

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Spring 2023

### Inclusión Cultural en FONASA: Parto aymara como un estudio de caso

Madison Singleton  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Alternative and Complementary Medicine Commons](#), [Health Policy Commons](#), [Indigenous Studies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), and the [Quantitative, Qualitative, Comparative, and Historical Methodologies Commons](#)

---

#### Recommended Citation

Singleton, Madison, "Inclusión Cultural en FONASA: Parto aymara como un estudio de caso" (2023). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3606.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3606](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3606)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

---

# Inclusión Cultural en FONASA: Parto aymara como un estudio de caso



---

## **Madison Singleton**

School for International Training, Chile

Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad

Washington University in St. Louis '24

Global Health and Healthcare Management

## Abstract

The early 2000s serve as a transformative legal period in Chile, due to the rise of indigenous representation groups and the introduction of law 20.584 which ensures a model of interculturality in health services. The objective of this research is to understand the factors that impacted the prioritization of cultural inclusion in the public healthcare system (FONASA), using aymara birthing practices in Northern Chile as a case study. This research takes form in a qualitative and exploratory research design using 5 semi-structured interviews and 5 observations, as well as the basis of past research. The past research outlines the role of interculturality in Chile's health system and its political influences. To give more form to this investigation, the study is guided by the subtopics of identifying the definitions of health as a right, describing the forms of birthing practices supported by FONASA, and ultimately the roles of relevant parties in the integration of cultural inclusion in public health services. The main results of this study show that the intercultural definition of health is not viewed or treated equally to the internationally accepted, less holistic definition of health. Because of this, culturally inclusive care, such as aymara birthing practices, are harder to access. The results demonstrate that while the well intentioned legal framework provided hope for this intercultural care, the government fails to provide necessary support in the implementation and accountability of this care. Therefore, the interviews reveal that the provision of intercultural care is becoming a burden and responsibility of the medics, birthing people, activists, and indigenous groups. This system creates a dynamic where medics use their personal discretion rather than having an institutionalized form and understanding of care. Furthermore, these results prove to be significant as health is a right in Chile. However, this inconsistent intercultural care does not respect the recognized definition of health that is promised as a right. Therefore, the lack of governmental implementation and accountability often leads to a violation of health rights and at times even harm.

*Key words: interculturality, health model and management, health policy, Aymara birthing practices*

## Resumen

Los primeros años de la década de 2000s sirven como un período legal transformador en Chile, debido al auge de los grupos de representación indígena y la introducción de la ley 20.584 que asegura un modelo de interculturalidad en los servicios de salud. El objetivo de esta investigación es comprender los factores que impactaron en la priorización de la inclusión cultural en el sistema público de salud (FONASA), utilizando el parto aymara en Arica como un estudio de caso. Esta investigación toma forma en un diseño de investigación cualitativa y exploratoria utilizando 5 entrevistas y 5 observaciones, así como las bases de investigaciones anteriores. La investigación anterior describe el rol de la interculturalidad en el sistema de salud de Chile y sus influencias políticas. Para dar más forma a esta investigación, el estudio se guía por los subtemas de identificar las definiciones de salud como un derecho, describir las formas de partos apoyadas por FONASA y, en última instancia, el rol de las partes pertinentes en la integración de la inclusión cultural en los servicios de salud pública. Los principales resultados del estudio muestran que la definición intercultural no se ve ni se trata de la misma manera que la definición de salud menos holística y aceptada internacionalmente. Debido a esto, la atención culturalmente inclusiva, como el parto aymara, son más difíciles de acceder. Los resultados demuestran que si bien el marco legal bien intencionado proporcionó esperanza para esta atención intercultural, el gobierno no brinda el apoyo necesario en la implementación y estructura de responsabilidad de esta atención. Por lo tanto, las entrevistas revelan que la presentación de atención intercultural se está convirtiendo en una carga y responsabilidad de los médicos, las embarazadas, los activistas y los grupos indígenas. Este sistema crea una dinámica en la que los médicos usan su discreción personal en lugar de tener un forma y comprensión de la atención institucionalizada. Además, estos resultados resultan significativos ya que la salud es un derecho en Chile. Sin embargo, esta atención intercultural inconsistente no respeta la definición reconocida de salud intercultural que se promete como un derecho. Por lo tanto, la falta de implementación y responsabilidad gubernamentales a menudo conduce a una violación de los derechos de salud y, a veces, incluso a daños.

*Palabras claves: interculturalidad, modelo y gestión de salud, política de salud, parto aymara*

## Reconocimientos

Esta oportunidad ha sido muy especial y formativa para mi carrera, y no habría sido posible sin el apoyo y el cariño de todos los que conocí en el camino. Por lo cual quisiera dar las gracias:

En primera instancia, a todos las personas que aceptaron ser parte de esta investigación, muchas gracias por compartir sus conocimientos y experiencias conmigo. Los profesionales del equipo Chile Crece Contigo, parte del equipo de Madre Nativa, los Servicios de Salud en Arica y PESPI profundizaron mi entendimiento y conexión a este tema mucho y por eso, gracias.

Mi consejera Paula Bustamante, muchas gracias por su paciencia, tiempo, y cuidado durante este proyecto. Su apoyo constante fue clave para mi investigación.

También, quiero dar las gracias a mi familia anfitriona en Arica. La familia Bongiorno-Barrios, ustedes han hecho mi experiencia en Arica una que atesoraré para siempre. Me siento como en casa debido a su amor. Gracias por profundizar mi conexión con esta maravillosa ciudad. Y a mi familia Singleton, gracias por creer en mí y todo lo que hacen posible experiencias como estas.

Por fin, el equipo de School of International Training en Chile: Lorena Sánchez, Carla Quioza, Norma Contreras y mi clase, muchas gracias por su paciencia y apoyo desde mi primer día en Chile. Ha habido días cuando me sentí descorazonada y otros cuando me llena de alegría, y para compartir con ustedes es una cosa muy especial. Muchas gracias a Daniel Poblete, quien escuchó a todo, mostró su apoyo en todos maneras posible, y siempre con una sonrisa.

# Índice

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Problema de investigación, objetivos y justificación</b>	<b>6</b>
Problema de investigación	6
Preguntas secundarias	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	7
Justificación	7
<b>Marco teórico</b>	<b>8</b>
<b>Metodología</b>	<b>9</b>
<b>Presentación de Resultados</b>	<b>13</b>
Desarrollo de la etnografía	13
Definición de salud	13
Partos	15
Rol del gobierno en la implementación de inclusión cultural	18
Rol de los individuos en la implementación de inclusión cultural	21
Rol de los grupos indígenas en la implementación de inclusión cultural	23
Dinámica entre entidades: comunicación y relaciones	25
Desarrollo de los análisis	27
La definición de salud	27
Cómo FONASA apoya inclusión cultural con respecto a partos	28
Los roles de varias entidades en la integración o impedimento de inclusión cultural	29
<b>Conclusiones</b>	<b>30</b>
<b>Bibliografía y fuentes consultadas</b>	<b>33</b>
<b>Anexos</b>	<b>35</b>

## Introducción

Esta investigación examina la inclusión cultural en el sistema público de salud en Chile (FONASA), usando el parto aymara en Arica como un estudio de caso. Específicamente, la primera línea de investigación se enfoca en la necesidad de avanzar en la pertenencia cultural en materia de salud, y como segunda línea investigativa en abarcar los factores que influyeron en la inclusión cultural dentro del sistema público de salud. Entonces, con el entendimiento que cada cultura mantiene conceptos distintos de salud, es necesario reconocer que hay una población diversa en Chile entre los inmigrantes y grupos indígenas. Por lo que requiere un modelo de salud intercultural. En la región de Arica, específicamente, 35,7% de la población es de etnia aymara, que mantiene un sistema de salud complejo e independiente (Programa de Salud y Pueblos Indígenas, 2023). Debido a esta necesidad a comienzos de la década del 2000, surgen programas con dimensión en salud, dirigidos a desarrollar modelos interculturales de atención de gestión en salud, mejorar la calidad, la sensibilidad y la pertenencia cultural de servicios de salud en territorio indígena, fortaleciendo así la medicina indígena y mejorar el acceso de la red de servicios interculturales. Un ejemplo principal para examinar estas prácticas tradicionales y formas de integración al sistema público de salud puede verse en el parto aymara.

Entonces, el objetivo del estudio es entender qué factores llevaron al sistema público de salud a priorizar la inclusión cultural de la población aymara, con un ejemplo de parto aymara. Para realizar esto, la investigación usa un diseño de estudio cualitativa y exploratorio con 5 entrevistas semiestructuradas y 5 observaciones. Además, este estudio considera las investigaciones pasadas de estos temas, a saber, dos de los investigadores más dominantes en el tema de interculturalidad en Chile: Mario Poblete y Eduardo Goldstein, quienes investigan la relación entre políticas, salud y cultura con un foco en grupos indígenas. También esta investigación está basada en el entendimiento de la interculturalidad como, “la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo” (UNESCO, 2015).

Con estos antecedentes y plan de investigación, los principales resultados encuentran que en Chile la definición de salud intercultural no recibe el mismo reconocimiento o respeto que la definición internacional. Esta diferencia en respeto impacta la implementación de esta atención, lo que lleva a que la atención intercultural, como se ve con parto aymara, sea más inaccesible. La

necesidad y deseo de la inclusión cultural en la atención médica, por lo tanto, se convierte en una carga sentida por los médicos, embarazadas, grupos indígenas y activistas, en lugar de un acto institucional para mejorar el sistema público de salud. Finalmente, las conclusiones de esta investigación encuentran que si bien el marco legal bien intencionado reconoce y se compromete a la salud intercultural, la falta de apoyo gubernamental y el seguimiento conduce a una atención inconsistente que a menudo viola los derechos de salud e incluso comete formas de daño. Además la priorización de la inclusión cultural puede atribuirse a los médicos y madres bien informados, a los activistas persistentes y a los grupos indígenas resilientes.

## **Problema de investigación, objetivos y justificación**

### **Problema de investigación**

Los procesos de inclusión cultural dentro del sistema de salud pública, considerando el ejemplo de las prácticas de parto aymara.

### **Preguntas secundarias**

- ¿Qué definiciones de salud son un derecho en Chile, y por qué?
- ¿Cómo Utasanjam Usuña, Chile Crece Contigo, y UTAMA contribuyen con la inclusión de la población aymara en el sistema de salud pública chileno?
- ¿Cómo y qué iniciaron estos programas?
- ¿Cómo la inclusión de estos programas cambia la calidad de atención en el sistema público de salud?
- ¿Cómo estos esfuerzos aseguran la representación de la población aymara?

### **Objetivo general**

El objetivo del estudio es comprender qué llevó al sistema público de salud priorizar la inclusión cultural de la población Aymara desde 1996, específicamente con los partos, y si los esfuerzos funcionan.



## **Objetivos específicos**

- Identificar las leyes y definiciones de la salud como un derecho en relación de los partos.
- Describir la forma que el sistema público de salud apoya los procesos de partos.
- Identificar las entidades (políticas, médicos, activistas, etc.) que dan forma al derecho de parto intercultural y su impacto.

## **Justificación**

La población del norte de Chile es única por muchas razones, en parte debido a las fronteras cercanas de Bolivia y Perú, la leyes de inmigración y los impactos coloniales duraderos en Chile; sin embargo, también es extremadamente diversa debido a la prevalencia de las comunidades indígenas en el país. En el norte de Chile, la población aymara es el grupo indígena más prevalente, representando el 35,7% de la población en la región de Arica/Parinacota (Programa de Salud y Pueblos Indígenas, 2023). Esta población presenta un conjunto diverso de necesidades de atención médica, tanto por los diferentes determinantes sociales debido a la subordinación cultural, como por las diferentes definiciones de salud (Cultural Survival, 2020).

En las últimas dos décadas, Chile intentó ampliar la cobertura de salud. Sin embargo, este esfuerzo requirió no solo ofrecer cobertura a quienes no la tenían actualmente, sino también atender las definiciones distintas de estas poblaciones. Por lo tanto, el sistema público de salud necesita encontrar maneras de proporcionar formas de atención culturalmente relevantes.

El parto, en concreto, es una forma de atención extremadamente sensible a cualquier población, ya que es un momento vulnerable, que involucra más que solo la salud de la madre, sino los hijos y futuro de Chile. Con el parto aymara también vienen varias tradiciones que anteriormente han impedido a las mujeres buscar atención en los centro biomédicos (Servicio de Salud Arica y hospital regional reanudan programa de parto a la manera aymara, 2022). Sin embargo, después de estos intentos de ampliar la atención financiera y culturalmente, la mayoría de las mujeres indígenas del norte de Chile acuden al sistema público de salud para recibir asistencia durante el parto. Sin embargo, esto ha dejado a FONASA con el 80% de la población dependiendo de su cobertura, mientras que solo el 40% de los médicos trabajan para el sector público (Ministerio de Salud, 2017). Además, el sector público cubre un porcentaje mayor de mujeres que el sector privado (Ministerio de Salud, 2017). Por lo tanto, si el sistema público de

salud de Chile realmente quiere tener una cobertura efectiva de su población, entonces es necesario investigar el éxito de estos programas en este momento. Además, si quisieran continuar difundiendo esta cobertura para todas las formas de atención, sería beneficioso evaluar sus motivos y procesos con la implementación de los programas populares como sus programas de parto, como ejemplos de atención inclusiva.

Además, esta investigación puede servir no solo al sistema público de salud de Chile a través de la observación de qué prácticas son exitosas y cómo iniciar su difusión a través de otras prácticas de salud, sino también una comparación internacional. Esta inclusión de la demografía históricamente oprimida no es una práctica común en muchos hospitales de otros países, como los Estados Unidos, y por lo tanto, comprender el razonamiento y las operaciones detrás de un programa de este tipo puede ayudar a moldear sus trayectorias futuras.

## **Marco teórico**

Desde 1996, el gobierno chileno ha implementado lentamente cambios en el sistema de salud pública para proveer una mejor atención culturalmente a los grupos indígenas, como las poblaciones mapuche y aymara. Si bien estos grupos independientes mantienen sus propios sistemas de salud complejos con medicina natural y ancestral, curanderos tradicionales, y ceremonias rutinarias, su inclusión e incorporación en el sistema público de salud es un derecho humano (Mamani, 2012). La creación del Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) facilitó la “despolitización de la salud indígenas,” permitiendo para la formación de muchos programas de salud indígena e inclusión cultural (Poblete, 2019). Además, estos programas se han convertido en una expectativa legal como se ve en Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, que dice el objetivo es “buscar la forma de abordarlas en un marco de respeto de los conocimientos y prácticas de salud que ellos poseen” (Ministerio de Salud, 2006). El impacto de este panorama jurídico cambiante se puede observar por el estudio de caso del parto aymara en FONASA.

Las normas de partos difieren entre culturas. El sistema público de salud promueve una corriente principal de partos occidentales, como en un hospital con medicina, matrona, y con preferencia en posición decúbito supino. Sin embargo, muchas embarazadas aymara, quienes representan a un porcentaje considerable de la población en Arica, en donde se encuentra basado este estudio. Comprender cómo el sistema público de salud ha incorporado prácticas culturales, y

más específicamente incluyendo al parto aymara, es necesario indagar en tres programas: (1) Chile Crece Contigo, (2) Utasanjam usuña, y (3) UTAMA.

Chile Crece Contigo es un programa del Ministerio de Desarrollo Social para apoyar a los niños en su acceso a cualquier necesidad de desarrollo (Acerca de Chile Crece Contigo, 2023). Sin embargo, este programa está apoyando tanto a los niños nacidos como a los no nacidos. Por lo tanto, también hay superposición con el proceso de nacimiento del niño. Chile Crece Contigo apoya a la familia y al niño incentivando prácticas de parto que promueven la inclusión cultural y enfatizan la conexión entre el niño y la madre desde el inicio del parto.

El programa Utasanjam usuña permite a las mujeres dar a luz en una sala de parto intercultural que supone la imitación de un parto en casa. En este entorno la mujer tiene 24/7 compañía de una partera (matrona aymara), acceso a mantas reconfortantes, remedios y hierbas tradicionales, familia, y atención primaria (Servicio de Salud Arica y hospital regional reanudan programa de parto a la manera aymara, 2022). Además, la mujer tiene el poder de decidir en qué posición le gustaría dar a luz, así como si le gustaría dar a luz la placenta. A menudo se trataba de costumbres inaccesibles en la sala de partos, y a menudo prohibía a las mujeres indígenas dar a luz en el hospital de Arica.

El tercer programa de relevancia es UTAMA, que es un programa que alberga hasta 7 residentes a la vez (Comunicaciones Salud Arica, 2019). Estos residentes a menudo vienen de zonas rurales y están buscando atención en Arica. A menudo, las mujeres aymaras embarazadas utilizan estos servicios para poder estar cerca del hospital cuando están cerca de dar a luz y tienen tiempo para hacer la transición antes de regresar a sus ciudades. Estos programas proporcionan asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana y un hogar seguro (Comunicaciones Salud Arica, 2019). Estos hogares son una razón clave por la que muchas mujeres aymaras pueden dar a luz en Arica. Sin embargo, el sistema de salud todavía enfrenta serios problemas con inclusión cultural, partos aymara, y en la raíz del sistema, distribución de recursos (Ministerio de Salud, 2017).

## **Metodología**

### **Diseño del estudio**

Este estudio se realizó bajo investigación cualitativa y antropológica con un alcance exploratorio. El tema de la investigación es la inclusión cultural en el sistema público de salud en Chile (FONASA), tomando como ejemplo el parto aymara en la región de Arica/Parinacota. Esta investigación se realizó en el mes de Mayo de 2023, en la cual la investigadora desarrolló 5 entrevistas y 5 observaciones. Las entrevistas representan conversaciones con diferentes personas las cuales incluyeron a: matronas, trabajadora de PESPI, docente universitaria de cosmovisión aymara, profesionales del programa Chile Crece Contigo, madre aymara, una psicóloga y activista de Madre Nativa, y finalmente una funcionaria del Servicios de Salud de Arica en el sector de salud mental. Las observaciones fueron con Chile Crece Contigo, el Hospital Regional Juan Noé Crevani de Arica, la posta de salud rural de San Miguel en Azapa, El servicio de salud estudiantil de Universidad de Tarapacá, y la fundación de Madre Nativa. Las observaciones incluyeron talleres, visitas guiadas, y observaciones de las interacciones con pacientes y el día de una partera. Los consejeros de este proyecto, Paula Bustamante y Daniel Poblete Tapias, realizaron las gestiones para estas interacciones. Por fin, el análisis de investigación se organizó utilizando un cuaderno de campo con categorías del análisis.

### **Lugares del estudio**

La investigación tuvo su sede en Arica, Chile, incluyendo un caso de observación en Azapa para tener una idea más concreta sobre la conexión de regiones rurales y Arica.

#### ***Arica***

Arica es una ciudad en el norte de Chile en la costa y cerca de las fronteras de Perú. Por eso, la población de Arica tiene muchos inmigrantes de Perú y Bolivia. La población de Arica es de casi 230.000 personas. Por lo cual, Arica tiene una gran población de personas Aymara, y es una ciudad con un hospital único, por ende la más cercana para la mayoría de pueblos aymara. Debido a estas características sociodemográficas, Arica es una ciudad muy importante en esta investigación.

#### ***Azapa***

Azapa es un valle ubicado a las afueras de Arica. En este valle tiene mucha agricultura, inmigrantes y personas con etnia aymara.

## **Población**

Hay dos poblaciones para esta investigación: (1) embarazadas con etnia aymara y (2) funcionarios del sistema de salud en Arica.

## **Muestra**

Para esta investigación se requiere entrevistar a ambos, las usuarias que reciben la atención y los funcionarios que están a cargo de la gestión de los programas. Si bien el foco de interés es sobre los factores que impactan la inclusión cultural, sólo es posible entender esto, si se entiende cómo los usuarios reciben y perciben la atención en realidad en vez de las situaciones ideales en papel. Entonces, la muestra consiste de dos grupos en esta investigación: (1) gestantes con etnia aymara que usan los servicios del sistema público de salud y (2) funcionarios del sistema público de salud en Arica que tiene algún tipo de rol con administración. Esta muestra fue un resultado de las decisiones de la investigadora para comprender más acerca del proceso de la incorporación de inclusión cultural y la percepción de esta atención. Sino, también las posibilidades y restricciones de entrevistadas, en que los consejeros fueron de gran ayuda.

## **Instrumento de recolección de información**

La investigadora recopiló la información por entrevistas y observaciones. Para la entrevistas, la investigadora elaboró entre 7 y 10 preguntas abiertas para cada entrevistada. Estas preguntas cambiarán dependiendo de las entrevistadas, enfocándose sobre los mismos temas:

- (1) Como su definición de salud funciona en el sistema de salud en Arica
- (2) La representación de personas aymara en su trabajo o experiencias
- (3) La comunicación y relación entre el sistema de salud, los médicos, y los pacientes.

El aspecto clave de estas preguntas fue que no le guiaron a una respuesta determinada. Para tener la investigación más natural y efectiva, la investigadora necesitó dar el espacio a la entrevistada para decir que cree que es importante. Entonces estas entrevistas fueron semiestructuradas, que a menudo conducían a preguntas naturales y conversaciones entre preguntas preescritas.

### **Técnica de recolección de información**

Las entrevistas estaban en cualquier lugar fue más fácil para las entrevistadas. A veces las entrevistas estaban en sus casas y sus oficinas, pero otras veces las entrevistas eran en línea por llamada en Whatsapp. También la investigadora usó una aplicación para grabar la voz de las entrevistas para analizar más tarde. Durante estas entrevistas también algunas veces las entrevistadas refirieron a libros o modelos y la investigadora sacó fotos de estas cosas. Por fin, cuando la entrevista terminó si estaba apropiada en el momento, la investigadora preguntó sobre más oportunidades para aprender sobre este tema en Arica, como talleres o otras entrevistas. Por eso, la educación de este tema siempre continua a pesar del estado del proyecto.

### **Aspectos éticos**

Históricamente, había mucha discriminación, violencia, y borrado de las comunidades indígenas. Entonces, fuera del estándar normal de la investigación ética, porque esta investigación se enfoca en las personas aymara, adicionalmente hay factores a considerar. En general hay menos confianza en una extranjera blanca debido a las fechorías de investigadores en el pasado y también actualmente. Para crear un ambiente cómodo para las entrevistadas, todas las entrevistas se iniciaron con consentimiento informado utilizando una forma escrita o consentimiento verbal con una grabación de voz. Si se recibió este consentimiento entusiasta, la investigación utiliza la información bajo nombres alternativos. También esta investigación se enfoca en un tema relevante actualmente. Por fin, esta investigación fue revisada y aprobada por el Institutional Review Board del School for International Training en Arica, Chile antes del inicio del proyecto.

### **Diseño de análisis**

Para analizar esta información efectivamente, la investigadora mantuvo notas muy organizadas y específicas sobre todas las interacciones, entrevistas, y lecturas. La primera forma de notas fue de las lecturas para tener un idea concreta de la literatura pasada sobre este tema antes de la investigación de la investigadora. Esta literatura sirvió como base de investigación durante las entrevistas y observaciones, mientras se encuentran acuerdos y realidades que se alejan de las intenciones del programa. También todas las entrevistas fueron transcritas para

comparaciones directamente. Por eso las notas muy profundas de las observaciones, la investigadora pudo encontrar temas y categorías de análisis. Estas realizaciones continuaron dando forma al viaje de la investigación, por ejemplo, en las preguntas formuladas en reuniones y entrevistas. Por fin, la investigadora regresó a su investigación preliminar para organizar los descubrimientos revelados en el mes de investigación.

## Presentación de Resultados

### Desarrollo de la etnografía

#### Definición de salud

##### *Modelo de salud*

En cada entrevista, había una pregunta sobre su definición de salud. En la siguiente tabla se puede ver los aspectos de salud que fueron incluidos en estas definiciones. Todos las dimensiones de salud incluidos en la tabla son aspectos que las entrevistadas mencionaron (la pregunta fue completamente abierta). Las únicas dimensiones de salud que las entrevistadas fueron físicamente y psicológicamente.

Definición de salud	
Dimensión de salud	Número de personas que incluye en su definición (n=5)
Físicamente	5
Psicológicamente/Mentalmente/Emocionalmente	5
Espiritualmente	1
Socialmente	3
Culturalmente	1

Medioambientalmente	1
---------------------	---

Con esta variedad de respuestas en la definición y modelo de salud en Arica, una matrona de Chile Crece Contigo habló sobre los cambios en la definición de salud en Chile.

“Lo que pasa es que la salud que hay tanto en Arica como en Chile todavía le ha costado despegarse de la metodología médica... Pero hace unos años atrás se ha tenido que incorporar este cambio de que sea salud psicosocial y biopsicosocial y que este tipo de atención de salud es más integral, pero queda un poquito en el papel, cierto en lo que se ha querido hacer como cambio, pero los profesionales aún no incorporan bien este nuevo significado de salud.” (Matrona de Chile Crece Contigo)

Mientras que la matrona de Chile Crece Contigo se refirió a la inclusión cultural en las definiciones de salud, el comentario de la trabajadora del Servicio de Salud en Arica muestra un ejemplo pasado de la definición de salud efectivamente cambiante. La trabajadora habló sobre la definición internacional y el impacto en Chile.

“Ya la Organización Mundial de la Salud o es OMS, ya plantea que planteaba un eslogan que decía que no hay salud sin salud mental, porque yo podría estar físicamente muy bien, tener mi hígado bien, mi estómago bien y mi cabeza bien, pero si yo estoy triste, la vida no es igual y no la disfruto de la misma manera y no tengo ánimo para hacer las cosas que debo hacer. Entonces la salud mental se ha ido uniendo a la salud general.” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

“Por lo tanto, el estigma de salud mental cada vez es menos porque va disminuyendo en la medida que se va hablando más de salud mental y que las personas aceptan que la salud mental es parte de la salud general.” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

*Salud como un derecho*



Salud es un derecho humano en Chile, y en estas citas puede haber dos respuestas sobre la experiencias de salud en Arica. La primera cita es de una médica y administrativa de salud, y esta cita muestra su intenciones de proveer salud y crear programas para ayudar los pacientes. Y, la segunda cita revela la experiencia de salud de una embarazada, quien es también un inmigrante y busca recursos aymara.

“No se hace diferencia entre una paciente occidental y una paciente aymara o cualquier otra extranjera. Ya no, no hay diferencia con eso” (Matrona de Chile Crece Contigo)

“Por lo menos ella fue muy amable, muy respetuosa, pero la primera, no, la primera intentó convencerme que no viniera a Chile y que, o sea, que dé a luz qué pero en mi país... **Molesta también, porque se supone que la salud es un derecho cierto, al cual todos deberíamos acceder dependiendo de dónde eres tú condición económica. Y no estaba siendo así...** Incluso esta funcionaria asistente social no estaba informada de todas las leyes, porque se supone que uno cuando está embarazada tiene que acceder inmediatamente a ese servicio de salud.” (Activista de Madre Nativa, aymara)

## Partos

### *Occidental*

Esta madre aymara dio a luz en el hospital de Arica hace dos meses en una manera occidental y también ella es de un pueblo rural cerca de la localidad de Putre, que tiene una población aymara muy grande. Su guagua tiene una complicación y sabía esto antes de dar a luz y fue un factor en su decisión para optar a un parto occidental, especialmente después que el matrón del pueblo le comunicara las otras opciones para partos de alto riesgo.

“Decidí algo más seguro para mi yo como persona. Sentirme segura para hacer, para experimentar un parto por primera vez en el hospital de manera natural, o sea de manera normal el parto.” (Madre aymara con un guagua de 2 meses)

“Son dos [matronas]. Hay una que está ayudando, que te está yendo con las manos en la fuerza y otra partera, que otra matrona que está abajo con un aguayo sosteniendo que le

salga si uno lo quiere hacer de cuclillas, media, sentada, con las piernas abiertas o el otro está medio acostada en la cama con dos parteras que son matronas. Aunque una enfermera a otra es matrona, pero así llaman las parteras o una persona que sepa de la cultura y que sepa bastante de eso, ya está acompañando. Así me describieron a mí porque como estaba en un trabajo en el pueblo, había una apoderada que me decía eso y lo hacían así. Y después con los cuidados, con la yerba tradicional, las agüitas de hierba, tomársela para el cuidado de la recuperación, todo ese tema.” (Madre aymara con un guagua de 2 meses)

“Fue un buen trato con los profesionales. Sino que como había muchas mujeres, otras mamás que estaban dando estaban ya listas para dar a luz. Estaban todo apurados, muy apurados, que había un momento de que se puso a llorar. El hecho de gritar, el hecho de llorar mucho o el vomitar. Entonces, a veces los profesionales que le atendían le decían que no fuera exagerada, le decían cosas y decían cálmate. Entonces decía que el trato no era tan bueno, dependiendo como uno reaccionara pues las contracciones es igual. Me preocupo porque al final de cuentas todos somos personas. Y eso es porque era como que el día a día entre más personas que atienden era como así también el estrés de ellos, estar así apurado. Todo eso me di cuenta.” (Madre aymara con un guagua de 2 meses)

### *Aymara*

Hay programas que facilitan los partos aymara en el hospital de Arica, como Utasanjam usuña, que creó la sala de partos intercultural. Las próximas citas muestran las acomodaciones del hospital a las normas de la cultura aymara en la sala de partos interculturales.

“El programa [Utasanjam usuña] también ofrece una sala de partos aymara en el hospital donde ellas pueden tener a su bebé bajo las normativas de su cultura, es decir, poder elegir la posición en cuál parir y estar acompañadas de usuyiris, ya que vendría siendo como la la matrona, siendo en el ámbito hospitalario.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“El nombre [Utasanjam usuña] es como parir en nuestra casa el significado que tiene y justamente era hacer algo similar a como si estuvieran en su casa rural. El poder tener

acceso a alimentos que para ellas son importantes antes del parto y después del parto. Poder tener este acompañamiento desde que bajaban con usuyiris acá y básicamente ese acompañamiento hasta que después vuelven a subir con su bebé a su lugar. Y lo otro que también se incorporó hace poquito, era la entrega de la placenta, que antes no se podía. No, en el hospital no era, no estaba bajo las normas de calidad del hospital, de poder entregar la placenta si lo consideraban como riesgoso y hoy día si se puede entregar.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“[La sala de partos intercultural] es chiquitita, tiene una cama y tiene un mueble y ahí en ese mueble hay hervidor para que la partera caliente hierva, hay infusiones, hay material para eso, para los masajes hay un valor, hay una estufa y eso es ya cuando ingresa una mujer al trabajo de parto y ella dice yo vengo a tener a mi bebé en la sala y mira las matronas activas, lo que es bonito. Sacamos una, llaman a la partera, le informan que su pareja está ingresando a parto, la partera viene y la partera acompaña junto a la acompañante de la paciente y la matrona es quien igual es quien atiende el parto, es también quien controla la partera, eso lo acompaña ya, pero si bien es cierto, es más natural, porque esta mujer ha tenido una preparación porque su posición para parir es distinta” (Matrona de Chile Crece Contigo)

Sin embargo, estas citas sólo representan la intención del programa entonces es importante escuchar las opiniones de personas aymara para ver la calidad e implementación del programa.

“Una atención muy personalizada, muy respetuosa” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

“No tomé esa opción y yo considero que es buena por el tema de que es natural y también es parte de como culturalmente preservar también las costumbres tradicionales, de cómo las mujeres antes tenían a sus bebés, que tampoco hay ninguna intervención de anestesia tampoco” (Madre aymara con un guagua de 2 meses)

“He escuchado relatos de que el parto teniéndolo por. Y a la aymara tener mucha fuerza, mucha fuerza, porque él empuja el tema del bebé, el tema del vínculo que se crea en ese momento es hermoso.” (Madre aymara con un guagua de 2 meses)

## Rol del gobierno en la implementación de inclusión cultural

### *Oficina presidencial*

Hay una relación compleja entre las entidades del gobierno en relación a salud. Pero, todo empieza con la oficina presidencial, que tiene mucha poder en la proyección de focos de salud.

“Claro tiene que ver con los gobiernos, tiene que ver con si al gobierno electo le interesa trabajar el tema intercultural. Claramente va a poner gente en el ministerio para que haga más normativas y para que en el fondo esto baje a nivel de atención” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“Base que por ejemplo, depende de las priorización que se den a nivel de política pública, de gobierno ya actualmente, por ejemplo, entre las prioridades que están de salud, ya la primera prioridad es la lista de espera, es decir, que las personas no tengan que esperar mucho tiempo para su atención. En salud ya la segunda prioridad es la salud mental. En este gobierno nunca había sido prioridad, pero de las tres prioridades que hay, salud mental es la segunda prioridad. Y la tercera prioridad tiene que ver con el régimen de salud universal... Entonces depende mucho de las prioridades políticas del gobierno donde se pongan los recursos.” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

Históricamente, también, Chile ha visto que la proyección de focos de salud depende en gran medida del gobierno y los líderes del momento. Primero, puede ver un cambio en la aceptación de salud mental, y después un cambio en la perspectiva de inclusión cultural de personas indígenas.

“Salud mental en Arica ya y en el modelo más comunitario hace 25 años aproximadamente ya, porque desde el año más hasta el año 90, con la vuelta a la democracia en Chile, ya se empiezan a inyectar recursos en salud mental ya, y cambiando el paradigma desde un hospital psiquiátrico, a instalar la salud mental en los en centros comunitarios de salud mental.” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

“En el tema intercultural también es un tema que es importante y ha sido priorizada aproximadamente. Yo diría que como desde el año 2005, de ahí en adelante ha tenido mucha más priorización. Ya lo del parto aymara partió alrededor del 2007 y 2008, ya se trabajaba en el tema de parto aymara en Arica.” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

### *Ministerio de Salud*

El Ministerio de Salud ha impactado el curso de la inclusión cultural en el sector de salud pública porque tiene el poder de difundir programas de salud y despojar su relevancia actual.

“Ya en el Ministerio de Salud había mandado hacer una guía de para todas las personas sin pertinencia y acá en Arica fue el programa es el pueblo indígena, fue el primero en el fondo en replicar esa guía, pero con pertinencia cultural, y después fueron haciéndolas los otros servicios a nivel del país, con los distintos pueblos como los mapuches, los rapanui.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“Creo que en algún momento el Ministerio sí tenía [partos aymara] como una línea programática, una línea de trabajo importante, pero ya hace dos años dejó de ser importante y no quedó como sostenida en reglamentos más profundos.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

Además, es evidente que la esperanza y el temor de los médicos y trabajadores de la salud actuales radica en las acciones del Ministerio de Salud.

“[Inclusión cultural va] a mejorar y una de las cosas porque ... el Ministerio de Salud está trabajando con nuevas leyes ... la Ley NNA y la Ley Dominga, que nos vienen a nosotros a apoyar a todos estos profesionales que tenemos este cambio que ya lo incorporamos. El biopsicosocial nos viene a apoyar aunque podamos ya trabajar con las leyes. Empoderarnos con con poder empoderar a la población, con poder empoderar a la mujer por dar atención de calidad tanto a la mujer como a su familia que viene acompañar” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

“Parte del Ministerio de Salud [debería tener la responsabilidad para educar la población de estas opciones de parto aymara]. Que sea, como te digo, una obligatoriedad dentro de las normas clínicas que tenemos como matronas, que no sea una voluntad, sino que sea una norma pareja, como son las otras normas de planificación familiar, como para que las matronas no como para que no esté bajo el criterio de la persona, sino que sea algo ordenado. Pero también creo que es voluntad política.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

### *Chile Crece Contigo*

Chile Crece Contigo es el programa que tiene presencia en todos los centros de salud de Arica. Las iniciativas de este programa, en lo que respecta a las prácticas de parto, quieren no solo tener un enfoque temporal en el parto aymara, sino integrarlo a su modelo de salud.

“Importante que nosotros hacemos es la prevención a través de la educación... de las mujeres gestantes que van a venir al hospital a tener a su bebé y cuando están hospitalizadas lo que hacemos educación es de lactancia, de métodos anticonceptivos, de ambientes saludables para los niños” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

“Lo que nosotros hemos hecho no es que nosotros hemos cambiado nuestra atención hacia las mujeres aymara, al contrario, nosotros hemos tomado la experiencia de las mujeres aymara, de la cultura aymara y la hemos venido incorporando a nuestra cultura. Por ejemplo, que todas tomen hierbas calientes, que todas abriguen, que todas tengan

masaje, que todas tengan un acompañante tipo partera, que les pueda hacer masaje y ir a acompañar en el trabajo de parto” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

Sin embargo, la atención y las acciones en realidad no siempre coinciden con las intenciones de estos programas.

“Y sólo hay un pedacito en todo este libro [de Chile Crece Contigo] que habla del parto [aymara]. Y ese es el material que te dan a todas las embarazadas en el sistema público.” (Activista de Madre Nativa, aymara)

*\*Para contexto, este pedacito es menos de un cuarto de página de un libro de casi 100 páginas.*

### Rol de los individuos en la implementación de inclusión cultural

#### *Madres*

A menudo, las mujeres necesitan aprender sobre la opción de parto aymara fuera de los centros médicos y también preservar esta información de su familia y cultura. Por eso, ella puede introducir cambios en las normas.

“Nosotros también hemos sido criados, hemos escuchado de nuestros abuelos, de nuestras abuelas, hemos visto en películas, nos lo han enseñado. Entonces ha relegado este conocimiento tan valioso, haciéndolo tan fuerte que nos hacen dudar de poder escoger un parto aymara, por ejemplo.” (Activista de Madre Nativa, aymara)

“Nunca se ha trabajado así, codo a codo con el servicio de salud y Atención Primaria para que esto funcione de buena forma. Eso falta. Falta activarlo. Falta compromiso. Falta conocer a la población. Falta conocer a la partera. Falta conocer cómo se parte de verdad en el hospital de forma aymara. Porque me imagino que ninguna de estas personas que ha ingresado sea ninguna de las personas a las que he sido referente. En realidad son personas que se manejan en la temática.” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

## *Médicos*

Los médicos, y en relación a partos, matronas específicamente, tiene el poder para difundir estos programas del parto aymara, pero es una carga de cada matrona individualmente en vez de una responsabilidad sistemática.

“Nosotros como profesionales, tuviéramos la obligación, no solamente el querer, no la obligación de que todas esas mujeres que deciden tener su parto de manera tradicional lo puedan hacer. Y hoy día termina siendo casi un acto de voluntad de la matrona que atiende a la paciente si no es una norma, a pesar de que está bajo el Ministerio de Salud. Algo le falta, fuerza institucional.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“Este programa y los cambios vienen desde las matronas o de los trabajadores, por decirlo así, porque somos nosotros los que nos empoderamos y que hacemos que estas leyes se cumplan. Y porque existe un equipo humano de buena calidad. Pero no tenemos ni tiempo seleccionado para trabajar en esto, ni tenemos dinero para poder mejorar una infraestructura, por ejemplo, o lo que necesita. ¿Es como mérito profesional o de las personas?” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

Sin embargo, los médicos también pueden impedir el proceso de implementación de partos aymara y otras formas de inclusión cultural porque hay espacio en atención para discreción personal, responsabilidad educativa y motivación individual.

“Ya los médicos en general no estaban muy de acuerdo porque les asustaba. Yo creo un poco esto de trabajar con algo que no conocen y les daba yo. Esta es mi opinión y yo creo que les daba un poco de susto que algo malo pasara porque era algo no conocido para ellos.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“Me dijo que porque yo había tenido antes ese embarazo, había tenido una pérdida ya. Entonces me dijo no [puede tener un parto aymara], porque tú ya has tenido una pérdida y quizás no vas a poder este no sé, parir así. Entonces me asustó, me generó miedo.” (Activista de Madre Nativa, aymara)



“No, [parto aymara] no está incluido [en la educación de matronas]. Por ejemplo, en la malla curricular de la universidad. No hay una malla de interculturalidad, no existe. Lo que sí existe es que han cambiado la modalidad de atención y la educación de ello. La formación ahora está en. En esta visión que decía Biopsicosocial y además, por decirlo así, humanizada.” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

### *Activistas*

Las activistas sirven un rol importante en la implementación de inclusión cultural porque pueden amplificar las voces de embarazadas que quieren cambios y empoderamiento.

“Hoy el grupo feminista en Arica hay ONG que están empoderando a las mujeres porque lo están pidiendo que ella luchen por lo que quieren, por los cambios, entonces nosotros ya estamos en conocimiento de eso. Las legislaturas también. Entonces tiene que tener que ocurrir el cambio” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

“Viene a nosotras, siempre han venido ya con haber sufrido algún maltrato, violencia, negligencia y malos diagnósticos. Entonces nosotros percibimos el problema e intentamos de aceptarlo, de escucharlas, de conectar con ellas, de establecer una relación terapéutica igual de aceptación, cierto, aceptar el relato de cada una de ellas dependiendo cierto de lo que digan” (Activista de Madre Nativa, aymara)

“Para que se vea, o sea, como que la población lo vea, visibilizar y que escuche y diga oye, si esto existe, esto pasa y esto es real, cierto? Entonces esto es como un punto intentar de hacer este activismo social para poder visibilizar el problema.” (Activista de Madre Nativa, aymara)

### Rol de los grupos indígenas en la implementación de inclusión cultural

#### *Aymara*

Los grupos indígenas están en la raíz de toda su inclusión cultural en el sistema pública de salud. Es por sus fuertes voces, transmisión de conocimientos y participación el sistema de salud que estas prácticas pueden ser incorporadas.

“Fueron muchas reuniones con población indígena en sectores rurales y de Arica. Se invitaba a las organizaciones a participar a especies de conversatorios donde ellos nos explicaban cuáles eran sus necesidades de salud, qué es lo que más les afectaba, cuándo recibían una atención de salud sin pertinencia.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“No como. O sea, pueden haber representantes dentro de la misma, agrupaciones de recursos humanos, pero no, tampoco se visualiza como algo específico por ser indígena, sino que puede ser un representante de las enfermeras o un representante de los médicos, pero no hay un como que se visualice solo o exclusivo de la de por ser indígena.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“Tenemos un yatiri ya donó el mero Altina, que trabaja en los centros de salud mental. Entonces él lleva varios años trabajando con nosotros y atiende a aquellas personas que requieren atención intercultural, o sea de la medicina aymara, y él trabaja con su hoja de coca, trabaja con su con sus propias formas de medicina tradicional y se integra con el equipo del Centro de Salud Mental. Entonces, la idea es que aquellas personas que requieren una medicina basada en el modelo intercultural la tengan.” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

### *Esfuerzos conjuntos*

Mientras que en Arica la población indígena más grande es el grupo Aymara, hay otros grupos indígenas en Chile. Y, juntos, estos grupos trabajan para tener un impacto aún más profundo en Chile.

“Sí, y hubo mucho en ese momento, hubo mucho trabajo entre ellos mismos como indígenas, y eso también le dio fuerza a las distintas regiones del país para poder hacer trabajos en los distintos programas.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

## Dinámica entre entidades: comunicación y relaciones

### *Entre sistema y médicos*

El sistema médico empieza con la educación de los médicos próximos y es la primera forma de comunicación entre el sistema y los médicos. Entonces, los temas en el plan de estudios tienen un impacto grande en la proyección de salud, y la existencia o falta de inclusión cultural.

“De matrona y acá en la universidad no te enseñan ni a interculturalidad.” (Trabajadora de PESPI y matrona)

Cuando los médicos están atendiendo a los pacientes, la comunicación entre el sistema de salud y los médicos continúa, con poca instrucción o recursos pero gran demanda.

“Entonces nosotros como trabajamos en el hospital a través de jerarquías, el director del hospital recibe esta indicación del Ministerio de Salud o del Servicio de Salud. Llama al jefe de las matronas que es gestor de matronas día y les indican que estas leyes tienen que empezar a funcionar, pero no vienen con presupuesto, solo es con indicación de que debe funcionar.” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

“Nosotros [matronas/médicos] nos encargamos de que los indicadores que nos dice el Ministerio se cumplan” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

### *Entre médicos*

En el sistema de salud, los médicos necesitan tener coordinación y comunicación. Y con inclusión cultural, muchas veces hay una dinámica del poder entre estas relaciones. Estas citas muestran una situación con respeto igual en el sistema de salud mental con los yatiris y médicos occidentales, y una dinámica con desigualdad.

“Hay además las necesidades de la población, porque si nosotros queremos que las personas accedan al sistema de salud, tenemos que considerar sus propias necesidades y las diferencias que ellos ven. O sea, yo no les puedo imponer un modelo de salud que es

occidental y que va y que no van a entender. Entonces, el hecho de que ellos hayan luchado por tener de alguna manera un sistema de salud que los represente, ya ha hecho que el servicio de salud también considere la presencia de los médicos aymaras, que se los capacite, que también participen en las rondas junto con los médicos occidentales” (Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental)

“Estar acompañadas de usuyiris, ya que vendría siendo como la la matrona, siendo en el ámbito hospitalario. Y también si hay una matrona a cargo por si ocurriera alguna situación de emergencia” (Trabajadora de PESPI y matrona)

“El ambiente laboral igual era muy tóxico... el doctor decía algo, eso era ley. Entonces ya como que había una situación muy jerárquica, no donde el doctor mandaba y las demás solo aceptaban. Entonces por ese tipo de razones [la matrona] se sale y solo trabaja ahora en el sistema privado” (Activista de Madre Nativa, aymara)

### *Entre médicos y pacientes*

Los médicos a menudo son las personas que necesitan educar a la población sobre sus opciones medicinales, pero hay un problema con la difusión de programas de inclusión cultural, como puede ver con partos aymara. Por eso, hay una gran barrera de implementación de inclusión cultural.

“En ese sentido, que es el, por ejemplo, el parto aymara que se llama Utusanjam Usaña. Me parece que cuando la población está bien informada de qué es lo que el hospital le entrega, ellos también pueden optar. Y decidir como ellos quieren, con qué modalidad quieren ingresar a su hospital. Y a lo mejor tendríamos muchos partos aymaras. Pero pasa que las usuarias no tienen conocimientos para saber que no hay mucha promoción del parto aymara en Arica... Por lo tanto, nosotros de la cantidad que tenemos de aymara, porque somos la región que tenemos más población aymara, nosotros tenemos muy pocos partos aymara, tenemos aproximadamente 11 o 14 partos aymara en el año y es netamente por el desconocimiento.” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)

“Por la visión muy científica de que esto no tiene validez, de que estos son, simplemente, no sé, pensamientos o creencias... Este conocimiento [de partos aymara] se aísla, no sea poco accesible, ya las nuevas generaciones no lo conozcan, no sepan que esto existe y cómo hacerlo, qué hacer o qué no hacer.” (Activista de Madre Nativa, aymara)

## **Desarrollo de los análisis**

### La definición de salud

El sistema público de salud chileno funciona bajo dos definiciones distintas. La definición ampliamente aceptada, que es de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2023). Como un miembro de la OMS, Chile aceptó y cumple con esta definición. Sin embargo, el Ministerio de Salud chileno en 2006 también reconoció la diversidad de la población, y consecuentemente las diferencias sistemáticas de salud de estas culturas, incluyendo la definición misma de salud: “La salud, en la visión de los pueblos originarios, no es solamente un buen estado físico de las personas sino que también armonía con el entorno visible e invisible, constituyendo la salud y el bienestar un equilibrio dinámico que incluye interacciones con los procesos de la vida y la ley natural que gobierna el planeta, todos los seres vivientes y la comprensión espiritual” (Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, 2006).

Los resultados de esta investigación son contradictorios con este sistema de doble definición de salud en Chile. La mayoría de participantes de esta investigación definieron salud de manera parecida a la definición de la OMS, en vez de la definición intercultural. Sin embargo, la percepción de salud no es la única manera en que estos resultados difieren de la información previamente admitida. Salud es un derecho humano en Chile, aún los resultados demuestran un sentimiento de mujeres aymara que su definición de salud no se mantiene, especialmente en la consideración del respeto a los partos aymara. Esta definición de salud es legalmente requerido para ser “respetado, reconocido y protegido” (Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, 2006). La incorporación completa de esta definición es crítico en la integración de inclusión cultural, como las definiciones distintas llevan a varias necesidades y formas de atención.

## Cómo FONASA apoya inclusión cultural con respecto a partos

Los partos son un ejemplo principal de inclusión cultural en el sistema público de salud, y en otras palabras, una manera de evaluar el respeto o falta de respeto por la definición intercultural de salud en Chile. Con el fondo de esta definición intercultural, la Ley N° 20.584 fue instituida en 2012, que declara que hay una obligación “asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural” (Poblete, 2019). Esta ley permite que la atención médica coincida con la doble definición de salud que se pretende compartir con el sistema de salud en Arica. En respecto a partos, el funcionamiento previamente entendido del hospital incluye el apoyo tanto de las prácticas de parto occidentales como de las prácticas de parto aymara. Con el parto aymara “las embarazadas indígenas tienen derecho a la guía de la gestación y el nacimiento,” y por eso, pueden continuar con tradiciones como remedios herbales, acompañamiento de la partera, parto de la placenta, etc. (Programa de Salud y Pueblos Indígenas, 2020). Después de hablar con matronas y madres aymara, los resultados de este estudio han mostrado que *si* se puede acceder parto aymara, estas adaptaciones son verdaderas y respetadas, como se describe en materiales anteriores. Sin embargo, este estudio revela varias diferencias en la verdadera garantía de esta atención.

Los resultados de este estudio demuestran un patrón de desafíos con la difusión del parto aymara y los programas asociados. Debido a una educación conscientemente más tradicional y biomédica, la información del parto aymara tuvo dificultades para llegar a las parteras que necesitan poder informar a los pacientes de este tipo de atención como una opción válida y segura. En consecuencia, la información a menudo no llega a los pacientes o lo hace, pero con una falta de confianza, a menos que el paciente esté emparejado con una matrona capacitada y valorada en salud intercultural. Por lo tanto, en una situación en la que la información es poder, estos pacientes realmente no tienen una opción, contrario a la comprensión previa de estos programas y la atención culturalmente inclusiva.

Adicionalmente, en información publicada anteriormente sobre el parto aymara, se presenta como una opción igualmente segura y respetada. Si bien esta seguridad sigue siendo válida en los resultados de esta investigación, está claro que a menudo no se retrata de esa manera entre los médicos a sus pacientes, y es una razón por la que algunas mujeres evitan la opción. Además, debido a esta duda de la opción no biomédica, los resultados de este estudio

también demuestran una falta al respeto en la intercultural por el parto aymara entre algunos médicos, lo cual se puede ver en la estructura del cuidado y la dinámica entre el partera y la matrona, así como en los materiales educativos para las embarazadas.

### Los roles de varias entidades en la integración o impedimento de inclusión cultural

Muchas entidades impactan la proyección de la interculturalidad de salud en Chile. Al enfocarse en el parto aymara, el estudio encontró que los grupos claves involucrados en esta integración son: grupos indígenas, madres, médicos, activistas, y el gobierno. La investigación previa y el marco legal esperaban estos mismos participantes, sin embargo, los resultados de este estudio encontraron diferentes niveles de compromiso y ejecución en comparación con las expectativas.

El marco legal que introdujo la interculturalidad a los servicios de salud reconoció que grupos indígenas, “han conservado a través del tiempo sus manifestaciones culturales propias en las que sus sistemas de salud, en particular, constituyen uno de sus aspectos más relevantes” (Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, 2006). Los resultados de este estudio encontraron, de acuerdo, que el grupo indígena aymara preservó efectivamente sus prácticas de salud, lo que se puede ver por la implementación del parto aymara en Utasanjam usuña.

Sin embargo, el gobierno también desempeña un gran rol en esta integración porque decide las prioridades del Ministerio de Salud. En este mismo marco legal de inclusión cultural declara que hay un obligación, “proponer y mantener programas de capacitación continua a sus directivos y funcionarios orientados a desarrollar y fortalecer la pertinencia cultural de las acciones de la Red” (Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, 2006). Mientras las leyes y directrices proporcionadas por el gobierno deben prestar a las acciones productivas, los resultados de este estudio revelan que sus acciones con frecuencia no proporcionan el apoyo necesario para lograr estos objetivos. Por ejemplo, con esta expectativa de formación continua, el gobierno todavía no asegura un aspecto intercultural de la educación de las matronas. Sin embargo, se espera que estas matronas ayuden a llevar a cabo esta misión de parto intercultural.

Mientras el gobierno chileno demanda cambios en la atención de salud, el hospital se queda con la expectativa de “adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que

tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental” (Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, 2006). Los resultados del estudio muestran que la realidad de la atención es inconsistentemente exitosa con este objetivo, que los resultados muestran que a menudo está relacionado con poca orientación o apoyo gubernamental. Adicionalmente, está claro que debido a estas condiciones, el acto de cambio a menudo se deja en manos del médico. Esta discreción personal parece representativa del marco suelto de interculturalidad que establece, “la modalidad de gestión del establecimiento será determinada en cada caso conforme a las modalidades culturales del territorio de competencia del establecimiento” (Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud, 2006). En el caso del parto aymara, las matronas se quedaron con esta carga de desarrollo e implementación sin recursos adecuados. Por lo tanto, los resultados muestran que otros individuos, como madres y activistas, necesitan luchar por su inclusión deseada.

## Conclusiones

### Descubrimientos

En respuesta a los objetivos previstos, esta investigación encontró que la salud intercultural se priorizó a través de un marco legal esperanzador y bien intencionado, arraigado en el surgimiento de varios grupos representativos indígenas, como el PESPI. Sin embargo, desde este punto de consideración y compromiso siguieron diversos niveles de incorporación e impedimento. Los resultados encontraron que la definición y modelo de salud intercultural carecían de igual respeto a la definición internacionalmente reconocida de salud, lo que se puede ver tanto a través de la percepción y atención a la salud. Además, esta falta de difusión de interculturalidad se puede ver con el parto aymara, ya que la presencia de esta atención depende de la discreción personal y la educación de los médicos o la embarazada. Los esfuerzos gubernamentales esencialmente han creado leyes o “sugerencias” sin sentido, ya que hay una profunda falta en el plan de implementación, el apoyo de los recursos necesarios o la estructura de responsabilidad. Con el ejemplo de partos, las matronas próximas del hospital intercultural no están garantizadas para recibir educación intercultural y, por lo tanto, no están preparadas para



servir adecuadamente a esta población. Por favor, reconsidera esta información de la matrona occidental de Chile Crece Contigo, quien es también de etnia aymara:

*“Este programa y los cambios vienen desde las matronas o de los trabajadores, por decirlo así, porque somos nosotros los que nos empoderamos y que hacemos que estas leyes se cumplan. Y porque existe un equipo humano de buena calidad. Pero no tenemos ni tiempo seleccionado para trabajar en esto, ni tenemos dinero para poder mejorar una infraestructura, por ejemplo, o lo que necesita. ¿Es como mérito profesional o de las personas?” (Matrona de Chile Crece Contigo, aymara)*

Por lo tanto, si se respeta o no su derecho a la salud intercultural depende del esfuerzo personal de la paciente o médico. Sin embargo, no hay que luchar por derechos que ya han sido reconocidos legalmente. En el caso de partos, a pesar de los marcos legales, esta forma de atención inclusiva culturalmente no se está desarrollando como un derecho, sino como una forma intrincadamente diseñada de violencia obstétrica. Esta violencia se considera, “toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio” (Lampert, 2021). Sin esta atención intercultural, las mujeres sufren porque en su definición de salud, la forma de parto impacta la relación con el hijo, su espiritualidad, manera de la recuperación, etc. Entonces, si bien en los últimos años se han producido grandes avances en esta esfera de la salud debido a los cambios en el marco legal, la falta de apoyo en la implementación y la estructura de responsabilidad inhibe su éxito. Sin la completa institucionalización y garantía de igualdad de oportunidades y acceso, el reconocimiento y compromiso bien intencionados con la salud intercultural pueden convertirse fácilmente en una violación de los derechos y una forma de abuso médico.

## **Recomendaciones**

En conclusión, los resultados sugieren estas tres recomendaciones necesarias para priorizar la inclusión cultural:

1. Aumento en la representación de personas indígenas en gobierno, y específicamente Ministerio de Salud
2. Requiere y asegura la educación intercultural en toda formación médica

3. Modifica el directriz número 9 en Norma General Administrativa N° 16:  
Interculturalidad en los servicios de salud para tener una estructura de  
responsabilidad y gestión más concreto

Estas recomendaciones se enfocan en las partes de implementación de inclusión cultural que presentaron los desafíos. Estos cambios se centran en el proceso de inclusión cultural, ya que existe un marco legal sólido en su mayor parte. Sin embargo, para implementarlo a fondo, se requiere el poder de la información que se puede difundir mejor a través de las propias poblaciones indígenas y el sistema educativo de estos médicos y matronas. Y, el tercer cambio es para reforzar la gestión de estas responsabilidades y evitar lagunas en la atención por la delegación.

### **Limitaciones**

Durante esta investigación, había desafíos para encontrar entrevistadas que representan todas las entidades importantes en este tema. Por ejemplo, hablar con un funcionario del Ministerio de Salud sería de excelente ayuda, pero con la disponibilidad y conexiones existentes esto fue difícil. También, las observaciones se inhibieron debido a los efectos prevalecientes de COVID-19, como la incapacidad de recorrer los lugares de interés, como UTAMA. Para futuras investigaciones, la recomendación principal es tener un diseño de investigación con un tiempo más largo para interactuar con más entidades.

# Bibliografía y fuentes consultadas

## Artículos académicos

Lampert, M. P. (20221). Parto humanizado y violencia obstétrica en parámetros de la Organización Mundial de la Salud. *Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile / BCN*.

Mamani, L. D. O. (2012). Medicina tradicional aimara - Perú. *Universidad Nacional Del Altiplano, 4*.

Norma General Administrativa N° 16: Interculturalidad en los servicios de salud (2006).

Poblete, M., & Goldstein, E. (2019). Políticas de Salud Intercultural en Chile. *Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile / BCN*.

## Páginas web

Acerca de Chile Crece contigo | Chile crece contigo. (n.d.). Retrieved April 18, 2023, from <https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/>

Arica, C. S. (2019, May 17). Casa Utama del Servicio de Salud Arica cuenta con nuevo espacio infantil - Servicio Salud Arica. Servicio Salud Arica. <https://www.saludarica.cl/casa-utama-del-servicio-salud-arica-cuenta-nuevo-espacio-infantil>

Arica, C. S. (2022, May 23). Servicio de Salud Arica y hospital regional reanudan programa de parto a la manera aymara - Servicio Salud Arica. Servicio Salud Arica. <https://www.saludarica.cl/servicio-de-salud-arica-y-hospital-regional-reanudan-programa-de-parto-a-la-manera-aymara>

Arica: Con entrega de guía de gestación con pertinencia cultural “Wawasana Thakipa” se conmemora 10 años de Chile Crece Contigo. (2017, August 11). HJNC. <https://www.hjnc.cl/hjnc/?news=arica-con-entrega-de-guia-de-gestacion-con-pertinencia-cultural-wawasana-thakipa-se-conmemora-10-anos-de-chile-crece-contigo>

Intercultural Health: Chile's path towards recognizing indigenous health sovereignty. Cultural Survival. (2020, July 9). <https://www.culturalsurvival.org/publications/cultural-survival-quarterly/intercultural-health-chiles-path-towards-recognizing>

*Interculturalidad*. Diversidad de las expresiones culturales. (2015a, November 25). <https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad#:~:text=Interculturalidad%3A%20Se%20refiere%20a%20la,di%3%A1logo%20y%20del%20respeto%20mutuo>

Programa de Salud y pueblos indígenas. Servicio Salud Arica. (2020, February 12). <https://www.saludarica.cl/programas-de-salud/programa-salud-pueblos-indigenas>

Universal Health Coverage in Chile 2017 - Ministerio de salud. (n.d.). Retrieved April 18, 2023, from <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/07/PRESENTACION-APEC-GAR-25-de-julio-2017.pdf>

World Health Organization. (n.d.). *Preguntas Más Frecuentes*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>

## **Entrevistas**

Singleton, M. (2023, Mayo 17). Inclusión Cultural en FONASA: Activista de Madre Nativa. personal.

Singleton, M. (2023, Mayo 23). Inclusión Cultural en FONASA: Madre Aymara. personal.

Singleton, M. (2023, Mayo 12). Inclusión Cultural en FONASA: Matrona de Chile Crece Contigo. personal.

Singleton, M. (2023, May 8). Inclusión cultural en FONASA: Trabajadora de PESPI y matrona. personal.

Singleton, M. (2023, Mayo 10). Inclusión Cultural en FONASA: Trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental. personal.

# Anexos

## Anexo A: Formulario de consentimiento



### **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE EN PROYECTO ISP Ó PASANTÍA**

Gracias por tomarse el tiempo de participar en este proyecto de investigación ó pasantía.

Mi nombre es Madison Singleton. Soy estudiante del programa *Salud Pública, Medicina Tradicional y Empoderamiento de la Comunidad* de SIT Study Abroad, y agradezco su interés por participar de este proyecto, que estoy realizando en el marco de estancia en el programa SIT, sede Arica.

Antes de que acepte participar en esta entrevista es importante que sepa lo siguiente para tomar una decisión informada.

**a. Privacidad:** Toda la información que usted entregue, en caso de ser grabada, será protegida. Si usted *no* quiere que la información sea grabada, debe hacérmelo saber, y de tal manera no la grabaré. Del mismo modo, solo con su autorización al firmar en este documento nos autoriza a sacar y utilizar fotografías para este proyecto de investigación o pasantía.

**b. Confidencialidad:** toda la información confidencial será protegida.

**c. Retiro:** Usted es libre de retirarse de este proyecto en cualquier etapa de éste. Puede hacerlo inmediatamente y sin perjuicio de sus intereses.

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, puede visitar el sitio de Internet de Word Learning y verificar sus políticas en *Investigación con Sujetos Humanos* en [Research & Ethics in Field Study & Internships - SIT Study Abroad](#), o contactar al Director Académico del Programa Dr. Daniel Poblete a [daniel.poblete@sit.edu](mailto:daniel.poblete@sit.edu), o al teléfono +56 9 90435658.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere obtener más información acerca de este proyecto o pasantía, por favor contácteme al número de teléfono: +19146734400 ; o, al correo electrónico: [masingleton1@gmail.com](mailto:masingleton1@gmail.com).

Por favor firme abajo si está de acuerdo en participar en este proyecto, y admite tener 18 años o más.

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador o pasante  
: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **Anexo B: Entrevista con trabajadora de PESPI y matrona**

*Esta entrevista con la entrevistada, quien es una matrona para la Universidad de Tarapacá y también una trabajadora para PESPI, pasó en el edificio de servicios estudiantiles en la oficina de la matrona Paula Bustamante. Usa una mascarilla y su uniforme. Había un poco de construcción afuera de la ventana. Nosotros nos sentamos en un escritorio.*

### **Salud en general**

Singleton: *¿Cuál es su definición de salud en general?*

Entrevistada: Pues la definición de salud en general es el bienestar de las personas. ¿Cierto? En tanto en un ámbito físico como en un ámbito psicológico y en un ámbito ambiental.

Singleton: Sí bien. Gracias Y, *¿Cómo le parece que la salud funciona en Arica?*

Entrevistada: Creo que funciona relativamente bien, pero por ser una ciudad extrema y estar lejos de la capital, muchas veces hay falta de profesionales, sobre todo el área de especialidades, y a veces tienes un uno o dos especialistas por la ciudad y a veces la demanda es muy alta y por lo tanto las personas no puedan acceder de manera rápida y tienen que estar esperando muchos meses para ser atendidas en lo que es básico. Quizás puedes tener acceso un poco más rápido y la atención primaria un poco, pero cuando se trata, por ejemplo, de áreas más complejas como la salud mental e incluso la atención primaria, es escaso y personal. Y como te decía, a nivel hospitalario es más complejo con ciertas especialidades como traumatología, neurología, donde hay muy poco especialista y personas muy frecuentes.

### **Salud de partos**

#### **Programas**

Singleton: Sí, gracias. Y, *¿Cómo funciona el programa Utasanjam Usuña en este sistema de salud en Arica?*

Entrevistada: Bueno, con la pandemia cambió mucho la moda de modalidad de trabajar. No tengo muy claro hoy día si han vuelto a usar la sala de parto. ¿Pero cómo funcionaba esto? Era que en el fondo el Utasanjam Usuña era una casa de acogida para las mujeres aymaras que vivían en zonas rurales y que en el fondo no tenían posibilidad de estar en otro lugar antes de su parto aquí en Arica. Sí. El programa también ofrece una sala de partos aymara en el hospital donde ellas pueden tener a su bebé bajo las normativas de su cultura, es decir, poder elegir la posición en cuál parir y estar acompañadas de usuyiris, ya que vendría siendo como la la matrona, siendo en el ámbito hospitalario. Y también si hay una matrona a cargo por si ocurriera alguna situación de emergencia. Obviamente se atiende a la paciente con todas las condiciones, igual que cualquier otra paciente. Lamentablemente para el tema de la pandemia esto. Acabó esta oferta la sala tuvo

que ocuparse para otras necesidades de emergencia, como era el tema del cobijo y por lo tanto ahí quedó como en desmedro para las mujeres aymaras. Así que no pudieron durante ese período elegir como parir y tuvieron que hacerlo como cualquier otra occidental. Independiente de eso, a mí me parece que es una buena iniciativa el poder brindarles un acceso a la salud y poder elegir su forma de parto, si bien no es ideal porque para ellos sería en su mismo hogar, en su propia casa, por lo menos es una condición similar. Sí.

Singleton: *¿Qué necesita mejorar para tener un programa más efectivo?*

Entrevistada: Yo creo que se necesita más sensibilización de los equipos de salud, mucho más que estén como más a favor del tema, que manejen más el tema intercultural, que entiendan los equipos de salud, sobre todo de atención primaria, que es donde llega el paciente de que se requiere una atención distinta, con una especie de discriminación positiva o algo así. Hoy día creo que hay mucho personal nuevo que no conoce el programa, que no lo divulga mucho o que por desconocimiento no lo ofrece. Y como que de aquí a un tiempo, independiente de la pandemia, ha disminuido la cantidad de mujeres que pueden acceder. Me encantaría que fuera un programa con mayor voluntad política. Como mayor voluntad política en el fondo que pudiera ser como una especie más. Más reglada que en el fondo. Nosotros como profesionales, tuviéramos la obligación, no solamente el querer, no la obligación de que todas esas mujeres que deciden tener su parto de manera tradicional lo puedan hacer. Y hoy día termina siendo casi un acto de voluntad de la matrona que atiende a la paciente si no es una norma, a pesar de que está bajo el Ministerio de Salud. Algo le falta, fuerza institucional.

## **El rol del gobierno**

Singleton: Yo he escuchado sobre el desafío de comunicación o difusión de este programa. Y, en su opinión, *¿a quién tiene la responsabilidad de educar a la población y las mujeres sobre este programa?*

Entrevistada: Parte por el Ministerio de Salud. Que sea, como te digo, una obligatoriedad dentro de las normas clínicas que tenemos como matronas, que no sea una voluntad, sino que sea una norma pareja, como son las otras normas de planificación familiar, como para que las matronas no como para que no esté bajo el criterio de la persona, sino que sea algo ordenado. Pero también creo que es voluntad política. Sí, porque yo hago el ramo, la asignatura de Cosmovisión Andina en la mujer y hay muchas normas internacionales, incluso que avalan el poder otorgar una salud con pertinencia cultural. Entonces hay mucha normativa internacional, pero algo sucede en Chile que eso no se traspasa a normativas de obligatoriedad del mismo Ministerio de Salud. Creo que en algún momento el Ministerio sí lo tenía como el Ministerio de Salud lo tenía como una línea programática, una línea de trabajo importante, pero ya hace dos años dejó de ser importante y no quedó como sostenida en reglamentos más profundos.

Singleton: Entonces sabes que el Ministerio de Salud prioriza algunos programas, por ejemplo, porque se necesita más esfuerzo para apoyar políticas como recibe este o como si el Ministerio de Salud elige este programa. Este programa recibe nuestros esfuerzos más.

Entrevistada: Claro tiene que ver con los gobiernos, tiene que ver con si al gobierno electo le interesa trabajar el tema intercultural. Claramente va a poner gente en el ministerio para que haga más normativas y para que en el fondo esto baje a nivel de atención. Porque nosotros no podemos hacer. Nosotros hacemos todo lo que el Ministerio de Salud nos pide que hagamos. Entonces, si el Ministerio de Salud, como bien dices tú, pone como prioridad la salud mental, la salud de la mujer, pero en el área de planificación familiar y no hay una prioridad para la atención de los pueblos indígenas. Así es. Claramente los funcionarios van a trabajar en lo que el ministerio le esté dictando en ese año o en esas normas que son prioridad y lamentablemente depende de los gobiernos. Hay un gobierno que le interesa, va a ser normativa y va a aplicar como en su momento lo hubo y por eso se creó la sala de parto y habían recursos económicos también disponibles para ello. Entonces ese es el tema que depende mucho de la política o del gobierno de turno. Si le interesa o no le interesa trabajar en el área, sí.

## **El rol del personas indígenas**

Singleton: Y dentro los trabajadores en el Ministerio de Salud, **¿hay representación de personas indígenas?**

Entrevistada: No sé cómo. O sea, pueden haber representantes dentro de la misma, agrupaciones de recursos humanos, pero no, tampoco se visualiza como algo específico por ser indígena, sino que puede ser un representante de las enfermeras o un representante de los médicos, pero no hay un como que se visualice solo o exclusivo de la de por ser indígena.

Singleton: Sí, entiendo. Gracias. Y, más sobre el programa Utusanjam Usuña otra vez. **¿Cómo las comunidades Aymara tienen una voz en la creación del Utusanjam Usuña? Y, ¿cómo la cosmovisión Aymara forma este programa?**

Entrevistada: Si todo, todo lo que surgió en su momento, tanto el Utusanjam Usuña, su cuñada, como la guía de gestación del Wawa Sana, se trabajó con comunidades indígenas, con mujeres representantes que sobre todo de las zonas rurales de Nutre de Vivir y se trabajó también con las usuyiris, ya con toda su experiencia con la medicina tradicional. Se entrevistó a mujeres que habían utilizado esta como esto hospedaje que antes no se llamaba Utusanjam Usuña, y uno de los temas fue justamente cambiar el tema, cambiar el nombre y ponerle un nombre mucho más adecuado a al lugar de donde iban a hospedarse las mujeres y que tuviera pertinencia cultural, que en el fondo fuera un lugar cómodo, que ellas se sintieran cómodas, donde hubiera alimentación acorde a la cultura. Y como te digo, este acompañamiento con las mismas mujeres desde que ellas bajan hasta



que llegan al hospital a tener su bebé, eso no se daba antes. Antes era simplemente una residencia. Las mujeres bajaban y estaban permanentemente solas ahí y después iban a parir al hospital como cualquier otra mujer occidental. Y ese trabajo que se hizo con las mismas comunidades y con mujeres que ya habían tenido experiencias en bajar y sin. Sin tener esta visión cultural. Sí, por eso se crea.

## **El éxito de programas**

Singleton: Gracias. *¿Y cómo está la adherencia al programa?*

Entrevistada: En general, la adherencia fue buena en su momento, porque, como te decía en un principio, hay que bajar la información a los usuyiris. Y hubo mucha información tanto en las comunidades como también dentro de los consultorios con las matronas para que invitaran a participar en esta, en este parto también en la salita que había en el hospital. Y como te digo, yo creo que es un trabajo de información, es un trabajo de estar permanentemente trabajando de manera colaborativa con los usuarios y creo que hoy día la adherencia no es tan alta como fue en un principio. Cuando se crea el programa, como ha dejado de ser importante para los gobiernos que han venido después. ¿Entonces la cantidad de personas que acceden son menos?

Singleton: *¿Cómo el programa Utasanjam Usuña ha respetado las creencias Aymara dentro partos Aymara? Y, ¿en su opinión, han cumplido las expectativas de las mujeres Aymara con el programa?*

Entrevistada: Bueno, eso. De hecho el nombre es como parir en nuestra casa el significado que tiene y justamente era hacer algo similar a como si estuvieran en su casa rural. Como te decía, el poder tener acceso a alimentos que para ellas son importantes antes del parto y después del parto. Como pueden ver, esos alimentos también se les daban en el hospital. Poder tener este acompañamiento desde que bajaban con usuyiris acá y básicamente ese acompañamiento hasta que después vuelven a subir con su bebé a su lugar. Y lo otro que también se incorporó hace poquito, era la entrega de la placenta, que antes no se podía. No, en el hospital no era, no estaba bajo las normas de calidad del hospital, de poder entregar la placenta si lo consideraban como riesgoso y hoy día si se puede entregar. Entonces ha ido adecuando a las prácticas que para ellos son importantes, como la alimentación, el acompañamiento, el poder llevarse la placenta.

Singleton: *¿Y entonces la usuyiri es el mismo de desde cuando recibe atención primaria y durante el parto es el mismo personal todo el tiempo?*

Entrevistada: Idealmente si acá nunca si y ellas tienen también una partera en.

Singleton: *Sé que hay una ley que establece el derecho de la gente indígena recibir atención apropiada culturalmente en 2012, ¿Cómo fue esta transición de*

***inclusión? ¿podría darme algún ejemplo de esto, o recuerda alguna experiencia de los primeros cambios?***

Entrevistada: Sí, los primeros cambios fueron primero buscar todas las normativas que apoyaban o que respaldaban legalmente los cambios. Como te decía, existían. Luego de eso fueron muchas reuniones con población indígena en sectores rurales y de Arica. Se invitaba a las organizaciones a participar a especies de conversatorios donde ellos nos explicaban cuáles eran sus necesidades de salud, qué es lo que más les afectaba, cuándo recibían una atención de salud sin pertinencia. Y de todo eso se recogió todas, se hizo una documentación, se fue, se recogió la inquietud y con eso, aparte se hizo un perfil epidemiológico de la región en donde mostraba las diferencias de las personas aymará cuando accedían a salud de los que no eran aymara y generalmente los aymaras estaban más perjudicados porque se enfermaban más, morían más. Pues justamente no tener este acceso a una atención con una cosmovisión o con la cosmovisión o con el tema intercultural. Entonces, como te decía, se hicieron estas reuniones, se acogió la inquietud del pueblo y se fueron planteando distintas estrategias para ir adecuando los sistemas. Entonces, por ejemplo, se crearon los facilitadores interculturales para ponerlos en los distintos niveles de atención, cosa que si la persona aymara no hablaba bien en español o no sé en el personal de salud, no entendía que para ellos era importante tomar una sopa de quinua, por ejemplo, durante su hospitalización. Estos facilitadores permitían cierta comunicación con los equipos de salud y así mismo fue también de a poquito incorporándose. Lo sugerí en los spam, en los consultorios occidentales para trabajar de manera conjunta con las matronas. Entonces. También se crea la guía de la gestación con pertinencia intercultural para que las mujeres aymará pudieran tener acceso a la misma información que se les daba a los occidentales en el ámbito del embarazo, el parto y el puerperio, la lactancia, pero con un enfoque cultural. Con sus propias prácticas. En el fondo fue una especie de sensibilización, tanto incluso a los mismos aymaras de la zona urbana, en donde a lo mejor habían perdido ciertas prácticas culturales por vivir en la ciudad. Y también fue una sensibilización a los equipos de salud para que conocieran las prácticas culturales. Otro ejemplo fue que se hizo un trabajo en ese tiempo igual para poder promocionar los nombres indígenas, cosa que las mamás les pusieron nombres indígenas a sus bebés y no nombres españoles. ¿Eh? Entonces fue un trabajo paso a paso en distintas áreas para poder incorporar el tema intercultural en la salud.

Singleton: Y las primeras reuniones con las personas indígenas a. ***¿Puede explicar un poco más sobre la información transmitir de estas reuniones a todos los hospitales públicos?***

Entrevistada: Sí, lo que pasa es que antes de transmitir todas las reuniones hacía informes al Ministerio de Salud para que él acogiera en el fondo todas estas demandas y después ellos sacaban normativas en el Programa de Salud Pueblos Indígenas para que el programa trabajara con el programa de TBC. El Programa de Salud Mental. Entonces todos los servicios de salud de Chile tenían como

prioridad en ese momento el y el programa de salud, volver a trabajar con otros programas y tener aunque sea una o dos estrategias o actividades en conjunto. Y acá en Arica lo que más se trabajó fue el tema de la TBC y el tema de la mujer en todo lo que era el embarazo y el parto. Si.

## PESPI

Singleton: Bien, gracias. Y, puede hablar un poco más sobre su rol con PESPI y como tiene una relación con este trabajo y estos cambios.

Entrevistada: Yo llegué a trabajar al PESPI y recién titulada De matrona y acá en la universidad no te enseñan ni a interculturalidad. Entonces fue algo como nuevo. Pero en ese momento, como te decía, el programa había tomado la decisión de trabajar en la línea de TBS y en la línea materno, y ahí. Empecé a trabajar con la que con la persona encargada del programa en ese momento para incorporar todo lo que era la parte de cuidados prenatales durante el embarazo y el parto con pertinencia cultural. Y ella invitó a trabajar a las usuarias con nosotras, con o sea conmigo como matrona, para poder hacer este trabajo conjunto con la visión cultural de ellas como parteras y la mía como occidental. Y ahí, como te digo, lo primero que se creó en el pespi acá en Arica, en el ámbito materno, fue la WawaSana. Ya en el Ministerio de Salud había mandado hacer una guía de para todas las personas sin pertinencia y acá en Arica fue el programa es el pueblo indígena, fue el primero en el fondo en replicar esa guía, pero con pertinencia cultural, y después fueron haciéndolas los otros servicios a nivel del país, con los distintos pueblos como los mapuches, los rapanui. Fue una experiencia muy bonita, pero fue un trabajo muy potente, muy fuerte. Trabajamos muy fuerte en esos años, con muchos talleres en los Slam, de capacitación a las matronas, muchos talleres en el hospital para sensibilizar a los doctores, a los médicos. Eso fue lo que más costó de que ellos dejaran que la mujer tuviera un parto en una pieza que no tenía aspecto clínico. Había una cama y un banquito y ellos estaban muy preocupados de que si había un problema con el bebé o la mamá pudiéramos poner en riesgo la vida de la mamá. Entonces eso en el hospital costó un poco más que en la atención primaria. Ya los médicos en general no estaban muy de acuerdo porque les asustaba. Yo creo un poco esto de trabajar con algo que no conocen y les daba yo. Esta es mi opinión y yo creo que les daba un poco de susto que algo malo pasara porque era algo no conocido para ellos. Había una matrona ahí que fue la que apoyó mucho, que es la Esther Quispe. Ella ha sido presidenta de las matronas incluso en Arica, y ella apoyó mucho el tema del parto de Mara en el hospital.

Singleton: Sí, Gracias. Y eso está separado de mi investigación. Pero estoy curiosa sobre sus pensamientos. Pero *en su opinión, qué es la proyección de salud*.

Entrevistada: ¿Se siente, no? Creo que está difícil que se vuelva a trabajar con la potencia que se trabajó en un momento. Creo que hablando epidemiológicamente después de la pandemia hubo muchos problemas en el área de salud mental a nivel mundial. Chile está muy preocupado de eso y creo que sus prioridades hoy día en salud pública son todos ese tipo de problemas que se están dando, pandemia. Por ejemplo, nosotros hemos tenido un aumento de suicidios, un aumento en maltrato en casa, maltrato intrafamiliar por el tema

del encierro. Entonces hoy día como epidemia, lógicamente hay otras cosas que preocupan al país y no creo que sea hoy día prioridad trabajar en la salud indígena. Lamentablemente sí. Yo espero, sí. Ahora, lo que yo espero que eso sea algo temporal, como estamos viviendo muchas cosas, incluso enfermedades post pandemia y quizás en un par de años más podamos volver a retomar el tema por ahora en donde yo estoy ahora, que ya no es en el servicio de salud, sino que es acá y en la academia. Si estamos haciendo algo, estamos desde el año pasado con este ramo de interculturalidad y sensibilizando a las futuras colegas. Hoy día hay un avance ahí que hoy día ya salen con una enseñanza que antes nosotras no teníamos y eso por lo menos va a cambiar la mentalidad de las matronas.

Singleton: Y mi última pregunta es. ¿Y en los Estados Unidos, por ejemplo? Casi nada. Reconocimiento de salud de grupos indígenas. Y una observación que yo tengo es que es porque hay muchos grupos muy, muy pequeños y entonces no hay un esfuerzo unidad, unidad. Pero en Chile hay aymara y mapuche. Son grupos muy largos, pero cuando hay, cuando había el cambio en salud, en inclusión de salud indígena en Chile, *¿los grupos mapuche y aymara y otros grupos indígenas trabajan juntos?* Porque fue la participación entre los grupos indígenas. Sí, sí, sí.

Entrevistada: Aparte de estos talleres que se hacían con los profesionales del área de la salud occidental, también hubo jornadas en donde se juntaban los médicos tradicionales aymará, con mapuches y de otras culturas también, o sea, de otros, de otros pueblos que son más chiquititos y se juntaban también a a entre ellos conversar sobre su experiencia y sobre lo que ellos esperaban del sistema de salud. Sí, y hubo mucho en ese momento, hubo mucho trabajo entre ellos mismos como indígenas, y eso también le dio fuerza a las distintas regiones del país para poder hacer trabajos en los distintos programas. Sí, sí, fue muy bonito en ese momento.

Singleton: *¿Y mi entendimiento sobre partos mapuche, ese es ahora más o menos totalmente occidental o no?*

Entrevistada: Occidental, sí.

Singleton: Sí. Y *¿piensa que si los Mapuche dan a luz en una manera tradicional, ambos grupos indígenas reciben más esfuerzo de gobierno para apoyar esto o no?*

Entrevistada: Como si ellos se juntaran, dices tú como si claramente habría mucha más fuerza para poder como reactivar el lo que se venía trabajando.

### **Anexo C: Entrevista con matrona de Chile Crece Contigo**

*La entrevistada y yo hicimos esta entrevista por teléfono después de conocernos en el hospital. La entrevistada es Aymara y una matrona occidental para Chile Crece Contigo y trabaja en el hospital.*

### **Salud en general**

Singleton: *¿Cuál es su definición de salud en general?*

Entrevistada: La salud general y a un conjunto de estar bien, tanto físicamente como emocionalmente y espiritualmente. Es global para que una persona esté sana si no quiere estar libre de enfermedades.

Singleton: Gracias. *¿Y cómo le parece que la salud funciona en América?*

Entrevistada: Lo que pasa es que la salud que hay tanto en Arica como en Chile todavía le ha costado despegarse de la metodología médica, eh? Porque todavía la salud es como sanar el cuerpo de alguna enfermedad. Pero hace unos años atrás se ha tenido que incorporar este cambio de que sea salud psicosocial biopsicosocial y que este tipo de atención de salud es más integral, pero queda un poquito en el papel, cierto en lo que se ha querido hacer como cambio, pero los profesionales aún no incorporan bien este nuevo significado de salud. Por lo tanto seguimos atendiendo a las personas, cuando en realidad, cuando en realidad no, no previniendo, no viendo más allá de una enfermedad que te decía que las personas también emocionalmente pueden estar mal, socialmente se pueden encontrar más también dentro de lo que yo trabajo, que es un equipo multidisciplinario, que es el equipo de Chile que se contigo. Nosotros trabajamos con este nuevo modelo biopsicosocial, ya tenemos un montón de profesionales y se incluyen las duplas psicosociales, no solo profesionales, sino médicos. Entonces nosotros tenemos esta visión y somos quienes hemos ido como predicando a trabajador y trabajador de cuál es esta nueva visión que se debe incorporar. Pero estamos al revés, todavía estamos en. Con la formación biomédica. ¿Es eso?

## **Chile Crece Contigo**

Singleton: Sí. Gracias. *¿Y cómo funciona el programa Chile Crece Contigo en ese sistema de salud en Arica?*

Entrevistada: Mira, funciona bastante bien. Funciona bastante bien. Este es un programa social. ¿Eh? Y en el hospital está a cargo del Servicio de Salud en Arica. ¿Eh? Y ellos a su vez están a cargo del Ministerio de Salud del Departamento de Infancia. Y el equipo que yo trabajo, que es del hospital, está a cargo de un gerente que es el gerente del Chile antiguo, que es don Carlos Loza, que él trabaja en el servicio de salud y él es el encargado de monitorizar que todos los indicadores se cumplan. Nosotros propiamente también en el hospital somos un equipo que estamos a cargo de una matrona que es la matrona llanera Enrique Aldecoa. Esta matrona em. Incorpora un equipo que es una kinesióloga, hay una fonoaudióloga. Hay dos duplas psicosociales donde son psicólogas y trabajadoras sociales. Hay también gente administrativa que es Rosa Vidaurre y un chico que es de bodega. También, que es el Frank. También hay una educadora de párvulos. Todos ellos somos los tipos de profesionales que existimos. Y este equipo se divide entre los servicios de el CR de la mujer, que es la que se conoce como la maternidad y se divide también en ese re infantil que ahí se subdivide entre pediatría y neonatología. ¿Y qué hacemos nosotros? Nosotros nos encargamos de que los indicadores que nos dice el Ministerio se cumplan. Cuáles son los indicadores que tienen

que ver con EM entregar prestaciones universales a todos los niños. Entre nosotros tenemos una edad entre que está en gestación desde que ingresa a el control prenatal en los están hasta que el bebé tiene cuatro días, 11 meses, 29 días, o sea cuatro años, 11 meses, 29 días. Si bien es cierto el progreso cognitivo contempla hasta los nueve años de edad, nosotros en el hospital vemos solo hasta los cuatro años, 11 meses de 29 días ya. ¿Por qué? ¿Eh? ¿Desde los cinco años hasta los nueve años se está potenciando lo que es la educación, eh? Los programas psicológicos que son, que se ven en el sistema y en los colegios. Entonces nosotros acá vemos que a los cuatro años y nosotros nos encargamos de pesquisar riesgos psicosociales. Y una vez que tenemos la pesquisa de riesgos psicosociales, las duplas psicosociales son aquellas que hacen las entrevistas psicosociales, la derivación a los distintos programas que existen en Arica para apoyar a las familias e. Están viviendo algún tipo de vulneración o que pertenecen a las familias más pobres, a los que tienen menos apoyo y los que no tienen redes de apoyo. Y en el caso de que existiera un niño o una niña que nació en una familia que no corre riesgo, las chicas tienen que proteger a este niño o niña y tienen que gestionar el ingreso a la casa de cuidado infantil del de mejor niña que antes se llamaba así. ¿Eh? Todo esto que hacen las chicas siempre va de la mano de jurídica del hospital y con indicación de el juez de turno o después de que se haga la medida de protección y ello vayan como juicio ya. Y lo otro importante que nosotros hacemos es la prevención a través de la educación. Lo que tú viste ayer, por ejemplo, que educación de las mujeres gestantes que van a venir al hospital a tener a su bebé y cuando están hospitalizadas lo que hacemos educación es de lactancia, de métodos anticonceptivos, de ambientes saludables para los niños y. Hemos tomado un rol importante en lo que son los métodos anticonceptivos para la población femenina, ya que nosotros en el hospital entregamos la prestación de métodos anticonceptivos a pacientes de riesgo, que son los métodos de larga duración, que son la. Los implantes sobre el amigo, el inflador o el llavero. Y en pediatría y en neonatología existe la educadora de párvulos que tiene su sala de estimulación. La dupla psicosocial hace lo mismo pesquisa, riesgo. Realiza intervenciones psicosociales. Realiza derivaciones de medidas de protección a favor del niño o la niña. También si encontramos algún tipo de violencia hacia la mujer, las chicas tienen que activar toda la red para que esta mujer sea protegida. Es con ella. Con la Red de Mujeres de Arica e. Y la creación. ¿Qué es lo que hace la creación? Presta apoyo psicológico a todos los bebés que están hospitalizados en Neo, sobre todo a los prematuros, que van a necesitar un mayor apoyo de kinesióloga, igual que la fonoaudióloga que la radióloga ingresó a este equipo como en el año 2019. Si no me equivoco, es porque se empezó a incorporar un nuevo examen que se le hace a todos los bebés que nacen en los hospitales y en las clínicas de Chile, que es el screening auditivo, que es un examen para determinar si este bebé tiene o no alguna. ¿Algún problema? ¿Y qué hacemos también si regreso contigo? Porque han ido pasando los años y también han ido saliendo leyes, como por ejemplo la ley Mira la ley Dominga. La ley. Miles de acompañamiento en los sectores donde hay niños o mujeres que van a tener a su bebé. La ley Dominga habla del duelo perinatal y todo eso. Nosotros nos hemos ido haciendo cargo, hemos ido trabajando en pro de que se cumplan las leyes y también en pro de sensibilizar a todos los profesionales que trabajan en nuestros hospitales para que se cumplan estas leyes que son tan importantes para las familias. Eso hacemos como en general.

Singleton: Sí, gracias. Y sobre el programa Chile Crece Contigo, *¿su opinión qué necesita mejorar para tener un programa más efectivo?*

Entrevistada: Mira, yo te diría que nosotros como hospital, quizás siempre se necesita más dotación. Quizás se necesita más dotación de profesionales. Podría ser, por ejemplo, psicólogas y trabajadoras sociales. Porque nosotros en Chile estamos como bien acostumbrados a que un profesional haga muchas cosas, pero dentro de eso uno hace muchas cosas, quizás no podemos hacer una atención tan personalizada porque no están pidiendo mucho rendimiento. Es cierto, en una hora tenemos que ver a dos o tres pacientes, eso es lo que nos pide el papel, pero la realidad es que uno en una hora de muchos pacientes o se queda después de dos horas de trabajo o se lleva el trabajo para la casa. Por lo tanto, eso es lo que falta. Yo creo que más de clásicos sociales nos faltan, por ejemplo, salas que tengan que ver netamente con educación prenatal, con educación para una sala, por ejemplo, que nosotros podamos recibir el equipo que recibimos, a la gente que recibimos. Ayer cuando tú dijiste en una sala que tenga colchonetas, una sala que tenga insumos que balones, quizás una simulación de una de un box de parto que permita hacer una educación más activa. ¿Pero a lo mejor necesitamos una abogada en el equipo, a lo mejor 22 horas que ella nos pueda ir apoyando con esto de las leyes y no estar nosotros a la espera de que no respondan las abogadas de nuestro hospital, porque además ellas tienen mucho, mucho trabajo, eh? Pero si bien es cierto eso es para mejorar. Pero dónde en Chile se tiene que apostar más, nunca en apostar más profesionales en la atención primaria, porque la atención primaria de salud se encuentra igual que nosotros, con menos dotaciones de profesionales. Ya no existen las de sociales que son solo de Chile Crece contigo. Por lo tanto, para ellos es muy difícil analizar el riesgo de una familia, hasta medidas de protección, hacer derivaciones durante la gestación. ¿Y qué pasa? Que cuando llegan acá al hospital nosotros recién tenemos que hacer todo eso que se debió hacer en la PC, o lo hacemos nosotras acá en el hospital y ahí cuando a nosotros también se nos recarga más el trabajo y la responsabilidad de hacer medidas de protección y de que ese riesgo en dos días, porque son dos días en los que la mujer está acá. Sí. Así que como en resumen, sería a lo mejor más dotación de profesional psicosocial, tanto en Atención Primaria como en el hospital, quizás incorporar al equipo del hospital una abogada y por supuesto, tener mejores salas de estimulación, salas de talleres educativos, porque nosotros hacemos educación. Es el mejor lugar para educar, educar, educar. Pero educamos sin tantos implementos ni un lugar físico. Eso sí.

### **Comunicación entre población y hospital**

Singleton: Gracias. *¿Y de qué manera se puede decidir priorizar ciertos programas de atención de salud, por ejemplo? ¿Por qué y bajo qué criterios se privilegian iniciativas como partos, aymarú o lactancia? ¿Y podría darme algún ejemplo de esto o recuerda alguna experiencia?*

Entrevistada: Me parece que para incentivar más estos programas tiene que haber más difusión de los programas de la población, porque los programas se crean ciertos. Somos un hospital e intercultural, pero la población no está informada de las prestaciones que entrega el hospital. En ese sentido, que es el, por ejemplo, el

parto aymara que se llama Utusanjam Usuña. Me parece que cuando la población está bien informada de qué es lo que el hospital le entrega, ellos también pueden optar. Y decidir como ellos quieren, con qué modalidad quieren ingresar a su hospital. Y a lo mejor tendríamos muchos partos aymaras. Pero pasa que las usuarias no tienen conocimientos para saber que no hay mucha promoción del parto aymara en Arica. Por lo tanto, nosotros de la cantidad que tenemos de aymara, porque somos la región que tenemos más población aymara, nosotros tenemos muy pocos partos aymara, tenemos aproximadamente 11 o 14 partos aymara en el año y es netamente por el desconocimiento y además porque existen pocas parteras y pocas parteras preparadas por el servicio de salud y son parteras que además se van poniendo ansiosas y significa que ellas van a tener que jubilar. Entonces nos estamos quedando sin población de cartera. Ahora yo creo que vamos a mejorar y fortalecer el programa, con difundir el programa, con preparar a los profesionales.

Singleton: Por ejemplo, ayer en el taller, solo vimos la sala de parto occidental, ¿no?

Entrevistada: Sí, sí.

Singleton: Ah, bien. Gracias.

Entrevistada: Y si ustedes vieron las salas occidentales, la del barco. Y verá que no pudimos entrar porque estaba llena. Porque me parece que estaba ocupada con un vuelo continental. Porque como no se usa mucho y como a veces necesitamos tener una pieza que esté más aislada, a veces ocupa, en el caso de que haya una manita que se le haya muerto su bebé. Parece que ayer ese era el caso, pero yo te puedo mandar unas fotitos del parque de la zona del parque y no era así como entre tú y yo para que la puedas ver. Y esa sala es una y de hecho tienen internet también, que es una sala que está en ese sector. Yo dije que no podíamos entrar, es chiquitita, tiene una cama y tiene un mueble y ahí en ese mueble hay hervidor para que la partera caliente hierva, hay infusiones, hay material para eso, para los masajes hay un valor, hay una estufa y eso es ya cuando ingresa una mujer al trabajo de parto y ella dice yo vengo a tener a mi bebé en la sala y mira las matronas activas, lo que es bonito. Sacamos una, llaman a la partera, le informan que su pareja está ingresando a parto, la partera viene y la partera acompaña junto a la acompañante de la paciente y la matrona es quien igual es quien atiende el parto, es también quien controla la partera, eso lo acompaña ya, pero si bien es cierto, es más natural, porque esta mujer ha tenido una preparación porque su posición para parir es distinta, entonces lo que hace la matrona es realmente recibir ese bebé y después la atención del recién nacido se hace en la misma sala que conocimos ayer ya, y la madre se queda ahí, en la sala de casa hasta lo más poder y después sube igual acá al 5.º piso. Y en el caso de que esté en trabajo de parto y ocurra alguna emergencia, esta mamá tiene que salir a las salas que conocemos nosotras, a la sala con Atención occidental.



Singleton: *Y ¿cuál es su opinión sobre el programa Utasanjam Usuña?*

Entrevistada: Uh. Mi opinión. ¿Eh? Mira, yo soy encargada en el hospital donde trabajamos, y de lo que te puedo decir es que desde que estoy aquí, aproximadamente dos años han cambiado las referentes del servicio de salud. Las han cambiado en dos oportunidades, por lo tanto, no se puede hacer una continuidad del trabajo. Si bien es cierto, hemos tenido referentes muy buenos que han comprado muchos insumos, han hecho esto de informarle a la comunidad, a los colegas que hay que cuidar el parto. Nunca se ha trabajado así, codo a codo con el servicio de salud y Atención Primaria para que esto funcione de buena forma. Eso falta. Falta activarlo. Falta compromiso. Falta conocer a la población. Falta conocer a la partera. Falta conocer cómo se parte de verdad en el hospital de forma aymara. Porque me imagino que ninguna de estas personas que ha ingresado sea ninguna de las personas a las que he sido referente. En realidad son personas que se manejan en la temática. Y han ido aprendiendo con nosotros, con la experiencia que nosotras tenemos las matronas y sobre todo que un matrón que tiene referencia que no siempre cuando llega una referencia nueva yo la llevo, se la presento y les cuento. Pero falta mucho. Falta mucho, mucho, mucho. Falta una referente más activa. Falta presupuesto. Falta trabajar en red con atención primaria y falta preparar a mujeres para que sean parteras. Eso.

## **Representación Aymara**

Singleton: Sí. Gracias. *¿Cómo Chile Crece Contigo incorpora las voces de personas Aymara?*

Entrevistada: A he. Siempre las he incorporado. Siempre. ¿Por qué? Porque ellas son una gran parte de nuestra población. Por lo tanto, en primer lugar, no se hace diferencia entre una paciente occidental y una paciente aymara o cualquier otra extranjera. Ya no, no hay diferencia con eso. Todas ingresan, todas reciben las mismas prestaciones. ¿Pero qué hacemos nosotros cuando ingresamos? Porque mira, existen dos, dos mujeres aymara, dos tipos de mujer aymara, una mujer que se debe identificar como yo, por ejemplo, que me considero aymara, pero toda mi vida la hago de forma occidental y vengo y tengo mayor conocimiento y tengo a mi bebé en 1/4 de embarazo porque necesito tener a mi bebé de forma vertical, por ejemplo, o porque quiero estar acompañada, usar cremas, aceites y todo eso. Pero existe otra. El otro tipo de mujer aymara, que es la que se crió en esa cultura y que habla aymara y habla poco castellano. Y esa mujer cuando viene una paciente occidental que ella refiere que es aymara y la diferencia en la razón no es mucha, pero cuando viene una mujer aymara negra, esa mujer tiene que tener distinto apoyo. ¿Por qué? Porque tenemos que llamar a los facilitadores interculturales, porque muchas veces ella no nos entiende o nosotros no entendemos su habla. Además, ellas vienen con su cultura distinta. Entonces tenemos que llegar a un consenso de lo que ellas saben, de lo que ellas creen como mujer aymara y de lo médico también cierto de que, por ejemplo, ellas tienen creencias en la lactancia y por ejemplo, le abrigan mucho al bebé. Mucho,

mucho, mucho, mucho, mucho. Y de bajar de peso muy rápido. O no los alimentan en las primeras horas y nosotros tenemos que educarlos. Y ahí llamamos a la facilitadora para que nos facilite esta comunicación en donde ella pueda entendernos. Es que necesitamos que le de pecho, que necesitamos abrigar al bebé y hacer todo lo contrario con su cultura. Pero lo que nosotros hemos hecho no es que nosotros hemos cambiado nuestra atención hacia las mujeres aymara, al contrario, nosotros hemos tomado la experiencia de las mujeres aymara, de la cultura aymara y la hemos venido incorporando a nuestra cultura. Por ejemplo, que todas tomen hierbas calientes, que todas abriguen, que todas tengan masaje, que todas tengan un acompañante tipo partera, que les pueda hacer masaje y ir a acompañar en el trabajo de parto.

Singleton: Sí, gracias por compartir su experiencia. Y en este punto y su experiencia con su trabajo en el Hospital occidental, pero su experiencia con partos aymara. *¿Cuál es su opinión sobre la coexistencia de ambos sistemas de salud y como es su opinión sobre la proyección de salud tradicional?*

Entrevistada: Y mira, en mi experiencia han sido muy buenas. Mmm. ¿Eh? ¿En la selva occidental tengo yo esta como que lo asocio a la proyección que tú me dices? ¿Yo? Yo trabajo diez años en el hospital y hace diez años teníamos que luchar un poquito entre esta visión biomédica y la biopsicosocial. Pero estamos en camino de que esto suceda todos los días avanzamos un poquito más, todos los días sensibilizamos más a los profesionales, todos los días entendemos que la mujer es la dueña de su proceso, que la mujer es el personaje principal de su estadía acá en el hospital, sobre todo del nacimiento de la lactancia. Y como en lo en aymara no, yo tengo mucha experiencia en la atención de parto, en nada, porque yo no tengo mucha experiencia en la atención de parto nada, pero si yo he acompañado el trabajo de parto aymara con el matrn Michel y por supuesto que esa experiencia, una de las más bonitas, sobre todo por el matrn Michel, que sobre todo el metro de Michel que hace una atención muy personalizada, muy respetuosa y como proyección creo yo que vamos a mejorar, por supuesto que vamos a mejorar y una de las cosas porque vamos a mejorar es porque el Ministerio de Salud está trabajando con nuevas leyes, que es la que yo te decía, la Ley NNA y la Ley Dominga, que nos vienen a nosotros a apoyar a todos estos profesionales que tenemos este cambio que ya lo incorporamos. El biopsicosocial nos viene a apoyar aunque podamos. Ya trabajar con las leyes. Ya. E empoderarnos con con poder empoderar a la población, con poder empoderar a la mujer por dar atención de calidad tanto a la mujer como a su familia que viene acompañar. Y estamos trabajando en eso, estamos trabajando. Se han creado comités de lactancia, comité de acompañamiento, comité de la perinatal. ¿Y cómo? ¿Cómo veo yo que va a mejorar el parto aymara? Creo yo que en algún momento, dentro de estos cambios que siempre ocurren, que son los cambios de la de los referentes de servicios, salud, me imagino que va a llegar alguna persona que se va a empoderar con esta temática y que va a lograr que funcione, que funcione de una vez por todas, porque tiene que funcionar, porque yo te digo la cantidad de población aymara que nosotros tenemos no sabe del parto y aymara

no sabe, no sabe que pueden adoptar. Y de hecho al parto aymara no solamente puede optar una mujer que se considere aymara, podría ser cualquier mujer que quiera tener su parto de madre aymara. Y si tú lo ves desde ese punto, nosotros deberíamos tener al menos un parto general aymara, porque cada vez la mujer quiere tener parto más naturales, pero aún así no ingresan porque no hay difusión del programa, porque no hay educación hacia nuestra población del programa. Entonces ellos no pueden exigir algo que no tienen conocimiento que existe. Y lo otro es que nosotros como hospital vamos a tener que mejorar siempre en la atención hacia nuestras mujeres y nuestros niños, porque la mujer ha cambiado, porque la mujer está exigiendo un nuevo modelo de atención. Entonces cuando la población y nosotros debemos cambiar, debemos mejorar y la población lo está haciendo, está. E Hoy el grupo feminista en Arica hay ONG que están empoderando a las mujeres porque lo están pidiendo que ella luchen por lo que quieren, por los cambios, entonces nosotros ya estamos en conocimiento de eso. Nos legislaturas también. Entonces tiene que tener que ocurrir el cambio sí o sí. Y además, por otro lado, la formación profesional de las matronas y matronas se están formando con el nuevo modelo de atención en la universidad, con el modelo de salud familiar. Y además. Uno. Cuando. Quiere aprender o no se va pagando los diplomados y han salido diplomados muy lindos de educación, de lactancia, parto respetado, he la lactancia, puerperio, todo eso sí. Y si, creo que el cambio va a ser positivo siempre.

## **El rol del gobierno**

Singleton: Gracias. Cuando habla sobre las leyes nuevas del Ministerio de Salud, que cómo es la implementación de estas leyes en el Ministerio de Salud a las prácticas en los hospitales. *¿Cómo es esta transición?*

Entrevistada: Mira, las leyes salieron porque fueron mujeres afectadas que lucharon para que salieran estas leyes que la ley elimina, como la ley Domingo y el ministerio, por supuesto, sabe que estas leyes existen y ellos crearon como equipos de estas leyes en el ministerio y hicieron capacitaciones a los centros de salud, a los hospitales de Chile, hicieron capacitaciones, pero no a toda la población de los hospitales, sino que ellos se visitaron. Necesitamos que se cree a través del Chile antiguo, necesitamos que se creen equipos de duelo perinatal y que nombren a una encargada de acompañamiento, por ejemplo. Por ejemplo, en la Ley Domingo, que es la Ley del Vino Perinatal, se hicieron programas piloto de duelo perinatal y nosotros de América ganamos este programa piloto y ellos nos capacitaron al equipo que nosotros creamos de duelo perinatal. Nos capacitaron y nos mandaron todo este programa piloto que es entregar unas cajitas de duelo e informar en el ministerio como iba este programa piloto y después ellos hacen este estudio de este programa piloto. Si funciona y no funciona, ya lo incorporan en todos los hospitales de Chile y cómo llegó al hospital le llega a través de documentos en donde dice existe la ley Domingo, existe la ley NNA, se tienen que trabajar en ellas. Entonces nosotros como trabajamos en el hospital a través de jerarquías, el director del hospital recibe esta indicación del Ministerio de

Salud o del Servicio de Salud. Llama al jefe de las matronas que es gestor de matronas día y les indican que estas leyes tienen que empezar a funcionar, pero no vienen con presupuesto, solo es con indicación de que debe funcionar. ¿Entonces qué hacemos? ¿Cómo se hace todo en Chile? Es que las cosas funcionan con lo que hay, por lo tanto es acá cuando se busca el referente. Y estos referentes son estas matronas o matronas o enfermeros. Que las personas que son jefas saben que esta enfermedad trabaja con esta modalidad, o sea que esta matrona trabaja con esta modalidad. Esta matrona se destaca porque tiene una buena atención con con mujeres que han perdido bebé o con la atención del recién nacido, o que se destacan en la educación de las pacientes. Entonces uno va tomando a estas matronas y va generando esto. Este programa y los cambios vienen desde las matronas o de los trabajadores, por decirlo así, porque somos nosotros los que nos empoderamos y que hacemos que estas leyes se cumplan. Pero presupuesto no hay presupuesto, no hay. Por ejemplo, no hay un presupuesto para tener un hospital para dar una sala de duelo perinatal. No hay. Tres concesionarios que trabajan directamente con eso y solo en eso somos los mismos que trabajamos acá, que hacemos que se vayan cumpliendo estas leyes. Y quienes somos siempre las mismas personas, Somos las personas que de alguna forma nos hemos empoderado con esta visión biopsicosocial o que venimos con esta formación, o que nuestra formación integral como persona. Sabemos que si hemos estudiado algo de salud es porque nos importa realmente la salud de la población, porque nos importan realmente las mujeres, no importan realmente los niños, pero tiene que ver con que los profesionales que trabajamos de corazón no empoderamos con las leyes. Y tú sabes que los jueces tienen el ojo de saber quien trabaja bien, que no trabaja bien y van creando, se van creando un grupo, pero en realidad las leyes se cumplen. Porque están. Porque se deben cumplir. Y porque existe un equipo humano de buena calidad. Pero no tenemos. No tenemos ni tiempo seleccionado para trabajar en esto, ni tenemos dinero para poder mejorar una infraestructura, por ejemplo, o lo que necesita. ¿Es como mérito profesional o de las personas?

Singleton: Gracias. Mi próxima pregunta es, yo sé que normalmente hay una falta de fondos con iniciativas de salud, así que *¿cómo es el proceso del financiamiento de Chile Crece Contigo? Y, entre los programas?*

Entrevistada: Ah, es que estos libros son antiguos y tiene financiamiento y viene desde el Ministerio de Salud. El equipo de la CONTIGO desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud y en Arica. Quien tiene que evaluar ese fondo y. ¿Y qué? ¿Cómo se llama? Diseña el programa. Las compra. Es el gerente del Chile Crece Contigo que trabaja en el servicio de salud. El el tiene ítems son ítems de compra, son por ejemplo tiene un presupuesto y muchos ítems y viene un ítems que es para recursos humanos, un ítem para educación, un ítem para hacer actividades de difusión y él es el que va diseñando estos ítem y él va incorporando profesionales según cuánto presupuesto tiene y va generando los equipos y nos va mandando presupuesto a nosotros para poder trabajar. Y una gran, gran, gran cantidad de dinero que ellos ocupan tiene que ver con la parte educativa, con crear materiales didácticos. Y la mayor parte del presupuesto se va a

atención primaria, porque en Atención Primaria se entrega material de estimulación para los recién nacidos y para los niños. Ese material es costoso porque es material de calidad y material muy educativo, pero así es. Siempre viene desde el Ministerio de Salud, desde el equipo Chile Crece contigo a la gerencia del Servicio Contigo que pertenece a los servicios de salud y el gerente es el encargado de revisar los insumos, de saber cuánto dinero hay y de hacer que este presupuesto se divida y se divida entre atención primaria y hospital.

### **Comunicación entre Ministerio de Salud y médicos**

Singleton: Muchas gracias. *¿Y mi última pregunta es cómo la educación cambia para las matronas desde la inclusión de partos aymará?*

Entrevistada: No, no, no está incluido. No, no está incluido. Por ejemplo, en la malla curricular de la universidad. No hay una malla de interculturalidad, no existe. Lo que sí existe es que han cambiado la modalidad de atención y la educación de ello. La formación ahora está en. En esta visión que decía Biopsicosocial y además, por decirlo así, humanizada. Por lo tanto. Pero también es mérito de las profesionales que están trabajando ahí. Por ejemplo de la matrona Karina López, que es una matrona, que ha estudiado mucho, es una matrona que. A su edad, mucha temática que tiene que ver con el feminismo, con el parto respetado, con la lactancia respetada. Entonces ella ha ido formando a nuevos profesionales con estas visiones. Pero de interculturalidad no hay. ¿Qué hay cuando uno viene a las prácticas educativas que se hacen en el hospital? Por ejemplo, la de parto. Uno cuando viene a este sector, que es el preparto, uno se encuentra con que existe una modalidad de un parto aymara. Y ahí la matrona que está a cargo de los alumnos le explica esta modalidad, pero se lo explica como yo te lo estoy explicando a ti, como yo te lo expliqué a ti. O sea, ya no lo explicamos, pero como ya te expliqué, la sala de parto, por ejemplo, esta es la sala de partos. Atiende. Así la mujer puede decidir en qué posición tendrá su bebé. Viene una partera. Estos son los documentos. Así se explica. Pero no, no hay una, no hay una educación. Yo desconozco si en este momento hay algún ramo alternativo que uno pueda adoptar de interculturalidad, porque tú sabes que la interculturalidad es pero es gigante, sobre todo la aymara, que hay que saber mucho que significa la mujer en los aymaras, que significa la cosmovisión del hombre de la tierra. Todo eso no existe. Y eso debería existir porque nosotros atendemos pacientes, porque por ejemplo acá nosotros entregamos la placenta. ¿Pero si tú le preguntas a cualquier matrona por qué se siente una placenta, lo más probable es que yo te diga porque la señora quiere, pero no el por qué no? ¿Qué hace esa señora con esa placenta o por qué es tan importante esa placenta para ella así? Porque no, no tenemos esa preparación, no la tenemos. Yo. De hecho, yo. Nunca tuve una preparación de interculturalidad hasta que llegué a una práctica de parto y una matrona me contó que salía del box de parto. Y cuando nosotros vamos a Iquique, porque nosotros hacemos un internado en Iquique y en Iquique hace muchos años, ellos fueron pioneros con lo del. Antes trabajaba el de María y ahí hay uno desconocido, pero me parece que ahora también están igual que

nosotros. Así, con muy pocos partidos aymaras incluso. No sé si se ocupa la sala o no, porque por la pandemia me parece que tuvieron que sacarla, creo, pero no en esta información. La interculturalidad no está incorporada.

#### **Anexo D: Entrevista con activista aymara de Madre Nativa**

*La entrevistada y yo nos sentamos en su sala de vivir frente a frente en su apartamento. Los juegos de niños llenaron la sala. Ella lleva ropa muy casual e hizo té para compartir. Pudimos escuchar la música de otros apartamentos en su habitación. La entrevistada es una psicóloga y trabaja en Madre Nativa también. Además, ella se mudó de Perú y ha vivido en Arica por toda la vida de su hijo y dio a luz a su hijo en Chile.*

#### **Salud en general**

Singleton: Mi primera pregunta es. ¿Cuál es su definición de salud en general?

Entrevistada: Podría describirla como el Estado, el estado físico, psicológico, emocional, social, cultural, de bienestar. Ciertamente, estar bien e incluso un poco más. O sea, no solo no estar enferma, sino estar en bienestar.

Singleton: Sí. Gracias. ¿Cómo le parece que la salud funciona en Arica?

Entrevistada: Mmmmm. Uy, es interesante, creo mi visión como yo llegué del exterior. O sea, no nací aquí sino hace como cuatro años más o menos, que vivo acá y he podido ver como desde el exterior cierto, otra visión, sin tener tanto prejuicio o tanto. Prejuicio de cómo es, cómo era la salud pública y privada. Porque me tocó experimentar ambas. Entonces, al inicio, como yo soy extranjera, me tenía que inscribir. Me inscribí en el sistema de salud por Fonasa, en mi caso Fonasa, que es un tipo cierto porque yo no trabajaba en ese entonces, estaba embarazada de mi hijo y como no tenía ingresos por un trabajo me encasillan en esa categoría, no Fonasa tipo A que es un tipo de de de salud o de prescripción de salud, creo que se llama para personas que no tienen ingresos o que incluso están en situación de calle, ya que no era mi caso, pero como no tenía un trabajo en ese entonces y o sea, yo estaba embarazada y ya a punto de parir, me encasillan en ese, en ese punto ya. Entonces acceder a ese sistema de salud fue difícil, incluso aunque haya sido gratuito. Fue muy difícil porque tenía que pasar por una entrevista con una asistente social, con otra encargada de un programa de migrantes. Por lo menos ella fue muy amable, muy respetuosa, pero la primera, no, la primera intentó convencerme que no viniera a Chile y que, o sea, que dé a luz qué pero en mi país. Porque aquí iba a ser primero me dijo quizás te sale muy caro. Intentó finalmente convencerme. ¿Y yo digo para que no esté aquí, no? ¿Entonces yo sigo decepcionada, cierto? Molesta también, porque se supone que la salud es un derecho cierto, al cual todos deberíamos acceder dependiendo de dónde eres tú condición económica. Y no estaba siendo así. ¿Entonces, bueno, yo intentaba respirar, tranquilizarme y dialogar con ella, no? Incluso esta funcionaria asistente social no estaba informada de todas las leyes, porque se supone que uno cuando está embarazada tiene que acceder inmediatamente a ese servicio de salud. Entonces yo estaba embarazada, no tenía aún el carnet, cierto, mi documento porque

estaba en trámites y el trámite se demora mucho. Entonces ella tenía que darme y decirme ya sí, toma tú tu salud. Y no fue así. No me dijo porque no me dijo, es que puso muchas trabas, muchas brechas. Entonces a mí me parecía raro, estaba molesta. En mi situación de embarazada igual estaba como más vulnerable, más sensible. Entonces me pasó eso y yo me quería ir así como me voy. Pero el papá de mi hijo vivía acá, así que bueno, tenía que seguir en el proceso, así es que fue difícil el insertarme en el sistema de salud pública, porque en la privada no había ningún problema. O sea, no les importaba si tú tenías cédula, si no tenías de qué país eras, mientras que pagues no había problema. Entonces eso fue así, así empezó. Después de eso ya entró al sofá, que es el centro de salud que hay. ¿Y bueno, la infraestructura física, los edificios, las oficinas, yo las percibí así, bien deterioradas, como que por lo menos en el que me tocó, que es el que está aquí en Amador Neme, que es el que le llaman el Steffan de la 11, ya en ese me tocó y porque vivía por ahí entonces era por mi sector y habían muchas como que las camillas por ejemplo donde uno se recuesta estaban como que rotas eh? No había mucho material así. Yo veía así como que de como guantes, esas cosas como chalecos, o sea, la matrona que me atendía como que siempre la veía con el mismo. Entonces igual había una carencia, claro, de gestión administrativa y de presupuesto, me imagino como para darles a ellas y que puedan tener todo su material. Entonces notaba eso igual. Mucho prejuicio respecto a mis decisiones sobre ser vegetariana. Por ejemplo, yo era vegetariana, entonces la matrona, la nutricionista, cuestionaban mucho mi alimentación, decían de que tenía que comer más, de que necesitaba suplementar, no? ¿Entonces tampoco veía que estaban actualizadas respecto a al hacer vegetariana, o sea, lo veían como que estaban mal, no? ¿Como que no estás embarazada, no puede ser, tienes que comer carne y en fin, entonces eso igual lo notaba respecto a solo salud pública, no? Ah, sí, pero puede hablar sobre qué quiero. Igual me tocó en el último control una matrona que también atendía en el sector privado, muy joven pero buenísima. Fue excelente, pero se notaba que ella tenía, se había capacitado, estaba actualizada. Fue la única que me trató súper bien en el sistema público y resulta que después se hace amiga mía y ella se sale del sistema público porque no podía más. O sea, le pagaban muy poco, los horarios eran muy extensos y la propia infraestructura ella no la tenía. O sea, si quería hacer un examen no tenía para eso, si quería, no sé, limpiar su su box que tampoco le llaman. Entonces todos esos factores y el ambiente laboral igual era muy tóxico. ¿Se enojaba la matrona con la enfermera, el doctor? Si el doctor decía algo, eso era ley. Entonces ya como que había una situación muy jerárquica, no donde el doctor mandaba y las demás solo aceptaban. Entonces por ese tipo de razones ella se sale y solo trabaja ahora en el sistema privado. ¿Entonces la única matrona muy buena en el sistema público finalmente se tuvo que ir por todas estas razones y al final no quedó, pues no quedó ella como una profesional buena, no? Entonces, ese tipo de razones fueron las que he podido percibir.

### **Madre Nativa**

Singleton: Sí, gracias. ¿Mi pregunta es de qué manera se puede decidir priorizar ciertas iniciativas de atención de salud en Madre Nativa? ¿Y por ejemplo, por qué y bajo qué criterios se privilegian iniciativas como partos, mar o lactancia? ¿Y podría darme algún ejemplo de eso? ¿Recuerda alguna experiencia ya cómo priorizar?

Entrevistada: Mira, de ser madre nativa. Y también desde mi experiencia personal, es que intentamos de lo que hemos percibido. Es como el problema cierto de las chicas o las mujeres, niñas, adolescentes, adultas que han venido a nosotras, siempre han venido ya con haber sufrido algún maltrato, violencia, negligencia y malos diagnósticos. Entonces han venido ya con un problema. Entonces nosotros percibimos el problema e intentamos de aceptarlo, de escucharlas, de conectar con ellas, de establecer una relación terapéutica igual de aceptación, cierto, aceptar el relato de cada una de ellas dependiendo cierto de lo que digan, aunque sea de qué profesional, si es que fue atendida pública o privada, si es que tiene o no recursos ciertos. ¿Hay que considerar eso, pero que no sea un estereotipo e intentemos ir un poquito más atrás, no, ya tenemos el problema y qué criterio podemos buscar? ¿Es como prevenirlo, cierto? Intentamos de prevenirlo y tanto en varias actividades como el activismo social, marchas. No sé, conversatorios, actividades fuera del hospital y mucho más de un contexto más particular. ¿Cierto, para que se vea, o sea, como que la población lo vea, visibilizar y que escuche y diga oye, si esto existe, esto pasa y esto es real, cierto? Entonces esto es como un punto intentar de hacer este activismo social para poder visibilizar el problema. ¿Que haya conciencia sobre el problema y también en el sentido de que, por ejemplo, la ley en leyes, la la ley Dominga, la ley Adriana, que es la que estamos nosotros más presentes en la actualidad, porque intentamos que sea una ley y es justamente una ley que va a proteger, no a protegernos de vivir violencia obstétrica o violencia obstétrica y muchas más aristas no? Pero principalmente eso. Entonces esta ley no solamente va a protegernos de la violencia obstétrica, sino va a prevenir otros factores que se desencadenan por consecuencia del sistema público, o sea los profesionales, o sea el mismo sistema y su estructura. Me hablabas de la lactancia. O sea, cómo es que si es que yo protejo a esta mujer de vivir violencia obstétrica y de que su parto sea respetado, o sea su ritmo, es que ella decide que sea un parto aymara que sea y que se respete cómo es que su lactancia puede ser más favorable. Cierto, porque ella se siente bien, parió bien, no le duele, se siente cuidada y resguardada. Entonces puedo generar un apego seguro con mi bebé, porque me siento bien, porque lo quiero, porque no relaciono parir con dolor, sino parir con lo logré si pude, entonces pues mi lactancia se vuelve más fluida, el acople se da mucho mejor, esta mamá está más nutrida, más cuidada. ¿Entonces la vida ya empieza de manera saludable, Cierto? Porque en la gestación este bebé se siente cuidado, cariñoso, protegido. Mi lactancia está super bien, entonces este bebé se alimenta bien, está nutrido su estómago, incluso ya está superbien. Yo me siento bien al darle de lactar. Mi útero se recupera porque la lactancia prolongada ayuda a que el útero regrese a su sitio, que mi cuerpo adelgaza la grasa que subió. Eso me hace sentir bien conmigo misma. Entonces ya empieza la vida desde otra, desde otra perspectiva de salud y no del problema. Entonces, este tipo de acciones intentamos de tanto visibilizar cómo prevenir, cierto, y también reparar cierto, porque existe un problema que no se repara en el sistema público, entonces te violentan y tú sigues siendo violentada en el siguiente control, etcétera Entonces la reparación que nosotras buscamos y que definimos como necesaria ayuda a cerrar ese ciclo de violencia, Cierto, al que tú te informes de de qué tienen que hacer contigo, de que te tienen que decir que no tienen que hacer con tu cuerpo, entonces tú ya te proteges, ya, pero al mismo tiempo ya te fuiste, ya fuiste violentada. ¿Entonces tienes que cerrar ese ciclo, cierto? Para que no te vuelva a pasar.



## Violencia Obstétrica

Singleton: Gracias. Y habla un poco sobre eso. ¿Pero cómo funciona la ley Adriana, en Chile? ¿Puede explicar un poco la ley?

Entrevistada: Adriana todavía está en proceso, por así decirlo. Aún no se ha aceptado del todo y no se ha generado, pues todo lo demás es cierto para ser inmersa en el sistema público y privado también. Sin embargo, te cuento que su creación ha generado mucha polémica. Sí, como que mucho, mucho susto, mucho miedo, mucho rechazo. De. ¿De quién? Del personal médico. O sea, de los ginecólogos, ginecólogos, matronas, matronas que principalmente son los que están relacionados con nuestra atención ginecológica. Entonces, el contrato. ¿Ellos han dicho que no? Esta ley no va. ¿Por qué? Porque va en contra de mi desarrollo como profesional. Entonces uno diría Pero si tú estás haciendo las cosas bien. ¿A quién le tienes miedo? ¿Cierto? Si tú estás atendiendo bien a tu paciente, esta ley no te va a hacer daño, por así decirlo. Pero ellos saben que están haciendo acciones violentas, que están utilizando maniobras que ya no se deben de usar, que están diciendo cosas que son falsas. Entonces se ven vulnerados ciertos derechos, como con esta ley. Entonces, cuando esta ley llega a distintos senadores para ser discutida, conversada, debatida, ellos se interponen. Así como que esta ley no debería ser esto no debería llamarse así y coger ciertos puntos de esta ley más sensibles para ciertas personas mucho más tradicionales, mucho más ortodoxas, con pensamiento mucho más, más cerrado, como que más rígido, y las ponen como que el universo en la información, como que la manipulan, no para que la gente o el Senado que tienen que votar a favor o en contra de que esta ley salga, duden. ¿Cierto, tú sabes, o sea, esa es una una forma, digámosle un arma, cierto? Para justamente hacer dudar a las personas, no de una ley que finalmente busca que toda la vida empiece en salud. Ciertamente que en todo mi desarrollo hablemos de gobiernos, que todos los ciudadanos, no todas las personas que nacen en este territorio, sean ciudadanos que se sienten seguros, que nacen bien, que se alimentan bien, que sus padres los cuidan bien. Entonces es como que se interponen. Y eso es como que diga en qué siglo estamos, en qué año estamos para que estas personas piensen aún así y se interpongan a una ley que finalmente busca la salud, Ciertamente, la salud y que se detenga la violencia. Más o menos así no hablamos de prevenir la violencia obstétrica. Hablamos de. De también poder respetar la decisión de las mujeres sobre su cuerpo, su autonomía. Hablamos de la separación de Salas no con muchísima más fuerza. De mujeres que estaban embarazadas. Deseaban estar embarazadas, pero su bebé murió. No por ciertas, ciertas razones. ¿Entonces esta mujer será protegida porque finalmente su bebé nació o murió en el parto, cierto? Entonces ella necesita vivir un duelo, necesita un espacio de calidad y no puede ser mezclada con mujeres que acaban de parir, por ejemplo, que están con un bebé vivo y ella tiene su bebé que murió. Entonces buscamos el respeto también y la dignidad a través de esta ley. También hablamos de la impunidad, o sea, de que esta ley tenga una propuesta más de resguardar. O sea, prevenimos, pero también qué hacemos con los que nos están violentando. ¿O sea, qué hacemos con ese ginecólogo que me lastimó? ¿Qué hacemos con esa

matrona que me causó un daño irreparable? No, que ahora no sé, ponte tú. Tengo un trauma, un estrés postraumático. Tengo miedo a parir. Me duele el cuerpo. Me cortaron. Cierto. Mal. Entonces. ¿Qué hacemos con estas personas? Estos profesionales, intentan también que sean como monitoreados, ciertos, monitoreados, alejados del sistema, etcétera.

Singleton: Claro, si nosotros hablamos sobre eso pero ¿Cómo ha sido la violencia ginecobstétrica en Arica y su impacto en la cultura aymara?

Entrevistada: Bueno, principalmente en el sistema público. Yo te podría decir que lo que hemos visto es la. Como la. En la invisibilización de que esta cultura de esta opción está esta tradición aymara. Existe cierto sistema. La estructura del sistema público medicalizado, pues rechaza estos conocimientos porque no son científicos, no porque la ciencia no lo avala. Entonces con esta, con esta idea, se va alejando y alejando mucho más estas tradiciones, estas tradiciones, estas costumbres muy valiosas cierto, que nos hacen sentir en comunidad, cierto con lo que nosotras o bueno, nosotros también hemos sido criados, hemos escuchado de nuestros abuelos, de nuestras abuelas, hemos visto en películas, nos lo han enseñado. Entonces ha relegado este conocimiento tan valioso, haciéndolo tan fuerte que nos hacen dudar de poder escoger un parto aymara, por ejemplo. No, porque bueno, no son conocimientos similares. O sea, si bien es que busca tanto la cultura o la cosmovisión andina y aymara. Salud, cierto. ¿Y el sistema hospitalario, digámoslo así también se supone no se con emergencia no se conjuntan, no se ponen en práctica ambos al mismo tiempo, cierto? Y es por estos factores, o sea, por la visión muy científica científica de que esto no tiene validez, de que estos son, simplemente, no sé, pensamientos o creencias. Entonces han hecho que. Este conocimiento se aisle, no sea poco accesible, ya las nuevas generaciones no lo conozcan, no sepan que esto existe y cómo hacerlo, que hacer o que no hacer. Entonces eso es como lo principal, o sea, es como el el. No sé, como en la cacería de las brujas me parece así. ¿O sea, aislaron y ocultaron tanto conocimiento valioso que finalmente queda como en el oscurantismo, no? Si, como en la. Como en la última parte. ¿Y eso, eso impacta, no? ¿Porque si tú tienes en esta región, por ejemplo, en este contexto, eh, abuelos, abuelas, con este origen, pues pasa como a no sentir de donde vienes también, no como tus orígenes no los vas a poder llevar a la práctica, no vas a poder decidir o experimentar lo que tu escuchaste, lo que te contaron, entonces ya te sacan de tu contexto y te llevan a su contexto, no en la forma de parir por ejemplo, que recuestan, no te prohíben moverte o alimentarte o tomar ciertas hierbas, no? Que si te permite y al contrario benefician a tu desarrollo.

## **Partos/ Representación Aymara**

Singleton: ¿Cómo es la representación de personas indígenas en Madre Nativa, o cómo responde a sus necesidades y normas?

Entrevistada: Bueno, una de las visiones que tienen madre nativa es la interculturalidad. Cierto que es pues reconocer que somos un territorio más allá de un país. Cierto un territorio pues, multicultural, cierto. Y dentro de todas esas culturas está la aymara, cierto quechua y diversas otras. Entonces reconocerlas es como la intención. Respetarlas también. Y también desde nuestro conocimiento seguir rescatando estos saberes. Cierto. A veces trabajamos con parteras, con. Este con mujeres más sabias que nosotras que pueden finalmente compartir sus conocimientos y que las mujeres, las adolescentes, las niñas también se lo digan. O esto existe o esto siempre existió, pero no me lo enseñaron. Entonces volver a rescatar esta información y valorarla, no dudar de ella. Cierto, porque ejemplos así yo te digo que ese ese mate te hace bien para los cólicos menstruales y tú nunca has tomado mates y siempre has tomado pastillas y tu doctor te dijo que se mate no sirve, entonces tu cuerpo no lo va a asimilar igual, o sea, no va a creer en esa medicina natural que finalmente no tiene efectos negativos y no solamente positivos en tu cuerpo y también es un conocimiento ancestral. Entonces ahí es donde, pues ya no vas a creer en lo que se te dice, no en lo que escuchaste de tu abuela o de tu amiga o de tu mamá. Entonces intentamos volver a validar esta información para que llegue a las personas que lo necesitan, no dentro de nuestro libro. Por ejemplo, el libro que tenemos de los relatos. También tenemos la experiencia de una mujer que decidió tener un parto aymara y la incluimos dentro de estos relatos para que igual pueda visibilizar su experiencia. ¿Yo también decidí tener un parto aymara, pero como me tocó parir en pandemia y como que cancelaron todo, dijeron no, eso no, no se va a poder hacer ahora porque estamos en contingencia con el joven 19 y la partera justamente es viejita, o sea, es adulta, entonces era como una persona de como le dicen de alto riesgo, cierto? Entonces no, no le pudieron, o sea, nos negaron poder acceder a ese derecho, o sea, eso también lo intentamos reflejar en el libro o en las conversaciones que tenemos, los talleres que realizamos e invitamos a estas mujeres que saben muchísimo más que nosotras.

Singleton: ¿Cómo fue el apoyo para buscar los recursos para un parto aymara? O, ¿inmediatamente fue terminado porque COVID?

Entrevistada: Por eso te traje este libro. ¿Cuándo voy a llamar la atención en el fan me dan este libro? ¿Y me dicen bueno, tú aquí hay mucha información, no? Míralo con calma y ya. Y empezamos a verlo junto a mi, a mi pareja. Entonces en algún punto hablaba del parto y yo dije mira qué interesante. ¿Y hablaba del parto aymara, no? ¿Entonces a la siguiente cita le pregunto a la matrona y le digo cómo es eso del parto aymara? ¿No es que uno puede decidir, porque igual había habido en las últimas generaciones mucha desconexión y mucho desconocimiento sobre lo que es el parto, como hasta que te toca estar embarazada y dices ah, cómo es esto cierto? Porque culturalmente nos han alejado de este proceso tan cotidiano que era antes, no antes. Se paraba en la casa y mucho más en Perú. O sea, uno mi suegra que tiene 67 años. Ella y sus hermanas, que eran muchas mujeres, parieron en casa. No venía la partera. Y parecían en casa cómo se sentían, como en la posición que se querían poner. ¿Entonces eso era cotidiano, hasta que el sistema

de salud pública instaure que todos tienen que ir al hospital, ¿cierto? Y ahí nos alejan de esa experiencia de ver cómo es parir, de escuchar. ¿Entonces yo que tengo 27 años, no lo había visto ya, mi mamá ya parió en el hospital terriblemente, quedó traumada y yo tenía esa misma experiencia, no porque era la mujer que me daba esa información y mis amigas jóvenes también también habían parido en el hospital, entonces yo ya no escuchaba esos comentarios de parir en casa de con tus tradiciones, ¿no? Entonces eso impacta en lo que yo sabía, pero igual le pregunté a la matrona y me dijo si tú puedes acceder es el parto, pero hay que ir viendo porque si tu parto. Si tu parto mira aquí. Exacto. Y sólo hay un pedacito en todo este libro que habla del parto de. Y ese es el material que te dan a todas las embarazadas en el sistema público.

Singleton: Sí, de casi 100 páginas.

Entrevistada: Y solo un pedacito. Habla del parto final. ¿Entonces qué me decía la matrona? Me dijo de que. Pero vamos con calma, me dijo, porque yo había tenido antes ese embarazo, había tenido una pérdida ya. Entonces me dijo No, porque tú ya has tenido una pérdida y quizás no vas a poder este no sé, parir así. Entonces me asustó, me generó miedo. Y ese miedo pues genera que tú te pongas. O sea que tus niveles, o sea tanto tus neurotransmisores, tus hormonas, se pongan en alerta y dudes. O sea, si ella que sabe cierto, me dice que quizás yo no puedo parir así, entonces yo dudo de mi cuerpo, de mi capacidad y también me da miedo. Pero aún así yo igual dices sí, porque yo no sabía lo que hacía, entonces me dijo eso ya. Entonces en ese punto igual había como que toco poco ayuda del sistema público para promover el parto de esa forma. ¿Había una nada más, una partera que venía y como te digo, como era adulta no la pudo finalmente vernos a todas las que habíamos decidido, ¿no? Cuando ya logró ir al hospital y parir, él sabía sólo como una salita. En ese tiempo te hablo del 2020, en ese tiempo había como un cuartito así oscuro, como que con polvo, y se supone que ese espacio pequeño te daban para parir. Entonces tú veías eso y decías no, yo no quiero, no, y ya te retractaba.

### **Anexo E: Entrevista con trabajadora de Servicios de Salud en Arica de Salud Mental**

*El 10 de Mayo, me reuní con la entrevistada en su casa. Nosotros nos sentamos en su sala de vivir con las luces suaves y su perro sentado a mi lado. La entrevistada trabaja para el Servicio de Salud en Arica en el departamento de salud mental. Ella llevaba ropa casual con elegante joyería. La casa estaba tranquila.*

#### **Salud en general**

Singleton: *¿Cuál es su definición de salud en general?*

Entrevistada: Es que salud se considera como no solamente la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar de la persona, ya que implica su capacidad de vivir en comunidad, de desarrollarse, de tener las potencialidades para poder participar dentro del sistema social, digamos.

Singleton: Perfecto, gracias. Y, mi segunda pregunta es, *¿cómo le parece que la salud funciona en Arica?*

Entrevistada: Hay dos sistemas de salud: el sistema de salud pública y el sistema de salud privado. El sistema de salud pública abarca a la mayoría de la población de Arica y Parinacota. Alrededor del 90% de la población. Somos del sistema público de salud, Somos Fonasa y aproximadamente un diez. Un 12% creo que anda por ahí. El porcentaje son ISAPRE y tienen un seguro privado de salud. El sistema público de salud bonifica tanto las atenciones dentro del sistema como yo puedo ir a un médico particular y pagar con un bono de atención con una orden por la cual me atiende el médico privado igual. O sea, por ejemplo yo voy a traumatólogo particular, voy a médicos particulares y me atienden con mi bono Fonasa Igual y dentro del sistema público uno tiene una atención gratuita para todos los niveles de Fonasa, o sea Fonasa, AB o de baja. Y el tema es que claro, como somos como la mayoría de la población se atiende por Fonasa, es más difícil encontrar horas y disponibilidad de atención porque los especialistas no alcanzan a ser suficientes para la gran demanda de atención que hay ya. Entonces tenemos una oferta limitada y una cantidad muy grande de personas que necesitan la atención de Fonasa, pero si uno necesita una atención de urgencia o me tengo que hospitalizar por algo grave, yo me atendería en el hospital, porque creo que el hospital y el sistema público de salud es mejor que el sistema privado en Arica.

## **El Servicio de Salud en Arica**

Singleton: Si, gracias. *¿Y, cómo funciona el Servicio de Salud en Arica?*

Entrevistada: Si el servicio de salud es un organismo público descentralizado porque tiene su propia orgánica, acá no, pero sin embargo todas las orientaciones técnicas vienen desde el Ministerio de Salud y es el ministerio el que nos entrega los lineamientos a través de los cuales funcionan los distintos programas de salud. El rol del servicio de salud en Arica es ser gestor de red, es decir, nuestra directora es quien dirige y coordina la Red Asistencial de Arica, la atención primaria, la atención de especialidad ambulatoria y la atención terciaria de hospitalización. Entonces ella tiene que coordinar estos tres niveles de atención que constituyen el sistema público de salud y velar por dar una atención adecuada de salud. Ahora, el sistema del servicio de salud funciona a través de tres sub direcciones, ya que está la Subdirección de Recursos Humanos, que en el fondo es quien vela por todo lo que es la carrera. Funcionaria, el pago de las remuneraciones, las contrataciones, los despidos, todo lo que tiene que ver con las personas que trabajamos en el servicio de salud funciona a través de esta Subdirección. Después está la Subdirección Administrativa, que ve todo lo que es la infraestructura, las compras, las necesidades que hay de equipamiento. Todo eso lo ve esta Subdirección Administrativa y está la Subdirección de Gestión Asistencial, donde trabajo yo, y es que es están todos los programas de salud, entonces ahí están los programas de salud tanto general como por ejemplo el programa de cáncer, tuberculosis, infancia, Adulto mayor, discapacidad, todo lo que es la información y la gestión de salud, más el tema de las de salud mental, que es lo que en lo que yo trabajo, yo trabajo en el área de salud mental. Si yo.

Singleton: Y, en su opinión, ¿qué necesita mejorar para tener un sistema más efectivo en el Servicio de Salud en Arica?

Entrevistada: No, es mejor tener más CESFAM. Por lo menos tres más y probablemente dos o tres centros más de salud mental. Y a lo mejor un centro de que se está trabajando en ese proyecto, que es tener un centro de atención ambulatoria, ya otro centro más que permita dar una mejor atención. La dificultad está en que muchos especialistas no se quieren venir a Arica porque como está lejos de la zona central y Santiago concentra como, como las universidades, los estudios, los cursos, todo eso, la gente, los profesionales que salen, por ejemplo, médicos ya especialistas, quieren quedarse en Santiago, en la zona central y cuesta que se vengán a Arica, pese a que Arica les paga la formación.

Singleton: Sí, gracias. Y yo sé que hay casi 80 porcentaje de la población con el sistema público, pero el sistema público solo tiene 40 porcentaje de los médicos. ¿Sabe algo sobre este, como la división o distribución?

Entrevistada: Probablemente en Chile, porque muchos médicos prefieren trabajar en el sistema privado porque les paga más, porque ganan más dinero y cobran particular y a las personas después les modifican sus seguros particulares. Probablemente pueda ser una razón, pero hay muchos médicos en Arica, por lo menos no es así, eh? Muchos médicos trabajan en el sistema público, ya la mayoría de los especialistas trabajan en el sistema público y además trabaja en consulta particular. Pero no sé, los cardiólogos, los psiquiatras, la mayoría, trabajan en el sistema público. Creo que hay. Un psiquiatra o dos que trabajan privados. Los demás trabajan todos en el sistema público y muchos también probablemente optan porque trabajan en sistema privado, porque no tienen que hacer turnos y pueden tener una vida familiar más tranquila.

## **Salud Mental**

Singleton: Gracias. Y, mi entendimiento de la salud mental acá en Arica solo empezó a recibir atención recientemente. ¿Es correcto? Y si es correcto, ¿qué cambia para priorizar la salud mental?

Entrevistada: La salud mental médica comienza a desarrollarse alrededor del año 95 y empiezan a integrarse los primeros psicólogos al CESFAM. Ya, pero ya existía desde el año 80 y tantos 80 la Unidad de Hospitalización en el Hospital de Psiquiatría. Bien, o sea, yo creo que lleva alrededor de 40 años por lo menos. Salud mental en Arica ya y en el modelo más comunitario hace 25 años aproximadamente ya, porque desde el año más hasta el año 90, con la vuelta a la democracia en Chile, ya se empiezan a inyectar recursos en salud mental ya, y cambiando el paradigma desde un hospital psiquiátrico, a instalar la salud mental en los centros comunitarios de salud mental. Acá en Arica hay dos centros de salud mental y estamos en proyecto de tener otro centro más pronto, pero por lo menos yo trabajo hace 15 años en Arica y llegué cuando ya había comenzado. No

es reciente, ya es por lo menos tiene la atención de salud mental, así como como ampliamente en el sistema público, más de 20 años, 25.

Singleton: Y, ahora, ¿cómo cambia la reacción de las personas en Arica a este esfuerzo de salud mental? ¿Hay un estigma al hablar sobre salud mental?

Entrevistada: Yo creo que cada vez es menos el estigma ya, porque no sé si te acuerdas cuando hicimos la clase de salud mental, yo hice la clase de salud mental cuando hicimos ahí en la universidad, sí, fui a hacer yo la clase ya, y en esa clase uno ve que en el fondo cuando uno mira la prevalencia de trastornos de salud mental en Chile es alta, es alrededor de uno de cada cuatro personas, tiene un problema o un trastorno de salud mental. Por lo tanto, el estigma cada vez es menos porque va disminuyendo en la medida que se va hablando más de salud mental y que las personas aceptan que la salud mental es parte de la salud general. Ya la Organización Mundial de la Salud o es OMS, ya plantea que planteaba un eslogan que decía que no hay salud sin salud mental, porque yo podría estar físicamente muy bien, tener mi hígado bien, mi estómago bien y mi cabeza bien, pero si yo estoy triste, la vida no es igual y no la disfruto de la misma manera y no tengo ánimo para hacer las cosas que debo hacer. Entonces la salud mental se ha ido como como uniendo a la salud general. No es. No es una cosa de salud física, salud mental debería ser parte de lo mismo.

## **El rol del gobierno en salud**

Singleton: Entiendo, gracias. ¿De qué manera se puede decidir priorizar ciertos programas de atención de salud? Por ejemplo, ¿por qué y bajo qué criterios se privilegian iniciativas como partos aymara o lactancia? ¿podría darme algún ejemplo de esto, o recuerda alguna experiencia?

Entrevistada: Base que por ejemplo, depende de las priorización que se den a nivel de política pública, de gobierno ya actualmente, por ejemplo, entre las prioridades que están de salud, ya la primera prioridad es la lista de espera, es decir, que las personas no tengan que esperar mucho tiempo para su atención. En salud ya la segunda prioridad es la salud mental. En este gobierno nunca había sido prioridad, pero de las tres prioridades que hay, salud mental es la segunda prioridad. Y la tercera prioridad tiene que ver con el régimen de salud universal. Esto de alguna manera te. Tener un solo sistema de salud. Y no hay aquí un sistema privado y un sistema público. Entonces esa es la tercera prioridad del gobierno actual. Entonces depende mucho de las prioridades políticas del gobierno donde se pongan los recursos. Actualmente se está priorizando la salud mental, porque después de la pandemia nosotros vemos aumentado el doble el ingreso de personas a los programas de salud mental. Entonces hay una brecha entre la oferta y la demanda, porque hay mucha más demanda que antes. Entonces eso significa que necesitamos tener más recursos. Y como hay una priorización por parte del gobierno que el presidente, por ejemplo, dice ya, yo quiero que o estimemos que salud mental es importante. Entonces asigna más recursos. Ahora,

en el tema intercultural también es un tema que es importante y ha sido priorizada aproximadamente. Yo diría que como desde el año 2005, de ahí en adelante ha tenido mucha más priorización. Ya lo del parto aymara partió alrededor del 2007 y 2008, ya se trabajaba en el tema de parto aymara en Arica e incluso hubo unas. No sé si todavía funciona, pero había una sala en el hospital que es una sala de parto aymara, y trabajan con usuyiri, ya que ayudan a las mujeres que optan por el sistema de parto aymara. Entonces se favorece también que una persona que tenga una cultura aymara pueda tener su hijo de acuerdo a lo que ella desea y se apoya en ese, en ese sistema. Madre que va a tener un hijo. Ya existen dentro del hospital, ya existen facilitadores interculturales para aquellas personas que no hablan, por ejemplo español o castellano, para que puedan ellos traducir y acompañarlos en las consultas. Entonces yo sé que antes no sé si todavía hoy no lo tengo claro. En los CESFAM también había facilitadores interculturales. Yo me acuerdo que en el San Víctor de Soto trabajaba una Gullit y que trabajaba con todo lo que es como medicina aymara, y yo me acuerdo haber ido una vez con ella y me ayudó con Yo tenía muchas contracturas y problemas y ella me ayudó en este tema. Entonces ella tiene unas manos maravillosas para hacer masajes. Entonces existen facilitadores interculturales y un ejemplo, por ejemplo nosotros actualmente existe una patología que es la patología de demencia o Alzheimer y otras demencias, mejor dicho. Y esta patología es que tiene una garantía de salud explícita, de salud, que es lo que se llama garantía explícita de salud. Y esa garantía, por ejemplo, permite que las personas tengan tratamiento, acceso a controles con médico, diagnósticos, evaluaciones gratuitas. Y hace poquito, ahora, a fines de abril, viajó un médico geriatra que trabaja con nosotros en el programa de Demencia. Fue a Putra y trabajó con tantos médicos como se podría decir occidentales. Los médicos como los conocemos, médicos generales de la CESFAM de Putre, ya con el equipo de CESFAM y también con los médicos aymaras.

Singleton: Sí, gracias. Y cuando dijo que depende del gobierno, ¿qué parte del gobierno, Ministerio de Salud o el presidente o otro?

Entrevistada: Desde el presidente, el presidente fija la con su equipo, me imagino fija las prioridades de salud y el Ministerio de Salud es el encargado de llevar a cabo esos planes. Entonces, por ejemplo, en el programa de gobierno del Presidente está bien la LA como el tema de instalar por ejemplo, nuevos centros de salud mental, de mejorar, de tener más centros de demencia en el país, de tener por ejemplo, de sacar la ley, por ejemplo. Y esta ley implica que también hay atención para las personas que tienen trastorno del espectro autista. Entonces eso te va dando las prioridades.

### **Impacto de las leyes sobre inclusión cultural**

Singleton: Sí, entiendo. Sé que hay una ley que establece el derecho de la gente indígena recibir atención apropiada culturalmente en 2012, ¿Cómo fue esta transición de inclusión? ¿podría darme algún ejemplo de esto, o recuerda alguna experiencia de los primeros cambios?



Entrevistada: Lo primero que se hizo fue capacitar a los equipos en todo el tema intercultural. Nosotros tuvimos altas capacitaciones que venían un equipo de salud intercultural a capacitar a los funcionarios de salud, por lo menos en salud mental, y postulamos capacitaciones en que venían a capacitarnos sobre todo lo que significaba el tema intercultural, principalmente en nuestro caso aymara, porque acá hay muchos más aymaras que mapuches, por ejemplo, probablemente en Temuco o en otras ciudades era más importante el tema mapuche y a partir de eso nosotros tenemos la experiencia de que tenemos un yatiri ya dono mero Altina, que trabaja en los centros de salud mental. Entonces él lleva varios años trabajando con nosotros y atiende a aquellas personas que requieren atención intercultural, o sea de la medicina aymara, y él trabaja con su hoja de coca, trabaja con su con sus propias formas de medicina tradicional y se integra con el equipo del Centro de Salud Mental. Entonces, la idea es que aquellas personas que requieren una medicina basada en el modelo intercultural la tengan.

Singleton: Gracias. ¿Cómo ha sido el impacto del Servicio de Salud en Arica en la cultura aymara? Y, ¿cómo es el recibimiento de la comunidad Aymara?

Entrevistada: Mmmm, no lo sé, no tengo tanta información porque yo no trabajo en el programa. Hay una trabajadora social que está a cargo del Programa de Pueblos Indígenas y ella probablemente puede saber más que yo de este tema, ya que yo tengo como en el spam de cutre, que es donde está la mayoría, no la mayoría, pero hay muchas personas de etnia aymara y ahí trabajan médicos occidentales, digamos medicina y también médicos tradicionales que son kuwaití o yatiris, ya que están que trabajan también con las personas. Entonces hay rondas que se hacen, que son rondas en las cuales va tanto el médico tradicional como el médico occidental, digamos, como el médico que trabaja, que estudia en la universidad. En general yo creo que hay personas que aceptan la medicina occidental y hay otras personas que no creen en la medicina occidental y que consideran que la enfermedad, por ejemplo, en el caso de salud mental, puede obedecer a un tema del ánimo como ellos lo nombran, o de alguna cerradura de tierra. Tienen algunos tipos de enfermedades que son propios de la cultura aymara. Si deja de molestar.

Singleton: ¿Se han incorporado y capacitado a médicos en la atención dirigida a la población aymara?

Entrevistada: Que está dirigida y dirigida a la población aymara, dirigida a la población aymara. Ya mira cuando se hicieron las orientaciones técnicas para trabajar en salud mental con enfoque intercultural, participaron y participamos, por ejemplo personas de acá de Arica y participaron médicos también. Ya entonces yo te puedo mandar si quieres al correo esos documentos mañana ya porque hay y en el fondo se capacitaron a los médicos, participaron en las capacitaciones que te cuento yo sobre cultura aymara y interculturalidad e fueron capacitados en este tema y de hecho ellos respetan por lo menos los médicos que

trabajan en salud mental, en los centros de salud mental que dependen del servicio, consideran importante la participación del yatiri que trabaja con nosotros en estos centros.

Singleton: Sí, gracias. Y mi última pregunta es, ¿De acuerdo a que medidas y/o necesidades de la cultura aymara dio origen al programa?

Entrevistada: Porque hay funcionarios que son de etnia aymara y varios muchos funcionarios nuestros que trabajan que son de origen aymara. Hay además las necesidades de la población, porque si nosotros queremos que las personas accedan al sistema de salud, tenemos que considerar sus propias necesidades y las diferencias que ellos ven. O sea, yo no les puedo imponer un modelo de salud que es occidental y que va y que no van a entender. Entonces, el hecho de que ellos hayan luchado por tener de alguna manera un sistema de salud que los represente, ya ha hecho que el servicio de salud también considere la presencia de los médicos aymaras, que se los capacite, que también participen en las rondas junto con los médicos occidentales o no sé cómo se diría, pero como que vienen de la universidad, digamos ya perfecto.

#### **Anexo F: Entrevista con madre aymara que dio a luz hace dos meses**

*La entrevistada es una madre aymara que dio a luz en Arica hace dos meses. La entrevistada vive en Putre, y por eso nosotras hicimos la entrevista por teléfono. Mientras hablamos, ella cuidaba su guagua.*

#### **Salud en general**

Singleton: Mi primera pregunta es *¿para usted, qué es la salud y por qué?*

Entrevistada: Para mí la salud es el tema de cuidar el cuerpo físicamente y mentalmente también.

Singleton: Sí. Gracias. *¿Y cuál es su definición de atención culturalmente inclusiva?*

Entrevistada: Y para mí la atención inclusiva tiene que ver con todas las diferentes. De edad, de género, de etnia, de familia. Núcleo familiar. Escolarización. También la inclusión tiene que ver no solamente laboral, sino también social y educación.

Singleton: Muchas gracias. *Y ¿podría darme un ejemplo de atención culturalmente inclusiva buena o mala? ¿Cuál es la más prevalece y por qué?*

Entrevistada: Y la atención de la salud y la educación. Escolarizar a niños y jóvenes. Y la de salud para brindar también apoyó el tema de los cuidados y prevención de una enfermedad de un resfriado. Para el crecimiento también y el bienestar de las personas.

#### **Experiencia de parto**

**Singleton:** *¿Cómo prefirió dar a luz? Explíqueme el proceso y cómo este se vio afectado (positiva o negativamente) por la atención de salud.*

**Entrevistada:** Prefiere que fuera a lo natural, como decía en el hospital. Yo estuve por el hospital, pero tuve parto normal. Parto sin punto. Parto normal como se dio. Pedí la anestesia porque cada vez que venía lo hacía. No hay esos dolores de las contracciones. Pedí la anestesia. Pero fue todo normal, sabiendo que había en el parto aymara también, pero no quise tomarlo como opción, sino que quise tener el resguardo porque para mí era nuevo igual. ¿Cuál? A medida que tuve el parto normal fui al hospital y no tuve complicaciones. El bebé nació bien y estuve los días con maternidad, que fueron dos los cuidados. Eso sí, yo ya sabía cómo iba a venir mi hijo. Mi hijo nació con fisura labio palatina. Entonces, ya después de que nació, vinieron varias intervenciones de profesionales y vinieron médicos, enfermeras, la matrona, dos ginecólogos y sacaron la ecografía. También vieron el tema de cómo se estaba alimentando, pero dentro de todo fue un buen parto porque mi recuperación fue dentro de todo. Bien, bien, fue sin complicaciones.

**Singleton:** *¿Antes de dar a luz, cuál era su conocimiento de los procesos de parto?*

**Entrevistada:** Antes de dar a luz ya sabía que estaba en la cesárea. Ya estaba el parto normal y al principio es como mi primer hijo, entonces mi primer embarazo pensé que la cesárea iba a ser, se podía elegir pero pero no, me dijeron que todo tiene que ser natural. Yo decía por temas de si podía venirme con una complicación, con el cordón amarrado al cuello, falta de oxígeno y quería una cesárea, pero me decían que no tenía que ser lo más natural posible. Y ahí yo me di cuenta después, yendo al ginecólogo, que tomar e que fuera un parto lo más posible si es que se podía y al al pasar ese momento y me di cuenta de que el parto, el cuerpo se recupera mucho más que una cesárea. Así que con eso tuve tranquila el hecho de que mi bebé nació bien y la intervención de todos los puntos de salud que me acompañaron en pabellón. Y esto estuvo bien. De hecho aprendí bastante, aprendí bastante de cómo son los cuidados, de cómo también el bebé, de la fisiología, de cómo viene el bebé y todo eso.

## **Parto aymara**

**Singleton:** Sí, gracias. *¿Y cómo es tu opinión sobre los partos aymara?*

**Entrevistada:** Ayer empezaron los partos y yo soy aymara. Entonces igual yo. Yo estaba. Yo estaba viendo mi embarazo en un sofá, en un centro de atención de salud, en un pueblo, porque yo soy profesora rural. Entonces yo trabajo en un pueblo cerca de Putre que es de la región y el tema es que me voy hasta los siete meses, siete meses y medio después tuve que venirme a la ciudad porque como ya no podía estar subiendo porque ya por aquí tenía embarazo más avanzado, porque yo pasar viajando, subir, entonces ya no, no, no viajaba Putre, pero ahí en ese afán me decía de que el tema de estaba la opción del parto aymara, que está sentada en cuclillas y que iba a estar la partera, que iba a estar conmigo apoyándome en la preparación antes de la preparación, antes del parto, o sea parte primaria y ya

después el tema de los cuidados. Pero no, no tomé esa opción y yo considero que es buena por el tema de que es natural y también es parte de como culturalmente preservar también las costumbres tradicionales, de cómo las mujeres antes tenían a sus bebés, que tampoco hay ninguna intervención de anestesia tampoco. No hay nada de que sea con muchos profesionales, sino que algo también en un lugar tranquilo, un lugar que alguien te acompañe, un lugar que donde sea, de manera tranquila, donde uno se siente que. Que es como recordar la familia. Recordar como mis abuelos tuvieron a mi tío o mi bisabuelo a mi familia en general, porque es como recordar como es de una manera tradicional. Pero igual me han dicho de que igual es un poco doloroso, pero al final de cuentas hay que tener, decían, hay que tener cuidado, me decía el matron del pueblo, porque es una opción, pero también se puede complicar porque uno tiene que tener una urgencia. Hay que ver cómo reacciona porque también lo puede tener en casa con la partera. Y también estaba la opción de tener lo mismo pero en el hospital. Pero no, no tuve la cosa. No, no elegí esa opción, así que no, no la experimenté. Me da curiosidad, pero como era mi primer hijo, no, no, no decidí esa opción. Decidí algo más seguro para mí yo como persona. Sentirme segura para hacer, para experimentar un parto por primera vez en el hospital de manera natural, o sea de manera normal el parto. Pero he escuchado relatos de que el parto teniéndolo por. Y a la aymara tener mucha fuerza, mucha fuerza, porque él empuja el tema del bebé, el tema del vínculo que se crea en ese momento es hermoso.

### **Experiencia en el sistema de salud pública**

Singleton: Sí, entiendo. Gracias. *¿Y cómo fue su experiencia al buscar información sobre su proceso de parto y el apoyo que quería?*

Entrevistada: Mi proceso fue investigué igual por el hecho de que yo quería al principio necesaria, pensando en que se podía complicar por el hecho de que yo sabía que a las 22 semanas, al saber el género de mi bebé esa, supe que venía con con una fisura en el labio, en el paladar abierto, en la fisura labio palatina. Entonces yo quería una cesárea pensando que se iba a complicar y que no se podía tener un problema o algo. Quería una cesárea, pero a mí me dijeron que con el tiempo no era necesario, sino que eso es un detalle, que es como que nació así, pero se puede arreglar con cirugía. Entonces qué mejor era el parto normal y a lo que él naciera después lo demás que si se complicaba la cesárea, entonces ahí la contención, el hecho de que alguien me acompañara a entrar conmigo a la sala de partos, mi hermana me acompañó, me hizo contención emocional. Fue bueno el trato de la doctora y la y la enfermera estuvieron conmigo apoyándome hasta que el bebé nació y al principio estaba nerviosa por las contracciones. El dolor entonces era como para mí, era nuevo. Entonces el hecho de que estuvieron ahí, buena la atención y pude dar a luz testigo como que ya se había acabado el proceso de dolor, porque el dolor sí sé que es bastante fuerte. De hecho la anestesia se me estaba pasando y quería otra anestesia, pero habían muchas mujeres que estaban dando la etapa de maternidad.

Singleton: ¿Ah, sí? Gracias. *¿Y cómo fue su relación con los médicos que ayudaron?*

Entrevistada: Mi relación fue. Fue un buen trato. Fue un buen trato con los profesionales. Sino que como había muchas mujeres, otras mamás que estaban dando estaban ya listas para dar a luz. Estaban todo apurados, muy apurados, que había un momento de que se puso a llorar. Y ahora si, como decía, había un momento en que como había muchas mujeres que ingresaban. Los profesores estaban como todo apurado. Era la atención. Así todo rápido. Eso sí, atendían bien, pero había momentos de que. Había otras camillas, había otras mujeres y había había mujeres que el dolor era tan fuerte que no cómo que no lo controlaba mucho. El hecho de gritar, el hecho de llorar mucho o el vomitar. Entonces, a veces los profesionales que le atendían le decían que no fuera exagerada, le decían cosas y decían cálmate. Entonces decía que el trato no era tan bueno, dependiendo como uno reaccionara pues las contracciones es igual. Me preocupo porque al final de cuentas todos somos personas. Y eso es porque era como que el día a día entre más personas que atienden era como así también el estrés de ellos, estar así apurado. Todo eso me di cuenta.

Singleton: Sí, y lo siento. Probablemente habló sobre eso, pero para clarificación, este era en Arica?

Entrevistada: Sí, en Arica porque el CESFAM que es como un centro de atención de salud, pero para cosas básicas. No, no hay ahí para para el embarazo, para seguir, para dar a luz, es oportuno, no hay. E El tema de mi parto aymara si está en la opción si uno lo quiere tomar ahí para tomarlo en el pueblo o tomarlo en el hospital. También me dijeron que hay una sala especial estigmatizadas como para ambientar y que uno no tuviera como parto aymara. Pero no tomé esa opción, no tomé el parto normal y en el hospital.

Singleton: Y, *¿quiénes eran las personas en la sala? Sola matrona?*

Entrevistada: A mí me dijeron que estaba la partera, que es como una matrona. Y ella acompaña. O sea. A mí me dijeron que son dos. Son dos. Hay una que está. Que te está ayudando, que te está yendo con las manos en la fuerza y otra partera, que otra matrona que está abajo con un aguayo sosteniendo que le salga si uno lo quiere hacer de cuclillas, media, sentada, con las piernas abiertas o el otro está medio acostada en la cama con dos parteras que son matronas. Aunque una enfermera a otra es matrona, pero así le llaman las parteras o una persona que sepa de la cultura y que sepa bastante de eso, ya está acompañando. Así me describieron a mí porque como estaba en un trabajo en el pueblo, había una apoderada que me decía eso y lo hacían así. Y después con los cuidados, con la yerba tradicional, las agüitas de hierba, tomársela para el cuidado de la recuperación, todo ese tema.

## **Respuestas a las necesidades de la mujer**

Singleton: *¿Ah, y cómo fue la atención a cualquiera de sus necesidades desde una perspectiva de pertenencia cultural?*

Entrevistada: Mi atención fue normalmente cordial. Había momentos en que sí, que la atención era como que igual me decían ya hay que aguantar el dolor. Era como que estaban. Me decían que aparte de las contracciones. Bueno, yo entiendo el trabajo de los profesionales a lo que estaban, como todo apurados también, pero dentro de todo fue buena, porque cada dolor que yo tuve, cada preocupación, algo que me de una duda, me atendía, me respondía las preguntas. Y el tema de. Ya después, cuando estaba ya en maternidad, ya lo tenía conmigo y me preguntaban si yo pertenecía a una etnia. También me di cuenta de que había otras mujeres que eran y que eran de otra nacionalidad. Entonces también había mucha diversidad y maternidad, mujeres que eran de Bolivia, de Perú, y me tocó compartir una sala de tres, que había una chica peruana y una señora boliviana, entonces también era aymaras, pero eran de diferentes nacionalidades y siempre preguntan ahí cuando tienen los datos, la información, el nombre, el nombre de la mamá, la familia, el grupo sanguíneo, la salud. El tema es si pertenezco a un pueblo, entonces dentro de todo está bien la atención se podría mejorar quizá un poco el hecho de de como es el trato un poco de los profesionales de salud a los pacientes cuando cuando la mujer está ya lista para dar a luz, porque la mujer a veces está como muy sensible el tema, muy sensible al cuerpo. Sí, pero dentro de todo. Bien.

Singleton: Bien. Y mi última pregunta es *¿Hasta qué punto sentiste que tenías poder sobre tu proceso de parto?*

Entrevistada: Sí, yo soy el tipo era hasta. Hasta que. Hasta que un momento que tenía siete de contracciones para que el bebé nazca con diez minutos. Yo cuando pedí la anestesia porque el cuerpo me dolía demasiado, demasiado, demasiado. No toleraba tanto el dolor físico porque estaba dilatando mucho, muy rápido. Yo entré con uno, pero a mí se me rompió la bolsa. Entonces empezó a avanzar rápido el hecho de las contracciones más fuertes. Se. Yo me dolía tanto que yo dije ya con esto no aguanto más la anestesia y el hecho de que cuando entré a la sala de parto en un momento me costó que el cual quería estaba como saliendo, pero me costó que sacara toda la cabeza. Entonces había un doctor ahí me acordé, estaba la doctora, estaba la enfermera, estaba mi hermana acompañando y el doctor me hizo presión en el estómago para qué, para que saliera. Y ahí me di cuenta de que si no me hacían esa presión yo no podía más. No podía más, porque dicen que el primer embarazo del cuerpo cuesta que se dilate tanto para que el bebé salga. Ahí me di cuenta de que mi cuerpo ya estaba muy cansado para hacer fuerza. Me costó, eso sí, y eso que estaba preparada para hacer la presión entre el respirar, inhalar y exhalar. Mentalmente estaba preparada para que el dolor fuera, fuera momentáneo, pero ayudar que saliera el bebé estaba preparada mentalmente, pero había un momento en que lo físico me superó y me dolió, me dolía mucho el cuerpo, pero después ya después de eso, ver que cuando nace hermoso el proceso de verlo a 1,1 mismo, el bebé es hermoso. Porque quizás uno puede decir muchas

cosas de de los partos aymaras y lo que se practican actualmente, pero está la opción que se les da a las mujeres de elegir para que se sientan cómodas si quieren hacerlo y aymara o quieren parto normal, o si es que su cuerpo también por temas de una enfermedad, algo hereditario o problema de salud que pasó en el embarazo, mejor por una cesárea, pero está la opción y eso nos da también la libertad de elegir también, y como nos sentimos identificadas de que no nos imponen, también podemos elegir el de la parto. Aymar a mi me lo avivé, no me lo nombraron en su momento, me dijeron que estaba la opción, había un acompañamiento y es antes del parto. Es como en el 7.º mes que ya la partera hace el acompañamiento. Entonces está bastante bien eso.