS<sup>7</sup> de hace un par de décadas reconoce la vigencia de la práctica de este oficio en el siglo XX especialmente en Centroamérica. Este documento define a las parteras tradicionales como personas que carecen de instrucción obstétrica, pero que manejan a cabalidad las costumbres y saberes populares de todo lo que se refiere a los cuidados del embarazo, parto y puerperio tanto de la madre como el hijo y por tal motivo forman parte de las personas más respetadas en su comunidad, aunque en ocasiones ejercieran al margen de la legislación sobre política sanitaria vigente.

La experiencia de la parteras chilenas es similar a la de otros países de América Latina, donde el casi exclusivo protagonismo de las parteras, comadronas, médicas o *meicas*<sup>8</sup> hasta mediados del siglo XIX se desarrolla producto de la inexistencia de matronas instruidas formalmente como también por el escaso interés que despertaba en los pocos médicos disponibles durante la Colonia los temas ligados a la reproducción.

“Algunas crónicas e historias de la medicina chilena que aluden al oficio de parteras y matronas y a su función social, sin hacer distinción entre unas y otras, son casi unánimes en atender más a los errores que cometían, destacando su escasa calidad moral y el origen socio-económico humilde que parecía ser común en todas ellas (...) dejando en el olvido que de ellas dependía la cobertura de un auxilio que los médicos chilenos solo comenzaron a estimar como propio hacia fines del siglo XIX” (Zarate. M. 2007:52)

---

<sup>7</sup>Organización Mundial de la Salud, “Función de la partera en la asistencia a la madre” en Informe técnico N° 331, Ginebra 1966.

<sup>8</sup>*Meica* o *médicas* es una alusión directa a la curandera que trata a sus enfermos con rezos, yerbas, ungüentos y artes de brujería. En “Diccionario de chilenismos” de Félix Morales Pettorino. 1984-1987.

En siglo XVIII se fomentaba en el país una percepción u opinión pública negativa de este oficio, mientras que por otra parte existía la necesidad práctica de contar con aquellas mujeres que ejercieran el arte de parrear. Aún más la antigua confianza en las parteras se extendió hasta mediados del siglo XIX, ya que había una marcada preferencia por la asistencia que brindaban las parteras, puesto que garantiza un conocimiento de larga data y de necesaria empatía. A fines del siglo XIX, los grupos sociales ilustrados y algunos médicos de mayor reconocimiento comenzaron a catalogar el trabajo de las parteras como negligente, incluso vinculándolo a la práctica de delitos como el aborto y colaboración en infanticidios, lo cual si bien no está estadísticamente probado en las cifras de mujeres que hayan sido procesadas por aquellos delitos en la época, contribuyó a que se fuera menospreciando su labor y fomentando con ello el estereotipo de la partera atrasada y también deshonestas.

Las críticas no fueron profundas en la medida que en el Chile de ese momento histórico no existía una real oferta de carácter científico en la asistencia al parto, no obstante se fue generando una idea progresiva de la necesidad de contar con médicos y matronas formadas ante la emergencia de partos complicados o fallecimiento inminente de la madre o el hijo. Es por esto que el parto laborioso o complicado junto a la incapacidad de la parturienta de expulsar a su hijo se transformaron en las dos mayores justificaciones para requerir la presencia de un médico. Hasta ese entonces el parto era un espacio social femenino en el que se encontraban distintas generaciones; abuelas, madres e hijas, el cual cambia radicalmente cuando el parto se transforma en una asistencia de tipo hospitalaria. (Ibíd.)

El crecimiento de la cobertura médica formal, sobre todo tras la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile no fue suficiente para las autoridades estatales y Juntas de beneficencia, de tal forma que el lograr un buen estado sanitario en la población tanto en la capital como en provincias, no solo requirió la supervisión de la actividad médica privada y de hospitales y resolución de problemas económicos, sino que además exige la planificación y ejecución de

estrategias contra la sólida reputación y presencia de yerbateros, componedores, parteras, *machis* y curanderos en general. No obstante la confianza en los tratamientos de los curanderos, quienes eran reconocidos como parte del pueblo o comunidad, no disminuyó, ya que paralelamente las técnicas de los médicos generaban gran aprensión.

“Aunque son escasos los testimonios sobre una silenciosa resistencia, que tanto la población como quienes practicaban la medicina tradicional oponían a los médicos recién llegados a las localidades distantes (...) lo cierto es que el temor a los médicos era homologable al que inspiraban los hospitales, recintos a los que se ingresaba solo para esperar la muerte” (Zarate. M. 2007: 67)

El desarrollo de la asistencia del parto natural al obstétrico es una historia de desprestigio y marginación de un conocimiento que fue denostado como *vulgar* frente de otra forma de conocimiento *científico*, cuya superposición se configura como un hecho social que no solo está relacionado con los conocimientos y/o avances técnicos y profesionales sino también a las imágenes y juicios sobre la condición femenina, social y étnica.

#### **4.3.-POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD E INTERCULTURALIDAD**

En el presente apartado se procede a realizar en primer lugar, un recorrido a través de los principales hitos y acontecimientos que marcan el desarrollo de la Interculturalidad en Salud expresada en políticas públicas a nivel país para luego continuar con una exposición de los principales experiencias y trabajos que se han llevado a cabo en torno al tema del embarazo, parto y puerperio indígena.

En este sentido, las demandas y reivindicaciones de los grupos indígenas han contribuido en gran medida para impulsar las Políticas públicas orientadas hacia la adecuación cultural de ciertos servicios, especialmente en el ámbito educativo, el cual ha sido uno de los primeros en implementar tales medidas, así como en el ámbito de la salud y de justicia posteriormente.

Asimismo el respaldo brindado por los distintos Organismos Internacionales vinculados a la Salud ha sido fundamental, ya que a través de los distintos documentos de carácter jurídico han impulsado la búsqueda de cambios, presionando a los Estados a través de una serie de Acuerdos y Pactos Internacionales para la protección los Derechos Humanos y la Salud especialmente en relación a los pueblos indígenas. Entre los principales se encuentran el Pacto de San José en 1969, el protocolo de San Salvador 1988, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1989, la reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud en Winnipeg, Canadá en el año 1993, cuyos resultados sirvieron de base para la Resolución V de la Iniciativa SAPIA (Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 y la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas del 2007.

Otro hecho importante en materia de Salud fue la Declaración de Alma-Ata firmada en 1978 de OPS/OMS donde se reconoce que las desigualdades socio-económicas afectan directamente sobre las condiciones de salud de los pueblos. Además se admite la participación tanto individual como colectiva en las acciones en el área salud, de tal forma que la promoción de la salud y la atención primaria en salud (APS) debían ser fortalecidas.

Todos estos Pactos constituyen marcos jurídicos que implican un esfuerzo por ampliar la forma de entender la Salud hacia una perspectiva mucho más integral, en la cual esta se encuentra interconectada con todos los ámbitos de vida de los pueblos indígenas, por lo tanto su desarrollo también se encuentra vinculado al ejercicio de otros derechos como tierra, recursos o autonomía. También promueven la atención a la salud de los pueblos indígenas a partir del respeto y revalorización de su identidad, valores y practicas propias en pos de superar problemas que van desde el déficit de cobertura, la falta de acceso y la baja receptividad de los Servicios de Salud entre las poblaciones indígenas.

En Chile desde la década del 90 se fueron realizando diversos Encuentros Nacionales que promovían los lineamientos de OPS/OMS de Sistemas Locales de Salud (SILOS). El “Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud” el año 1996, en Saavedra, región de la Araucanía, se propone analizar la situación de salud y condiciones de vida de las comunidades indígenas para elaborar bases y propuestas tanto legales como estratégicas en salud intercultural. Luego en el año 1997 se realizó el “Segundo Taller Nacional: Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural” que buscaba resaltar la necesidad de desarrollar una epidemiología intercultural, que cuente con información territorial, social y cultural de los problemas y que a la vez recoja el significado del proceso salud-enfermedad en los pueblos originarios.<sup>9</sup>

En 1999 el Ministerio de planificación; MIDEPLAN en conjunto con MINSAL organizan el “Primer Seminario Nacional de Salud Intercultural y Políticas Públicas”, cuyo objetivo era comenzar a trabajar en la creación de políticas públicas de mediano plazo que contribuyeran al desarrollo de una Salud Intercultural en Chile. Paralelamente habían surgido varias iniciativas para integrar la dimensión Intercultural en el área de la Salud Pública, por ejemplo el trabajo de Salud Intercultural del Hospital Maquehue, la traducción de material informativo al mapudungun, el trabajo realizado por los facilitadores culturales en hospitales de la IX y I regiones, el Servicio de Salud de Araucanía Sur, uno de los primeros que trabajó con poblaciones indígenas.<sup>10</sup>

Estas estrategias e iniciativas realizadas por diversos equipos de trabajo a lo largo del país fueron respaldadas desde 1996 por el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, creado por MINSAL en el marco del Convenio Internacional sobre Pueblos Indígenas N°169 y el Decenio Internacional de Pueblos Indígenas del Mundo 1995 -2004 (Resolución ONU N°48/169 de 1993), cuyo objetivo central es mejorar la situación de salud y medio ambiente de los pueblos indígenas a

---

<sup>9</sup>Taller Nacional Salud y pueblos Indígenas. 2001. “Salud, Cultura y Territorio: Bases para una Epidemiología Intercultural, Programa Salud y pueblos Indígenas”. Ministerio de Salud y Programa de Salud con Población Mapuche, Servicio Salud Araucanía Sur.

<sup>10</sup>Seminario de Salud intercultural y políticas públicas. Santiago de Chile, 21 y 22 de Octubre de 1999.

través de servicios más accesibles y que respondan mejor a las necesidades de la población indígena considerando sus características culturales, lingüísticas y socio-económicas como su participación en la definición y solución de los problemas.

En un recuento de los hitos históricos de Salud Intercultural en Chile<sup>11</sup> se encuentran; el Encuentro “Salud y Pueblos Indígenas: Logros y desafíos en la Región de las Américas” en el 2000, Programa de Desarrollo Integral de las Comunidades Indígenas “Orígenes” del año 2001, el cual se centra en mejorar las condiciones de vida y promover un desarrollo con identidad enfocado en los pueblos Aymará, Atacameño y Mapuche. Luego en el 2004 MINSAL crea la Ley de Autoridad Sanitaria, la cual busca formular políticas que permitan integrar el enfoque de salud intercultural en el modelo de atención y en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena, mientras que en el año 2005 genera el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que apunta en esta misma dirección.

Luego en el 2006 se impulsa la Política de Salud y Pueblos Indígenas, en la cual la idea es lograr un mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas a través de un modelo de salud intercultural que involucre su participación activa en la construcción, ejecución y evaluación de programas y planes regionales y locales de salud, es decir, sin condicionarla solo a etapas de diagnóstico o levantamiento de necesidades. También en el mismo año se dicta la Norma General Administrativa Sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud, Norma N° 16, la cual recalca la necesidad de reconocer expresamente la validez de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas. Y posteriormente en el año 2012 se genera la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las personas de atención de salud, la cual incentiva el derecho de las personas a recibir una atención adecuada y en las personas indígenas a recibir un trato pertinente culturalmente.

---

<sup>11</sup>Sáez M. “Políticas y programas en salud y pueblos indígenas en Chile: una historia de cooperación En: Retrospectiva de salud y pueblos indígenas en Chile”. Desarrollo de políticas, programas y normas en el contexto de la Cooperación entre OPS/OMS y Ministerio de Salud. Documento en vías de publicación 2012.

Este recorrido entorno a la Interculturalidad en Salud a nivel general da cuenta de cómo en Chile el ámbito de la Salud es uno de los cuales ha trabajado con mayor énfasis el tema de la Interculturalidad. Asimismo en el área de la reproducción y pueblos indígenas es posible hallar trabajos a partir de los cambios realizados en los lineamientos de la Salud Pública para tratar adecuadamente la Salud y reproducción, los cuales en la práctica se expresan en diversos tipos de propuestas de trabajo y nuevos modelos de salud que buscan partir de la percepción y necesidades de las mujeres y hombres indígenas.

Se han desarrollado experiencias como encuentros, charlas, seminarios entre otros, reuniendo a mujeres indígenas y no indígenas pertenecientes al mundo de la salud, como matronas, enfermeras y médicos con parteras, cultoras y sabias para intercambiar conocimientos, donde se han coordinado las organizaciones indígenas y las instituciones de salud del Estado en el norte como en el sur del país. También se han generado las casas y hogares de acogida para atender a las madres y sus familias que vivan distantes a los Servicios de Salud y ya estén próximas por dar a luz. Entre estas se encuentran; la Casa de la madre rural y familia altiplánica aymara de Iquique, la Casa de Atención del Médico Andino en Colchane, la Casa de la Madre y el Niño en Panguipulli, el Hogar maternal en el Lago Ranco y el Hogar Intercultural de la madre y del niño; Ruka kom pu ñuke katañ koñi, en el Hospital Santa Bárbara, región de Biobío.

Con respecto al parto, se han gestado instancias de atención con pertinencia cultural en algunas zonas, especialmente con población aymara y mapuche. Por ejemplo en el año 2004 en el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames en Iquique se implementó un programa piloto de atención humanizada en población aymara para lograr un modelo de atención en el cual los servicios de salud se adecuan a las necesidades y prácticas culturales de este grupo. Otra experiencia realizada también el año 2004 es el programa denominado "Humanización del Parto y Nacimiento en el Sistema Público de Salud", para todas las pacientes que se atienden en la maternidad del Hospital de Villarrica. Si bien este trabajo no posee un enfoque exclusivamente intercultural ha sido uno de las experiencias más

solidas y continuas en este tema. Luego en el año 2007 a partir del Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, se implementa una sala de parto intercultural para las mujeres mapuches que se atienden en la unidad de Obstetricia del Hospital de Santa Bárbara, iniciativa que se realiza a partir de investigaciones realizadas para captar las necesidades propias de su cultura y cosmovisión. Posteriormente en el 2009 se realiza un proyecto denominado “Utasanjam usuña; Parir como en nuestra casa”, donde fue habilitada una sala de parto intercultural en el Hospital Juan Noé de Arica, realizada en conjunto también por el Sistema Chile Crece Contigo y el Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

Todo este tipo de propuestas busca devolver a la mujer el rol central y activo a lo largo del trabajo de parto y el parto mismo, dando la posibilidad a ellas y a sus familias de experimentarlo de una forma similar en que tiene lugar al interior de la comunidad a la cual pertenecen, para ello se adoptan algunas medidas que a grandes rasgos van desde la presencia de la partera, la deambulación libre por el lugar, ingerir infusiones, masajes, presencia del esposo, la madre u otro familiar, elección de la posición de parto, recuperación con comidas y sopas de su tradición así como prescindir de procedimientos médicos y analgésicos de rutina. A la vez estas nuevas formas de atención del embarazo y parto persiguen un objetivo concreto desde la institucionalidad, que es disminuir los partos domiciliarios en pueblos aislados para con ello contribuir a la mantención de indicadores óptimos de salud como país en torno a la morbilidad materno-infantil.

La promoción de la salud reproductiva intercultural para mujeres indígenas se ha vuelto una prioridad en el ejercicio de los derechos humanos y reproductivos en América Latina y el Caribe, de lo cual Chile ha hecho eco justamente a través de este tipo de experiencias. Así dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del año 2000 se encuentra la mejoría de la salud materna por medio de la reducción de tres cuartas partes de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva al año 2015, para lo cual se reconoce es fundamental la adopción de modelos interculturales en esta área.

Por otra parte, también es importante respaldar e impulsar el desarrollo de investigación en esta área, ya que esta permite lograr a un mejor nivel de comprensión y aceptación de los sistemas de prácticas y creencias indígenas, lo cual es primordial no solo a nivel académico, sino también pragmático, ya que una mejor comprensión de estos hace posible adaptar los programas de salud a la diversidad de usuarios que intenta abarcar el sistema biomédico y que no termine ocurriendo a la inversa, es decir, tratando de imponerles a estos las lógicas de determinados programas, así como también va a favorecer la constitución de nuevos planteamientos y metodologías para afrontar este tema.

Por último, cabe señalar que las Políticas Públicas, programas y proyectos emanados desde el MINSAL para tratar la Salud Intercultural en general, no solamente han ido en la línea de incorporar ciertas prácticas interculturales al interior del Sistema de Salud Público, sino también en la realización de distintos tipos de experiencias impulsadas por organizaciones indígenas, ONG's y organismos gubernamentales, quienes a través de diversas metodologías han buscado integrar el enfoque de la Interculturalidad a las distintas temáticas de su realidad local, lo que también ha de replicarse en el ámbito de la reproducción.

## **V.- MARCO TEÓRICO**

En el presente capítulo se exponen las principales líneas teóricas utilizadas para abordar el tema del embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño. Como punto de partida se tomarán los análisis realizados desde el área de la antropología especializada en parto y nacimiento, entendiendo que cada grupo humano va a otorgar diversos significados al proceso reproductivo a partir de los cuales se crearán pautas y procedimientos coherentes a los mismos. Esta perspectiva nos permite relativizar el tema y nos conecta con la segunda línea de trabajo de la antropología médica, especialmente en su vertiente más crítica e historicista, la cual a través de sus postulados nos sitúa en el contexto de sistemas médicos y culturales distintos, donde la superposición que alcanza el sistema biomédico occidental ha sido la que ha generado relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos dejándolos en una posición no solo de inferioridad, sino también de desprestigio y deslegitimación.

Sobre esta base pasamos al tercer eje de análisis de la presente investigación, considerando algunas precisiones sobre los usos y sentidos que encierra el término Interculturalidad y su aplicación en el área de la salud. Más bien este último punto viene a precisar sobre las relaciones de hegemonía y subalternidad en que se encuentran los grupos indígenas de nuestro país en la actualidad y cómo en este marco relacional se pueden construir espacios de interacción verdaderos entre culturas distintas.

### **5.1. ANTROPOLOGIA DEL NACIMIENTO**

El surgimiento de la investigación en torno al cuerpo y cómo este se construye tanto histórica como socialmente ha sido desarrollada desde las distintas disciplinas que conforman las Ciencias Sociales. Por su parte, la Antropología social y cultural a través del trabajo etnográfico, las reflexiones teóricas y una metodología comparativa ha analizado las distintas formas con que los grupos humanos representan y experimentan la corporalidad así como los significados

culturales de las prácticas asociadas a esta, redefiniendo estas nociones y relacionándolas con procesos sociales, político-económicos, culturales e institucionales más amplios e históricamente determinados.

Desde la sub disciplina de la antropología médica se han desarrollado una serie de trabajos en el área del nacimiento y el proceso reproductivo en general, los cuales parten de la base que no es un asunto meramente biológico en la medida que todas las sociedades modelan el comportamiento reproductivo de sus miembros (Browner. C y Sargent. C. 1996). En este sentido, resulta interesante explorar los aspectos culturales que generan similitudes y diferencias entre los diversos grupos humanos, ya que estas investigaciones proporcionan un poderoso objetivo para la observación y el análisis de procesos sociales y culturales más amplios.

La reproducción humana fue estudiada de forma parcial en las etnografías clásicas de Malinowsky. B (1932) y Montagu. A (1949), donde se describían tabúes, creencias folklóricas y su relación con diferentes rituales, no obstante no es hasta la década de los 60's que esta línea investigativa se abre más formalmente. Jordan. B. (1993) plantea la escasez de material etnográfico existente en los 70's sobre los sistemas de partos en grupos culturalmente diferentes genera una serie de dificultades para poder realizar comparaciones interculturales. Más aun la información existente estaba basada casi exclusivamente en la perspectiva de las ciencias biológicas y la biomedicina, ya que las investigaciones en antropología médica constituían una especie de sub alternidad al paradigma positivista de estas ciencias, las que definían al cuerpo, la salud y la enfermedad como realidades biológicas y totalmente naturales, de tal forma que tampoco existía claridad sobre los tópicos que necesitaban ser considerados para organizar la información con que se contaba.

De esta manera, los trabajos de Mead. M y Newton. N en 1967 (citado en Browner. C y Sargent. C. 1990) van marcar el inicio de la producción de etnografías respecto al tema y será justamente gracias a sus trabajos que el parto

pasa a ser valorado como una unidad de análisis específica, consolidándose ya para la década de los 70's a través una serie de publicaciones sobre el tema<sup>12</sup>.

Sin embargo, formalmente fue la publicación de Brigitte Jordan en 1978, "Birth in Four Cultures", el hito que planteo a los sistemas de parto como un eje de estudio relevante para la disciplina antropológica. Su trabajo consistió en describir sistemáticamente el parto en una comunidad Maya en Yucatán, con lo cual se lograron percibir las diferencias entre un parto experimentado en el seno de la comunidad, donde la mujer tiene un rol e importancia en su proceso reproductivo y parto versus los partos altamente tecnologizados de Estados Unidos, Holanda y Suecia. Para esta autora el parto y los fenómenos relacionados adquieren un consenso en cada cultura, el cual consiste en una serie de creencias y prácticas que traen consigo un modo característico de enfrentar este proceso acorde a las pautas de cada grupo cultural. Es por esto que al interior de cada sistema, las prácticas relativas al parto aparecen como una rutina relativamente uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada (Jordan. B. 1993).

Asimismo fue la obra de Sheila Kitzinger en 1978 "Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures" la que logra generar mayor conciencia de los distintos modos de experimentar y construir el embarazo. La exposición de todas las posibles formas culturales sirvió de contraargumento y de contraste al modo arbitrario y técnico de concebir el embarazo y parto desde el sistema biomédico. Es justamente a partir de trabajos que fue tomando fuerza una corriente<sup>13</sup> que va a criticar la excesiva medicalización, tecnologización y el alto nivel de intervención médica en la atención de la reproducción en las sociedades industrializadas con respecto a los pueblos indígenas.

---

<sup>12</sup>Nancy Stoller Shaw (1974), Carol McClain (1975), Sheila Cosminsky (1977), Brigitte Jordan (1977), Shelia Kitzinger (1978) y Linda Annis (1978). Y posteriormente Ann Oakley (1980), Soheir Morsy (1981), Carol MacCormack (1982), Carolyn Sargent (1982 y 1996), Margarita Kay (1982), Faye Ginsburg y Rayna Rapp (1991 y 1995), Sara Franklin y Helena Ragone (1997) y Iris López (1998) por mencionar algunas de ellas.

<sup>13</sup>Representada por autoras como Shelly Romalis (1981), William Arney (1982), Audrey Eccles (1982), Rita Arditti, Renate Klein y Shelley Minden (1984), Susan Irwin y Brigitte Jordan (1987), Ellen Lazarus (1988 y 1994), Karen Michaelson (1988), Carolyn Sargent y Nancy Stark (1989), Brigitte Jordan (1993), Hency Goer (1995), Carole Browner y Nancy Press (1995), y Rayna Rapp (2000), Robbie Davis Floyd (1992, 1994, 2000 y 2001), Shirley Lindendaum y Margaret Lock (1993).

En este sentido, algunos postulados sostienen que los mecanismos y prácticas desarrolladas en torno al nacimiento humano serían el resultado de una herencia evolutiva común como primates bípedos, las cuales han sido modificadas a partir de la Revolución Industrial. En otras palabras, esto quiere decir que antes de este suceso era muy factible encontrar similitudes en las prácticas vinculadas al proceso reproductivo, más allá de la variedad de los matices culturales que cada sociedad pudiese haber adoptado, entre las cuales estarían; caminar durante las contracciones, también comer y beber durante este proceso, cambiar de posiciones para un mejor manejo del dolor y la elección de la posición vertical para dar a luz, además de la preferencia o necesidad a ser atendidas o acompañadas por otras mujeres, familiares o parteras en un lugar propio como el hogar. Sin embargo con la nueva era industrial estas prácticas fueron modificadas principalmente debido a la mayor necesidad de controlar la naturaleza y los procesos naturales. (Davis-Floyd. R. 2009).

Tras este devenir histórico, las mujeres, principales encargadas de los aspectos reproductivos, dejaron de ocupar un lugar central en el proceso debido a que este se fue reglamentando gradualmente. En el desarrollo de la medicina occidental los hombres se hacen cargo de la asistencia al parto y las mujeres encargadas de esta labor quedaron relegadas y subordinadas a ellos. “Al hombre solo le faltaba esta parcela para hacerse en el siglo XVIII con la autoridad en todos los terrenos relacionados con la salud y sacó del ámbito de lo privado los cuidados maternos adscribiéndolos a la esfera de lo público bajo el pretexto de una mejor asistencia” (Linares Abad. M. 2009)

Más aun, con el posicionamiento hegemónico del sistema biomédico, los nacimientos comenzaron a ser trasladados a los hospitales a la vez que las parteras fueron perdiendo su prestigio y paralelamente quedando subordinadas a los médicos obstetras. Así “De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo con la ayuda y el apoyo general de las mujeres, se convirtió progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico, que debe ser controlado. Con esto cambia el lugar de nacimiento y

sus participantes y se introducen nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo, que conducen a nuevas maneras de representarlo”. (García. Jordá. D y Díaz. Z.2010). Es por esto que el contexto geográfico, político y económico, religioso y cultural en que tiene lugar el nacimiento va a determinar una variedad de elementos, especialmente la compañía con que contara la mujer durante el parto y de igual forma la figura que será considerada como experta. (Montes. M. 2009).

El sistema biomédico se ha enfocado netamente en el aspecto fisiológico o biológico del embarazo y el parto, muy similar entre culturas, lo que le ha servido para alcanzar cierto predominio en lo que respecta a su atención y asistencia. Y en este sentido, si bien ha realizado intentos por no catalogar el proceso reproductivo como un evento patológico o sinónimo de enfermedad (en el cual el cuerpo femenino aparece representado de modo defectuoso que por lo tanto demanda control médico) y tratarlo como un evento fisiológico que ocurre en mujeres sanas, sin patologías (por lo tanto sería un proceso normal y natural) igualmente cae en la supervisión y control exhaustivo, bajo la imperiosa necesidad de evitar los riesgos inminentes, todo lo cual deviene en un excesivo intervencionismo médico y sanitario (Blázquez. M. 2005), donde la atención brindada en los recintos hospitalarios se vuelve estandarizada y se aplica de manera sistemática y homogénea para todas las mujeres, a la vez que imperan los discursos sobre el riesgo y el dolor (Montes. M. 2009).

El control que se ejerce sobre las embarazadas durante el embarazo, y especialmente durante el trabajo de parto y el parto mismo se manifiesta en la realización de procedimientos médicos realizados por rutina a embarazadas sanas que no se encuentran en situación de riesgo elevado, ni tampoco su hijo por nacer. Tales procedimientos de medicalización del parto consisten en internaciones intempestivas, rasurado y enema, tactos, inducción de contracciones por goteo intravenoso de oxitocina, anestesia epidural de rutina, limitación de la movilidad de la mujer al estar en posición cubito dorsal, en ocasiones con las piernas elevadas y sujetas a estribos, auscultación electrónica permanente de los

latidos del niño por nacer con la consecuente pérdida de mayor movilidad, episiotomías, ligadura inmediata del cordón umbilical, separación madre-hijo tras el nacimiento, sin existir riesgo alguno en el recién nacido.

Esta forma de abordar el proceso reproductivo básicamente lo que hace es patologizar los procesos reproductivos naturales y biológicos, afectando de manera directa o indirecta, ya sea el cuerpo y/o la psiquis de la mujer. Esta clase de violencia considerada de tipo obstétrica, no solo ocurre a nivel físico, sino también psicológico y se expresa a través de un trato inadecuado o deshumanizado por parte de los profesionales de salud hacia las mujeres. Todas estas prácticas han sido evaluadas como ineficaces y perjudiciales, planteándose la necesidad de ser eliminadas. (OMS. 1985)

De esta manera, podemos apreciar como también este tema de la reproducción está estrechamente ligado al tema de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de sus cuerpos, ya que si bien el embarazo, parto y puerperio se trata de un acontecimiento universal en términos biológicos, el control que ejerce el sistema biomédico no permite cabida a otras formas tradicionales de comprender y normativizar este proceso, deslegitimando, invisibilizando e incapacitando otros sistemas de atención. (Ehrenreich. B. 1990, Ortiz. T. 2001)

En este escenario entran en juego conceptos que van a definir el parto en cada grupo cultural como el territorio en el cual se desenvuelve este acontecimiento, los participantes involucrados así como el uso de medicación y tecnología constituyen parte de todo lo que aparece como significativo en una cultura o sociedad determinada. (Jordan .B. 1993).

Así para el presente estudio se recoge esta tensión entre sistemas de embarazo y parto indígenas viables y saludables versus la hegemonía que ejerce el sistema biomédico en torno a la atención y asistencia del proceso reproductivo.(Sadler. M. 2003). Como ya se ha mencionado cada cultura va a concebir de una manera propia y particular el parto, lo cual puede verse reflejado concretamente en su modo de enfrentarlo, donde las nociones compartidas vienen a argumentar las

prácticas que se realizan así como las características que este acontecimiento adquiere. (Jordan .B. 1993).

## **5.2. ANTROPOLOGIA MÉDICA**

Las relaciones entre la medicina y la antropología, en tanto disciplinas científicas, se remontan a la fundación de las mismas durante la época de la Ilustración europea, la cual tuvo lugar entre los siglos XVII y XVIII. Hasta fines del siglo XIX la Antropología fue una de las ciencias medias básicas, ocupándose de una serie de tópicos de la época como raza, evolución, selección natural, así como también sobre la fiabilidad científica de los textos bíblicos, todo lo cual le permitió abrir un espacio para la emergencia del modelo antropológico. Por su parte, la Medicina fue incorporando los paradigmas biológicos de la ciencia experimental a la vez que fue abandonando su discurso político-social sobre la salud y la enfermedad, de tal forma que se volvió cada vez más dependiente de los parámetros biológicos y más centrado en la curación-cuidado que en la prevención. (Comelles. J y Martínez. A. 1993)

El modelo médico buscando asegurarse el monopolio de la atención en salud se valió más que en sus progresos técnicos, en una serie de estrategias corporativas para lograr la legitimación de su hegemonía en esta área. Entre estas se encuentran los postulados científicos desarrollados por la disciplina antropológica de esa época, los cuales al estar fuertemente influenciados por las ideas sobre evolución, civilización y progreso fueron de gran utilidad para eliminar una serie de creencias campesinas consideradas supersticiones, combatir prácticas populares y asociar el origen de numerosas enfermedades con la pobreza. Sin embargo, progresivamente la Antropología fue derivando en nuevas teorías que emergen en reacción al evolucionismo y el determinismo imperante, lo cual está directamente relacionado con el proceso de institucionalización de esta ciencia así como también con su expansión y consolidación. A principios del siglo XX se produce una escisión mutua en la relación entre Antropología y Medicina, tal como

ocurre la disociación entre las Ciencias Naturales y Sociales, lo que implicó que al menos en la formalidad el modelo médico relegara a la antropología a un segundo plano, mientras que la antropología al enfatizar su interés sobre el enfoque etnológico, desistiera de su perspectiva biológica y por lo tanto de su nexos con este modelo biomédico. (Ibíd.)

De esta manera, no fue hasta la década de los 50's, tras la segunda guerra mundial, que la Ciencia Médica y la Antropología vuelven a unirse en esta subdisciplina denominada como Antropología Médica, la cual se fue estructurando durante toda esta década para emerger durante los años 60's cuando cuenta con un corpus teórico propio que demuestra la utilidad práctica de sus conocimientos.

En este sentido, si bien la publicación póstuma "Medicine, Magic and Religion" de W. Rivers, 1924 es considerada como la obra precursora de la línea investigativa, esta recién toma su nombre a partir del trabajo de Scotch. N, quien en 1963, titula bajo esta denominación su contribución a la Reseña bianual de antropología que edita en la Universidad de Stanford. Esta denominación como "Antropología Médica" toma prestada una categoría de nuestra propia sociedad-medicina, no obstante sus análisis van más allá de de la enfermedad y la sanación puesto que de lo contrario sería equivalente al dominio médico de nuestra sociedad. La Antropología médica se dedicara a los temas de salud y enfermedad en extenso, incluyendo además de la perspectiva biológica, los significados culturales y el comportamiento social, relacionándolo al bienestar, el sufrimiento, el ciclo vital y la sobrevivencia. (Millard. A. 1992)

Cabe señalar que esta especialización se desarrolló con gran énfasis en Estados Unidos, donde las investigaciones científicas han generado un considerable aporte teórico para la Antropología social, donde además en 1968 se crea Society for Medical Anthropology, la cual también contribuyó al afianzamiento de esta subdisciplina.

La antropología médica ha tomado aportes de diversas corrientes ideológicas y de pensamiento como los paradigmas ecológico-empiristas, cognitivos,

interpretativos, el paradigma crítico, pos-modernistas y pos-estructuralistas, los cuales han favorecido la definición de conceptos tan fundamentales como cultura, sistema médico, salud-enfermedad, curación, bienestar entre muchos otros, así como también han sido importantes para la delimitación del campo de análisis de la antropología médica.

Algunas de las líneas investigativas que despertaron mayor interés desde la conformación de este sub campo fueron la herbolaria nativa y las plantas medicinales de los pueblos indígenas, sin embargo muchas de estas descripciones botánicas, farmacológicas y terapéuticas no abordan la dimensión simbólica o el uso de las plantas dentro del conjunto de conceptos y prácticas médicas de los propios pueblos. Otras líneas mayormente exploradas han sido el aspecto mágico-ritual de la cura chamánica, el estudio de la salud-enfermedad en la perspectiva de la etnociencia en el ámbito de la antropología cognitiva y más recientemente el estudio de la enfermedad y los sistemas médicos. (Citarella. L. 1995).

De esta manera, las investigaciones realizadas desde la Antropología médica han tomado diversas formas, a veces incluso contradictorias, sin embargo existe un consenso sobre algunas proposiciones básicas que van acorde a una perspectiva antropológica más amplia donde los comportamientos son situados en un contexto cultural particular. De esta manera, al asumir la enfermedad como un fenómeno universal del hombre, se consentirá en que cada grupo humano ha desarrollado sus propios métodos, creencias, conocimientos y percepciones culturales para enfrentarla. “Estas nociones, históricamente condicionadas, interactúan en un proceso dinámico con el patrimonio cultural propio de un grupo, manteniéndose o modificándose de acuerdo a procesos complejos que involucran a la sociedad en su conjunto”. (Ibíd.)

Sin embargo, el paradigma más reciente es la Antropología Médica Crítica o AMC, la cual surge a fines de la década de los 70's en Estados Unidos, en un clima de reflexión crítica sobre los totalitarismos y el papel de las Ciencias Sociales en la construcción del Estado nación. Tiene sus raíces teóricas en los planteamientos

de Marx. C, Engels. F (1890) y C. Wright (1956) aunque además esta nueva perspectiva teórico-crítica incorpora elementos de diferentes enfoques como la ecología médica, el constructivismo cultural, los enfoques etnomédicos, el pos-estructuralismo y el postmodernismo. (Junge. P. 2001)

Sus análisis se centran en las diferencias de poder y hegemonía que ejerce la ciencia biomédica, tanto internamente como con respecto a otros sistemas médicos indígenas, populares y alternativos existentes dentro de las sociedades occidentales, las cuales se estructuran como procesos sociales en el contexto de un sistema económico capitalista globalizado. En esta línea de pensamiento Menéndez. E. (1992) sostiene que la institucionalización del modelo médico hegemónico (MMH) fue de la mano del desarrollo ideológico político y económico de la burguesía europea de fines del siglo XVIII y XIX, la cual una vez que consolida su poder lo vuelve un modelo jerárquico, asimétrico y excluyente. Bajo el discurso de la cientificidad se impone este modelo por sobre otras formas de atención, como son la atención tradicional, popular y alternativas.

A través del poder que este modelo solventaba y surgimiento de las elites médicas se convirtió en el modelo médico hegemónico (MMH) de atención subalternizando a las restantes. “Esta exclusión operará básicamente en términos ideológicos y funcionará secundariamente en términos sociales y políticos. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad; aún cuando solo pueda ser consumido por una parcialidad de la población. Dada su identificación con los estratos dominantes, dada su definición de salud como mercancía, será el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación que son estratégicas para otros sectores sociales” (Menéndez, 1982:29).

De esta manera, si bien los sistemas que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales como es el caso de la Ciencia Médica Occidental en nuestra sociedad, no condujeron a la erradicación o eliminación de todas las prácticas y representaciones existentes manejadas por los grupos sociales; sí,

contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía/sub alternidad.(Menéndez. E.1994)

La Antropología Médica Crítica investiga la salud en los diversos tipos de sociedad existentes, entendiendo que los problemas en esta área surgen en el contexto de fuerzas políticas y económicas que las circundan, incluyendo a las fuerzas a escala institucional, nacional y global, las que estructuran las relaciones humanas, los comportamientos sociales y los significados culturales. (Weisner. M. 2000)

En base a lo anteriormente expuesto cabe señalar que esta investigación se adhiere a los planteamientos emanados de la AMC, en la medida que las prácticas y creencias asociadas al proceso reproductivo del pueblo atacameño han de ser comprendidas y analizadas en el marco de un sistema médico propio<sup>14</sup> ligado directamente a sus concepciones culturales.

Bajo esta conceptualización es posible entender la concepción de salud del pueblo atacameño se organiza a través de prácticas, técnicas, creencias y conocimientos que persiguen la salud como aliviar la enfermedad de las personas y dentro del cual existen dos subsistemas; una conceptualización o sistema teórico de la enfermedad que refleja los aspectos cognitivos de esta y otro sobre el cuidado de la salud, que es el que utiliza este conocimiento teórico para auxiliar el enfermo, de tal forma que se genera una interdependencia entre la organización de las tecnologías y procedimientos y el sistema ideológico que les configura. (Foster. G. y Anderson. B. 1978).

Los cuestionamientos políticos y epistemológicos emanados de este nuevo paradigma dentro la Antropología Médica, con respecto a la forma de hacer medicina del sistema biomédico occidental vienen a constatar lo que ha sido la tónica de esta disciplina científica desde su misma fundación, es decir, la búsqueda por ocupar una posición hegemónica en la atención y asistencia en salud estableciendo un tipo de relación asimétrica con respecto a los sistemas

---

<sup>14</sup>Este término, según Citarella. L permite la vinculación del estudio de la medicina en el ámbito sociocultural de una determinada sociedad y nos sitúa en el contexto de cambio y transformación producto del contacto con otros sistemas médicos.

indígenas y sus pacientes, siendo justamente esta lógica liberal el principal obstáculo para luchar eficazmente contra las desigualdades en esta área.

En este sentido, la AMC apunta en dirección al proceso de la democratización de la salud desde ámbitos diversos; deteniéndose en la hegemonía ejercida por la medicina oficial occidental -académica, cosmopolita, multinacional, medicalizada, burocratizada, polifarmacéutica y altamente tecnologizada- por sobre los sistemas médicos indígenas o las grandes tradiciones médicas antiguas, los sistemas médicos populares y los alternativos, constituyéndose como objetivo principal el logro de un pluralismo médico que permita la coexistencia de los diversos sistemas médicos así como el derecho de la comunidad y de los “pacientes”, como actores, en la elección de los mismos, la toma de decisiones y el acceso para satisfacer sus requerimientos en salud.(Weisner. M y Fajreldin.V. 2003)

### **5.3. INTERCULTURALIDAD**

#### **5.3.1. PRECISIONES CONCEPTUALES SOBRE LA INTERCULTURALIDAD**

Se han utilizado indiscriminadamente una variedad de términos que incorporan a la raíz *cultural* los prefijos; multi, pluri, trans e inter. Odina. A plantea una síntesis que permite hacerse una idea más organizada al respecto. “Con el término Multicultural se define la situación de las sociedades, grupos o entidades sociales en las que muchos grupos o individuos que pertenecen a diferentes culturas viven juntos. (...) Pluricultural es casi un sinónimo, indica simplemente la existencia de una situación particular. (...) Transcultural implica un movimiento, indica el paso de una situación cultural a otra. Finalmente el concepto Intercultural no se limita a describir una situación particular, sino que define un enfoque, procedimiento, proceso dinámico de naturaleza social en el que los participantes son positivamente impulsados a ser conscientes de su interdependencia” (Odina, A. 1991: 83).

En estas conceptualizaciones entran en juego una serie de nociones como identidad, derechos, cultura y grupos étnicos, las cuales llevan implícitas un

posicionamiento político-ideológico sobre cómo se piensa la diversidad cultural y la desigualdad social. En este sentido, la trayectoria del concepto de Interculturalidad en Antropología resulta bastante gráfica, ya que este ha tenido múltiples interpretaciones relacionadas directamente con las condiciones objetivas de la producción de conocimiento, pero también fuertemente ligadas a las condiciones ideológicas del desarrollo histórico de esta disciplina. (Menéndez. E. 2006)

La Interculturalidad, en tanto remite a los sujetos de estudio e intervención misma de esta disciplina, es decir, aquel Otro cultural o la alteridad misma, ha estado sujeta a constantes definiciones y redefiniciones desde distintas perspectivas y contextos específicos. Así por ejemplo en un inicio fue entendida como el encuentro con un Otro no solo distinto, sino también inferior producto del dominio que ejercía la escuela evolucionista y difusionista durante este periodo, por lo cual las aproximaciones a los procesos interculturales se realizaban desde una óptica de asimetría cultural, político-económica y además biológica. Luego en respuesta a esta corriente, la cual fue absolutamente dominante durante varias décadas, surge el relativismo, el cual reconoce la racionalidad diferencial de cada grupo cultural, pero que sin embargo excluye en sus análisis la dimensión diacrónica y la dimensión político-económica consecuentes de la expansión colonial-capitalista sobre los pueblos indígenas. Justamente por este motivo es que emergen nuevas corrientes que van a cuestionar esta manera de concebir y usar el concepto de Interculturalidad. En primer lugar se toma en consideración el hecho que “la mayoría de los grupos estudiados por antropólogos se caracteriza por estar determinados por la situación colonial que les impusieron los países capitalistas centrales y la sociedad dominante de los países periféricos”. (Balandier, 1954/1971 citado en Menéndez 2006)

Estos planteamientos dejaron expuestas las condiciones de subdesarrollo económico y social en que se encuentran los grupos estudiados por los antropólogos, de tal forma que “implican asumir que la Interculturalidad dominante hasta entonces no solo se caracterizaba por la omisión de las condiciones económicas y de poder, sino por dejar de lado algunos de los procesos

determinantes de las relaciones interculturales estudiadas por antropólogos. Lo cual ponía en cuestión no solo a gran parte de los estudios interculturales en términos ideológicos, sino especialmente en términos metodológicos. Más aun condujo a cuestionar un aspecto sumamente significativo del trabajo antropológico, es decir, a desconfiar del dato obtenido en el propio trabajo de campo, dado que el mismo se obtenía dentro de las relaciones interculturales que formaban parte de la situación colonial, de la cual era parte el trabajo antropológico". (Menéndez. E. 2006:56)

A grandes rasgos, podemos observar como dentro de la disciplina antropológica se le han dado distintos usos y connotaciones al concepto de Interculturalidad, las que básicamente se agrupan en dos lineamientos, uno más ligado al aspecto cultural y otro que además de la dimensión cultural asume y releva la importancia de la dimensión político-económica en los análisis socio-antropológico.(Ibíd.)

Así el actual debate respecto al concepto de Interculturalidad se encuentra cargado de conflictos de larga data derivados de perspectivas político-ideológicas divergentes, donde por un lado están las concepciones de naturalización/armonización de las relaciones entre grupos sociales distintos en el marco del Estado nacional y por otro se encuentra la denuncia el carácter conflictivo de estas relaciones, en tanto la cultura es el área de control de la producción de verdades y de hegemonía tanto política como socio-cultural. (Walsh. C. 2002).

De esta manera, la postura de corte historicista y relacional brinda un contexto de análisis a las definiciones más clásicas del concepto de cultura y se convierte en una herramienta crítica a la mirada idílica del diálogo armónico entre culturas. Esta retórica del *diálogo* basado en el respeto y la tolerancia, es solo un discurso que emana de las concepciones que naturalizan las diferencias culturales desde una mirada estática y ahistórica de las identidades, la cual resulta funcional a la estructura social vigente en la búsqueda por alcanzar consensos y conservar la estabilidad social, favoreciendo con ello a la perpetuación del sistema. (Viaña. J. 2008)

“La recurrencia a definir los espacios interculturales como lugares de encuentro o choque de colectivos —constituidos a partir de permanencias identitarias, manifiestas en rasgos o elementos culturales, materiales o simbólicos—, y no sobre la base de las relaciones dinámicas y cambiantes entre los mismos, producto de su experiencia histórica, da cuenta de un posicionamiento centrado en modelos culturales de carácter esencialista. Esto nos ubica en la idea de choque o encuentro, que en definitiva conduce a otra ingenua o perversa delimitación estática”. (Diez. M.2004)

En las últimas décadas el concepto de Interculturalidad ha pasado a formar parte de las agendas oficiales de la ONU y de los Estados de gran cantidad de países, como una Política a aplicarse, donde la coexistencia de distintos grupos culturales es un factor de conflicto y desencuentro. Además desde mediados de la década de los 90' ha sido utilizado en las propuestas desarrolladas por parte de organismos internacionales como la OPS y el Banco Mundial apuntando a la situación de pobreza y de salud en que se encuentran los pueblos indígenas. Así para la UNESCO la Interculturalidad aparece como “un concepto dinámico que se refiere a las relaciones evolutivas entre grupos culturales, tiene como premisa la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo”. En esta lógica la idea es romper la dominación de un grupo con respecto a las clases subordinadas y a partir de esto reforzar identidades que han sido atenuadas por la hegemonía cultural, política y económica corresponde a un giro en sentido político. (Castañeda. A. 2010)

Lo que ha ocurrido es un cambio desde del clásico discurso homogenizador Estatal al reconocimiento de la diversidad étnica y al otorgamiento de ciertos derechos a los grupos subalternos, los que sin embargo no pasan de ser acomodados que permiten sostener el orden social, ya que no apuntan a la realización de cambios estructurales. Así para lograr el desarrollo de verdaderas relaciones interculturales es necesario partir reconociendo la raíz que llevó a las relaciones de desigualdad entre los grupos, puesto que las relaciones interétnicas

emanan de procesos históricos en los cuales se ha levantado un entramado ideológico que ha legitimado, naturalizado y reproducido dominaciones de un grupo sobre otro. (Bastos. S y Camus. M. 2001:6).

Así las palabras no son neutras, ni imparciales, encierran connotaciones que pueden utilizarse en sentidos distintos, dependiendo quien las emita y para que las emita. El concepto de Interculturalidad emanado desde los Estados parece apuntar a la coexistencia y el dialogo, desde una concepción más bien esencialista, mientras que para los movimientos indígenas apunta mas allá, pues intenta expresar una necesidad de reconocimiento de las desigualdades históricas como también la transformación de las mismas.

#### **5.4. INTERCULTURALIDAD EN SALUD**

Actualmente el concepto de Interculturalidad aplicado en el área de la Salud se trabaja básicamente en dos líneas. Desde la primera la Interculturalidad aparece en términos de sujetos de culturas distintas, con representaciones y prácticas diferentes también, entre los cuales es posible generar una relación complementaria a través del mejoramiento de las malas condiciones de comunicación cultural existentes. Para esto se propone informar y educar a ambos sujetos de tal forma de poder facilitar la convergencia entre las representaciones y prácticas de las partes. Si bien una mayor información y educación no puede resolver la cantidad de problemas existentes en las relaciones interculturales, este tipo de proyectos pueden ser útiles en la medida que tengan continuidad y evaluación del proceso mismo, a la vez que eviten caer en la burocratización. (Menéndez. E. 2006)

La segunda línea de trabajo también parte de la base la significación de la dimensión simbólica e identitaria de la interculturalidad, pero en articulación con la dimensión económico/política y por lo mismo con la pobreza y desigualdad social que constituyen el carácter de la relación intercultural. El hecho es que desde esta perspectiva no sólo existen la diversidad y el pluralismo cultural, sino también

oposiciones y hasta incompatibilidades entre los grupos indígenas en relación con la sociedad dominante. Por lo tanto desde esta postura la autonomía es vital para poder construir una Interculturalidad realmente simétrica. (Ibíd.)

El área de la medicina o de la salud/enfermedad/atención/prevención como prefiere denominarle Menéndez (2012), es donde las sociedades y sujetos han producido y reproducido mayor cantidad de representaciones, prácticas, relaciones, rituales, significaciones, tanto nivel de los curadores como de los sujetos. La elaboración y el uso de las mismas tienen como base no sólo explicar y entender lo que les ocurre, sino que desarrollar soluciones a los problemas de salud que reconocen como tales. No obstante, el saber médico indígena también se apropia de elementos de los saberes biomédicos y los utiliza de manera resignificada.

“Los sectores dominantes tratan de hegemonizar a las clases subalternas a partir de los saberes de las mismas; ya sea negándolos o si no -y esto me interesa subrayarlo- apropiándose los para poder modificarlos. El mayor éxito de la hegemonía es que los grupos sociales subalternos utilicen los saberes de los sectores dominantes como si fueran saberes propios; es decir, convirtiéndolos en parte de su sentido común, pero a partir de sus propias representaciones y prácticas sociales. Pero además, Gramsci propuso que a partir de los saberes propios -inclusive modificados por los saberes hegemónicos- las clases subalternas pueden generar no sólo propuestas de resistencia sino contra hegemónicas, en particular a nivel de los aspectos más sencillos y reiterados de la vida cotidiana. Y justamente los procesos de s/e/a-p se caracterizan por ser parte central y constante de la vida cotidiana”. (Menéndez. E. 2012:4)

Bonfil Batalla. G desarrolla una conceptualización muy útil para abordar los distintos niveles de la relación entre pueblo dominado y pueblo dominante, de tal forma de poder dar cuenta del estado de determinadas relaciones interétnicas y de la identidad cultural del grupo. La noción de “control cultural” hace referencia al “sistema según el cual un grupo ejerce la capacidad de decisión sobre los elementos culturales” (Bonfil citado en Citarella. L. 1995:22)

Tales elementos abarcan desde los aspectos materiales hasta los aspectos ideológicos de la cultura de un grupo que entra en contacto con otro grupo. Pueden ser propios o ajenos, propios serán aquellos que la unidad cultural considera como patrimonio heredado de las generaciones anteriores, los cuales, produce y reproduce, mantiene y transmite, como también todos aquellos que han sido apropiados. Mientras que los elementos ajenos corresponden a todos aquellos que forman parte de la cultura en que el grupo está inserto, sin que este grupo los produzca. Entre estos se encuentran los componentes culturales impuestos, donde ni los elementos, ni las decisiones le pertenecen al grupo, conformando lo que él denomina la cultura impuesta y los enajenados los cuales siendo parte del patrimonio original entran en debate por decisiones ajenas. El conjunto de mecanismos, instancias y condiciones de decisión sobre estos elementos culturales y específicamente la capacidad de producirlos y reproducirlos es lo que constituye lo que ya mencionamos como *control cultural*.

En este sentido, la cultura se encuentra formando parte de un contexto socio económico y del desarrollo social de una sociedad determinada, de tal forma que se convierte en un instrumento trascendental para la reproducción social y la lucha por la hegemonía. El concepto de hegemonía cultural desarrollado por Gramsci apunta al hecho de que “La hegemonía de una clase no puede sostenerse solo en el poder económico, necesita complementarse de una serie de mecanismos que resultan del poder cultural, los cuales persiguen la imposición de normas culturales e ideológicas y de comportamiento que norman la vida del grupo cultural dentro de una estructura social determinada. Estos mecanismos también legitiman el modelo socio cultural dominante, de tal forma que pasa a percibirse como la forma elemental y natural, encubriendo la arbitrariedad que esta lógica detenta y por ende también legitimaran la situación de exclusión y marginalización de las formas sociales y culturales que no tienen acceso a las estructuras de poder”. (Gramsci. A. citado en Citarella. L. 1995:39)

Esta condición subalterna de los pueblos indígenas ha sido descrita a propósito del vínculo entre cultura y desarrollo, y como bien afirma Citarella. L existen

numerosos estudios en América Latina que muestran su impacto en la identidad de estos grupos. “En algunas situaciones la vía para la modernización y el mejoramiento social se percibe como un proceso de abandono de los rasgos distintivos de la vida cultural tradicional y de homogeneización con respecto al patrón cultural dominante. En otras la identidad se enmascara, se vuelve clandestina al igual que el ejercicio de la cultura en que se sustenta. Finalmente en otros casos los grupos indígenas llegan a interiorizar y aprender una condición de inferioridad, reforzada por la situación de marginación en la que se encuentran. (Citarella. L. 1995:22). Así la dinámica de las relaciones interculturales asimétricas en que están insertos gran parte de los pueblos indígenas latinoamericanos les da un margen de acción y autonomía muy reducido en los distintos ámbitos de la vida, sea salud, educación, cultura, económico-político, religioso o moral.

De esta manera, es posible inferir que la Interculturalidad en salud por sí misma no puede llegar a establecer relaciones armónicas, de forma independiente al resto de las condiciones sociales. Es difícil pensar en el respeto mutuo entre las culturas, mientras las condiciones estructurales de vida continúen siendo desiguales, más bien este concepto ha de servir para abrir la argumentación y evaluación de los alcances y límites que tiene la perspectiva de la Intercultural en la práctica.

Uno de los enfoques para implementar la Interculturalidad en Salud es el de la autonomía y el empoderamiento, el cual parte de la base que el ejercicio de los derechos de los pueblos es elemental para lograr una relación más equitativa de poder. Se promueve que la organización de los servicios de salud surja desde las comunidades, afianzando con ello la identidad colectiva y la participación en las diversas decisiones, lo cual les convierte en actores sociales a través de la inclusión y visibilización. (Espinoza. M: Ysunza. A. 2009)

Si bien el sistema biomédico dominante sigue primando y aun es incipiente el proceso de cambio cultural en el cual se sustentan la experiencias de Salud Intercultural, lo importante es que lo avanzado hasta ahora en distintas realidades de Latinoamérica, corrobora la importancia de una voluntad política, el mutuo

compromiso, el financiamiento regular, la participación directa de los pueblos indígenas, así como también la mantención de procesos de monitoreo y evaluación participativa. (Sáez. M. 2009).

## **VI.-MARCO METODOLÓGICO**

### **6.1. ENFOQUE CUALITATIVO**

En el camino hacia el conocimiento y la comprensión de los significados que el pueblo atacameño conserva sobre el embarazo, parto y puerperio, en tanto proceso constitutivo y elemental del ciclo de la vida y como parte también de un contexto histórico, político y económico mayor que los contiene, es que en el presente estudio nos hemos valido de la metodología cualitativa de investigación social pues este enfoque nos permite aproximarnos a la dimensión subjetiva de la vida de las personas y adentrarnos en sus percepciones, vivencias y motivaciones.

Esta orientación metodológica representa una nueva comprensión del clásico objeto de estudio de la Ciencia, donde lo que existe es un sujeto investigador y sujeto investigado en interacción, por lo cual se produce una elaboración y reelaboración constante de los significados que se busca aprehender. Los participantes y el investigador van co-creando la interpretación del conocimiento en el transcurso de la investigación, de tal forma que este deja de ser considerado un proceso neutro, imparcial y objetivo. De esta manera, la posibilidad de comprender a los otros deviene precisamente del trabajo y la experiencia en terreno entre el investigador y la comunidad.

Desde la investigación cualitativa los fenómenos sociales dejan de ser pensados sobre una lógica mecanicista, pues el investigador no está interesado en medir, ni cuantificar, lo cual nos acerca a los planteamientos de Geertz. C para quien que el conocimiento de la cultura está más allá de lo observable en actitudes y prácticas concretas, sosteniendo que el eje central de las investigaciones son las

representaciones culturales y la búsqueda de sus significados a través de la descripción densa o etnografía, la cual requiere captar todas las interpretaciones posibles de un hecho cultural y luego poder dar una explicación del mismo. Si bien estas definiciones son de segundo y tercer orden, pues solo un *nativo* (en términos del autor) realiza interpretaciones de primer orden, funcionan para ampliar los puntos de vista sobre un mismo fenómeno y con ello relevar discursos soslayados bajo otros que ocupan un lugar dominante (Geertz. C. 1987). De esta manera, la antropología fue posicionada por este autor más que una ciencia experimental en busca de leyes como una ciencia interpretativa en busca de significados, lo cual la ha validado como una disciplina valiosa para el conocimiento de los diversos grupos humanos.

En esta perspectiva la construcción del conocimiento ha de ser inductiva, holística y flexible, donde el investigador trabaja sistemáticamente para lograr una descripción e interpretación profunda, reconociendo la complejidad de la realidad y por lo tanto estando abierto a ir ampliando y renovando la mirada que se tiene de los hechos a medida que avanza el estudio. En este sentido, ocurre que muchas veces los objetivos se ven contrastados con las observaciones realizadas en el trabajo de campo, por lo que estos deben ser reajustados o bien replanteados.

En este caso no hubo necesidad de modificar los objetivos de investigación que estaban planteados desde el comienzo, más bien estos me guiaron eficazmente en terreno y me permitieron organizar la información cuando esta fue abundante, sin embargo estos se fueron delineando con mayor precisión durante el proceso etnográfico producto de las sutilezas que fueron apareciendo tanto en los relatos como en las observaciones.

Por otra parte, la presente investigación etnográfica es un estudio de carácter exploratorio puesto que la zona de San Pedro de Atacama y sus pueblos y ayllus cercanos carece de investigaciones dirigidas al embarazo, parto y puerperio y todo lo que ocurre en torno a este proceso. Existen trabajos de carácter cualitativo enfocados al área de la salud y a medicina atacameña los cuales proporcionan algunos datos que se han utilizado como antecedentes para dirigir tanto las

entrevistas como la investigación misma. Es por esto que la información recogida busca recabar elementos que permitan generar una base para el desarrollo de posteriores investigaciones que vayan profundizando en el tema y a la vez contribuir al levantamiento de diseños de investigación y líneas de acción integrales y cercanas a las necesidades de las mujeres y hombres atacameños para con ello avanzar en lo que a Interculturalidad en Salud se refiere.

## **6.2. TECNICAS DE INVESTIGACIÓN**

Las técnicas de utilizadas para llevar a cabo los objetivos propuestos en esta investigación fueron fundamentalmente la observación participante de la vida cotidiana e íntima de los sujetos participantes de la investigación y las entrevistas en profundidad a mujeres y hombres atacameños.

La observación participante sitúa al investigador en el contexto específico donde ocurre el fenómeno o problemática que se desea conocer. Esta herramienta es la primera manifestación del proceso etnográfico, a través de la cual se me hizo posible visualizar paulatinamente distintos procesos, interrelaciones e identificar problemas y necesidades de las personas atacameñas de San Pedro de Atacama, no solo con respecto a nuestro tema de investigación, sino en los diferentes aspectos de su vida, lo cual da cuenta de cómo en la práctica las diversas dimensiones de la vida social se van entrelazando y formando un todo integral.

Esta estrategia metodológica ha sido definida como "la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo" (Taylor. S.J y Bogdan. R. 1992:31)

Sin duda las personas tendrán distintos grados de receptividad ante el investigador y la investigación propiamente tal, pero el elemento central para que el investigador gane la confianza del grupo es que su presencia logre acomodarse a sus rutinas y modos de hacer las cosas, interfiriendo lo menos posible en sus

actividades diarias. En este sentido es importante partir por un *rapport* honesto y sin prejuicios, entendiendo que el trabajo de campo no es solo una estrategia metodológica sino también un compromiso político con la gente involucrada en nuestro estudio.

“Los primeros días en el campo constituyen un periodo en el cual los observadores tratan de que la gente se sienta cómoda, disipan cualquier idea en cuanto a que el enfoque de la investigación será intrusivo, establecen sus identidades como personas inobjetables y aprender a actuar adecuadamente en el escenario” (Ibíd.:51)

En este caso el procedimiento fue siempre apostando a un beneficio para la comunidad, lo cual no solo transparenta mi presencia y mi trabajo en este lugar tan lejano a donde yo resido, (lo que fue motivo de duda para la gente y también de resistencia), además me permitió acceder mucho más fácilmente a las mujeres y hombres que fui conociendo en este camino, ya que algunos de ellos ya habían sido tomados “como objetos de estudio” por investigadores que no solo no dan cuenta claramente de su procedencia y objetivos de la investigación, sino que la tónica en la zona ha sido que estos no regresen más a lugar, ni siquiera cumpliendo con lo mínimo que es retornar con los resultados del trabajo, sin importar si estos prevalecen o no fuera del ámbito académico.

De esta manera, el trabajo realizado en San Pedro de Atacama y sus alrededores consistió en una estadía de un mes en forma continua, entre las últimas semanas de julio del año 2014 y las primeras semanas del mes de agosto del mismo año, donde tuve la posibilidad de acompañar a mujeres y hombres atacameños en sus quehaceres y labores cotidianas y conocerlos más allá de mi trabajo etnográfico, estableciéndose un contacto directo y cercano que se manifestaba en formas concretas de apoyo y colaboración en este trabajo. Por otra parte cabe señalar que en esta oportunidad no se realizaron observaciones participantes de partos en casa, básicamente porque durante el terreno no tuvo ocurrencia un parto en casa o si lo hubo no tuve conocimiento al respecto. Sin duda presenciar un parto a la usanza atacameña es un gran suceso investigativo, el cual aporta y reafirma

mucha información recaba en entrevistas, no obstante este trabajo se ha planteado como una aproximación al estado del tema en la zona, que nos permita acercarnos a la gente y entablar la confianza necesaria para formar parte de un momento tan íntimo como es el parto.

También se utilizó la técnica de la entrevista la cual permite abordar un tema en profundidad y amplitud. La realización de entrevistas permite captar el sentido y la contextualización que otorgan los propios sujetos a sus acciones y experiencias. Taylor. S.J y Bogdan. R las definen como “Reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas, sus experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. (1994: 186).

Existen diferentes tipos de entrevistas en profundidad; la entrevista exploratoria, la cual puede constituir una forma de introducción y aproximación a temas más profundos vinculados a los objetivos del estudio. En este caso muchos de los primeros acercamientos consistieron en este tipo de entrevistas más informales, las cuales se dieron en contexto de conversación y conocimiento mutuo entre investigador e investigado. Estas conversaciones fueron importantes para hacerme idea general de las diversas opiniones y puntos de vista en torno al tema del embarazo, parto y puerperio en la zona.

En segundo lugar, se encuentra la entrevista abierta o en profundidad en la cual existe una pauta previa que ha sido elaborada por el investigador para formular preguntas específicas y guiar la conversación hacia temas relevantes para el estudio, al mismo tiempo hace posible la expresión libre del informante, en tanto mantiene un tono más de conversación que de encuesta o entrevista estructurada. En este proceso investigativo este tipo de entrevista fue la técnica más utilizada, aplicando el principio de “dejar hablar” a los informantes para conocer a fondo el sentido de sus palabras. La entrevista realizada al matrn atacameño, uno de los informantes claves, fue la única que tuvo un carácter de entrevista estructurada puesto que las preguntas estaban planificadas con mayor detenimiento pensando

en acceder a sus conocimientos técnicos y experiencia profesional, sin que esto implicara restar la experiencia personal del entrevistado.

Las entrevistas fueron realizadas en los hogares o lugares de trabajo de los hombres y mujeres que accedieron a participar del estudio, siendo la gran mayoría registradas en grabaciones de audio con el previo consentimiento de los informantes. La pauta para orientar las entrevistas se dividió básicamente en dos partes, la primera orientada netamente al proceso reproductivo con la idea de poder rescatar parte de los saberes propios de este pueblo para luego en una segunda parte hacer referencia a las relaciones entre sistemas médicos e interculturalidad. Este esquema básico y flexible hizo de las entrevistas un momento de interacción fluida entre investigador-investigado, donde los entrevistados pudieron desenvolverse de forma bastante espontánea.

Por otra parte también fue posible obtener algunos relatos de vida de mujeres atacameñas, incluida una partera. Sus relatos biográficos representan un puente a temas más amplios vinculados a la forma de vida y la memoria del pueblo atacameño, lo cual nos brinda un contexto al tema de investigación.

Y finalmente, entre estas técnicas también se recurrió a la revisión bibliográfica de antecedentes, entre los cuales se cuentan textos de autores locales encontrados en la Biblioteca Municipal de San Pedro de Atacama, entre otros facilitados por la profesora de historia (S.E) y la profesora de Educación Intercultural del pueblo (M.I), ambas informantes claves para la realización de este estudio. Esta revisión de material bibliográfico disponible también contribuye a dar forma y contextualización al estudio.

### **6.3. MUESTRA**

La presente investigación fue realizada en la comuna de San Pedro de Atacama y sus pueblos y ayllus cercanos, la cual pertenece a la Provincia de El Loa, en la segunda región de Antofagasta.

El Universo de estudio está constituido por todas las mujeres y hombres atacameños que residen en San Pedro de Atacama, los que según el censo del año 2002 corresponden a un total de 2.862 personas, de las cuales 1.401 son hombres y 1.445 son mujeres, es decir, la comuna está compuesta en un 58% por población atacameña. La muestra tomada de este Universo se compone de 19 personas pertenecientes al pueblo atacameño, de las cuales 15 fueron mujeres y 4 hombres

El criterio de selección de la muestra se basó en la técnica de muestreo en investigación cualitativa denominada “bola de nieve” o muestreo en cadena de referencia. En esta se van agregando nuevos informantes a partir de personas ya incluidas en el estudio y que por lo general corresponden a cercanos, parientes, amigos o conocidos. En este punto la colaboración de una informante clave, la señora C.E., quien fue un importante nexo con la gente más antigua y además un apoyo incondicional durante todo mi trabajo.

De esta manera, la muestra se fue constituyendo principalmente por mujeres, sin embargo también se incluyeron los testimonios de algunos hombres atacameños y su participación durante el embarazo, parto y puerperio, ya que en la perspectiva de este estudio es un evento que les convoca a ambos como familia e incluso al grupo familiar completo.

Dentro de la muestra se cuentan 6 informantes claves, de los cuales tres corresponden a reconocidas parteras locales, dos profesoras que trabajan y residen en San Pedro de Atacama, un matrón atacameño, quien trabajó varios años en el consultorio del pueblo y actualmente se desempeña en el SEREMI de Salud en Calama. Los relatos y colaboraciones de estos informantes son calificados como claves debido a su vasta experiencia y cercanía al tema de investigación.

### Cuadro de composición de la muestra de estudio

Pueblo	Seudónimo	Genero	Actividad	Edad	Informante Clave
Socaire	V.S	Femenino	Dueña de casa	69	
	C.M	Femenino	Dueña de casa	79	
	V.G	Femenino	Dueña de casa y partera	79	*
Talabre	A.C	Femenino	Dueña de casa agro ganadera	72	
San Pedro de atacama	G.R	Masculino	Asalariado en hotel Explora y dueño cabañas.	60	
	M.I	Femenino	Profesora educación intercultural	45	*
	C.E	Femenino	Dueña de hostel	60	*
	M.S	Femenino	Dueña de casa y hostel.	81	
	S.M	Femenino	Artesana comunidad mujeres lickanas.	41	
	E.C	Masculino	Pastor, ganadero agricultor.	73	
	E.L	Masculino	Jubilado, ex trabajador registro civil de San Pedro	67	
	A.C	Femenino	Dueña de casa, dueña almacén	68	
	S.C	Femenino	Dueña de casa, dueña restorant	72	
	B.M	Femenino	Dueña de casa, agro ganadera.	74	
	C.M	Femenino	Dueña de casa	45	
	S.E	Femenino	Profesora de historia	59	*
	T.E	Femenino	Dueña de casa, yerbatera y partera	80	*
	E.A	Femenino	Dueña de casa	70	
Catarpe	G.M	Femenino	Dueña de casa y etnoturismo	40	
Solor	T.M	Femenino	Dueña de casa, yerbatera y partera	67	*
Toconao	M.J	Femenino	Dueña de casa	85	
	R.M	Masculino	Matrón	45	*

#### **6.4. PLAN DE ANÁLISIS**

El proceso de recolección de información, el cual ha sido de carácter inductivo, permite dar paso a la interpretación y análisis de los datos. Para esto se establecen diversas asociaciones y tipologías en los propios términos de los participantes y de los aspectos que para ellos resultan relevantes.

Para el análisis de los datos cualitativos es necesario un proceso mediante el cual se organiza la información recogida para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones. (Spradley. J. P. 1980). La organización de la información cualitativa y posterior análisis se caracteriza por su forma circular y cíclica en oposición al desarrollo lineal del análisis de información cuantitativa.

Como resultado de esta forma de procedimiento van emergiendo categorías relevantes en detrimento de otras, lo que va generando ciclos de revisión hasta conseguir una categorización consistente. De esta manera, el análisis del investigador es un trabajo que requiere planificación debido al volumen de datos, al carácter polisémico y naturaleza verbal de los mismos.

A continuación, se propone un cuadro de síntesis de aquellos principales conceptos utilizados a lo largo de esta investigación, los cuales incluyen aportes de otras fuentes y conforman los ejes estructurales y articuladores para el desarrollo analítico del estudio. Con esto se busca simplificar la comprensión de los lectores, teniendo de forma simple y organizada una idea de lo que cada término engloba.

## Cuadro de categorías de análisis

Categoría	Definición
<b>Proceso reproductivo</b>	Proceso biológico, social y cultural de gestación de un nuevo ser humano. Se divide principalmente en 3 etapas: embarazo, parto y puerperio, donde cada sistema cultural posee su propia visión, creencias y prácticas que van a estructurar el comportamiento de sus miembros y generar un modelo de atención vinculado directamente a sistema médico.(Jordan.B. 1993)
<b>Creencias y practicas</b>	Desde una perspectiva fenomenológica, se comprende el sistema de creencias que dan significado y revisten de sentido las acciones cotidianas, dando énfasis a la experiencia subjetiva como marco referencial y base del conocimiento. (Taylor.S. y Bodgan. R. 1992)
<b>Sistema medico</b>	Sistema de prácticas, técnicas, creencias y conocimientos que persiguen la salud y el alivio de la enfermedad de las personas y dentro del cual existen dos subsistemas; una conceptualización o sistema teórico de la enfermedad que refleja los aspectos cognitivos de esta y otro sobre el cuidado de la salud. (Foster. G. y Anderson. B. 1978).
<b>Tecnología y medicación del proceso reproductivo</b>	Por tecnología entendemos toda clase de métodos, herramientas, instrumentos y objetos utilitarios y rituales para el manejo de este evento. Mientras que la medicación hace referencia a cualquier tipo de sustancia incorporada al cuerpo de la mujer para afectar el curso natural del parto. Ambos entregan información acerca del conocimiento local con respecto a este proceso, así como del grado de especialización de sus practicantes. (Sadler. M.2003)
<b>Intervencionismo medico</b>	Serie de prácticas médicas tendientes a patologizar los procesos reproductivos naturales y biológicos, afectando de manera directa o indirecta, ya sea el cuerpo y/o la psiquis de la mujer debido al excesivo control, medidas arbitrarias y/o un trato deshumanizado dentro del contexto intrahospitalario.(Davis-Floyd. R. 2001, OMS)
<b>Interculturalidad</b>	El concepto de Interculturalidad posee distintas connotaciones dependiendo de la perspectiva en que se analice. La tendencia a definir los espacios interculturales como lugares de encuentro o choque de colectivos, y no sobre la base de las relaciones dinámicas y cambiantes entre los mismos, producto de su experiencia histórica, da cuenta de un posicionamiento centrado en modelos culturales de carácter esencialista. Sin embargo, desde una perspectiva historicista y relacional se asume y releva la importancia de la dimensión político-económica en los análisis de este tipo. (Menéndez. E. 1982/1994)

### **Una historia antigua...**

*“Mi mama se acuerda de una viejita, que ya murió, que vivía en Catarpe. Mi hija que vive allá compro esa casa que era de otra persona, pero en esos años estaba el carnaval en esa casa y la gente cantando el carnaval y doña Carola Siales, una viejita que ya falleció, estaba con sus hijos en un potrero que se llama “Las parras” porque habían unas parras ahí, estaban comiendo y le vinieron sus dolores y tuvo a su bebe solita. Y como en ese tiempo las mujeres usaban delantal, porque las mujeres en ese tiempo su vestimenta no era pollera como las bolis, sino que era una falda larga apegada al cuerpo, así se vestía mi abuela, era una viejita larga y alta. Y todas las viejitas usaban un delantal largo y con 2 bolsillos. Entonces esta señora tuvo su bebe y lo trajo recogido en su delantal, ni lloraba po y los demás entusiasmados en el carnaval no se dio cuenta. Ella paso por el patio a la pieza y nadie se dio cuenta. Tuvo a su bebe solita. Antiguamente los viejitos contaban; yo nací bajo el algarrobo, yo nací bajo un chañar porque en esos tiempos no tenían casa... ¿por qué?...porque ahora la vida ha cambiado mucho, pero yo no quiero eso. Doña Carola con el cuchillo le cortó el ombligo. Siempre esa viejita andaba con el cuchillo ahí (en el delantal). Yo me acuerdo que yo la conocí cuidando mis ovejas en el potrero de Tebas que le decíamos, había un callejón y ella estaba en el potrero de Álvarez. Y creo que estaban peleando un par de chivatos, me acuerdo, y sonó así los cuernos y jodio uno, se desnucó y ella se dio cuenta y salió con la cuchilla y se la puso en el cogote al tiro para desangrarlo y lo desangro po. Era como un hombre, le saco las tripas, después lo tiro arriba del burro y se fue con sus ovejas pa la casa. Mujeres de campo, mujeres curtidas, curtidas en la vida, las cuales uno tiene que sentirse...darles homenaje. Esa fuerza que tenían, ese valor que tenían”.*

**G.R. Hombre atacameño, 60 años de edad. San Pedro de Atacama.**

## VII.- ANÁLISIS

A continuación se presentan los hallazgos de esta investigación con respecto a los saberes y prácticas del pueblo atacameño sobre el embarazo, parto y puerperio como una forma de realizar una mirada al pasado y rescatar ciertos elementos propios de su cultura. Esta manera de estructurar el análisis se propone dar una perspectiva histórica con respecto a lo que ha ocurrido en torno a este tema en San Pedro de Atacama.

De esta manera, la primera parte es un acercamiento descriptivo, donde se procede a contar la manera en que las mujeres atacameñas viven los tres momentos más representativos de este proceso, es decir, embarazo, parto y puerperio, tomando también en cuenta tanto el rol del hombre y de la partera/o en determinadas situaciones. Para esto se caracteriza cada una de estas etapas, a partir de las propias categorías que fueron emergiendo en el trabajo con los participantes, las cuales constituyen parte de los saberes que el pueblo atacameño ha manejado durante siglos en torno al tema y se prosigue a ejemplificar con extractos de sus discursos.

En la segunda parte nos trasladamos a la institucionalización y control de la atención y asistencia del proceso reproductivo en San Pedro de Atacama, en el cual se describe la manera en que se ha tenido lugar y como lo han experimentado las mujeres atacameñas y sus familias y algunos de los impactos que ha tenido en la vigencia y continuidad de sus saberes.

A continuación se relatan algunas experiencias de mujeres en su paso por el Hospital, también se exponen a grandes rasgos algunos puntos en consonancia y disonancia entre el sistema médico atacameño y el sistema biomédico. Posteriormente se describe la intersección entre el lugar del nacimiento y la identidad de este pueblo atacameño, finalizando este desarrollo con una apertura hacia el tema de la atención culturalmente pertinente y la posibilidad de gestionar nuevas experiencias desde esta dimensión en la zona.

## 7.1. PRÁCTICAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN EL PUEBLO ATACAMEÑO

### 7.1.1 EMBARAZO

Las mujeres atacameñas durante su embarazo continúan trabajando de forma habitual prácticamente hasta el momento mismo de dar a luz, ya que su trabajo es esencial para asegurarse la subsistencia. El hecho de estar embarazada no altera su energía y vitalidad para realizar sus quehaceres diarios vinculados al trabajo de la tierra, el cuidado de los animales, la casa y los hijos, por el contrario se cree que mantenerse activas contribuye a tener un parto más ligero y rápido.

S.M: *“yo hacia la rutina de ir todos los días atrás de los corderos, atrás de las llamas y cortábamos el pasto, cargábamos leña en la espalda y no sentíamos na, y cuando nos tocaba ayudar a sembrar al papá, teníamos que cargar guano, sacos de guano en los burros y yo los alzaba como si na, porque para mí era normal todo. Estaba o no estaba embarazada era igual y yo igual todas mis guaguas he trabajado igual po”*

G.R: *“mi mami, cuidaba sus animales, pobre vieja...ella hacia eso y más encima tenía que chancar el trigo para hacer el trigo majado, pelar el trigo pa tener mote, pelar la patasca pa tener patasca y preparar la harina del trigo para hacer el pan, para el frangollo de trigo, el frangollo de maíz, todas esas cosas...era distinta la vida...y además cocinar y además tenía que ir a buscar la leña la pobre vieja porque no había gas, si había gas tampoco había plata, pero no en ese tiempo no había gas, era difícil, entonces la gente iba a buscar. Mi mama trabajo mucho, yo me acuerdo que mi mamá se iba al molino, se iba con los animales, pá aca, pá allá...trabajaba como un hombre mi mamá y todavía está viva”.*

En general las mujeres perciben su estado de gravidez ante la ausencia de su menstruación, aunque en ocasiones también se percatan solo con el crecimiento del vientre, lo cual para ellas está vinculado al ritmo de vida que significa vivir en el desierto, donde el día comienza antes del alba para a llevar a cabo todas sus labores, lo que hace que el tiempo transcurra en un constante que hacer.

S.M: *“Antiguamente uno trabajaba, hacia fuerza, por lo menos yo de hijo mayor, ¡yo no sentía que estaba embarazada! Si yo me vine a dar cuenta a los 7 meses. Bueno igual no me bajaba mi regla...na pero... yo trabajaba hasta los 8 meses, casi a los 8 y medio meses, ya casi cuando iba a tener la guagua como que me relajaba un rato, pero yo todos los días trabajaba en la rutina normal de acá”.*

C.R.M: *“todos mis embarazos normales. La vida se pasa trabajando, se hacía igual como que uno estuviera libre, así como que no tiene nada, trabajando. No venían dolores, nada”.*

Aunque no se considera una condición limitante o de riesgo existen restricciones para este periodo. Principalmente las mujeres deben cuidarse de realizar viajes largos o muy extenuantes, fuerzas desmedidas, así como también se debe evitar pasar rabias o malos ratos. Otro elemento de cuidado que apareció bastante en los relatos fue el evitar que la mujer se quedase con algún antojo, ya que cualquiera de estas situaciones puede poner en riesgo la continuidad del embarazo o la salud de la madre.

M.J: *“Yo vivía en Talabre, de allá somos. Bajaba a Toconao para tener alimentos para comer. Mis embarazos fueron normales, bien no más, si igual trabajaba, hilaba, hacia medias, hacia guantes, de todo hacía para vender y para las guaguas también. Me cuidaba de no de viajar si, pero cortábamos pasto, sembrar, acarreando abono, todo en burro. Sembrar las papas, habas, con la guatita pero uno trabajando así se tiene más rápido la guagua”.*

E.C: *“podía hacer viajes, pero fajada si, cuando ya iba a tener a guagua, por ser 1 mes o 2 meses antes, bien fajadita aquí para que no se le corra la guagua pa un lado, o pal otro lado (...) también una mala fuerza, que haga una fuerza muy bruta y no esté en condiciones, fajada o alguna cosa, entonces el cuerpo esta suelto y ahí puede pasar eso, darse vuelta la guagua. Todas las embarazadas tienen que cuidarse, tener cuidado en eso”.*

Con respecto a la alimentación, las mujeres en general no suelen privarse de ningún tipo comida o alimento mientras están embarazadas. Ninguno de los

alimentos que forman parte de su dieta requiere dejar de ser consumidos durante este proceso, ya que la alimentación tradicional atacameña se basa principalmente en granos, cereales y frutos dulces como el trigo, las papas, las habas, el maíz, el algarrobo, el chañar y por otro lado en la carne y los derivados de los animales que crían como el llamo, vacuno, cordero, chivo, entre otros.

A.E: *“comíamos mucho grano, mucha cosa como el algarrobo, la ñapa, el chañar, tostado, remojado. Comíamos siempre muchos caldos de carne de cordero. Hacíamos mucho caldo siempre con maíz pelado, que acá le llamamos pataska, el trigo pelado, el frangollo que es el trigo que se muele, el pan de trigo, eso se usaba mucho antes. Se crían comiendo eso...nosotros siempre teníamos porque siempre sembrábamos. En el tiempo de choclo, mucho choclo, maíz tostado, por eso yo creo que mis hijos son más fuertes.”*

E.C: *“en la mañana se tomaba un jarro de leche y se comía la ñapa, la ñapa es del algarrobo que se muele en un mortero y se hace un cocho con leche de cabra, esos eran los alimentos. El chañarse coce, se echa a remojar, se le da un hervor y se le saca todo el hollejo, el cuesquito y se le echa un poco de harina; ese es el cocho de chañar que le decíamos nosotros, con ese éramos criados. Cocinaban harta cazuela de llamo, asado de llamo criado con puras cosas naturales del cerro. Sano, el llamo es muy sano, come puro pastito del campo y el cordero igual, esos comen chañar, algarrobo, alfalfa también. Eso es lo que deberíamos...(comer)”*

Para los atacameños alimentarse saludablemente es comer todo natural, todo lo que les da la Tierra y es la base para *estar firmes*, para mantener una buena salud y a su vez mantener una buena salud es vital para poder trabajar y producir los alimentos con que se sustentan. Esto es un círculo virtuoso que organiza la vida del pueblo atacameño.

V.G: *“antes éramos firmes porque sabíamos sembrar el trigo, las habas, el maíz, las papas, las verduras, ahora no, ahora puro compraó no más”*.

E.C: *“antes las mujeres eran más firmes y más sanas, todos sanos. Los niños todos sanos, antes no se conocía...el único era el resfrio, nada más”*.

Así el sinónimo de una buena salud es comer bien, puesto que para la gente antigua la raíz de muchos problemas se encuentra en la mala alimentación. Especialmente en caso de estar embarazada, ya que los alimentos que ella ingiera van a nutrir al hijo que viene en camino y repercutirán en su salud una vez que nazca.

S.M: *“la alimentación de uno, que a veces nosotras como mamás comemos mucho pollo, que las papas fritas...todas esas cosas que hacen mal...y no comemos como antes. Antes comíamos...yo le contaba que todo era natural, la carne...criábamos los corderos natural...ahora no po uno va compra carne y ya es carne congelada, ya tienen muchas hormonas (...) ahora los niños nacen ya con sobrepeso, por lo mismo, por la mala alimentación de uno, pero yo creo que si fuera lo que era antes, alomejor los niños seguirían naciendo normal”.*

C.M: *“mire ahora el mundo ha cambiado, todo ha cambiado, de repente hasta las mismas comidas alomejor ya no son sanas, ni puras como antes, entonces alomejor que de verdad que cuando van a tener su guagua les puede pasar algo, se arriesgan...pero a mi nunca me dio miedo. Antes se comían puras cosas sanas hechas por nosotros, por ejemplo el frangollo, el trigo, lo único que faltaba que sacáramos la azúcar de aquí porque todo se comía natural...la leche de cordero, de oveja, de cabra...la carne todo eso, carneábamos cordero y comíamos. Y ahora todo artificial mucha química entonces por eso mismo alomejor pasan cosas, antes no era así”.*

Con respecto a los antojos o ganas intensas de comer algo específico durante este periodo existe una creencia muy firme y compartida tanto por hombres como mujeres, de que una vez que surge un determinado antojo este debe ser satisfecho, ya que de lo contrario la mujer embarazada se puede sentir mal e incluso a perder a su hijo. Es muy común escuchar lo peligroso que puede llegar a ser el hecho de negar o no compartir algo que se está comiendo con una mujer embarazada.

E.C: *“eso hay que tener cuidado, por ejemplo usted está embarazada y yo estoy comiendo aquí y usted desea comer y no lo dan, puede perder la guagua. Eso era delicado, si hay una mujer embarazada, uno tenía que comer fondeado o si no convidarlo porque no vaya a ser cosa que este embarazada y vaya a perder la guagua por culpa de uno, eso es cierto”*.

C.M: *“dice que por hacer alguna mala fuerza, la guagua se baja y se viene. Dicen que por no comer algo, también es peligroso, pero aquí nunca ha pasado eso, al tiro le buscan lo que quería comer la mamá y comía eso y se le pasaba, se detenía ahí no mas la guagua”*.

Finalmente, todas estas prescripciones y cuidados con respecto a los viajes, fuerzas excesivas, rabias y satisfacción de los antojos buscan evitar la pérdida del hijo o problemas de salud para la madre, en lo cual se está manifestando el carácter principalmente preventivo que posee la medicina atacameña. Sin embargo, por medio de esta investigación he podido constar como siguiendo estas recomendaciones las mujeres desarrollan un embarazo tranquilo, haciendo que la pérdida del hijo en gestación no sea algo muy común entre los atacameños.

En la etnografía de Tocornal. C (2006) aparece como el caldo de cordero contribuiría a *afirmar* al bebe en el útero hasta el momento del parto y la importancia de evitar movimientos bruscos o trabajos pesados para que no exista sangramiento. No obstante en caso de ocurrir esto, se acude al yerbatero, quien debe *parchar* a la mujer para impedir la eventual pérdida del hijo.

B.M: *“son 6 hijos, pero hay uno que nació de 8 meses, pero nació muerto, a donde uno trabaja oiga, yo creo que me hice doler...acá como se riega con agua del canal, por ahí tiraba palas...y tantas cosas que por ahí debe haberme hecho doler y en la casa lo tuve sin dolor tuve, pero la guagua salió muerta. Me subieron a la cama y al otro día ya me levante. Y la guagüita también a llevaron para allá y al otro día también le enterraron”*.

Por último, algunas creencias que he podido rescatar a través de los relatos de las entrevistadas con respecto a lo que la embarazada no debe hacer, se cuentan el

no mirar la luna llena y tocarse el vientre porque la guagua nacería con un lunar o con una mancha grande, ni tampoco mirar la luna nueva porque sale lunático, asociando este término a homosexualidad. Asimismo existe la creencia que la mujer embarazada no puede hilar para que a la guagua no se le enrede el cordón umbilical, ni salga velludo. Tampoco debe teñir ropa, ni pelar trigo con ceniza para que no vaya a nacer manchado.

T.M: *“también era malo que hilaran, las mamás, todas hilaban. Las mujeres embarazadas no hilaban porque se enredaba la placenta de la guagua, si no nacían lanuditas las guaguas también, con harta lanita”.*

V.S: *“los abuelos antes, mi mamá me decía; cuando uno está esperada guagua o teñir colores porque por eso puede salir manchado, eso nos encargaban mucho la abuelas, igual no pelar un trigo o maíz con ceniza porque también sale manchado, no hay que hacer esas cosas cuando uno está gorda”.*

Así, a medida que transcurre el embarazo van apareciendo señales a través de las cuales es posible advertir el sexo del hijo en gestación, donde lo más común es asociar la forma que adquiere el vientre al sexo del hijo que viene en camino. Los vientres duros y en punta indican que será hombre, los que dentro de la panza se moverían mucho más que las mujeres, ya que son más inquietos. Por otra parte un vientre redondo, blando y ancho hacia los lados de la cintura indican que será mujer, quienes son más tranquilas.

Si bien muchas mujeres dicen presentir el sexo de su hijo, también existe la posibilidad de conocer el sexo o el estado de salud de su guagua recurriendo a la partera quien ve esta información a través de sus manos o al *yatiri*, quien puede saber en la hoja coca que será el hijo y su estado de salud. También hay otras personas que pueden ver el sexo o la salud de los bebés en la orina de la mujer embarazada.

S.M: *“cuando estaba uno embarazada te decía que es lo que era tu guagua, si era hombre o era mujer En la coca por ser el saltaba la hoja y decía; ah! Es que tu guagüita es mujer y el tenía su chuspa, era una chuspa y entonces...solo con*

*mirar la hoja de coca...a él nadie le podía engañar porque a él la coca le decía todo”.*

*E.C: “mi mamá sabí que lo veía en los orines, les ponía al sol y le decía; usted está embarazada, así de simple. ¿Y cómo sabe? Aquí sale po. En el orín se hacían como nubes, con el primer orín de la mañana lo sacaba a sol y ahí como que ella sabía, si estaba embarazada o que es lo que pasa. Y cuando estaba la matriz (corrida) ella la arreglaba, a dejaba en su posición (...) si, en el mismo orín le decía; hombrecito es o mujer, eso decía”.*

Así muchas madres atacameñas si bien seguían su vida normal, se iban preparando para recibir a su hijo, donde la costumbre de la gran mayoría es ir tejiéndole gorros, chalequitos, pantalones, mantas y calcetines hasta completar un ajuar con todo lo necesario para recibirle.

### **7.1.2. PARTO**

En general las mujeres cesan sus labores unos pocos días antes de la fecha en que se ha estimado su parto. El lugar para dar a luz ha sido siempre el hogar de la familia que espera al nuevo integrante, en el cual se trata de generar un ambiente cálido y sin mucha luz se arregla una pieza o un lugar de la casa con varias mantas en el suelo, generalmente cerca de la cocina por el calor del fuego, muchas veces cerrando las cortinas.

Las mujeres se dejan guiar por las propias necesidades del cuerpo, de tal forma que si las contracciones son dolorosas o el trabajo de parto se vuelve extenso se mueven dentro de su espacio como lo requieran. Pueden pasar de estar agachadas a sentarse o recostarse para descansar sobre su cama, pararse nuevamente y volver a caminar. A su vez el caminar contribuye a que el parto decante más rápido. Tras todos estos movimientos, lo más cómodo y usual era dar a luz arrodillada o en cuclillas, ya que con la gravedad a favor todo ocurre más

fácil. Esta preferencia por dar a luz hincada en el suelo, ya había sido mencionada en etnografías como la de Blass Hidalgo(1992) en Socaire y en Mostny. G. (1994).

CR.M: *“cuando venían las contracciones caminaba, la mamá decía no se siente porque así le va a venir más rápido, porque cuando se sienta dice que no baja nada. Me decía siga caminando no más, pero al pasito y ya sentía cuando una sentía que ya venía por dar luz, entonces ahí la mama ya le acudía y ya se acomodaba para recibir ya. En esos años a toda gente se le hacía hincar no como ahora en los hospitales, agachadita de rodillas. Entonces ella recibía. Así es más fácil, más rápido, nosotros era poca fuerza y ya estaba libre”.*

Mientras la mujer está con contracciones el familiar que le atiende o la partera le da *montes* e infusiones de manzanilla, perejil, ruda, canela y algunos también les podían dar sorbos de alcohol y mate caliente, todo con el fin de *apurar* el nacimiento y calmar los dolores. Si se ha hecho cargo la partera/o de asistir el parto, el esposo y los familiares igualmente colaboran poniéndose a disposición de ella, ocupándose por ejemplo de calentar agua y traerla cuando sea necesario y también de mantener el fuego y la luz adecuada.

E.C: *“Yo le daba monte, pá que le apure a mi esposa á tener la guagua. La pepita del zapallo eso le daba, como un matecito y pa que no sienta tanto dolor le daba un poquito de alcohol y con eso luego no mas la tenía”.*

A.E: *“mire me dieron fricciones con aceite caliente con flor manzanilla y me daban agua de ruda, porque eso ayuda para el pujo. La señora Adriana, que me acuerdo me pesco de acá y de apretó y me decía puje, puje, así tuve a mi guagua, la mayor.”*

La mayor parte de las mujeres atacameñas son conocedoras de los saberes sobre el embarazo, parto y puerperio, así como también muchos hombres, quienes han aprendido de sus madres y abuelas las prácticas y significados más íntimos del proceso. Por ejemplo los hijos mayores aprenden no solo observando o escuchando relatos, sino también formando parte de la experiencia, ya que eran llamados a colaborar ayudaban en los nacimientos de sus siguientes hermanos,

de tal forma que han aprendido *in situ* como se desarrolla un parto y los cuidados que se deben tener antes, durante y después.

Generalmente las mujeres primerizas son asistidas por alguien cercano como el marido o pareja, la mamá o la suegra, el papá, una tía y a su vez la mujer va aprendiendo de esta experiencia. Sin embargo, es posible encontrar parteras que son reconocidas en sus pueblos como tal, ya que reúnen mayor conocimiento y experiencia y por lo mismo se convierten en los principales encargados del embarazo, parto y puerperio.

E.C: *“Igual cuando tuvo los primeros niños mi esposa, yo no mas lo he atendió, ella nunca ha ido al hospital a tener las guaguas. Ninguno, yo nomas los atendía a ella (...) a todos mis niños del primero al último. (...) Cuando le estaban viniendo los dolores y caminaba, andaba, amarraba un cordel y se agarraba hasta que ya tenía la guagua y yo con los pañales así...”*

S.M: *“Antiguamente ellos sabían ya cómo atender a su gente y la verdad yo...la partera de mi mama era mi abuelita por parte de papa, su suegra de ella, ella le atendió en todos los niños, ella era su partera. De ella aprendió”.*

M.H: *“Antes no estudiaban pero sabían porque las mamas les enseñaban (...) era igual este así casi sagrada. Y ellas así con puras fricciones, con puro verte”.*

En las investigaciones más recientes como Saravia. P (2004) y Pérez. M (2005) se deja ver como cada mujer es poseedora de los conocimientos necesarios y elementales para traer al mundo a sus hijos, sin embargo se distingue la figura de la partera como la especialista en el tema, diferenciándola del curandero, quien se ocupa de la sanación de enfermedades o restitución de la salud.

El rol de partera/o es llevado a cabo por mujeres y hombres quienes tienen alguna conexión con el tema, es decir, les despierte interés o gusto o bien presente alguna habilidad para el mismo. Muchas veces también los mismos *yatiris, curanderos, compositores y yerbateros*, son quienes se hacen cargo de atender en sus familias y en sus pueblos los embarazos y partos, de tal forma que además

son reconocidos como parteros. La labor que desempeña la partera/o no se limita a la atención del parto, también se recurre a ella para la atención pre-natal y durante el parto brinda los cuidados básicos al recién nacido además de apoyo y contención a las madres.

E.C: *“Por eso la mujer antes que tenía la guagua le veían si estaba sentada parada la guagua. Mi mama era matrona, pero así no estudiada, nada...(partera) una cosa así y ella no sé cómo habrá estudiado, no se pero ella en su pura....habilosa digo yo, porque ella no sabía ni leer, ni escribir, era criado en los cerros como antiguamente.”*

B.M: *“claro había una partera, pero no me acuerdo de su nombre en estos momentos. Yo le llamaba a ella y para que naciera la guagua rápido me ponía en el suelo así con una manta y me movía de allá y de acá. Si y después me sahumaba con trigo. El trigo lo ponía en las brasas y tenía que abrir las piernas y subía el humo, como para que nazca rápido la guagua. Ella me hacía nacer la guagua, la lavaba, la vestía y las envolvía. Y a mí me dejaba en cama y al otro día venía mi marido y me traía tecito con alguna cosita o algunas hierbas”.*

El origen de sus saberes puede transmitirse por herencia de algún familiar cercano, por la observación empírica y práctica cotidiana como también por un hecho extraordinario marcado por el recibimiento de un don divino al ir pastoreando, estar dando a luz o al ser tocado por la naturaleza a través de un rayo. (Bolados. P. 2006). La retribución a su trabajo ha sido la mayor de las veces *a voluntad* o en alguna especie como un cordero, un quintal de harina, azúcar o en ocasiones también en dinero.

T.M: *“cuando era niña supe esto por un relámpago que me boto, un trueno. Dios, el es la que me dio esto, eso tengo todavía así, entonces el me mando de 12 años esto...para que yo atendiera un parto en casa, de Socaire para abajo en esos cerros (...) mi Señor me despertó porque me estaban necesitando y llegue y la señora estaba por dar a luz. Es una aguada, una piltita donde hay unos cueros ahí para que se acostara y ahí tuvo la guagüita, yo le compuse y después le deje po*

(..) *A mí nadie me ha enseñado nada, solamente el Señor me dio mi entendimiento entremedio del trueno y del refucile que me mato y me vivió de nuevo y seguí sirviendo a la gente”.*

Ante los partos complicados el trabajo de la partera/o cobra vital relevancia, ya que a través de friegas, masajes, sahumeros y el manteo ha de lograr que la mujer dé a luz. Sin embargo, el carácter preventivo de la medicina atacameña se hace presente en este proceso, ya que muchas parteras *componían* a la mujer unas semanas antes de la fecha de parto, evitándole con ello cualquier inconveniente durante el nacimiento de su hijo.

El *componer* consiste básicamente en acomodar a la guagua en aquellos casos donde está en posición horizontal o aún no se ha girado verticalmente mirando hacia abajo. También se puede recurrir al *manteo*, el cual representa una de las técnicas más antiguas de este pueblo. Para esto se ponía a la mujer dentro de un poncho y se le cernía, es decir, la batían continuamente por un tiempo determinado y ya con esto se asegura que el bebe se acomode en posición vertical y que venga sin el cordón enrollado.

V.G: *“cuando no puede tener la guagua se le mantea, se la hace andar, se hacen una friegas por acá y ya llega no mas la guagua, cuando viene mal. Cuando viene bien no po, se da vuelta y llega no más”.*

CR.M: *“para las que no podían tener guagua había una señora, se llamaba Gregoria, hace uhhhh muchos años, ella era partera. Ella les manteaba, decían así, no sé cómo será eso porque yo no lo he visto, pero yo pregunte y me han dicho que la echan en una manta y le sacudían para un lado, para el otro lado, y ella acostada ahí, entonces dicen ya se iba poniendo normal la guagua, porque dicen que estaba como atravesado así, como que se ponía bien la guagua, entonces decía; ya ahora viene, entonces ya tenía la guagua. Ellas decían así, las abuelas antes, que ella era mantera, era partera”.*

T.M: *“no es que yo les componía primero a las señoras. A todas las que se han atendido primero les componía y después lueguito nacía la guagua, pero*

*compuesta. Tenía que componerlas. Hacerle masajes. Si también, es que a veces hay que mantear cuando está muy mal la guagua, porque a veces está atravesada y ya por eso teníamos que mantearla, si no no po! Si está muy arriba, si está muy abajo, para todas esas cosas hay solución. Nunca mis guaguas han nacido con el cordón en la manito envuelto ni nada”.*

*G.R: “Aquí a la mujer la cernían, cernían se llama, y según la tradición la cernían en un poncho de hombre, no tena que ser poncho de mujer, si no poncho de hombre y ese poncho se colocaba así...como un rombo y se acostaba la mujer, entonces uno tomaba estas puntas que quedan...porque ella (la partera) tomaba las puntas cruzadas y quedaban dos puntas liberadas que tomaba el hombre, entonces el hombre se para sobre eso y empieza a hacer así, tiritando los dos brazos, mientras ella se deja, se queda quieta. Cuando ocurre ese momento ella también va vibrando así y solita va girando pa un lado y después pal otro lado. Eso se hace para que el muchachito se ubique. Ve que de repente vienen las guagüitas cruzadas, vienen por otro lado. Yo también lo hice, parece que se hace una semana antes, faltando una semana, unos días. Cuando la mujer ya la mujer está casi lista”.*

Es importante destacar, el hecho que muchas mujeres, sobretodo antiguamente, no recurrían ni a la partera, ni familiares o vecinas, se hacían cargo del nacimiento de sus hijos totalmente solas. Simplemente tenían listos algunos implementos que son necesarios para ese momento como tijeras o un cuchillo, una pitita para cortar y amarrar el *pupo* u ombligo y pañales o una manta para abrigar a la guagua.

*V.G: “Los he tenido en el campo con las ovejitas, al mayor, después los he tenido en la casa...sola. Con la fuerza de una no mas y pá ayudarse con ruda”.*

*C.M: “mire la verdad de las cosas es que yo tuve sola a mis guaguas, yo le cortaba su *pupo* todo sola. No me dio susto porque mi mamá ella tenía sus guagüitas igual...solita. Entonces yo había visto, sabia. Si cuando ya estaba más grande ya. Yo le ayudaba a cortar el *pupo*, le bañaba a la guagua. Yo soy la mayor”.*

B.M: *“Tendría siete partos naturales, así sin nada. Mis papas estaban vivos, pero que les iba a ir yo a molestar...si pasaban ocupados ellos también. Así que yo no metía ni a mi papa, ni a mi mama”*.

S.E: *“la Julita me contaba que se ayudaba de su marido, pero también incluso sola. Se ponía de rodillas, con las piernas abiertas y ella ya sabía ya cuando venía el bebe y ella misma cortaba el cordón. Ella sola hacía todo. Tenía listo todo. Los parientes le ayudaban a limpiar y esas cosas, pero ella hacía todo el trabajo, con dolor y todo, dolores terribles”*.

V.S: *“ya cuando tenía mis niños ahí recién avisaba a mi hermana, a ella la Guadalupe. Si cuando ya les tuve ya a los tres. Los tres niños yo sola les acomode y todo. Ella llegaba al otro día recién y yo sufriendo, sufriendo les tuve”*.

De esta manera, tras recibir al bebe la misma mujer o quien la está asistiendo le ayuda a cortar el *pupo* una vez que la placenta ha descendido, ya sea con tijeras desinfectadas con alcohol o cuando no se disponía de tijeras se procedía a cortar con cuchillo solamente. El *pupo* se amarra firmemente con una hebra de lana de llama, oveja o cordero la cual ha sido lavada y torcida con la mano.

M.H: *“y les ponían ombliguero (...) es una tirita y usted lo hace así (torcerlo), una tirita ahí, entonces eso abarca el ombliguito y le pone una cinta o la misma tirita gruesecita, entonces da vuelta su cuerpito y lo amarra. Una tirita de lana de llama o de cordero negro”*.

G.R: *“yo le corte el ombligo a mi hija, yo le hice el nudito y todo, según los antiguos así dicen que hay que hacerlo, medirle cuatro dedos y hacerle dos nudos firmes al cordón, un acá y otro allá y corta al medio con la tijera”*.

El significado simbólico del *pupo* se vincula en diversas culturas con las raíces de la persona, es por esto que muchas madres atacameñas lo guardaban en una tela o en una caja pequeña en algún lugar seguro para que el bebe estuviera protegido.

Luego se procedía a bañar al recién nacido solo con agua tibia, vestirlo, ponerle un gorrito de lana para cubrirle su cabecita del frío y finalmente fajarlo como *un lulito*. Los niños son envueltos con una manta que les aprieta desde los brazos hasta las piernas con la finalidad no solo de abrigo, sino también para que vaya creciendo erguido su cuerpo y derechos sus extremidades, lo cual les ayuda a crecer fuertes.

T.M: *“Nace la guagüita y le tenía lista el agua yo. Les bañaba fresquito, bien bañado, bien jabonado, refregadito con una tira la cabecita, los brazos, las piernitas, todo. Con agüita tibiecita y después le doy un purgantito para que vote toda esa, porque la guagüita vota una cosa como mucosidad, vomita (...) Y les mantillaba bien mantilladito y le ponía su ropita a veces tenían su camisa, a veces no tenían nada, pero su pañalcito no mas y les envolvía”*.

T.M: *“Le mantille como mantillaban las guaguas...lulitos, tenían todas las mantitas, para que estuviera derecha y sanita”*.

Esta práctica de fajar o *mantillar* a los bebés una vez que nacen hasta aproximadamente el año de vida, que es cuando ya comienzan a caminar, se ha ido perdiendo en el traspaso a las nuevas generaciones. Las madres más jóvenes comenzaron a fajar a los hijos solo hasta a mitad del cuerpo, mientras que algunas simplemente dejaron envolverlos de esta manera, ya que ellas se han distanciado o le han perdido el sentido a esta creencia atacameña.

V.S: *“los fajaban completos, como una empanada. Era antes, ahora no les hacemos así, ahora les criamos sueltos a los niños. Antes los fajábamos y los poníamos en la espalda, con la lliclla”*.

Finalmente la placenta era comúnmente enterrada en el patio de la casa de la mujer que ha dado a luz o en algunos casos bajo el fogón donde se cocinaba antiguamente para que se fuera quemando. La idea es que no fuese pisada, ni desenterrada fácilmente. Algunos le pueden agregar sal, otros carbón y sal o agua bendita como una forma de aislarla y protegerla del medio.

Esta práctica de enterrar la placenta, completa o cortada en trozos, aparece ya registrada en las etnografías Laval (1958) y Mostny. G. (1994) y también en investigaciones más recientes como Tocornal. C. (2006). En esta última se destaca el hecho que se debe esperar a que esta descienda por sí sola y enterrarla junto al cordón umbilical en un lugar elegido por la familia.

La placenta como en muchos otros pueblos indígenas posee un profundo significado cultural. Tal como el *pupo*, la *placenta* posee connotaciones sagradas ya que ha sido uno de los elementos que da vida a la guagua. Por este motivo es importante que quede bien protegida, ya que ello permitirá asegurar la salud y el bienestar tanto del hijo como de la madre.

T.M: *“si la placenta era enterrada en una parte que nadie pise porque era sagrada también. Muchos abuelos les echaban agua bendita y sal (...) para que se sane rápido la señora, para que no se enferme la guagüita y antes no se enfermaban nada, nada las guagüitas y las mamás tampoco a no ser que se levantaran antes de tiempo sí”.*

T.E: *“La placenta la enterraban con carbón, hay que hacer el hoyo se le echa la placenta y el carbón arriba y listo. Especial por si no para que le echamos carbón, para que no moleste, para que nada....no se enferme la mamá, para que apague todo....”*

Por otra parte, en lo que respecta al amamantamiento, en general las mujeres atacameñas entrevistadas han dado pecho aproximadamente hasta el año y medio o dos años, sin mayores complicaciones. Los cuidados del amamantamiento consisten básicamente en llevar una alimentación exenta de alimentos flatulentos e irritantes que afecten a la guagua, en especial los primeros días tras el parto y no desabrigarse la espalda, ya que *un mal aire* podría *secarle* la leche.

E.C: *“el mal aire es por el frío, cuando se destapa la espalda, ahí se seca la leche, por eso cuando tiene la guagua hay que abrigarle bien la espalda, que no se hiele la espalda hasta que este normal la mujer, no sé que pase un mes o más.*

*De que nació la guagua la mujer tiene que abrigarse bien la espalda no más y si no se le seca la leche y tiene que acudir a la mamadera y los niños no se crían bien gorditos”.*

Algunas mujeres de generaciones más jóvenes llevan un calendario de su ciclo menstrual donde los días cercanos al día 14 tras la menstruación son los más fértiles. Este método funciona tanto para quedar embarazada como para no quedar ya que conocen sus días más fértiles. Sin embargo, dar la leche materna ha sido el mecanismo de anticoncepción más habitual entre los atacameños, en otras palabras el amamantamiento prolongado ha sido la forma más común de “cuidarse” para espaciar los nacimientos, la cual también funciona como una técnica de planificación familiar.

CR.M: *“hasta el año, 1 año y 2 meses...tomando el pecho no embazaba, pero cuando dejaba de tomar pecho al tiro ya (...) Cuando ya nacida la guagua, la mamá o la abuela decía; no coma ají, o verduras fuertes, pero antes que nazca no, todo se comía, después se tenía cuidado por la leche unos 15 días 20 días no mas y después ya comía normal y la guagua recibía la leche igual no más”.*

S.M: *“gracias a dios todos mis hijos son sanitos, no tienen ninguna enfermedad, na po y tampoco ellos nunca fueron al hospital porque tienen una enfermedad, no y a los cuatro los crie con puro pecho, no le di relleno, nada de eso. El mayor mamó hasta los 2 años 7 meses y le quite el pecho y quede embarazada de mi otro hijo, era así...Porque en el fondo yo dejaba de amamantar y quedaba embarazá, yo en esos 3 primeros embarazos, yo no me cuidaba con nada, con nada de lo que uno se cuida para no tener hijos, pero mientras yo amamantaba”.*

### 7.1.3. PUERPERIO

El puerperio o pos parto es de suma importancia entre los atacameños, de hecho tiene muchas más restricciones y recomendaciones que el embarazo o el parto mismo. Es por esto que una vez que la mujer tiene a su hijo y cae la placenta, se acuesta con él en brazos y le ofrece el pecho. Posteriormente muchas mujeres se quedaron dormidas producto del esfuerzo realizado en el trabajo de parto, el cual a veces se puede prolongar por más de 20 horas. Desde ese momento se inicia un periodo de recuperación para que la mujer pueda recobrar fuerzas y energía y con ello restablecer su salud lo más pronto posible.

La recuperación se basa principalmente en cuidar su alimentación, ya que no pueden llevar una dieta normal como era hasta el momento del parto, guardar reposo, no acercarse al agua, ni al fuego, ni salir al aire o al sol, no realizar tareas pesadas y evitar las relaciones sexuales. Generalmente la madre, el esposo o algún otro familiar le preparan comidas especiales durante los primeros 8 a 15 días y se la llevan a la cama para que ojala se tenga que levantar lo menos posible. Se evitan aquellos alimentos que puedan provocar alguna molestia al recién nacido a través del amamantamiento, como la carne de cabra, de chivo o llama, porque esa carne *tiene mucho aire* y entonces podría hinchar al bebe. De tal forma que la alimentación durante estos días consiste básicamente en cazuelas con un poco de carne de cordero, algunas verduras y orégano. Los caldos al ser líquidos contribuyen a la producción de leche materna, al igual que los *montes* o infusiones y los mates.

C.M: *“claro, cuando lo tienes en la casa no po, después uno se queda dormida un rato, después alguien le hace un plato de cazuela y eso le va dando fuerzas de nuevo, se va reponiendo. Las hierbas que uno tome...más que nada pa que tome, uno se cuida mejor en su casa, que en el hospital”*.

E.C: *“Una vez que tenía la guagua yo la bañaba y todo eso con agüita tibiecita y le envolvía así en franela. Y a mi esposa le daba esos calditos, yo le preparaba una*

*cazuelita, no con tanto arroz, bien...mas caldito y le echaba con ruda y entonces con eso se recuperaba rápido. Hacia cama una semana así y yo la atendía.”*

Durante este periodo de pos parto al cual algunas personas denominan también como “cuarentena”, es necesario que la mujer se cuide para que no le vaya a dar *la recaída*, justamente por esto es muy importante guardar reposo. El reposo podía ir desde los 8 a 15 días promedio. Sin embargo, las mujeres más antiguas estaban 40 días o hasta 2 meses en cama y nos las dejaban levantarse. De todas maneras el reposo varía de acuerdo a la situación socio-económica y familiar en la que se encuentre cada mujer, es decir, depende mucho del apoyo con que cuenta porque algunas mujeres solas o con escaso respaldo del esposo o parientes no podían guardar reposo por más de 2 o 3 días, ya que luego se tenían que poner a trabajar nuevamente. En estos casos la partera podía quedarse unos días con ella si lo requería para cocinarle o asistirle en algunas labores del hogar.

CR.M: *“se cuidaba no mas, no le dejaba cocinar en unos 4, 5 días, si es posible 8 días. La mamá no le dejaba cocinar, no dejaba lavar, con agüitas de monte le hervían. Así era el estilo de antes, de años. Más sano. 2, 3 día estábamos en cama, de ahí no po ya salía a caminar, pero ahí no mas, por la casa, para recuperar eran 15 días para recién salir”.*

S.E: *“yo creo que es verdad que hace daño (no cuidarse el pos parto) porque muchas mujeres le duelen los huesos, tienen problemas, porque no hicieron caso, no hicieron cuarentena. Se bañaron en su regla, después de su parto, pero antiguamente no se bañaban y una alimentación especial para el bebe, para tener más leche, mate con leche para tener más leche para el bebe, mucha agua”.*

Aunque el reposo tuviese que ser breve las mujeres guardaban ciertas precauciones porque se considera un momento delicado, al cual se le debe tener respeto. El momento del puerperio se toma con mucha seriedad entre las mujeres y hombres atacameños. En este periodo a las mujeres más antiguas no se les permitía ni siquiera lavarse las manos. Recién pasadas 2 semanas podían tocar el agua, al mes aproximadamente lavarse el pelo y recién pasado 1 mes y medio

bañarse. Menos podían lavar ropa ya que esto además implica un esfuerzo extra lo cual también está restringido para las mujeres puérperas, ya que no deben levantar cargas pesadas, ni realizar fuerzas desmedidas. Los padres se preocupaban mucho de que las mujeres hicieran caso sobre estos cuidados, se preocupaban de que obedecieran porque ellos veían claramente, acorde a su experiencia, el peligro que conlleva *la recaída* la cual incluso se cree puede terminar en la muerte de la mujer. Así paulatinamente las mujeres atacameñas van retomando su vida normal, o sea caminando dentro de la casa y luego ya de a poco saliendo al exterior y retomando sus labores a cabalidad.

A.E: *“después de tener la guagua comía puro caldo de gallina no mas, con algo de sémola o arroz. Y los cuidados eran de no salir al aire, las corrientes de aire, porque si no da la recaída. También hay que cuidarse del fuego, de estar mucho al calor, estar mucho al sol”.*

T.M: *“Antes era muy delicado todo eso. Sabi que muchas abuelas les tenían 40 días en la cama. Sin bañarse, sin tocar agua esa persona. Eso es porque hay una enfermedad que les da a las personas que han tenido guagüitas que se llama desmando, la recaída, le da y ella empieza a tiritar como que tiene mucho frio, se siente mal, le dan dolores de cabeza, dolores de huesos, de todo. Antes las abuelas para evitar hacían eso. Y a los 8 días de nuevo le bañaban a la guagüita y a ella le daban mate, puros mates de montes no mas, ahí cuando estaba acostada”.*

M.J: *“me atendían hasta 8 días, y después tenía que salir al baño y si no ahí en la piecita donde estaba no más. Si no les da la recaída, es peligroso, se muere. Cuando se levanta antes de los 8 días, le dio recaída y murió. La recaída es rápida, le agarra una fiebre, un dolor de cabeza. Las mujeres hacían caso. No había que bañarse, limpiarse con agüita de monte”.*

Todas las prescripciones descritas en la presente investigación coinciden con aquellas mencionadas en la investigación de Tocornal. C (2006), como llevar una dieta especial, mantener reposo, evitar los cambios de temperatura y la restricción

en los baños y actividades de la mujer puérpera. Todos estos cuidados tienen como objetivo principal evitar la *recaída* o debilitamiento de la madre luego del parto.

Este tema del *desmante* o desprendimiento de los órganos reproductores femeninos aparece como vinculado a la matriz y ocurre producto de malos cuidados propiciados a la mujer durante su pos parto, especialmente cuando no se ha cuidado de mantener el equilibrio entre el frío y el calor, es decir, se expuso a alguno de los dos en exceso o también se puede haber expuesto al aire. Además puede ocurrirle por haber realizado alguna labor que exigía un esfuerzo mayor para su estado.

Se cree que hasta pasado un mes o un mes y medio después del parto puede dar *la recaída*, dicen que es como *un mal aire que te agarra* y te hace sentir frío y mareos. Al parecer baja la presión y por lo tanto te puedes desmayar, comienza a doler el cuerpo y la cabeza y los oídos te zumban. Realmente es muy intenso y necesitas ayuda rápido para ajustar el desequilibrio en que entra el cuerpo.

V.G: *“Cuando al poco de tener la guagua se ponen a lavar, a hacer las cosas, ahí se desmanta. El zorro claro es pal desmanto. Cuando uno se desmanta, con la cola se usa pá sahumarse, la carne pá comer, pero cuando a una le ha dado el desmanto”.*

E.C: *“más bien si se pone a lavar antes de tiempo. (No se cuida) entonces le da una recaída. No hace reposo bien, entonces le da ese malestar de la recaída”.*

S.M: *“a mí me dio una recaída muy fuerte, pero yo gracias a mi hermano mayor me salve po, si no yo no estaría contando la historia acá po. Yo cuando tuve a mi hijo, tenía 20 días y mi mamá me mando de Toconao a Tambillo a ver los corderos y yo llegue y me metí al corral donde estaban...es lejos. Pero yo me acuerdo que....uno se pierde, uno se borra, le da como un calofrío y se te borra la película, y tu no sabí lo que hacía, pero yo no me acuerdo como llegue a la casa, pero cuando yo me di cuenta, cuando yo reaccione, mi hermano estaba ahí, ya yo estaba en la casa pero yo no sé como llegue. Yo me acuerdo que salí del corral y*

*no me acuerdo más de lo que me paso. Y yo andaba con mi guagua en la espalda. Por eso dice mi hermano que cuando el llevo de que había salido a regar, dijo; ¿y por que la puerta esta abierta? Y dentro y dice yo estaba botada, estaba botada así arriba de la cama y es como que yo llegue y me tire arriba de la cama y con mi guagua en la espalda, ahí el dice que me toco y estaba helada, helá helá y dijo; ah le dio la recaída y empezó al tiro los....porque ellos te dan remedios al tiro pero caseros”.*

A.E: *“Llego a la casa y decía que le daban escalofríos, le dolía la cabeza, es muy feo eso. A mi paso una vez así, pero yo al tiro yo sabía, porque mi mamá me decía que hay que tener alcohol, echarse en las manos y aspirarlo y se me paso”.*

Cuando ocurre el *desmando* o *recaída* hay que reaccionar prontamente para lograr que la mujer se vuelva a sentir bien, sobre todo en aquellos casos en que se ha desmayado. Se le debe recostar e intentar que le vuelva en sí. Uno de los remedios que se utiliza en este caso son los *montes* como la chachacoma, que es una hierba que crece en la alta puna, *para que se le caliente cuerpo* o infusiones de ruda y romero. Sin embargo, el mejor remedio para las recaídas es el zorro. La cazuela con carne de zorro o bien un *monte* de ruda con zorro es lo más efectivo, así como también se debe realizar un sahumero, quemando la misma cola de zorro u otros elementos como ajos o ruda, cosas que sirven para que retorne el equilibrio y la protección de la mujer.

Esta información con respecto al lugar que ocupa el zorro como elemento vital para recuperar fuerzas en momentos que se está muy débil, aparece destacada en la etnografía de Saravia. P (2004) en Socaire, donde describe como la figura del zorro acompañaría a nivel simbólico a las prácticas de cuidado y purificación para el bienestar de la madre y el hijo en los momentos previos y posteriores al parto. A diferencia de la información recaba por Saravia. P, con respecto al carácter preventivo del zorro, contra el “mal de aire” que puede venir tras el parto, de tal forma que es importante tomarlo justo antes del mismo, así como también se utilizaba su cola para sahumar la casa antes del parto y para el “susto” a los recién nacidos. En la presente investigación los participantes se refirieron a que

los distintos usos y preparaciones del zorro se limitaban al hecho que el mal de la *recaída o desmando* ya era inminente.

Se cree que si la mujer sufrió una vez recaída puede volver a ocurrirle en sus siguientes hijos, es por esto que deben buscar carne de zorro y tener todo listo para prepararla en caso de requerir tras el siguiente parto, aunque cuidándose no necesariamente tendría que ocurrirle de nuevo.

S.M: *“y ahí po y ahí mi hermano me dio eso y después me saco la guagua y después me dio otro remedio y después me acostó y él me sahumo. Al sahumarse la sahúman con muchas cosas po, con la cascara de ajo, con el romero, con un poquito de azúcar con....es que son todos remedios caseros entonces y ellos hacen fuego sacan las brasas y le echan ahí, son sahumeros que a uno le hacen y con eso a uno le sahúman y la cuestan y no te dejan levantarte durante...hasta que te recuperí. Y ahí me dijo mi mamá; o sea ya no más! o sea mi papá era muy estricto en ese sentido”.*

A.E: *“el huesito del zorro, decía mi mamá que había que tostarlo y hacerlo como un cafecito, con una yerba, podía echarle romero, ruda”.*

T.M: *“La carne de zorro, la cazuela, hacerle hervir en olla marmicoc para que salga blanquito el caldo y darle ese caldito y sahumarle con la lanita del zorro, pero ese es ya cuando se va a levantar o bien cuando les da el desmando. A mí me venían a avisar cuando se enfermaban entonces iba a hacerle yo y les daba eso”.*

### **7.1.3.2. Recomenzar el ciclo...criando y trabajando**

Las mujeres atacameñas luego del pos parto pondrán a su hijo Los bebés envueltos como *lulitos* en la *lliclla*<sup>15</sup> o aguayo, se amarrara firmemente sobre su

---

<sup>15</sup>Hoy conocida popularmente como *aguayo*. Es una manta tejida a telar con motivos propios de la cultura atacameña, la cual se anudaba se ponía en la espalda. Se para cargar y transportar a los niños o alimentos.

espalda y saldrá a trabajar. Al cargarlo de esta manera puede realizar tanto las labores del campo como de la casa.

Esta forma de porteo genera un tándem madre e hijo que le permite a la mujer retomar gran parte de su vida, mientras el bebe va a aprehendiendo desde allí el mundo, observando desde esta perspectiva como sucede todo a su alrededor.

CR.M: *“al tenerles si po, un poco de dolores, no sentí nada, porque nosotros trabajamos duro, no era que estábamos sentados, no había tiempo para descansar. Si es posible teníamos que trabajar con los niños en la espalda”.*

V.S: *“Un mes no salía, ya después me ponía en la espalda a guagua y salía a trabajar. Así somos criados acá, en la espalda”.*

Las mujeres atacameñas gestan a sus hijos trabajando y les crían trabajando, de tal forma que desde antes de nacer o desde muy pequeños aprenden lo que es el trabajo y en la medida que van creciendo se les prepara para colaborar a los padres en diferentes tareas, convirtiéndose en una ayuda para la familia.

V.S: *“Antes los fajábamos y los poníamos en la espalda, con la lliclla. Ahora las niñas no cargan, ya coche no mas, nosotras no conocíamos lo que era el coche. En el fuego alzando tu guagua, hacíamos las tortillas y todo. Eran más tranquilos los niños, no molestaban. Yo mis guaguas les decía; ahí quédese sentado y ahí se quedaba con su pancito y yo lavando o hilando así con la lana y ahora no son así”.*

Sin embargo, esta práctica de cargar a los bebes como lo hacían sus abuelas y bisabuelas atacameñas ha perdiendo continuidad, principalmente porque las generaciones de mujeres jóvenes no tienen la necesidad de salir a trabajar la tierra o a ocuparse de los animales. Sus condiciones de vida y las posibilidades de empleo han cambiado. Otro factor que también influye considerablemente en la pérdida de esta práctica cultural tan propia del pueblo atacameñas y de los pueblos andinos en general, es la aparición del coche. En este sentido, muchos hombres y mujeres atacameñas creen que tanto *mantillarles* como cargarlos en la *lliclla* representa una forma de crianza que influye en el carácter de los niños.

## **7.2.-LA INSTITUCIONALIZACION DEL PROCESO REPRODUCTIVO EN SAN PEDRO DE ATACAMA**

El pueblo atacameño es poseedor de una serie de conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, el cual proviene de su experiencia empírica y probablemente como en otros pueblos andinos haya sido adquirida en las actividades de pastoreo y agricultura y de su relación con la naturaleza.

De esta manera, el conjunto de prácticas y creencias para enfrentar el proceso reproductivo emergen de su forma de vida, de comprender la vida y han dado lugar a una serie de procedimientos específicos para el cuidado y tratamiento de la mujer embarazada y su hijo en los distintos momentos de este ciclo. Estos saberes, que forman parte de la medicina atacameña, han permitido de diversas formas prevenir enfermedades y situaciones de riesgo para el momento del parto, así como también mitigar el dolor, dar contención a las necesidades de las mujeres y restituir la fuerza y energía durante el puerperio, todo lo cual ha contribuido a conservar el bienestar de su gente y prolongar la salud y la vida.

Sin embargo, la implantación del sistema biomédico en San Pedro de Atacama, representado en el Servicio de Salud Pública local comenzó a cambiar paulatinamente la forma de vivir el proceso reproductivo para el pueblo atacameño, en la medida que este se vio forzado a redefinir las formas tradicionales de asistir este acontecimiento para adaptarse a los nuevos requerimientos del sistema biomédico.

La normativa de Salud en la zona hizo que cada vez más las mujeres embarazadas comenzaran a ser controladas en el consultorio y a viajar al Hospital de Calama o al de Antofagasta para tener sus hijos. Justamente gracias a los controles pre natales se generó un registro de las mujeres embarazadas, por lo que fue mucho más fácil fomentar la hospitalización de parto. Esta situación puede verse reflejada en el relato del matron atacameño (R.M), quien trabajaba en la posta de San Pedro de Atacama en este periodo; *“Yo tenía todo el control de embarazadas y se cuántas embarazadas están a punto de tener hijos, porque uno*

*lleva el control de la comuna. Uno revisa la ficha y llama por teléfono, o antes que no había ni muchos celulares, entonces veíamos por radio si estaba allá o si había bajado”. (R.M)*

Sin embargo, hubo un momento de transición en San Pedro de Atacama en el cual partos aun eran atendidos en la posta rural de la comuna por Rosa Cortes, quien era técnico paramédico y la única funcionaria que atendía en este establecimiento, así como también de forma paralela seguían sucediendo numerosos partos en las casas. No obstante, tras el proceso de Municipalización de la Salud durante 1987 se restringe completamente la atención de partos al nuevo equipo de profesionales que llegó a trabajar en este recinto.

*E.L:“Rosa fue la última que estuvo acá hasta cuando se hizo el traslado de las postas a los municipios. Después que ella se fue las que llegaron no hacían parto acá ya (...) Lo que paso aquí después fue que el sistema de salud fue avanzando, entonces después se le prohibió a ella hacer los partos y la obligación era que la persona que estaba por dar a luz tenía que irse a 2 o 3 días antes. Ellas venían a control y si la persona ya la venían que estaba próxima a dar a luz la mandaban inmediatamente a Calama”. (E.L)*

La Institución de Salud actúa en la zona para mejorar las condiciones de atención del embarazo y principalmente del parto tiene por objetivo reducir los índices de morbilidad materna infantil, ya que dar a luz en casa no reúne las condiciones sanitarias, tecnológicas, ni médicas para una atención adecuada del parto y sobre todo para afrontar aquellos casos de riesgo vital de la madre o el bebé. Esta disposición responde a una Política de Salud a nivel país que busca acoplarse a los acuerdos y compromisos internacionales de los Objetivos del Milenio, en los que se había subrayado la importancia de proteger a las mujeres y sus recién nacidos, especialmente en los casos de los riesgos asociados a condiciones de desigualdad social y económica. En palabras del matron atacameño (R.M); *“Constantemente el Servicio de Salud nos recalca o nos remarcaba que debíamos bajar a toda costa la tasa de partos domiciliarios o en*

*otros lugares del campo, no podía estar eso porque era visto como una mala señal o era visto como un indicador de subdesarrollo de país, en ese tiempo”.*

En términos generales, la forma en que ha tenido lugar de este proceso de Institucionalización de la Salud y la reproducción en San Pedro de Atacama ha ido más por la vía del rigor que de la comprensión entorno a los conocimientos que posee el pueblo atacameño. Es posible advertir que no ha habido consulta, ni planificación en conjunto con las comunidades para generar espacios de atención al embarazo, parto y puerperio desde una perspectiva intercultural y con ello promover la importancia que tiene el evitar situaciones de riesgo que puedan conducir a la muerte materna o infantil.

Por el contrario, los mecanismos utilizados por el Servicio de Salud para atraer a las mujeres y sus familias a los hospitales se fueron endureciendo, recurriendo como principal argumento a la responsabilidad penal que recae sobre las personas involucradas en un parto en el cual fallezca la madre o el recién nacido. La imposición del sistema biomédico y la investidura de ilegalidad que adquiere la situación tensionaron el ambiente, haciendo que muchas veces las mujeres se escondieran para evitar el Hospital. La reacción del personal de salud consistió en la amenaza directa de recurrir a Carabineros para que dejen sus hogares y se vayan al Hospital.

*C.M: “a mí la matrona cuando yo tenía mis guaguas, yo iba a control como al mes iba, aparecía con mi guagua y me decía; lo tuviste en tu casa? Si po! Mira pa la otra que tengai asi, yo misma voy a ir con los Carabineros y te voy a llevar presa...mira po! Eso no po, todo lo contrario en vez de decir como lo hizo, como no vinieron, como no avisaron, yo te hubiera ido a ver a tu casa por último, ahí sería bueno po, porque imagínese que tenga uno...quiera tener la guagua en la casa y manda a buscar a la matrona, sería bueno que dijera, ya! Yo la voy a ver, llevo todos mis implementos por si acaso le pase algo, en cambio acá no po lo primero que hacen es amenazarte con los Carabineros”.*

Este mismo argumento sirvió para restringir la labor de las parteras/os, de tal forma que ejercer la partería es sinónimo de estar fuera de los límites de lo legal, ya que estas fuera de la circunspección del sistema hospitalario. Es por esto que el parto en casa o a la usanza atacameña comenzó a disminuir considerablemente a la vez que el Servicio de Salud se fue adjudicando el monopolio de la atención de todo este proceso. En este contexto se vuelve difícil evaluar en términos numéricos cuáles son los índices de partos-nacimientos atendidos hoy todavía en las casas, ya que como algunos parteras/os han sido penalizados también existe temor de hablar al respecto.

*T.E: “ah es por los doctores po, que al hospital, al hospital...antes no se tenía en la pura casa no mas y otros en el campo también. Y ahora no todo cambia (...) Y usted viene que ya va a tener su guagua y yo te hago tener tu guagua no sé cómo, te asisto, te atiando todo...no faltan como les dice la gente “los sapos” que digan; esa señora le ha hecho tener guagua a tal joven o tal señora y porque la atendí, porque le hice tener la guagua en la casa, porque ella quería tenerla en la casa... Estuve como 10 días, salí y después la niña que le atendí la metieron presa, porque en esto éramos dos. No hace mucho tiempo, pero ya varios años y yo que he atendido siempre, he hecho tener a más de 20 mujeres las guaguas. Y ahora ya las llevaban a Calama a ver con matronas...”. (Partera San Pedro)*

A su vez, el caso de las matronas/es es muy similar, ya que si bien están capacitadas y autorizadas reglamentariamente de acuerdo a la Ley del Código Sanitario de Salud para atender partos en condiciones “normales”, pues su formación profesional indica que para las complicaciones debe hacerse cargo un médico ginecólogo, son reacias a hacerlo en forma particular por las sanciones civiles a las que se exponen en caso de fallecimiento de la madre o el hijo.

Por otra parte, también fue posible advertir algunas formas distintas de ejercer presión para que las mujeres atacameñas y sus familias cumplan con los procedimientos que el sistema de salud establece, como por ejemplo amenazas tales como; “*si no van al hospital, no se es como es una obligación, si no ya no les quieren atender la guagua*”. (M.J). O también existen casos en que se ha asustado

a las mujeres diciéndoles que su hijo viene en mala posición, enfermo o deforme para convencerlas y posteriormente las mujeres tras el nacimiento de sus hijos comprueban que tales defectos no existían.

A.E: *“Una yo la tuve en el hospital de Calama, a la Vilma. Me controlaba si, pero después yo los tenía en casa. En cambio de Vilma vinieron unas matronas que estaban estudiando y me faltaban pocos días para tener mi guagua, me examinaron y me dijeron que la barriga era muy grande, pero yo siempre fui si, me tocaban y que parece que tenía 2 cabezas y que me tenía que ir a Calama. Y mi marido me llevo po. Pero mi guagua nació normal no nació con problema de salud”.*

En este mecanismo entra en juego el estatus de credibilidad y poder que posee el conocimiento biomédico para conseguir la hospitalización del parto y el control de la atención del proceso reproductivo en general. *“El traslado del parto desde el hogar al hospital (...) ha implicado que donde antes participaran principalmente familiares y amigos, hoy participe el personal médico; donde antes existiera una jerarquía equilibrada entre los participantes, hoy se aprecie una hegemonía del conocimiento médico; y donde se utilizaran métodos naturales, hoy se privilegie el empleo de sofisticada tecnología. Esto nos lleva a postular que, a mayor medicalización del proceso del parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan ejercer durante el proceso”.* (Sadler. M. 2003: 8)

Algunas de estas situaciones expuestas ya habían sido descritas en etnografías recientemente realizadas en la zona, como Saravia. P (2004), Pérez. M (2005) y Tocornal. C (2006), en las cuales ya se da cuenta de cómo la obligatoriedad de nacer en hospitales representa un momento de presión, control y amenazas por parte del Servicio de Salud hacia las mujeres y sus familias y las consecuencias que este proceso de intervención estatal ha tenido sobre sus conocimientos en torno al embarazo, parto y puerperio. Entre estas se encuentran todos los cambios asociados al debilitamiento de la partería, la transformación de los patrones alimentarios tradicionales para el periodo de pre y pos parto y sobretodo se da

cuenta del riesgo a que todas estas prácticas propias del pueblo atacameño sobre el proceso reproductivo desaparezcan.

De esta manera, a través de la presente investigación se puede reafirmar como la intervención estatal a través de los programas de salud para la captación de las mujeres embarazadas e hijos, junto al posicionamiento hegemónico del sistema biomédico y con ello el consecuente desplazamiento y deslegitimación de los sistemas médicos indígenas, han generado un cambio progresivo en la forma de nacer del pueblo atacameño de San Pedro de Atacama, el cual es visible no solo en la penalización de sus prácticas y agentes terapéuticos, sino también en la discontinuidad en la transmisión de estos saberes a las generaciones más jóvenes.

### **7.3.- EL PASO POR EL HOSPITAL; EXPERIENCIAS DE MUJERES ATACAMEÑAS EN LA ATENCION DE SUS PARTOS**

Hace unas pocas décadas atrás, cuando comenzó el proceso de hospitalización de los partos, la cobertura era baja ya que el acceso desde los pueblos del interior a la ciudad era más difícil, tanto por el estado de los caminos, como por los medios de locomoción y la escasez de recursos económicos. Asimismo existía en general una baja aceptación de las poblaciones indígenas hacia los Servicios de Salud y hacia los médicos, pues se creía y aun muchas personas siguen creyendo que a los hospitales se va a morir. La baja receptividad del pueblo atacameño hacia el sistema biomédico y los profesionales de salud no excluyen al área de la reproducción. La desconfianza hacia la Institución de Salud, hacia el trato del personal médico y la eventual realización de una cesárea, se cuentan como algunos de los principales motivos entre las mujeres y familias atacameñas para no ir a dar a luz al Hospital o esperar hasta último momento en sus pueblos, lo cual en varias ocasiones ha terminado con partos en la ambulancia que les lleva a Calama durante su trabajo de parto.

*C.M: “A mí de mi guagua fue así, me envolvieron mi guagua y me tiraron a una camilla y estuve todo el tirada en el pasillo con hambre porque no habían camas. Un riesgo también es desangrarse ahí, porque estas sin moverte”.*

*G.M: “Es que el parto igual es terrible, es tan fuerte que muchas veces te descontrolas y las mujeres que están ahí (en el hospital) no saben tratar a una mujer pariendo, entonces te agreden verbalmente, te reprimen, entonces creo que por ahí no va la cosa y con esos sistemas tan fríos y con esas inyecciones no tampoco. Mi experiencia en el sistema médico ha sido antinatural y la lata es que te hacen creer que es lo mejor que hay y es una mentira”.*

Gran número de mujeres de distintas edades, que han dado a luz en Hospital relacionan la calidad de la atención y un trato óptimo del personal de salud hacia

ellas con un comportamiento austero y contenido, en cuanto a su forma de expresar el dolor, la emoción y el cansancio durante las contracciones y el parto.

*“Desde antes de ingresar al hospital, las redes de mujeres en torno a la gestante le han recomendado quejarse lo menos posible, no gritar, no molestar mucho al personal de atención, es decir, portarse bien. ¿Para qué? Para recibir un buen trato. Al transgredir esta norma básica, serán castigadas”.* (Sadler. M. 2003)

La redundante revisión y supervisión durante el transcurso del embarazo y especialmente durante la contracciones y el desencadenamiento del parto deriva en un alto nivel de intervencionismo médico al interior de los recintos hospitalarios, el cual se manifiesta en la realización de una serie de procedimientos médicos realizados por rutina a embarazadas sanas que no se encuentran en situación de riesgo elevado para ella y para su hijo por nacer, ya que la atención médica se vuelve estandarizada, sistemática y homogénea para todas las mujeres.

Esta forma de abordar el proceso reproductivo básicamente lo que hace es patologizar los procesos reproductivos naturales y biológicos, afectando de manera directa o indirecta, ya sea el cuerpo y/o la psiquis de la mujer. Esta clase de violencia considerada de tipo obstétrica incluye diversos tipos de situaciones, sin embargo a continuación se dan a conocer algunas que han emergido de forma recurrente en los testimonios de las mujeres atacameñas entrevistadas. Entre estas que se encuentran por ejemplo la imposibilidad de levantarse de la camilla durante el trabajo de parto, el no suministro de anestesia, la hospitalización con mucha antelación al nacimiento y las ocasiones en que se les presiona para la realización de una cesárea, lo cual genera inseguridades y contradicciones puesto toda esta clase de procedimientos van en contra de los tiempos de la madre y el bebé.

### 7.3.1. NO ESTA AUTORIZADA PARA LEVANTARSE DE LA CAMILLA

Un hecho que se repite con frecuencia en los testimonios de las mujeres que se han atendido en Hospital es que les prohíben levantarse de la camilla mientras están con contracciones. Ante esta situación muchas mujeres han esperado un descuido de la matrona para pararse y encerrarse en el baño para pujar a escondidas, puesto que saben que al moverse, andar, cambiar de postura o simplemente rotar las caderas...no solo se hace más llevadero el dolor de las contracciones, sino que su bebe se beneficia de la fuerza de gravedad para poder bajar haciendo que la madre dilate mucho más rápido al hacer presión con su cabeza sobre el cuello del útero.

Se vuelve muy complejo para el bebe descender por el canal de parto si se está en posición horizontal como ocurre cuando la madre se encuentra recostada sobre la camilla, lo cual aumenta considerablemente las posibilidades que les practiquen una cesárea que es lo que ellas en el fondo temen.

S.M: *“La cuarta no po, ahí ella yo me fui muy temprano al hospital y no la podía tener porque me tenían acostada, con suero y todas esas cosas...después yo le pedí a la persona por favor que quería levantarme porque yo sabía que si me levantaba iba a tener a mi guagua y así fue po, me dijo; ya pero sin tener la guagua y yo salí fui al baño, hice fuerza y salió mi guagua, si no me hubieran hecho cesárea, pero yo ya tenía 3 partos normales...pero es que por eso mismo uno no puede tenerlo, cuando esta acostado y esas cosas. Yo digo está bien si tiene algún riesgo o algo llevarle al hospital pero no ponerte en una camilla que el suero y que no camine porque eso le hace bien. Es lo más normal pá una mujer que está embarazada porque usted su rutina, por lo menos todo el embarazo, camina...hace todo normal, bueno yo fui así...”*

C.M: *“Me fui antes y resulta que me dijeron que me faltaba, que me sacaban líquido, que me faltaba otro día más y ahí me tenían en el hospital. Estaba tan arrepentida de haberme ido, estuve como 15 días, quería puro arrancarme, pero no podía tampoco. Fue parto normal al final, pero fue un sufrimiento enorme. Ahí*

*casi me hacen cesárea porque el doctor miraba su reloj y decía; ah esta gordita se pasó, así que hay que hacerle cesárea, así que prepárenla y yo me levante en un descuido de la matrona, pesque el suero ese que le ponen y lo tire y me lo saque y me encerré en el baño y me golpeaban la puerta diciendo; señora se le puede morir, que señora su guagua, señora piense en su hijo y estaba sentada en el baño y sentí que me iba a salir la guagua, pero como pude me subí arriba de la cama y listo, salió. Y el doctor todavía no llegaba, estaba la matrona y yo le dije; ve y ustedes me querían cortar la guata como un animal, le dije; ustedes no saben nada! Y me dijo; entonces pá que vino? Pá ver po, le dije, como dicen que en el hospital atienden mejor y eso no es así. Después estuve como 2 días y me vine con mi hijo”.*

### **7.3.2. ¿CON O SIN ANESTESIA?**

Por otra parte el suministro de anestesia es otro tema, específicamente entorno a cuándo debe ser colocada, si al principio del trabajo de parto, cuando la mujer cree que no puede más o al final de las contracciones cuando ya está por nacer el bebe.

Una epidural al comienzo puede relentizar el parto o detenerlo, ya que es un agente externo que alterna el proceso normal de las contracciones. Si bien la epidural baja la tensión y el dolor en la madre también aumenta el riesgo de fiebre de forma proporcional a las horas que lleva inyectada. Sin embargo, las mujeres evidencian como dentro de la atención del Hospital, la epidural no es suministrada cuando ellas sienten que la necesitan, sino más bien cuando el personal médico supone que es el momento adecuado, aun cuando finalmente en muchos casos terminan dando a luz sin haberla recibido.

*C.M: “y yo pedí que le trajeran anestesia, porque si uno va al hospital, póngale anestesia entonces, pero no le pusieron nada y yo le dije como podían ser así, mejor la hubiera tenido en la casa”.*

G.M: *“No sé para mí en ese tiempo no cuadro. Eso yo me di cuenta después y también reflexione mucho que uno está en trabajo de parto pueden ser 10, 12, 20 horas, entonces lo único que uno dice ya si existe la epidural, esta inyección que te quita el dolor, yo la quiero, porque ya no quiero sentir más el dolor, pero entonces lo que yo sentí que justo antes de irte a pabellón que 10 minutos antes te ponen la epidural, entonces todo el trabajo de dolor ya lo viviste. Entonces no me hizo sentido que en el momento de parir lo tuviera si ya había tenido tanto, tanto dolor porque no te lo dan en ese momento”.*

### **7.3.3. CESÁREAS DESDE LA MIRADA ATACAMEÑA**

El cálculo del tiempo de gestación entre las mujeres atacameñas además de basarse en observaciones empíricas tales como tamaño, altura del vientre y rotación de la guagua en la fecha próxima al parto-nacimiento, también se realiza a través del autoconocimiento que cada mujer posee respecto de sus ritmos y ciclos, así como también se ha de recurrir a la partera/o para conocer la fecha del parto.

Se hallaron varios casos de hospitalizaciones anticipadas, lo que sitúa a la mujer en una incómoda y presionada espera, con el temor inminente a que les realicen una cesárea.

V.S: *“mi hija así dice, su niño ya tiene 5 años. Dice; no con mi niño no más me quedo yo, porque ella en el hospital la sufrió. Llego antes porque le sacaron mal la fecha y la internaron hasta que le llegue la guagua y ahí también sufrió, entonces ahí se arrepintió parece. Estuvo como una semana, dijeron para 1 de agosto pero le llego el 25 de ese mes. Fueron pesadas con ella po, claro la primera uno gritaría y estaría su mamá y todo. Ella se amargo ahí po”.*

Los hombres y mujeres atacameñas no justifican la necesidad de practicar cesáreas ya que para ellos la guagua debe nacer en su tiempo, es decir, que el nacimiento se va a producir justamente porque el hijo en camino ya está listo para

venir al mundo y no antes. Por el contrario presionar para nazca antes a través de una cesárea va a provocar que la guagua sea más débil y enfermizo.

S.M: *“si a veces como que tenía contracciones, a veces no, de los puros nervios (...) cuando ellos ven que ya se pasó la fecha, la única opción que quieren es rajarle la guata, hacerle cesárea y sacarle y a veces las guaguas ni siquiera están en sus días...ni están pasadas, no están en su fecha y también por eso nacen...como que nacen a la fuerza y después por eso se enferman, por esos son enfermizos, que el resfrío, que la bronquitis, que esto, que esto otro. Los niños, los bebes nacen cuando ellos quieren nacer. Cuando ellos ya están listos, ellos dice; mama yo quiero salir, entonces ahí salen normal”.*

T.M: *“Ellos le apuran a la guagua y no! La guagua tiene que nacer en su tiempo, si no nace hoy día, no nace no más ¿por qué? Porque le falta tiempo, 2 días, 3 días, 1 día, 2 noches...no sé, pero es así. Si le apuran le puede venir el corazón mal o se les ponen amarillas las guaguas ¿por qué? Porque le sacan anticipado la guagua. La guagua todavía no tenía que nacer y de ahí viene esto. Salen más débiles, más enfermos”.*

CR.M: *“dicen que hay niñas que son estrechas que no pueden tener normal por eso le hacen la cesárea y otra es porque no nace luego la guagua, esta pasándose la hora, dicen no sé si será así porque aquí nunca se le ha pasado la hora a las guaguas”.*

G.R: *“las cesáreas....entonces...esto es un negocio, como toda cosa es un negocio, pero si la gente utilizara esos conocimientos antiguos...que no van en contra de nada, sino que van en un directo beneficio de la persona”.*

Como se ha podido constatar este tipo de situaciones de elevado intervencionismo medico junto al inadecuado o deshumanizado trato de los profesionales de salud hacia las mujeres es una situación preocupante, ya que todas estas prácticas han generado una serie de resistencias en las mujeres atacameñas y sus familias las que finalmente las terminan alejando de esta Institución de Salud.

B.M: *“yo llegue y a mí me atendieron mal y resulta de que después preferí en la casa no más”*.

K.A: *“En el Hospital en vez de hacer sentir contenta a la embarazada, la retan, la hacen rabiar. Y la mujer se siente mal y lo pasa mal por eso”*.

Si bien hay casos para quienes la atención recibida en el Hospital fue suficiente, la gran mayoría de las mujeres entrevistadas aluden a un trato frío e impersonal por parte del personal médico y se han sentido expuestas a situaciones incómodas e inadecuadas en su paso por el Hospital. Esta es una percepción común entre muchas mujeres de distintas edades, el cual se ha mantenido debido a que los relatos con respecto a la experiencia del parto institucional no han variado sustancialmente en el tiempo.

#### **7.4.-ARTICULACION ENTRE EL SISTEMA MEDICO ATACAMEÑO Y EL SISTEMA BIOMÉDICO**

Para el pueblo atacameño el embarazo representa un proceso natural, el cual va a seguir un determinado curso de acuerdo al cuidado que tenga la mujer de seguir las prescripciones necesarias para que este proceso se desarrolle con tranquilidad. Cuando ya está cerca el momento del parto es importante que la guagua se encuentre en posición vertical, mirando hacia abajo, previniendo con ello eventuales inconvenientes durante ese momento. Para esto se recurre a la partera, quien con sus manos le palpará el vientre a la mujer para saber en qué posición se encuentra su hijo, así como también hará uso del *manteo para componerle* si es necesario. Luego para el trabajo de parto y el parto en sí, se tratará de preparar el lugar y contener a la mujer, ayudándole de diversas formas a aliviar sus dolores, si es que ella así lo desea. El puerperio o pos parto es vital para que la madre retorne a su estado de bienestar y este le permita retomar su trabajo con energía y fuerza. Por este motivo es que existen muchas restricciones para la mujer con respecto al agua, la dieta, el reposo, el equilibrio de opuestos

entre el frío y el calor, la “cuarentena” sin relaciones sexuales, los trabajos pesados, entre otras más.

Por otra parte, la concepción que posee el sistema biomédico con respecto al proceso reproductivo gira en torno a la variable *riesgo*, es decir, se trata de mantener bajo control todos los factores que puedan interrumpir el embarazo, impidiendo que este llegue a término adecuadamente o puedan propiciar la morbimortalidad materno-infantil durante el parto. Para esto se valdrán de exámenes, medicamentos y ecografías que van a ir alertando de posibles enfermedades o complicaciones, tanto en la mujer como el bebé. Así llegado el momento del parto se sigue esta misma lógica, procediendo a través de registros, monitoreos e inspección constante, para que finalmente el puerperio se trate en términos muy prácticos, como una “cuarentena” donde es necesario evitar las relaciones sexuales y no realizar labores de fuerza.

La forma de concebir el embarazo, parto y puerperio y por lo tanto de experimentar este proceso es diferente en cada sistema médico y cultural, donde por ejemplo la importancia atribuida a los cuidados del pos parto o puerperio es una de las principales divergencias, ya que para el pueblo atacameño los cuidados deficientes propiciados a la mujer en los hospitales durante este periodo pueden conducir al *desmande o recaída*, donde la vida de la mujer peligra.

Sin embargo, el punto que representa mayor tensión tanto para el sistema médico atacameño como para el sistema biomédico lo constituye el momento del parto. En los casos en que no han ido a dar a luz al Hospital y existe alguna complicación como un trabajo de parto demasiado prolongado, hemorragia o por ejemplo que la placenta no descienda, las familias atacameñas recurren al sistema biomédico, ante lo cual acude el personal médico en ambulancia para trasladarla a la Institución de Salud.

No obstante, también existen ciertos puntos de inflexión en cuanto al uso que hacen las mujeres de ambos sistemas médicos dentro de su embarazo, parto y puerperio. Por ejemplo en algunos casos se controlan antes y después en el

Servicio de Salud, pero tienen el parto en casa. *“Aquí en San Pedro (...) los tenían en las casas y después venían de la posta o iban ellas. Como esas parteras no sé si habrá ahora, eso era común en los pueblos.”*.(S.E).

Así como también otras mujeres se van a atender con la partera/o, quien les *compone* en caso que sea necesario y luego se van a tener su hijo al Hospital sintiéndose más seguras que no tendrán inconvenientes o requerirán cesáreas.*“Cuando el niño está atravesado en su guatita y hay que ponerle en su posición, después ya se van, van al médico a atenderse y se van a Calama a tener su guagua. Yo atendí mucha gente serán unas 25 o 30 aquí en San Pedro. Ahora si siempre viene gente, así gordita que ya va a tener su guagüita para arreglársela, acomodarla y después se van al hospital de Calama y ya no les hacen esa cesárea, porque cuando está atravesado no pueden tener y por eso le hacen cesárea. Al arreglar la guagüita ya se van tranquilos y tienen bien....normal”*.(T.E)

A través de una de las entrevistadas fue posible conocer el caso de una partera reconocida por las mujeres atacameñas que residían en Calama, quien trabajaba coordinadamente con un médico a quien debía recurrir frente a aquellos casos complicados, que no pudiese manejar. *“S.E: “durante esos tiempos mucha gente tenía los bebés en la casa, por ejemplo mi primera hija yo la tuve en la casa en Calama y me atendió mi madrina que era partera, en Calama ella era atacameña que vivía en Calama y había atendido pero toda la vida y todas las mujeres le buscaban a ella. Se llamaba Juanita Colque parece que ella era de Rio Grande. Era una señora muy hábil, inteligente, sabía ya cuando...tenía todos sus conocimientos, lo único que le faltaba era el título no mas, el título universitario, pero ella sabía y fue realmente (...) y tenía permiso de un doctor para realizar los partos y si el parto venía con mucho problema ella tenía que mandarlo al hospital, donde el médico”*.(S.E)

La percepción que tienen las mujeres atacameñas con respecto a atenderse en el contexto del sistema biomédico va a variar entre generaciones. Así para las mujeres más antiguas los conocimientos y técnicas que manejan los médicos se requieren para casos extremos o como ellos suelen decir solo *“por si acaso”*,

mientras que en aquellas de generaciones jóvenes, más desarraigadas culturalmente, existe mayor propensión a que esta sea la elección habitual. La gente de mayor edad en el pueblo lo expresa así; *“La juventud ya no es así, ya cambia todo, no es que el doctor dijo esto y lo otro, entonces no se a quien hacer caso, a la mamá o al doctor. Por eso mismo como dice a juventud ahora, hacen más caso al doctor que a uno po”*. (S.M)

El desapego cultural de las mujeres más jóvenes en cuanto a cómo es vivido el embarazo, parto y puerperio posee una relación directa con amplios procesos de aculturación local y globalización, no obstante el miedo de ir a la cárcel frente al fallecimiento de la mujer o el recién nacido provocó que muchas de las madres de estas jóvenes se desentendieran de los partos de sus hijas aconsejándolas acudir al sistema biomédico y a la vez omitieron todos los saberes que han sido preservados por siglos en la memoria de las mujeres atacameñas.

G.M: *“ha habido yo creo por parte de las madres un mal consejo a sus hijas. Mal consejo me refiero a que te decían; si anda a la posta, allá mejor porque si te pasa algo....y te metían el miedo. Claro porque también como encarcelaban a las mujeres que recibían a los hijos en casa o una mujer que se dedicara, aquí algunas mujeres abuelas parteras estuvieron en cárcel, entonces si el sistema asusto y el sistema es responsable de esto creo yo”*.

La fragmentación en la transmisión de las prácticas y conocimientos en torno al embarazo, parto y puerperio se ve acrecentada en el hecho que gran número de parteras ya se encuentran en edad avanzada para atender partos y cuando fallecen se van con todos sus conocimientos debido a la falta de interés de las nuevas generaciones por aprender este oficio.

S.E: *“La gente de mi edad todos fueron atendidos por ella, que ya falleció, ya estaba muy viejita después, ya no atendía...pero ella sabía todo, los dolores, las contracciones, tenía mucha experiencia”*.

V.S: *“no po ya se fueron, la única que va quedando es ella. Ya se fueron las abuelitas. La abuelita se llamaba Gregoria Pachal, ella también era re buena”*.

*partera. Mi abuelita también de antes Ili Fonsa Cruz, no le conocí pero ella también era partera dicen”.*

Sin embargo, también existe un grupo dentro de la generación de mujeres jóvenes atacameñas de San Pedro de Atacama que han hecho eco de la tendencia mundial de “humanización del parto”, optando a dar a luz en las casas y manifestando además un anhelo por volver a los saberes de sus antepasados.

*G.M: “sentí en ese tiempo que nosotras como mujeres estamos tan hechas para parir los críos, como estamos hechas no más...por qué tiene que venir una intervención externa y como casi de cirugía. Y ahí fue cuando yo le dije que yo no iba a seguir su protocolo que ellas tenían, que mis intenciones eran que no iba a tenerlo ni en hospital, ni en una clínica, que mi intención era tener la guagua en la casa. Y me decían; es que el gobierno te obliga y yo les decía; no me puede obligar a hacer lo que yo no quiera, yo hago lo que a mí me parezca, no lo que el gobierno diga, que todas las mujeres tienen que parir en hospital, no está conmigo eso y quedaban asombradas, porque veían bien que yo no...yo les decía; yo quiero parir como mis abuelas, quiero parir en casa, no quiero que estén interviniéndome médicos, quiero estar yo sola, el papa, la guagua y nadie más”.*

Esta persistencia a no solamente a parir en casa, sino también a parir como sus abuelas, denota la necesidad de intimidad y privacidad pero también la necesidad de volverse a conectar con los saberes indígenas, la confianza en la naturaleza, en el cuerpo y en la capacidad instintiva de la mujer. La actual perspectiva humanista sobre el proceso reproductivo ha logrado generar debate y contribuir a que muchas mujeres se encuentren más informadas y empoderadas en cuanto a cómo quieren que se desarrolle su embarazo, parto y puerperio, logrando retomar su rol protagónico durante el transcurso de este acontecimiento, ante lo cual cabe señalar que el Servicio de Salud se ha puesto a disposición para posibles complicaciones, según el propio testimonio de las participantes de esta investigación.

De esta manera, la tensión existente en torno a la forma de nacer es una problemática latente en la zona, puesto que por una parte el Hospital aparece como un territorio de violencia, hostilidad e incluso discriminación hacia la mujer atacameña y por otra parte también aparece el miedo al parto en casa en gran cantidad de mujeres jóvenes debido a todo el desapego cultural que han vivido, mientras que todas aquellas que quieren reencontrarse con los antiguos prácticas y conocimientos de este pueblo constituyen aun un grupo incipiente.

La profesora (S.E) expone la complejidad de esta situación al sugerir que una solución como; *“Educar a las mujeres pa que tengan en su casa, no tener ese temor, si el dolor tiene que doler, pero ya no hay parteras yo creo...ya quedan muy pocas que saben cómo atender y las chicas jóvenes ya no se atreven tampoco porque su vida también ha sido diferente”*.

Por último es posible observar la persistencia del parto en casa en todas aquellas mujeres que han pasado por el Hospital o que teniendo ambas experiencias, prefieren volver a dar a luz en sus hogares. Sin embargo, esta distinción no pasa solamente por una disconformidad con la atención recibida, sino porque el tipo de procedimientos, intervenciones y normas que configuran la visión y la práctica para la asistencia del proceso reproductivo dentro del sistema biomédico se alejan y se contradicen con su propia manera de concebir el mismo, a la vez que tampoco sus conocimientos en este tema son valorados.

## 7.5.-EL NACIMIENTO EN LA IDENTIDAD ATACAMEÑA

Anterior al proceso de institucionalización del embarazo y parto en San Pedro de Atacama los niños que nacían en las casas eran inscritos en el Registro civil local, por la madre o el padre, acompañados de dos testigos que acreditan legalmente la filiación del hijo respecto de la madre, tal como lo hace hoy el ginecólogo o la matrona a través del comprobante de parto que entregan a la mujer en cualquier hospital o clínica al momento del alta médica. Sin embargo, una vez que las mujeres atacameñas comenzaron a acudir al Hospital para dar a luz, los recién nacidos pasaron a ser inscritos como calameños o antofagastinos, puesto que legalmente debían ser reconocidos en el Registro Civil correspondiente a la circunscripción donde se produjo el parto.

Muchas personas del pueblo atacameño comparten una preocupación en torno a la inscripción legal de los recién nacidos fuera de sus tierras y las repercusiones que esta situación genera sobre su identidad.

E.L: *“Afecta para la parte de la identidad porque decir que nació en Calama no es lo mismo que decir que nació en San Pedro de Atacama po. Como yo, yo me siento orgulloso de decir que nací en San Pedro porque mis abuelos son de San Pedro, pero mis hijas nacieron en Calama”.*

Sin embargo, esta situación ya podía verse manifestada en etnografías realizadas hace años en la zona (Pérez. M. 2005), donde por ejemplo el yatiri de Talabre (D.P) expresaba que debido a la obligatoriedad de nacer en hospitales *“ya no están naciendo más niños atacameños, nacen calameños”*(Pérez. M. 2005: 69).

Cabe señalar que cualquier persona de origen atacameño para ser reconocida como tal, solo debe comprobar su ascendencia indígena en la comunidad a la cual pertenece, con lo cual se acepta como parte de un mismo árbol familiar, que han tenido o tienen tierras en común y constituyen un mismo poblado. Sin embargo, igualmente el lugar de nacimiento posee una importancia vinculada a su sentido de pertenencia e identidad, puesto que muchas personas manifiestan sentirse

orgullosas de ser *nacido y criado* en su tierra, por ser la tierra de sus padres y abuelos.

B.M: *“los que tienen sus familiares acá dicen; yo soy de San Pedro, aunque nazcan en Calama o en San Pedro, porque son criados aquí también”*

En este sentido, el nexo entre identidad, territorio de origen y parentesco, vinculada al espacio del *ayllu* y su utilización tanto ritual como productiva, configuran un fuerte sentido de pertenencia para este pueblo. (Manríquez. V y Sánchez. S. 2003)

Concretamente existe un temor a que el arraigo o apego a su tierra y sus raíces se pierda, primero porque los partos-nacimientos ocurren en la institución de salud y ya no en el hogar, en su territorio y porque además este cambio en su sistema de nacimiento ha repercutido sobre su adscripción con respecto a su lugar de nacimiento como también de residencia. Probablemente esta contrariedad se genere paralelamente en muchas partes del país, ya que gran número de mujeres y familias dejan sus pueblos para acceder a los Servicios de Salud para dar a luz.

Un avance en este tema ha sido la Ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes que fue publicada en abril del 2012 entre MINSAL y el Registro Civil, a partir de la cual se permite inscribir al recién nacido en el lugar de residencia de la madre o el padre y no necesariamente en la ciudad donde ocurrió el parto. Sin embargo, como se ha podido constatar a través de la observación en terreno y las entrevistas realizadas, la población de San Pedro de Atacama desconoce esta nueva disposición legal, a más de tres años de su entrada en vigencia, ante lo cual podemos inferir existe una evidente necesidad de promoción de parte de las instituciones encargadas de la salud en la zona, así como también que la población se informe sobre sus derechos básicos.

Así este tema de la inscripción aparece como medianamente resuelto, mientras que nacer en sus tierras y a la usanza tradicional es una problemática que continúa pendiente puesto que si bien existen planes de construcción de una

maternidad u Hospital para la comuna, este proyecto continúa en vías de estudio, según la información obtenida en la Municipalidad de San Pedro de Atacama.

## **7.6 HACIA UNA ATENCION CON PERTINENCIA CULTURAL**

Durante gran parte del siglo XX dentro del sistema biomédico se privilegio un modelo de atención basado en la intervención constante del proceso reproductivo con el fin de estandarizar el cuidado y de reducir los índices de morbilidad materna e infantil. (MINSAL. 2008). Este modelo ha situado a Chile como uno de los países con mayores condiciones de seguridad para tener un hijo, alcanzado la tasa más baja de mortalidad materna e infantil de toda Latinoamérica, junto a la menor cantidad de niños con problemas traumáticos por el parto, así como también logro aumentar progresivamente la esperanza de vida en ellos. (Donoso. E: Carvajal. J. 2012). Es decir, en términos biomédicos, el país ha alcanzado estándares muy altos, sin embargo el exceso de intervención médica y tecnológica y sus efectos desfavorables sobre el proceso reproductivo han hecho necesario replantear este modelo intervencionista de atención de salud hacia uno más humanizado que incluya las necesidades de las mujeres.

La constitución del derecho a la atención respetuosa o humanizada del parto, conocida genéricamente como “parto humanizado” emerge como una crítica al modelo biomédico de atención en salud y de los cuestionamientos a todos los procesos de medicalización de la vida. Esta corriente se hizo visible desde los años 80’s a partir de las acciones que emprendieron los movimientos de mujeres feministas, a los que posteriormente se adhirieron organismos internacionales, organizaciones médicas y agrupaciones de parteras y de usuarias. (Schwarz. P. 2009). La humanización del parto puede ser entendida “*como derecho sexual; derecho reproductivo; derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; derecho a la igualdad entre los géneros; derecho a la salud de la mujer, su pareja y el niño; derecho de las mujeres sobre sus cuerpos; derecho a la autonomía personal; derecho a un trato digno y respetuoso*”. (Lorenzo. C. 2013:17).

En Chile, la humanización del parto-nacimiento se ha entendido como el paso de un modelo de atención intervencionista a uno personalizado, el cual entiende el proceso reproductivo como un proceso fisiológico normal, que solo debe ser intervenido en caso de complicaciones. En esta perspectiva se debe entregar información asertivamente y ofrecer un cuidado personalizado y empático que contribuya a devolver el protagonismo a las mujeres y sus familias, pero además plantea la importancia de generar espacios para la Interculturalidad donde puedan ser incorporadas dentro de la atención de salud, aquellas prácticas y conocimientos pertenecientes a otros sistemas culturales. Así el reconocimiento de las demandas de las familias indígenas constituye el camino hacia la aceptación y respeto de las diferencias. (MINSAL. 2008)

Las diversas investigaciones y experiencias existentes han mostrado aquellos elementos valiosos a la hora de entender y atender a la mujer indígena, por supuesto estas prescripciones poseen variaciones locales acorde al pueblo que se trate específicamente, pero a grandes rasgos comparten un considerable número de similitudes. En primer lugar es vital contar con el consentimiento informado para la realización de cualquiera de los procedimientos que van en retroceso por ser considerados dañinos e ineficaces (rasurados, enemas, episiotomía, sondeo, tactos, entre otros). Asimismo contar una habitación cálida, acondicionada acorde a sus percepciones de la estética y color, considerar la preferencia de luz cálida y difusa, con suficientes mantas para cubrirse, permitir el uso de infusiones y mates calientes que hidratan a la mujer, alimentarse si así lo desea durante el trabajo de parto, ofrecer masajes para el alivio de las molestias, permitir la compañía y la contención de personas queridas o cercanas, respetar sus pudores, su libertad de movimiento y expresión y también la posición que le acomode para dar a luz, la que generalmente es vertical. Además es necesario que puedan elegir el destino de su placenta, así como también considerar los cuidados del recién nacido y contar con horarios de visita familiar amplios y flexibles, alimentación hospitalaria acorde a la dieta de la propia cultura evitando alimentos considerados dañinos y contar con casas de acogida u hogares tanto para las mujeres embarazadas como

sus para sus familiares, ya que factor económico representa un condicionante importante para muchas familias que vayan a acudir a los recintos hospitalarios.

Es importante destacar que todas estas recomendaciones prácticas poseen un trasfondo cultural, el cual es imprescindible sea conocido para trabajar en el marco del respeto a las creencias de los pueblos indígenas. *“El dilema se presenta cuando, aun existiendo las formas de integración, no existe el fondo. Por ejemplo, el Programa de Parto Aimara es un gran esfuerzo de profesionales y del servicio de salud de la zona, en Iquique; pero las mujeres aimaras no tienen gran adherencia al programa pues, aunque este comprende la forma en que se debe producir el parto, no tiene el simbolismo social que se da en la comunidad”*.(Valdebenito. C, Rodríguez. M, Hidalgo. A, Cárdenas. U y Lolás F: 2006: 189)

En el camino hacia una atención culturalmente adecuada es vital que los equipos de salud comprendan o al menos se acerquen a un entendimiento parcial del sentido más profundo que revisten las prácticas de atención y cuidado que maneja la cultura con la que interactúa en su determinada región, sobre todo considerando que dentro de su formación profesional son excluidos todos aquellos contenidos que van la línea socio-cultural como nos relata el matron atacameño (R.M): *“Nosotros como profesionales de la Salud en la parte obstetricia nunca tuvimos en nuestra malla curricular ninguna formación en temas indígenas, ni en temas asociados a cultura...todo hospitalario, todo era clínico, biológico y occidental, no se tenía ninguna consideración de nada, al contrario eso era visto como popular, como algo que no debía estar y que se debía institucionalizar todo el procedimiento del parto en todas la mujeres que fuesen a tenerlo en todo el país. Esa fue la Escuela que tuvimos”*.

Justamente por este tipo de educación, así como también por la lógica autoritaria y jerárquica inherente al campo de la salud, es que la sensibilización y capacitación de los recursos humanos es uno de los factores esenciales para lograr espacios de adecuación intercultural, ya que contribuye no solo a evitar la mecanización y

rigidez de su trabajo sino también a generar una mayor disposición a superar las barreras culturales existentes.

Finalmente, cabe señalar que las experiencias de parto humanizado e intercultural con población indígena en el país se han realizado dentro del contexto hospitalario, ya que este tipo de iniciativas además fomentar el parto natural y la atención humanizada, tiene como objetivo la disminución del parto domiciliario en las comunidades rurales y la morbilidad materna asociada al mismo. La atención basada en el respeto de las necesidades culturales y psico-emocionales de las mujeres aparte de constituir un derecho, posee múltiples beneficios tanto para ellas y sus familias como para el Servicio de Salud, ya que por una parte sus prácticas y conocimientos son respetados a la vez que tanto la madre como el hijo se encuentran protegidos ante cualquier complicación obstétrica. (MINSAL. 2008)

## VIII.-A MODO DE CONCLUSION

Partiendo de la base que el proceso reproductivo no es un asunto meramente biológico o fisiológico y que cada sociedad moldea el comportamiento reproductivo de sus miembros a través de distintas normas sociales (Browner. C y Sargent. C. 1996), es posible apreciar a través de este recorrido como el pueblo atacameño es poseedor de un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, de tal forma que en consonancia con otra serie de autores se reconoce como el proceso reproductivo o la reproducción es cultura. Así estos saberes, tal como ocurre en otros de los pueblos indígenas vienen a expresar siglos de experiencia acumulada que les han dotado de una serie de herramientas para proveer de los cuidados necesarios tanto a la madre como a su hijo.

Las prescripciones y tecnologías aplicadas por el pueblo atacameño al proceso reproductivo tienen un marcado carácter preventivo vinculado a su sistema médico, donde por ejemplo el *mantear* a la embarazada para rotar a la guagua a una posición vertical y con ello pueda nacer sin problemas o *componerle* antes del parto a través de masajes y friegas denota como se persigue este mismo fin, también *mantillar* al recién nacido para que este crezca erguido y fuerte o la importancia de los cuidados asociados al *pupo* u ombligo y la placenta buscan proteger tanto a la madre como al recién nacidos de la fragilidad que revisten tras el parto-nacimiento, junto al riguroso cuidado que debe tener la mujer durante su puerperio. Así a través de este estudio ha sido posible apreciar como este conjunto de prácticas y saberes ha sido adquirido pragmáticamente a través de los años y va a configurar un modo propio y característico de enfrentar el proceso reproductivo.

Este conocimiento empírico y pragmático es visto por el sistema biomédico occidental como sinónimo de retraso, sin embargo este cuerpo de prácticas y creencias tienen como fin último mantener su salud y fuerza para con ello asegurar su supervivencia. Es por esto que tener un hijo a la usanza atacameña asegura que tanto la madre como el recién nacido tengan el estado de bienestar

necesario para vivir en las condiciones de vida en el desierto exigen a las personas que lo habitan.

Sin embargo, la forma de proceder del Servicio de Salud para la aplicación de la normativa de salud sobre la asistencia del proceso reproductivo en San Pedro de Atacama trajo consigo un complejo escenario, pues gran número de mujeres se resistieron silenciosamente a esta exigencia principalmente por miedo. Sin embargo, uno de los hallazgos relevantes ha sido el hecho de que no existe un temor generalizable a todas las mujeres atacameñas, más bien se ha podido constatar diferencias generacionales al respecto, donde un grupo de mujeres más jóvenes está optando por retornar al parto en casa, mientras que otro grupo dentro de este rango muestra mucho temor a este tipo de experiencia a causa principalmente de su desconocimiento y desapego de esta forma de dar a luz, a su vez las mujeres de edad más avanzada con la experiencia del parto en hospital y en casa se quedan con este último.

Como se ha podido apreciar a lo largo de este estudio un punto de gran tensión entre sistemas médicos y entre culturas lo constituye la atención durante el momento del parto, ya que en este concentran las mayores aprehensiones del sistema biomédico referidas al tema de la morbilidad materno-infantil. En este sentido, la hospitalización del parto persigue manejar un mayor número de variables que podrían poner en riesgo la vida de la madre o el hijo y con esto brindar a las mujeres y sus familias la seguridad que bajo este contexto se podrán salvaguardar sus vidas. Probablemente la notable escasez de registros que den a conocer los índices de morbilidad materno-infantil ocurridos a nivel domiciliario, representa una considerable limitación para este estudio, puesto que los datos existentes al respecto hacen referencia solo al contexto intrahospitalario. A nivel nacional fue posible hallar solo dos estudios ligados al tema de la mortalidad materna, embarazo, parto, calidad de la atención y políticas públicas, el primero de ellos realizado entre 1989 y 1993 por Oyarce. A, en calidad de co-investigadora del proyecto, denominado “Análisis integral de la mortalidad materna en IX región” y el segundo estudio se realiza el año 2003 por Vallejos. C,

Sanhueza. L, Baeza. B, Castro. R, Ayala. A y Matamala. M y se denomina “Reducción de la mortalidad materna en Chile 1950-2000”. Por otra parte, a nivel internacional los estudios referidos específicamente a esta problemática también son escasos, entre estos se cuenta la investigación de Elu. M. y Santos. E, denominada “Mortalidad materna: una tragedia evitable”, publicada en el año 2004.

Para continuar con las conclusiones, es necesario afirmar como el predominio que ha alcanzado el sistema biomédico en la asistencia del embarazo, parto y puerperio está directamente relacionado con el enfoque biologicista del mismo, el cual en términos fisiológicos es homologable entre culturas diversas, sin embargo este posicionamiento hegemónico también se ha logrado a través de la exclusión y desprestigio del sistema de conocimientos médicos atacameños lo cual desde la perspectiva de este trabajo es negar la cultura misma del pueblo. Esta serie de prácticas y conocimientos fueron catalogados como algo vulgar frente a la forma de conocimiento científico y la partería ubicada en detrimento con respecto al saber médico, lo cual dio lugar a un proceso de profesionalización de este trabajo donde la matrona vino a suprimir el rol de la partera aunque su campo de acción se encuentre limitado al del médico gineco-obstetra.

En este sentido, a diferencia de lo que ha ocurrido en otros países de Latinoamérica, en Chile los conocimientos de los pueblos indígenas en torno al proceso reproductivo, especialmente los saberes y experiencia proveniente del mundo de la partería no fueron valorados, ni integrados a las políticas y normativas para la asistencia del mismo. Solo hace poco más de una década se comienzan a desarrollar distintos proyectos y experiencias que buscan acercar a la mujer indígena al Servicio de Salud por la vía de la comunicación y la adecuación cultural del mismo, es decir, retornando a los aspectos sociales y culturales que involucra este acontecimiento así como por otra parte también se han realizado estrategias de sensibilización y capacitación para los funcionarios de salud, en los cuales se persigue el acercamiento e intercambio de conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio. Un ejemplo de este último tipo lo constituyen

los coloquios interculturales del Hospital de Temuco, denominados “Cuidados y creencias del parto y puerperio en la mujer mapuche” llevados a cabo desde el año 1993 y en forma particular al personal de maternidad durante el 2000 y 2001.

Esta asimetría de los sistemas médicos es una expresión más de la condición de sub-alternidad y subordinación en que se han desarrollado los pueblos indígenas de toda América Latina, por lo tanto en la medida que existe reconocimiento de este contexto y el cumplimiento de aquellos estándares mínimos de derechos de estos pueblos, el concepto de Interculturalidad puede ir más de ser una retórica de inclusión o de coexistencia cultural, transformándose en un ejercicio para reflexionar y construir relaciones equilibradas entre culturas.

Así, esta investigación sobre las prácticas y creencias del embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño contribuye no solo la comprensión que reviste el proceso reproductivo para las mujeres y sus familias, sino que también contribuye a hacer visible y amortiguar el predominio de un sistema de salud sobre los otros. En este sentido, las investigaciones sobre las diversas formas culturales han sido gran utilidad para contra argumentar el modo arbitrario y técnico de tratar el embarazo y parto dentro del sistema biomédico, desnaturalizando la medicalización y tecnologización excesiva que se ha alcanzado en los últimos años.

Como se ha podido constatar a través de una serie de investigaciones, el elevado intervencionismo médico junto al trato deshumanizado de los profesionales de salud hacia las mujeres durante cualquiera de las fases de este acontecimiento es un problema latente que en términos legales ha sido tipificado como violencia obstétrica por vulnerar y atentar contra los derechos de las mujeres. Justamente a la desconfianza que ya tenían las mujeres atacameñas y sus familias hacia la Institución de Salud propiamente tal, se suma esta forma de atención inapropiada la cual aumenta sus resistencias y termina alejándolas aún más.

Si bien existen variadas razones que pueden explicar porque muchas mujeres no buscan atención obstétrica en el Servicio de salud, entre las que se cuentan la

distancia, la falta de transporte y los costos económicos asociados, lo que se repite en la mayoría de los relatos de las entrevistadas es el miedo al trato impersonal del equipo médico, la estructura fría del establecimiento y los procedimientos de rutina invasivos como factores determinantes para no optar por la asistencia biomédica. Sin embargo, la causa que muchas mujeres prefieran dar a luz en su casa está relacionada al conjunto de prácticas y significados culturales que no se realizan en los establecimientos de salud del Estado.

Así aunque los gastos o dificultades de acceso continúan siendo factores importantes en el tipo de asistencia elegida, es posible constatar que el reconocimiento y respeto de las diferencias culturales, así como un trato cálido y amable terminan siendo factores decisivos que van a impulsar o disminuir la decisión de las mujeres atacameñas y sus familias para que prefieran acceder a los Servicios de Salud públicos del país. Es por esto que a pesar el carácter intensivo que ha tenido la institucionalización del proceso reproductivo en San Pedro de Atacama y el lugar hegemónico que ocupa del sistema biomédico en cuanto a la atención y asistencia del mismo, es posible observar la persistencia del parto en casa.

Lo paradójico de esta situación es que ha sido la misma forma excluyente e invasiva de proceder de la Institución de Salud en San Pedro de Atacama la que ha contribuido a que estos saberes del pueblo atacameño en torno al embarazo, parto y puerperio continúen vigentes, no solo en la memoria de las mujeres y hombres. Por otra parte, vemos como en la actualidad el sistema biomédico que antes deslegitima las prácticas y conocimientos indígenas ahora las valida o revalida, a través de sus políticas de Interculturalidad en Salud. En este sentido, es vital tener claridad que si el fin último es evitar las muertes y enfermedad maternas e infantiles durante el embarazo y especialmente durante el parto se deben tomar en cuenta los factores socio-culturales en el diseño e implementación de los programas de Salud, tal como la OMS ha insistido reiteradamente, se debe “ir más allá” de las causas inmediatas que generan este tipo de desenlace.

Es muy probable que tanto las prácticas como las creencias existentes sobrevivan hoy en día en forma parcial o modificada en relación a lo que fueron hace siglos debido no solo a este proceso de intervención estatal en el ámbito de la salud, sino a la intensidad que han tenido las distintas formas de aculturación y desarraigo cultural experimentados en la zona, a las cuales se suman los actuales procesos de globalización occidental. Asimismo, el traspaso de los saberes a las nuevas generaciones es muy importante para mantener viva su medicina y su cultura, dando con ello el valor que merece a la forma de nacer que cada sociedad ha desarrollado, ya que justamente los relatos y percepciones recogidas en este estudio, han servido para poder apreciar como cada mujer da a luz tal como vive su vida y cómo la forma de nacer ha cambiado, tal como ha cambiado la vida para las mujeres en este lugar. En este sentido, un hallazgo importante que cabe destacar es como para todas las personas que formaron parte de este trabajo, el cambio en el tipo de alimentación es un factor decisivo en la salud de la gente del pueblo y en la forma en que se traen los hijos al mundo actualmente.

Finalmente y ya para ir cerrando es importante plantearse nuevos objetivos, donde por ejemplo sería interesante poner en práctica una intervención para mejorar la adecuación cultural de la atención obstétrica a las necesidades de las mujeres atacameñas y sus familias y con ello evaluar en qué medida y de qué manera esta puede incrementar la satisfacción de las mujeres y reducir aquellos eventuales riesgos asociados a este proceso como una forma de propiciar la Interculturalidad. Probablemente llevar a cabo un trabajo de este tipo esté condicionado a realizarse en el contexto hospitalario, tal como ha sido la tónica de las experiencias llevadas a cabo en el país, puesto que el Servicio de Salud representa seguridad sanitaria y protección madre e hijo ante una eventual complicación, sin embargo el hogar también representa puede ser un escenario de investigación e intervención.

Como ha sido posible apreciar a través de la presente investigación, en Chile el ámbito de la Salud ha sido uno en los que se ha trabajado con mayor énfasis el tema de la Interculturalidad, sin embargo lograr que la asistencia del embarazo y principalmente del parto adquiera un carácter respetado y humanizado y además

con pertinencia cultural, requiere del trabajo y voluntad de un gran número de personas, principalmente indígenas y profesionales de diferentes áreas trabajando en conjunto, amparados en Políticas Públicas que respalden y promuevan esta visión. De esta manera, si bien las experiencias realizadas hasta el momento demuestran avances significativos a nivel país, aún falta fortalecer la estabilidad y continuidad de esta línea de trabajo.

## IX.- BIBLIOGRAFÍA

Aguado, Odina. "La educación intercultural: concepto, paradigmas, realizaciones". En "Lecturas de pedagogía diferencial". Editorial Dykinson, Madrid.1991.

Alarcón, Ana M. y Nehuelcheo. Y. "Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privada". Chungará. Revista de antropología chilena. Volumen N° 40.2008.

Bastos. S y Camus. M. "La interculturalidad. ¿Una respuesta para la Guatemala del siglo XXI?". Informe en V Congreso de Estudios Mayas. Guatemala.2001.

Bello. A y Aylwin. J. "Globalización, Derechos humanos y pueblos indígenas". Observatorio de Derechos de los Pueblos Indígenas. Alfabetas Artes Graficas. Temuco. Chile. 2008.

Boccaro, G y Bolados, P. "Dominar a través de la participación. Neoindigenismo en Chile de la posdictadura". Memoria Americana 16 (2). 2008.

Bonfil Batalla, G.

-"Lo Propio y lo ajeno: una aproximación al problema del control cultural. Pensar Nuestra Cultura", Alianza Editorial, México. 1991.

-"La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos". Arinsana n° 10. Caracas.1989.

Bolados. P, Gundermann. H y Moreno. V. "Caracterización de las practicas de la medicina tradicional y religiosa atacameña". Proyecto "Apoyo al Diseño de un Modelo de Atención y Gestión Intercultural en la Primera y Segunda Regiones". Instituto de Investigaciones Arqueológicas y Museo- Universidad Católica del Norte e Instituto de Estudios Andinos Isluga- Universidad Arturo Prat de Iquique. 2006.

Blázquez. M. "Aproximación a la antropología de la reproducción". AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. N° 042. Madrid. España. 2005.

Browner, C. y C, Sargent. "Anthropology and studies of human reproduction. En Medical Anthropology Contemporary Theory and Methods". Praeger, New York. 1990.

Carrasco. Ana. M.

-"Constitución de género y ciclo vital entre los aymaras contemporáneos del norte de chile". Chungará. Revista de antropología chilena. Volumen N° 30. 1998.-  
"Llegando al mundo terrenal: embarazo y nacimiento entre los aymaras del norte

de Chile". En Mujeres; espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI. Montecino, Castro y de la Parra. Editorial C&C. Santiago. 2003.

-Carrasco. Ana. M y Gavilán. V. "Sexualidad y género: La unidad de lo femenino y lo masculino como símbolos de reproducción y fertilidad entre los aymaras del norte de Chile". En Espacios de género; Imaginarios, identidades e historias. Coordinadoras Loreto Rebolledo y Patricia Tomic. Universidad Autónoma de Baja California. 2006.

Carrasco, A y Fernández, E. "Estrategias de resistencia indígena frente al desarrollo minero. La comunidad de Likantatay ante un posible traslado forzoso". Estudios atacameños Nº 38. Arqueología y Antropología Surandinas. 2009

Castañeda. A. "Derechos Humanos e interculturalidad, en: Fernández Juárez, Gerardo, Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay- Buen Vivir. Ediciones Abya-Yala. Ecuador. 2010.

Castro, V.

-“Un proceso de extirpación de idolatrías en Atacama. En Catolicismo y Extirpación de Idolatrías. Siglos XVI- XVIII”. Centro Bartolomé de la Casas, Lima. 1993.

-“Huacca Muchay; Evangelización y religión andina en charcas, Atacama la baja”. Tesis de magister en Historia, mención Etnohistoria. Universidad de Chile. 1997.

-“La dinámica de las identidades en la subregión del río Salado, Provincia de El Loa, II Región”. I Encuentro Nacional Inter Institucional de Investigaciones de Identidades Culturales. Programa de Desarrollo de Identidades Culturales, Santiago de Chile. 1998.

Castro, V. y Varela, V. “Ceremonias de tierra y agua. Ritos Milenarios”. Fondart, Mineduc, Fundación Andes. Santiago de Chile. 1994.

Citarella, L. compilador. “Medicinas y Culturas en la Araucanía”. Trafkin, Cooperación italiana. Editorial Sudamericana, Santiago de Chile. 1995.

Comelles, Joseph María y Angel Martínez. “Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina”. Eudema editorial. Madrid. 1993.

Davis-Floyd. R.

-“El modelo tecnocrático del parto”. En Feminist Theory in the Study of Folklore, editado por Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young, University of Illinois Press. 1993.

-“Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento”. Buenos Aires: Fund. Creavida. 2009.

Del Popolo, F y Oyarce, Ana M<sup>a</sup>. Documento “Población indígena de América latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las Metas del Milenio” presentado en el Seminario “Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 27 al 29 de abril. 2005.

Diez, María Laura. “Reflexiones en torno a la Interculturalidad”. Cuadernos de Antropología social n°19. UBA. 2004.

Donoso. E: Carvajal. J. “El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultara el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio”. Revista Medica de Chile. 2012

Ehrenreich. B. “Por su propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres”. Editorial Taurus. Madrid. España. . 1998.

Estermann. J y Peña. A. “Filosofía Andina. Cuadernos de Investigación en cultura y tecnología Andina, N 12”. Edición compartida IECTA- CIDSa. Iquique- Puno, Chile.1997.

Espinoza. L e Insunza. A. 2009.”Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud” en Ciencia ergo sum, Vol. 16-3, noviembre 2009- febrero 2010. Universidad autónoma del Estado de México.

Foster G.; Anderson B. “Medical Anthropology”. Editorial Alfred A. Knop, Nueva York. 1978.

Galeano, E. “Memoria del fuego. Tomo II; Las caras y las mascararas”. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires.1984.

Geertz, C. “La interpretación de las culturas”. EditorialGedisa. Barcelona.1987.

Gundermann. H.

-“Etnicidad, identidad étnica y ciudadanía en los países andinos y el norte de Chile. Los términos de la discusión y algunas hipótesis de investigación. Revista estudios Atacameños N°13.1998.

-“San Pedro de Atacama: procesos, actores, imaginarios. En retrato hablado de las ciudades chilenas”. Editado por B. Guerrero. Universidad Arturo Prat y Cnetro de Investigaciones Barros Arana. 2002.

-“Inicios de siglo en San Pedro de Atacama: procesos, actores e imaginarios en una localidad andina”. Chungará. Revista de antropología chilena. Volumen N° 36. 2004.

Grebe, M. E. “La medicina tradicional: Una perspectiva antropológica”. Revista Enfoques.1988.

Grebe E., Hidalgo B. “Simbolismo atacameño: un aporte etnológico a la comprensión de significados culturales”. Revista chilena de antropología Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile. 1988.

Hidalgo, B. “Organización social, tradición y aculturación en Socaire, una aldea Atacameña”. Tesis para optar al grado de Licenciado en Antropología Social, Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.1992.

Hidalgo, J.“Descomposición cultural de Atacama en el siglo XVIII: lengua, escuela, fugas y complementariedad ecológica”. En Simposio Culturas Atacameñas. Antofagasta: Universidad del Norte.1984.

Jordan, Brigitte. “Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United State”. Waveland Press: Prospect Heights, IL.1993. (original 1977).

Martínez. J. En “Identidades y sujetos para una discusión latinoamericana”. Subercaseaux, B. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. Santiago.2002.

Manríquez, V y Sánchez, “Memorias de la sangre, memorias de la tierra. Pertenencia, identidad y memoria entre los indígenas del Noroeste argentino, Atacama y Chile Central durante el periodo colonial”. Estudios atacameños N° 26. Arqueología y Antropología Surandinas.S. 2003.

Menéndez, E.

-“La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?” Alteridades 4.1994.

-“Interculturalidad; “diferencias” y antropología “at home”, algunas cuestiones metodológicas. En Salud e Interculturalidad en América Latina; antropología de la salud y crítica intercultural”. Editorial Abya Yala.2006.

-“Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica”. Gazeta de Antropología N°28: artículo 03.2012.

MINSAL. "Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo". Depto. Ciclo Vital. Div. Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, MINSAL. 2008.

Montes .M.J. "Las Culturas del Nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos". Tesis presentada para optar por el título de Doctora en Antropología Social y Cultural, Tarragona, España. 2007.

Morales, H. "Construcción social de la etnicidad: ego y alter en Atacama". Estudios atacameños N° 46. Arqueología y Antropología Surandinas.2013.

Mostny, G. "Peine, un pueblo atacameño". Editorial Universitaria. Santiago de Chile.1954.

Murra, J. "El control vertical de un máximo de pisos ecológicos en la economía de las sociedades andinas". Universidad Emilio Valdivia, Lima.1972.

Organización de Naciones Unidas. ONU.

- "Declaración del Milenio" (A/RES/55/2), Nueva York. 2000.

- "Población y desarrollo. Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994).1995.

Núñez, L.

- "Vida y cultura en el oasis de San Pedro de Atacama". Editorial Universitaria. Santiago de Chile.1991.

- "Breve historia de los pueblos atacameños. Desde la prehistoria a los comienzos del siglo XIX". Universidad Católica del Norte. Texto sin publicar. San Pedro de Atacama. 2002.

Leighton. A, Monsalve. D e Ibacache. J. "Nacer en Chiloé". Articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. Documentos de Salud Colectiva N°1. Servicio de Salud Chiloé. 2008.

Linares Abad. M. "Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de género". I Congreso Virtual sobre historia de las mujeres".2009.

López Sánchez. O. "Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México". México CEAPAC. Plaza y Valdés editores.1998.

Lorenzo. C. "Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho". VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2013.

LLagostera, A. "Los antiguos habitantes del Salar de Atacama. Prehistoria atacameña". Edición Pehuén Editores. Santiago de Chile.2005.

OMS. "El nacimiento no es una enfermedad; 16 recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En: informe sobre Tecnologías de parto apropiadas". Fortaleza Brasil. 1985.

Ortiz. T. "El género como organizador de las profesiones sanitarias. En: perspectivas de género en salud". Minerva. Madrid. España. 2001.

Pedersen, D. "Elementos para el Análisis de los Sistemas Médicos". Revista Enfoques en Atención Primaria. 1989.

PNUD. "Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo". Segundo informe sobre desarrollo humano en Centroamérica y Panamá. 2004.

Pérez, C. "Sobre un concepto histórico de Ciencia. De la epistemología actual a la dialéctica". Editorial LOM. Santiago de Chile. 1998.

Pérez, M. "El Significado de la Salud y la Enfermedad en el Pueblo de Talabre: Un acercamiento desde la perspectiva de Género." Tesis para optar al grado de Magíster en Género, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Santiago de Chile. 2005.

Philippi, R. A. "Viaje al desierto de Atacama hecho 1860 de orden del gobierno de Chile en el verano 1853-1854". Halle en Sajonia: Librería de Eduardo Antón.1860.

PLADECO. Plan de desarrollo Comunal San Pedro de Atacama. 2006-2011.

Plath. O. "Folclor médico chileno: Antropología y salud". Editorial Nascimento Santiago de Chile.1981.

Rojas, Rocío. Documento "Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de las Américas" presentado en el Seminario "Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas" Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 27 al 29 de abril. 2005.

Sadler. M. "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Tesis para optar al título de antropóloga. Universidad de Chile. Santiago. 2003.

Sánchez, G. "Multilingüismo en el área de San Pedro de Atacama". *Lenguas aborígenes atestiguadas por la fitonimia del área de San Pedro de Atacama. Estudios atacameños* N° 16.1998.

Sanhueza, M<sup>a</sup> C y Gundermann, H. "Estado, expansión capitalista y sujetos sociales en Atacama (1879-1928)" *Estudios atacameños* N° 30. *Arqueología y Antropología Surandinas*.2007.

Saravia, P. "Alimentación y género. Estudio antropológico de la comunidad atacameña de Socaire". Tesis para optar al título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago de Chile. 2004.

Segovia, W. "Encuentro de Agentes en Salud Ancestral. Consejo de Pueblos Atacameños". Quito – San Pedro de Atacama.2003.

Schwarz. P. "La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media". *Argumentos. Revista de crítica social*. 2009.

Spradley, J.P. "Participant Observation". Rinehart & Winston Ed. Nueva York, 1980.

Taylor.S. y Bodgan. R. "Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación". Barcelona: Paidós. 1992.

Taucher, E. "Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso", *Revista Médica de Chile*, vol. 125, N° 10. 1997.

Tocornal, C. "Medicinas en Atacama: Salud e Interculturalidad en el Salar". Tesis para optar al título de antropóloga social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Santiago de Chile. 2006.

Vaisse, E. F, Hoyos y A. Echeverría. "Glosario de la lengua atacameña. Imprenta Cervantes, Santiago.1896.

Valdebenito. C, Rodríguez. M, Hidalgo. A, Cárdenas. U y Lolos.F. "Salud Intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aimaras". *Acta de Bioethica*. 2006

Viaña. J. "Reconceptualizando la interculturalidad. En *Investigar y Transformar; Reflexiones sociocríticas para pensar la educación*. Mora. D y De Alarcón. S. Instituto Internacional de Integración. La Paz.2008.

Walsh, C. "(De)Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador" en "Interculturalidad y Política: desafíos y posibilidades". Editorial Norma Fuller. Lima.2002.

Weisner. M. "La Antropología Médica: Lo Uno-Lo Múltiple". En Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología, LOM Tomo I. 2000.

Weisner. M y Fajreldin.V. "Mi Remedio Pascuense: Cultura Médico-Política en Rapanui. En Revista de la Escuela de Antropología Vol. VIII, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. 2003.

Zarate, M. "Dar a luz en Chile. Siglo XX. De la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica". Ediciones Dirección de bibliotecas, archivos y museos. 2007.

## **X.- ANEXOS**

### **1.- Pauta de entrevista a mujer atacameña**

- Biografía
- Embarazo (n° embarazos, cuantos deseados y no deseados, enamorada, relación de pareja)
  - Percepciones (como lo imagina, que sexo, piensa en nombre)
  - Actividades (que hacen, como se sienten, rutinas)
  - Cuidados (dieta, trabajo, hijos, viajes, familia, rol pareja)
  - Preferencias y antojos
- Creencias y mitos
  - mal de ojo, mal de aire, eclipse/luna llena, arcoíris, zorro, agua, amuletos, yerbas, lloque, contras y sahumeros.
- Significados del embarazo (Patahoiri, fertilidad)
- Parto
  - Lugar físico (costos)
  - Condiciones (pasado/presente (hospital))
  - Cuidados (dieta, pareja, hijos, familia, viajes, trabajo)
  - Preferencias
  - traspaso de conocimientos a hijas
  - Riesgos en la intervención médica
  - MATRIZ (recomendaciones de las parteras, remedios caseros y occidentales, reposo)
  - Creencias (el ombligo, la placenta, la fe, el agua, los baños)
- Puerperio
  - Cuidados, remedios, enfermedades, cuarentena, amamantar, anticoncepción.
- Reconocimiento parteras su rol y labores.
- Experiencias Servicio Salud Publico.
  - Trato, atención, recursos económicos, miedo y resistencias.
- Experiencias de Salud Intercultural en torno al proceso reproductivo

## 2.- Pauta de entrevista a partera

- Biografía
- Características de su práctica (edad inicio, abuelos, motivos, traspaso, practica actual, experiencia, pago, reconocimiento, escasez)
- Embarazo (propia experiencia, procedimientos con mujeres, creencias de partera, significados más profundos)
- Parto(lugar ideal, posición, materiales, manera de realizar su trabajo, tareas domesticas, cuidar hijos, atender embarazada, percepción de riesgo, complicaciones, compañía de matronas)
- Puerperio(recomendaciones, significados, reposo, perdidas, resistencias, cambios, apoyo, amamantar, anticoncepción)
- Experiencias con Servicio de Salud (relación entre sistemas)
- Traspaso de conocimiento jóvenes

## 3.- Pauta entrevista matrón

- Biografía
- Reseña como profesional de la salud
- ¿Cómo ha cambiado el embarazo, parto y puerperio por la exigencia del parto intrahospitalario?
- ¿de que manera acercan al pueblo atacameño al sistema biomédico?
- Aspectos subjetivos sobre el parto en casa
- ¿Qué importancia le da el sistema biomédico a la esfera cultural, económica, emocional o afectiva de este proceso?
- ¿Cómo cataloga la atención en el hospital?
- Sobre participación e interculturalidad
  - ¿existen trabajos? ¿Por qué?
  - ¿se han realizado capacitaciones al personal del hospital que atiende a población indígena para formar recursos humanos respetuosos de las diferencias culturales?
  - Tomando en cuenta la visión atacameña de salud, como un todo integrado ¿es posible pensar programas de salud sin base territorial?
  - ¿es factible la relación de interculturalidad y la participación verdadera en un contexto de subordinación estructural e históricamente arraigado?

#### 4.- Fragmentos de entrevistas en profundidad

T.M

##### **Dueña de casa, yerbatera y partera Solor.**

T.M: De Socaire, 8 hijos. Hace como 30 años que salí de allá, pero yo cuando era niña supe esto por un relámpago que me boto, un trueno. Desde ahí, entonces yo no podía dormir, no podía estar, por qué? Porque la que me tenia era Dios, el es la que me dio esto, eso tengo todavía asi, entonces él me mando de 12 años esto...para que yo atendiera un parto en casa, de Socaire para abajo en esos cerros, ahí hay una estancia en una aguada, ahí tuve que atender un parto. Yo andaba con las ovejas, no ve que antes siempre nosotros andábamos con las ovejas, habían muchas ovejas antes, llovía mucho por ahí, entonces criaba muchas ovejas, pero ajenas, las cuidaba pero ajenas no mías. De ahí yo tuve esto, y después sufrí mucho por lo mismo porque mi familia me odiaba, me decían que estaba loca, todas esas cosas, mis hermanos, mis hermanas todos me decían que estaba loca.

K: ¿y por que si lo que hace es tan bonito?

T.M: porque yo no podía dormir porque mi Señor me despertaba y me decía que fuera pa tal parte que allá me estaban esperando. Entonces cuando yo salí de Socaire decidida era chiquita, me vine po, cargue un mantel que era de saco no mas y con eso traje un pancito y nada más.

K: se vino por lo mismo porque allá no podía estar tranquila?

T.M: no porque mi Señor me despertó porque me estaban necesitando y llegue y la señora estaba por dar a luz. Es una aguada, una pilita donde hay unos cueros ahí para que se acostara y ahí tuvo la guaguüta, yo le compuse y después le deje po. Le mantille como mantillaban las guaguas...lulitos, tenían todas las mantitas, para que estuviera derechita y sanita. El ombliguito le amarre con un hilo de oveja porque yo no traje nada yo, torci el pedacito de lana bien torcidito con mi mano y le amarre el ombliguito bien amarradito.

K: y como le corto el cordón si no andaba con nada?

T.M: con cuchilla le corte porque no teníamos tijera tampoco. Mis niños son jóvenes todos ya los que he atendido, ya también tienen familia, que se yo...Así que yo de chiquitita, seguí, seguí, seguí mucho, mucho. También cuando estaba en la likana en el pueblo, fui a Calama, fui a Antofagasta y yo les explique que no se pone esa traba así en el ombligo, siempre tenía que ser bien amarradito el ombligo, por eso son las hernias, ahora vienen las hernias por eso ve. Yo les dije a ellos, a los médicos porque se han juntado una pila de médicos en las reuniones, pero no, nunca me han hecho caso, ya después dije yo...que tengo que estar dando que saber si ellos no hacen caso y hacen puras tonteras nada más.

K: fue por iniciativa suya o ellos la mandaron llamar?

T.M: no había una reunión y me llamaron a mí y a otra persona la Paola Soto ella también fue para alla conmigo. Ella hizo un curso acá y se recibió acá en la posta como matrona. Pero como digo a mi no me tomaron asunto de na y entonces yo que puedo hacer. En Toconao tantos niños he sacado y a las señoras cuando no podían tener las familias, yo les he compuesto. Hasta ahora ultimo yo les componía en la posta, les componía así se dice acá, en su mano dice si va a tener

la guagua hoy día o no, si no yo le digo no va tener la guagua todavía, tiene que irse mañana recién a Calama porque va tener pasado 4 días recién. Y para acá igual vienen las personas. Entonces cuando ya las van a mandar a Calama yo les digo; no si le falta, tú vas a tener la otra semana y es justo y exacto.

K: del hospital siempre se anticipan y le terminan haciendo cesárea...

T.M: eso! Ellos le apuran a la guagua y no! La guagua tiene que nacer en su tiempo, si no nace hoy día, no nace no mas...¿por qué? Porque le falta tiempo, 2 días, 3 días, 1 día, 2 noches...no sé, pero es así.

K: ¿qué consecuencias puede tener si le apuran aunque sea 2 días para el bebe?

T.M: si le apuran le puede venir el corazón mal o se les ponen amarillas las guaguas...por que? Porque le sacan anticipado la guagua. La guagua todavía no tenia que nacer y de ahí viene esto. Salen más débiles, mas enfermos. Yo siempre les digo cuando vienen aca bien gorditas, cuando ell medico les dice que se vayan, yo les pregunto si se van a ir a Calama y me dicen; que dice usted? Yo le digo que no si no es tiempo todavía para que va ir, si es tiempo yo le digo al tiro; si mañana va a nacer tiene que irse hoy día y al otro día nace la guagua...verdad, yo siempre les digo lo que es, y ya por eso me da rabia que los médicos se hagan...ahora hay mucha hernia, yo mismo le he visto las guaguas con hernia.

K: ¿es verdad, una será en el pueblo también me conto que de hecho su guagua había tenido hernia porque el clip que les ponen es muy pesado?.

T.M: es como una tijera como plástica y hace mucha fuerza, anda colgado eso asi es malo. No se yo para mi es malo, les he dicho yo porque el ombligo era amarrado, después se seca solo, bien sequito bien puesto, no tiene ninguna salida, pero ese yo creo que tiene salida o entrada y por eso lo que les da es como un aire o bien como un agua y sale a todas partes, aquí, a veces aquí abajo, en el compañero del niño, es bien fregado eso.

K: usted las atiende y después los días siguientes las acompaña o ya después se encarga la familia?

T.M: la familia, el primer día yo. Nace la guagüita, le baño, le doy un purgantito para que vote toda esa, porque la guagüita vota una cosa como mucosidad, vomita...eso hay que votar porque si no la guagua vive enfermo. Como dice el médico, dice otra palabra, otra forma no dicen así como digo yo, que dicen que tiene la guagua...reflujo, entonces cuando viene una niña con su guagua y dicen que eso le ha dicho el médico que ya se compondrá, pero la guagüita seguí vomitando y seguí vomitando. Yo le pregunto le dio purgante digo yo, porque cuando le pasa eso hay que darle purgante para que vote todo eso y al ratito va votar todo y va quedar sanito y no el médico no da nada ahora, antes daba. Yo antes, no me recuerdo quien me dijo que le habían dado purgante porque vomitaba todo.

K: ¿usted les bañaba?

T.M: si yo le bañaba, nacían y les tenia lista el agua yo. Les bañaba fresquito, bien bañadito, bien jabonadito, refregadito la cabecita, cosa que no tenga eso como ahora las guaguas botan como una grasa de la cabeza, ¿por que? Porque no les bañan. Les limpian asi no mas un poquito. Yo no, yo les bañaba a todas mis guaguas que han nacido conmigo, lees bañaba con aguita tibiecita, con jabón, bien refregadito con una tira, los brazos, las piernitas, todo.

K: ¿también les hacían con hierbas el baño?

T.M: no, tan chiquitito no se hace con hierba. Yo nunca les hecho con hierbas, pura agua no mas, le jabonaba, después le enjuagaba y listo, les mantillaba bien mantilladito y le ponía su ropita a veces tenían su camisa, a veces no tenían nada, pero su pañalcito no mas y les envolvía.

K: ¿usted no les hacia comida?

T.M: pero a esa señora que tuvo en el campo por lo menos ahí si yo le hice todo para ella, porque estaba sola.

K: ¿si no la familia le hace comida y ella sigue en cama cierto?

T.M: si en cama. Antes era muy delicado todo eso. Sabi que muchas abuelas les tenían 40 días en la cama. Sin bañarse, sin tocar agua esa persona. Eso es porque hay una enfermedad que les da a las personas que han tenido guagüitas que se llama desmando, la recaída le da y ella empieza a tiritar como que tiene mucho frio, se siente mal, le dan dolores de cabeza, dolores de huesos, de todo. Antes las abuelas para evitar hacían eso. Y a los 8 días de nuevo le bañaban a la guagüita y a ella le daban mate, puros mates de montes no más, ahí cuando estaba acostada.

## **R.M.**

### **Matrón atacameño**

R.M: yo ingrese en el 2001 al Consultorio de San Pedro. Nosotros como profesionales de la Salud en la parte obstetricia nunca tuvimos en nuestra malla curricular ninguna formación en temas indígenas, ni en temas asociados a cultura...todo hospitalario, todo era clínico, biológico y occidental, no se tenía ninguna consideración de nada, al contrario eso era visto como popular, como algo que no debía estar y que se debía institucionalizar todo el procedimiento del parto en todas la mujeres que fuesen a tenerlo en todo el país. Esa fue la Escuela que tuvimos. Ahora cuando llego a San Pedro, en parte entendía algunas particularidades culturales, sabi que había ciertas tradiciones, pero era contrapuesto con lo que yo tenía de formación y yo estaba contratado por la Municipalidad y por un servicio de Salud que tenía que aplicar la normativa. Constantemente el servicio de salud nos recalca o nos remarcaba que debíamos bajar a toda costa la tasa de partos domiciliarios o en otros lugares del campo, no podía estar eso porque era visto como una mala señal o era visto como un indicador de subdesarrollo de país, en ese tiempo. Por lo tanto no era positivo para mí tener partos domiciliarios, ni menos en las ambulancias. Yo actuaba en parte con eso y en parte con la consideración cultural que igual me embargaba, para mí era una lucha extraña, porque decía; bueno si las mujeres quieren tener a sus hijos en sus casas y a una usanza particular...pero por otro lado estaba el Ministerio, entonces yo trataba de negociar situaciones en las cuales se me llamara. Ocurrió en algunos casos puntuales, en que yo decía; si usted está decidida a tener su hijo a la usanza atacameña, a la usanza antigua...si usted está decida a irse a Talabre o a Rio Grande y quiere tener su hijo allá como ustedes los han tenido siempre yo tendré que respetar eso, pero ojala se vayan a hacer sus exámenes de rutina, sus ecografías y hacíamos presión para que se lo hicieran y la mayoría cumplía con un control de ecografía y con un control de exámenes de

rutina, al menos...la mayoría, yo diría más del 90% y de las pocas que insistían en eso, yo les decía; está bien, pero llámame cuando estés en el proceso, si es que hay alguna complicación...bueno no esperes la complicación, llámeme y yo voy a estar ahí con la persona que usted quiera en su parto...y no me llamaban. Yo encuentro que me veían como un profesional público de la Salud Pública institucionalizado y que no había en el proceso cultural que ellos tenían, independiente que yo fuera de la cultura, fuera de acá...porque yo era visto como un profesional de la salud que había sido formado y de alguna forma aislado culturalmente por el hecho de haberme ido a la Universidad, es como la situación interna de la comunidad. La comunidad socializa, se comunica, se integra y se acerca más a la gente que es del pueblo, por ejemplo que va a buscar la leña, que va a regar el campo, que hace los asados con la gente o que comparte mucho en las mingas y cuando tú sales de esos contextos y no queriendo muchas veces y te vuelves a integrar, ya no eres murado como iguales, ya es distinto. Por mucho que tengas toda la sensibilidad y generes acercamiento, la gente te asocia a lo externo, te asocian al profesional de salud que no tiene idea.

K: tú crees que esa reglamentación afectó negativamente a la tradición likan de parir o lo ves como algo positivo, porque no deja de ser subjetivo el tema....

R.M: es que depende como se mire, si tu me preguntas o bueno si le preguntas a cualquier profesional del Ministerio de salud del programa de la mujer o del programa de la red asistencial de partos y te dicen que la mortalidad materna disminuyó en estos últimos 20 años a 1 cada 6.000 mujeres. Si tú comienzas a evaluar parámetros que se evalúan estadísticamente en salud los cuales te van a dar toda una serie de parámetros estadísticos que son indicadores de desarrollo, entonces tú comparas todo eso y Chile tiene su concepción cultural y tiene sus indicadores de desarrollo, de país desarrollado, por lo tanto cualquier mirada, cualquier cambio que signifique poner en riesgo esos indicadores que son para ellos importantes es mirada como peligroso y es muy complicado a nivel institucional hacer cambio o hacer propuestas que puedan poner en riesgo esos indicadores.

K: es cierto según los indicadores de la CEPAL son así, hay un número menor de mortalidad materno-infantil en Chile con respecto a Latinoamérica y también mayor cercanía a servicios médicos.

R.M: por ejemplo los niveles de enfermedades infecto-contagiosas, tú ves el indicador de la tuberculosis, cuanto es el nivel de prevalencia que hay en la población adulta y niños y comienzas a ver que es la más baja de Latinoamérica, comienzas a ver que el sarampión se ha erradicado prácticamente del país. Hay una serie de indicadores que muestran en Latinoamérica, Chile, ha logrado reducir la mortalidad materna y aumento de esperanza de vida en los niños y la menor cantidad de niños con problemas traumáticos por el parto, por eso la política en vez de cuestionarse se afianza, porque los indicadores te dicen una cosa.

K: ¿tú crees por ejemplo tengo un embarazo sano, con un control me doy cuenta que mi embarazo está sano, crees que es un fundamento para decir; bueno mi embarazo no es de riesgo, no tengo problemas, lo tengo en la casa o te parece que siempre es mejor tener asistencia?

R.M: el proceso del parto o el proceso del embarazo es algo impredecible hasta que ocurre, o sea tú puedes tener perfectamente un embarazo normal 8 o 9

meses y ocurrir un desastre en el parto por una serie de situaciones. Hay muchas circunstancias de morbo y mortalidad o de complicaciones obstétricas en todos los trimestres en los cuales tienes que tener control. Yo en cambio haría una situación híbrida en la cual a lo mejor insistiría en los controles de acuerdo a lo que dicen los programas e intentaría el apoyo de parteras o de sanadores indígenas con expertis en acompañamiento del parto y...

K: dentro de contexto intrahospitalario?

R.M: no se si dentro del contexto intrahospitalario, pero pudiese ser en un lugar muy cercano así como en la posta de San Pedro. En un lugar muy cercano a un contexto intrahospitalario, yo haría una experiencia indígena, al lado del hospital, en la cual se monitoree o se use en última instancia. Hacer un parto vertical a la usanza indígena, ponte tu entregar la alimentación a penas nazca y con todas las tradiciones que eso conlleva. Yo pienso que la experiencia indígena debiera ser un poco más asociada a contexto hospitalario en forma muy coordinada.

K: tú dices por si acaso se presenta una complicación estén a mano...

R.M: si yo creo que eso puede salvaguardar cualquier situación complicada.

K: en Santiago pasa, en Talagante....

R.M: en Estados Unidos igual hay un equipo móvil que te van a visitar a tu casa, te hacen parto en el agua...allá se está utilizando y en Europa igual, el que nazca en un contexto mas de hogar y nosotros como país...claro Europa tiene otro presupuesto, otras formas de ver la salud y seguramente andan equipo móviles con un ginecólogo, un médico, una matrona, que están permanentemente monitoreando situaciones...por lo tanto hay otra tecnología y otros recursos que creo se pudiesen desarrollar en unas décadas más quizás y permitir ciertas situaciones, pero mientras con este presupuesto y con esta mirada del MINSAL, lo veo complicado, yo veo que lo más factible es que una experiencia indígena pueda desarrollarse en un lugar muy cercano a un consultorio, a un hospital para poder atender los partos creo yo.

K: puede haber más recursos pero si la mentalidad es la misma....

R.M: claro y además tenemos que pensar que están pensando las mujeres indígenas de ahora. Yo no sé si el mayor o mediano porcentaje de la población indígena en edad fértil quieren tener sus hijos a la usanza indígena...

K: están súper desapegadas de sus tradiciones toda y todos....las niñas más jóvenes no piensan en esa posibilidad por lo mismo, por toda la imposición que ha habido históricamente, al final las mamás le decían sabes que yo no me puedo hacer cargo si te pasa algo porque a mí me pueden meter hasta presa, así es que tenlo en el hospital. (o simplemente guardaron silencio)

Entonces ahí hubo como un quiebre en la vivencia del parto y del mismo embarazo. Las mamás de 50 años ya no les transmiten sus creencias, ni su tradición por miedo (represión)

R.M: entonces eso lo que está pasando y no solamente en eso si no que en muchas situaciones culturales en las cuales hay una política y una forma de ver las cosas, pero en la práctica todo sigue funcionando muy a lo occidental, muy a como la institución pública lo promociona, por lo tanto yo lo veo difícil....a menos que la política pública haga lo que estamos haciendo nosotros como pueblos indígenas y promocióne, fortalezca e indique y haya un cambio de mirada desde la institucionalidad para fortalecer esas cosas, eso podría ser.

K: sabes que muchas mujeres, no sé cómo consideras tu que es la atención ( el trato) hospitalaria, porque a muchas mujeres (pasan por la experiencia del hospital o por lo que les cuentan prefieren tener sus hijos en casa) es mas lo que las retan que lo que dices tú de promocionar, es decir, de acoger para fomentar esa seguridad, las retan por todo, no las dejan paparse y si no van a control, si gritan, si los tienen en su casa peor que no las pescan para el control sano, en las hospitalización no las toman mucho en cuenta...y no lo digo por este Hospital de Calama, no creo que es algo que pase solamente acá. La lógica del parto humanizado, más amoroso y más respetado, sobre la base de la teoría del apego...es algo mucho más reciente. ¿Cómo calificarías o dirías según tu experiencia esa relación que se entabla con las mujeres?

R.M: a ver lo que yo observo es que el sistema institucionalizado público está pasando por una...hace mucho rato, crisis de deshumanización en todos sus niveles. Yo me atrevería a decir que no es solamente hacia la población indígena, sino que con la población no indígena y con la población más vulnerable que de hecho es la que asiste a los establecimientos públicos, por lo tanto eso se ha venido agudizando en los últimos 20 años yo creo y por eso existe ese descontento de la población respecto al trato de la mayoría de los profesionales y sobretodo de los médicos, de los profesionales de escala más elevada con respecto de los pacientes...la indiferencia y a como se refieren...es una situación que puede ser para toda la población pero con un poco mas de esfuerzo (énfasis) con la población indígena porque lo asocian a mas incultura, a la poca educación...esos son los términos que usan, entonces probablemente son un poco más duros...

K: con los prejuicios muy latentes...

R.M: si, pero con la población no indígena también son así. De hecho el Ministerio esta impulsando políticas, como tu dijiste de la Humanización del Parto, políticas por ejemplo de instalar asistentes sociales en las urgencias de los hospitales por todo el conflicto y el choque que se genera entre las urgencias y los equipos hospitalarios. Yo siento que el Sistema Publico de salud esta en crisis hace mucho rato por temas presupuestarios, por falta de personal, falta de recursos, mucha exigencia, estrés laboral...por lo tanto hay que ponerse desde la mirada, de entender que es lo que pasa dentro del sistema de salud institucionalizado, que hace que este sistema sea agresivo...(el lucro en la salud). Se están proponiendo situaciones para disminuir un poco el nivel de impacto entre el modelo que esta institucionalizado y la población demandante, creo que hay mucha demanda y es poca la resolutiveidad y poca la oferta. Y eso pasa en todos los niveles. Es por esto que el Estado se esta dando cuenta y ha estado iniciando un proceso de sensibilización no solamente en tema indígena, en el tema migratorio, en el tema de la pobreza y en varias situaciones de inequidades hacia las puertas de entrada de los establecimientos. Los SOME, las urgencias, los equipos de cabecera clínico. Siento que eso de a poquito se ha ido estancando, no ha ido en asenso el tema de violencia, de agresión, de deshumanización, siento yo. Yo creo que esto es un tema paulatino, probablemente en 10 o 15 años más si va en ese sentido probablemente pueda ir mejorando en ese aspecto.

**M.J**

**Dueña de casa**

M.J: 11 hijos, 10 vivos y 1 murió, una niñita, después de ella tuvo 4 hijos más. Falleció pero ni siquiera había cumplido el año aun. Le dio una indigestión y luego de eso murió, no había Hospital, nada en Toconao, ni acá. Yo vivía en Talabre, de allá somos. Bajaba a Toconao para tener alimentos para comer.

K: como fueron sus embarazos?

M.J: bien, normales.

K: ¿como era su vida cuando estaba embarazada?

M.J: bien no más, si igual trabajaba, hilaba, hacia medias, hacia guantes, de todo hacia para vender y para las guaguas también.

K: ¿entonces usted no se privaba de nada durante sus embarazos, ni comidas, viajes, animales...?

M.J: no, de viajar si, pero cortábamos pasto, sembrar, acarreando abono, todo en burro. Sembrar las papas, habas, con la guatita pero uno trabajando asi tiene mas rápido la guagua.

K: ¿me han dicho que les ponían fajas a la guagua para que no anduvieran sueltas la guagüitas?

M.J: si, si

K: ¿tenía antojos como se dicen ahora?

M.J: no, pero por esos botan las guaguas

K: ¿su esposo la ayudaba de qué forma?

M.J: en esos años no había trabajo acá y a él no le gustaba ir trabajar a Chuqui, así que él trabajaba así no más en la casa.

K: para el momento del parto quien la ayudaba?

M.J: con mi tía, ella me ayudaba, así los tuve a todos. Los otros, los mayores tenían con mi mamá cuando estaba viva.

K: parece que era la mamá y el papá los que ayudaban más en los partos. Había alguna vecina partera en Talabre?

M.J: mi tía, pero más por mí. A las otras les atendían sus mamás en casa. Mi tía se llamaba Crisanta, era conocida como partera.

K: y su esposo como participaba en el embarazo o parto?

M.J: me hacia remedios para tomar, para que me apuren los dolores. Hacer el vino hervido con canela, eso me daba y me apuraba más el dolor y a veces otros montes que hay por el campo también me daba, chachacoma, un jarro de chachacoma y en seguida... así tuve mis guaguas.

K: usted quiso alguna vez saber que sexo tenían, si venían bien o confiaba no más?

M.J: si confiaba en la tía no mas en nadie más. También uno sabe porque el niño se mueve mas y mas antes y las mujeres son más lentas. El niño de 3 meses ya se empieza a mover en la guatita. Las mujeres ya a los 5 meses.

K: no le preocupaba si venia sano o con algún problema de salud?

M.J: no no pensaba en eso.

K: después que tenia a la guagua, su tía se quedaba con usted cuidándole?

M.J: me atendían hasta 8 días, y después tenía que salir al baño y si no ahí en la piecita donde estaba no más.

K: ¿es verdad que tenían que estar en cama?

J: si no les da la recaída, es peligroso, se muere. Cuando se levanta antes de los 8 días, le dio recaída y murió. La recaída es rápido, le agarra una fiebre, un dolor de cabeza.

K: ¿se veía eso en su tiempo o las mujeres hacían mas caso?

M.J: se veía, pero hacían caso. No había que bañarse, limpiarse con agüita de monte.

K: ¿les dio pecho a sus hijos?

M.J: a todos, no conocían mamadera. 1 año y medio generalmente. La niña tomo 2 años, los otros 6 meses o 7.

K: ¿la matriz no tiene nada que ver con la recaída?

M.J: no.

K: ¿usted los envolvía como lulitos?

M.J: si le envolvía bien, manitos y todo, por eso son fortachos hombres y mujeres. Ahora no po andan sueltos. 1 año andaban como lulitos, después cuando andaban caminando ya no.

K: ¿ y para poder hacer la cosas, los que haceres....y ahora que sus hijas van al hospital que le parece?

M.J: van al hospital, no se ellas quieren ir. Como es una obligación, si no ya no les quieren atender la guagua. Por eso ya o queda gente que sepa de esto.

## **V.G**

### **Dueña de casa, partera Socaire**

K: ¿es usted de la mayor de sus hermanos?

V.G: si la mayora, tengo 79 ya.

K: ahora con la obligación de ir al hospital a tener los hijos ha cambiado todo, pero lo que le queria preguntar si usted se dedicaba la partería...

V.G: yo a muchas les ayude a tener los niños porque me gustaba. Después han dicho hay que ir a atender a Calama y ahí ya no atendí mas.

K: ¿a qué edad empezó a atender partos?

V.G: a los 30

K: ¿como aprendió usted, mirando?

V.G: mirando a mi mamá, pero yo a mis niños lo he tenido sola. Los he tenido en el campo con las ovejitas, al mayor, después los he tenido en la casa...sola.

K: ¿se daba cuenta de su embarazo por la ausencia de su periodo?

V.G: claro y ya a los 9 meses ya llega el niño.

K: ¿cómo sabe cuando ya está de parto?

V.G: cuando ya va a salir el niño, se tira para abajo. Ya uno les compone, le ayuda al niño. Yo asi he ayudado a muchas, ya están jóvenes los niños que yo he ayudado, casados, con familia y ya se han ido pá Calama.

K: ¿mientras estaba embarazada seguía su vida normal?

V.G: si la vida no mas

K: ¿y la guatita no le pesaba?

V.G: no, yo incluso he tenido “melicitas”, unas niñitas, pero se murieron mis hijas. De 10 años se han muerto, le llego una peste, como no había posta, nada. Le llego una tos a la mayorita, después le llego un dolor de cabeza a la otrita...se han seguido de una semana.

K: ¿y tuvo perdida cuando tuvo embarazos?

V.G: no (las pérdidas de guaguas no son comunes)

K: ¿cuando una mujer pierde una guagüita a que causa se atribuye?

V.G: no se porque perderán su guagüita. Por una fuerza (mal hecha) o cuando quieren alguna cosa comer y asi afloja po.

K: ¿el zorro tiene alguna importancia en el embarazo?

V.G: no se

K: ¿la fuerza que la mujer necesita para el momento del parto de donde la obtiene?

V.G: de una no mas...pá ayudarse con ruda se calienta el cuerpo, cuando es helado el cuerpo, eso es pá ayudarse, pero el zorro claro es pal desmando. Cuando uno se desmanda, con la cola se usa pá sahumarse, la carne pá comer, pero cuando a una le ha dado el desmando. Cuando al poco de tener la guagua se ponen a lavar, a hacer las cosas, ahí se desmanda.

K: ¿qué es la matriz?

V.G: la matriz también se mueve para eso hay que tomar solda-solda y con eso pues se afirma. Si esta más debajo de las costillas ahí está mal.

K: ¿y como se sabe cuando esta corrida, se siente mal la persona?

V.G: se siente mal, no está normal el cuerpo.

K: que cuidados deben tener las embarazadas aunque hagan su vida normal?

V.G: na po, tener cuidaó de no hacer fuerzas, no tener problemas en a casa.

K: ¿no pasar rabias. Y usted sabi cuando estaba esperando niñita o niño? Como sabia?

V.G: se pone distinto, el hombrecito es mas puntudito (la panza) y la mujer es mas parejo, se pone más ancha.

K: ¿iba donde algún chaman o yerbatero que le dijera que iba a ser su hijo?

V.G: o esperaba no mas, las vecinas también esperaban no mas los 9 meses.

K: el nombre le ponía cuando nacía o lo nombraban de antes?

V.G: cuando nacía recién, pero ahora no po, cuando ya está ahí en la guata ya está con nombre ya.

K: para el parto donde se ponía, en su cama?

V.G: ya en la cama. Era normal ya tener la guagua en la cama y ya ponían en la cama con la guagua, la mamá y envolverle ya a la guagua y listo.

K: el papa ayudaba también?

V.G: algunos po.

K: ¿les daba cosa?

V.G: algunos se salían, no querían ver las señoras, pero ahora no po, ahora en el hospital tiene q estar el papa. Antes no, yo ayudaba y no estaba ahí el papá, se ha visto a la pura mamá no más.

K: ¿tiene alguna relación el embarazo con la pachamama, la tierra?

V.G: seria acordarse de la pacha, de dios, porque dios esta todo el rato aquí con nosotros, no le vemos pero está con nosotros, a pacha igual.

K: ¿y con la placenta que hacían?

V.G: la enterrábamos por ahí afuera.

K: ¿con algún fin enterrarla?

V.G: no po era lo natural enterrarla. Ahora no po en los hospitales las botan a la basura.

K: ¿ los masajes y manteos cuando se usan?

V.G: cuando no puede tener la guagua se le mantea, se la hace andar, se hacen una friegas por aca y ya llega no mas la guagua, cuando viene mal. Cuando viene bien no po, se da vuelta y llega no mas.

K: ¿usted considera importante o necesario ir a tener las guaguas al hospital?

V.G: no se porque ahora es al hospital, si antes era aquí no mas tener las guaguas. De las que yo he ayudado, gracias a dios a ninguna le ha pasado nada, ni a la guagua, ni a ella.

K: ¿tendrá que ver con lo que comían antes?

V.G: antes éramos firmes porque sabíamos sembrar el trigo, las habas, el maíz, las papas, las verduras, ahora no, ahora puro compraó no más.

## **C.M**

### **Dueña de casa**

K: ¿los partos fueron en su casa?

C.M: si en mi casa.

K: ¿quien la ayudaba, quien la asistía?

C.M: mire la verdad de las cosas es que yo tuve sola a mis guaguas, yo le cortaba su pupo todo sola.

K: ¿nunca se asusto?

C.M: no porque mi mamá ella tenia sus guaguaitas igual...solita. Entonces yo había visto, sabia.

K: ¿vio a ella tener a sus hermanos?

C.M: si cuando ya estaba mas grande ya. Yo le ayudaba a cortar el pupo, le bañaba a la guagua. Somos 4 mujeres y 2 varones los hermanos. Yo soy la mayor.

K: ¿cómo preferían tener sus guaguas, usted o su misma mamá?

C.M: en cuclillas (porque eso facilita y hace más rápido el parto)

K: ¿que cosas sirven para contribuir a que nazca el bebe?

C.M: caminar, pasearse, lo que en el hospital no te dejan pasearte, te tiran ahí y arréglatelas como podai. En cambio si estai en tu casa no po, tu te parai, te afirmai, te sentai, te agachai...

De mi última hija yo fui a control más seguido y entonces ahí me dijo...porque en los otros casi ni me controlaba, a veces cuando quería no más. De repente me decían; oye es que tu guagua va a salir mal...entonces no iba no más. (Meterles tanto susto) y no iba no mas hasta que nacía la guagua y la llevaba a control por la leche, asi me dijeron que de mi hija mayor, la Marcela, que la iba a tener la guagua a operar de las caderitas porque no va a poder caminar y nunca la lleve y la niña ya es mamá y todo y nunca le paso nada.

K: ¿su ultimo embarazo se controlo mas entonces por eso, porque en el último fue que quería ponerse tratamiento para no tener mas embarazos?

C.M: claro pero ahí me fui cuando ya...(esta a punto de tener) llegue y tuve al tiro la guagua. En el penúltimo me fui antes, ahí fue cuando me iban a hacer cesarea. Me fui antes y resulta que me dijeron que me faltaba, que me sacaban liquido, que me faltaba otro día mas y ahí me tenían en el hospital. Estaba tan arrepentida de haberme ido, estuve como 15 días...quería puro arrancarme, pero no podía tampoco. Fue parto normal al final, pero fue un sufrimiento enorme. Ahí casi me hacen cesárea porque el doctor miraba su reloj y decía; ah esta gordita se paso, así que hay que hacerle cesárea así que prepárenla y yo me levante en un descuido de la matrona, pesque el suero ese que le ponen y lo tire y me lo saque y me encerré en el baño y me golpeaban la puerta diciendo; señora se le puede morir, que señora su guagua, señora piense en su hijo y estaba sentada en el baño y senti que me iba a salir la guagua, pero como pude me subi arriba de la cama y listo, salió. Y el doctor todavía no llegaba, estaba la matrona y yo le dije; ve y ustedes me querían cortar la guata como un animal, le dije; ustedes no saben nada! Y me dijo; entonces pá que vino? Pá ver po, le dije, como dicen que en el hospital atienden mejor y eso no es así. Después estuve como 2 días y me vine con mi hijo.

K: ¿la matrona que le dijo...la reto?

C.M: si me reto, me dijo; que era una escandalosa y todo, pero no estoy ni ahí con sus leseras. Cuando ya tuve esta chica, la última, ya me fui porque quería operarme para no tener más, pero ahí me fui con mis dolores.

K: o sea no se guio por la fecha que le dieron porque me imagino que aun le faltaba...

C.M: claro porque ya me paso una vez que me dijeron tal fecha no paso na po, entonces recién cuando sentí los dolores recién fui, entonces llegue y estuve media hora, una hora y la tuve.

K: ¿y alcanzo a llegar, porque muchas esperando esos momentos no alcanzan y las tienen en la ambulancia....cuando tuvo sus hijos acá que hacen con la placenta?

C.M: la enterramos

K: ¿con un fin o por algo en especial o simplemente para que no suelta?

C.M: como yo le enterré la placenta a mi mami, yo vi que le echaba sal y carbón. Para que? No se, nunca le pregunte, entonces yo hacia lo mismo.

K: o también donde cocinaban....

C.M: no se yo lo hacia así porque me dijo mi mamá.

K: ¿y el ombligo?

C.M: le amarrábamos con un hilito bien finito, bien amarradito.

K: bueno en base a su experiencia como se explica la necesidad de que tengan que irse al hospital, ya que usted paso por las 2 experiencias?

C.M: mire ahora el mundo ha cambiado, todo ha cambiado, de repente hasta las mismas comidas alomejor ya no son sanas, ni puras como antes, entonces alomejor que de verdad que cuando van a tener su guagua les puede pasar algo, se arriesgan...pero a mi nunca me dio miedo...

Antes se comían puras cosas sanas hechas por nosotros, por ejemplo el frangollo, el trigo, lo único que faltaba que sacáramos la azúcar de aquí porque todo se comía natural...la leche de cordero, de oveja, de cabra...la carne todo eso,

carneábamos cordero y comíamos. Y ahora todo artificial mucha química entonces por eso mismo alomejor pasan cosas, antes no era así.

K: también están más desconectadas también, ¿por que por ejemplo su hija nunca quiso tenerlo aquí?

C.M: no es que yo nunca le dije, a mi hermana si una vez, cuando vivía aca al frente le dije; tienelo aca en la casa no mas yo te voy a atender, pero el marido no quiso, dijo; no puede pasarnos algo y se la llevo y a mi hija también una vez le dije, pero al final su marido se la llevo a Calama.

K: como que todas con ese miedo, al final se terminan por ir a tenerlo al hospital...

C.M: pero la gente antes no tenia miedo y casi nunca pasaba nada. Es que ahora sabi porque tienen miedo porque te dice; sabi que si tu teni la guagua aca y si tu la atendí a esa persona te pueden meter preso, entonces uno a eso tiene miedo. Y uno dice ya para que si hay hospital...bueno aquí no hay hospital hay que ir a Calama y ahí si que se corren riesgos, imagínese todo el movimiento de aquí para allá, ahí yo pienso que se puede correr riesgo, pero si esta en su casa cuidado...en cambio allá no po, tiene la guagua y te tiran a un pasillo todo pelado. A mi de mi guagua fue así, me envolvieron mi guagua y me tiraron a una camilla y estuve todo el tirada en el pasillo con hambre porque no habían camas. Un riesgo también es desangrarse ahí, porque estas sin moverte.

K: yo he escuchado que: ¿ la recuperación es súper importante?

C.M: claro, cuando lo tienes en la casa no po, después uno se queda dormida un rato, después alguien le hace un plato de cazuela y eso le va dando fuerzas de nuevo, se va reponiendo. Las hierbas que uno tome...más que nada pa que tome, uno se cuida mejor en su casa, que en el hospital, porque también son tantas las que llegan...

K: ¿entonces usted no calificaría como muy buena su experiencia por el hospital?

C.M: no, yo siempre les he dicho a mis hijas, por ejemplo de esta ultima yo me voy a meter, ella fue a tener su guaguüita la despache porque ella se fue como a las 4 de la mañana y yo al otro día temprano y yo pedí que le trajeran anestesia, porque si uno va la hospital, póngale anestesia entonces, pero no le pusieron nada y yo le dije como podían ser así, mejor la hubiera tenido en la casa...

K: ¿y qué le dijeron?

C.M: nada...

K: ¿usted en ese sentido cree que es posible que una sala en el hospital se adaptara a los conocimientos de la cultura propia suya?

M: si, tendría que haber una persona ahí, porque la matrona...una partera de aquí y una matrona que estuviera en caso de emergencia...pero la gente ahora no, la juventud ahora no creo tendría que ser muy arriesgado, porque van al hospital pensando que le van a poner anestesia. Mi otra hija que tuvo su guagua igual se fue pensando que le iban a poner anestesia y había un solo anestesista y no estuvo y no le pudieron poner tampoco, si hasta ahora hace poco conversamos eso y decía; yo pensé, si es por eso mejor lo hubiese tenido en mi casa.

K: de eso se arrancan las mujeres jóvenes...del dolor...

M: entonces por miedo así, y al final bueno la que tiene suerte, la que no no. (no puede ser cosa de suerte)

K: lo que dice usted es bien cierto...que para meterles miedo ocupan mucho la amenaza de que si pasa algo te vas preso...

C.M: a mí la matrona cuando yo tenía mis guaguas, yo iba a control como al mes iba, aparecía con mi guagua y me decía; lo tuviste en tu casa? Si po! Mira pa la otra que tengai así, yo misma voy a ir con los carabineros y te voy a llevar presa...mira po! Eso no po, todo lo contrario en vez de decir como lo hizo, como no vinieron, como no avisaron, yo te hubiera ido a ver a tu casa por último, ahí sería bueno po, porque imagínese que tenga uno...quiera tener la guagua en la casa y manda a buscar a la matrona, sería bueno que dijera, ya! Yo la voy a ver, llevo todos mis implementos por si acaso le pase algo, en cambio acá no po lo primero que hacen es amenazarte con los carabineros...

K: si yo no entiendo ¿por qué no existe un servicio de la posta que sea que vengan las matronas a la casa y no se tenga que pagar un particular?

C.M: no se po ahora también la juventud ya no ya po, antes las viejitas si, mi mamá tuvo a sus hijos en la casa por eso yo también los tuve así a mis 7 hijos. La gente más joven ha perdido esos conocimientos por el miedo. Antes la gente ni siquiera se controlaba, de la mayor nunca me controle. Yo quería saber si era niño o niña y fui donde una viejita que se llama Flora Berna, familiar de la alcaldesa Sandra Berna, no sé si era su abuelita...no se algún familiar debe haber sido, ella me decía; no si hijita sabe. Yo quería saber qué es lo que era y cuando lo iba a tener, porque ya estaba aburrida con la guata. Y llego y mi saco mi pañuelo que tenía amarrado mi pelo y me puso un lápiz sin usar y me dijo vas a tener el sábado tu guagua el sábado y es niña...ya y con eso me fui, y si fue po.