

LA INSURRECCIÓN DE LOS SABERES



**ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE
SALUD MATERNA E INTERCULTURAL
EN LOS MUNICIPIOS DE VIACHA,
PUGARANI Y EL ALTO DEL
DEPARTAMENTO DE LA PAZ**

LA INSURRECCIÓN DE LOS SABERES

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE SALUD MATERNA E INTERCULTURAL
EN LOS MUNICIPIOS DE VIACHA, PUCARANI Y EL ALTO
DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ



Créditos

Primera Edición: Septiembre 2020.

©Alianza por la Solidaridad, CIES Salud Sexual Salud Reproductiva y Médicos del Mundo.
Con el apoyo de la Generalitat Valenciana.

Oficina Bolivia – Alianza por la Solidaridad:

Coordinadora País: Gioconda Diéguez Monzón.

Coordinadora de Proyectos: Magalí Chávez Vega.

Equipo Investigador: Carolina Daniela Delgado Butrón
Fabiola de los Ángeles Delgadillo Hurtado
Mónica Eulalia Sullca Huanca
Máxima Elvira Kuno Limachi

Edición: Mónica B. Mendizábal Rodríguez.

Revisión de Metodología: Magalí Chávez Vega.

Revisión de Contenidos: Gioconda Diéguez Monzón y Magalí Chávez Vega.

Diseño y Diagramación: Orietta Gutiérrez Sugeno.

Depósito Legal:

Impresión:

La presente publicación ha sido realizada con el financiamiento de la Generalitat Valenciana.

Su contenido es de responsabilidad exclusiva de las autoras del estudio y no refleja necesariamente la posición institucional. La inclusión de los logotipos no implica que se aprueben o respalden las posiciones vertidas en este documento.

La Paz, Bolivia.

Contenido

Siglas	5
Presentación	6
Resumen Ejecutivo	8
I. Introducción.....	12
II. Contexto y Población	14
2.1. Los municipios de intervención	15
El municipio de Pucarani	15
El municipio de Viacha	17
El municipio de El Alto.....	19
III. Metodología	21
3.1. Participantes	22
3.2. Entrevistas	22
3.3. Procedimiento.....	23
IV. Sustento y discusión teórica.....	25
4.1. La dimensión política de la salud materna.....	25
4.2. Biopoder en la salud reproductiva.....	26
4.3. Género y Salud Materna.	27
4.4. Determinantes sociales de la salud.....	29
4.5. Sistemas médicos	31
4.6. Interculturalidad y/o articulación	33

V. Hallazgos.....	37	
Mujer Aymara, Género y Cultura.....	37	
5.1. Ser mujer Aymara	37	
5.1.1. Ser mujer a través del hombre	38	
5.1.2. Ser mujer madre	41	
5.1.3. Ser mujer fuerte y productiva	44	
5.1.4. Ser mujer migrante y comerciante	46	
5.2. Percepción del cuerpo desde la cultura	48	
5.3. Embarazo	53	
5.4. Riesgos y cuidados en el embarazo. Pluralidad de visiones	57	
5.5. Parto		69
5.5.1. Levantar el parto (usuña sarjatitu)	71	
5.5.2. La atención en el parto	73	
5.5.3. El parto con la medicina tradicional o autoatención.	74	
5.5.4. Cuidados en el parto	76	
5.5.5. La Placenta	80	
5.5.5.1. La placenta con propiedades curativas	82	
5.5.5.2. Si no sale la placenta es mortal	83	
5.5.5.3. Técnicas para que nazca la placenta.....	83	
5.5.5.4. De la casa al hospital. Retención de la placenta.	84	
5.5.6. Puerperio.....	85	
5.5.6.1. Roles e importancia de la familia	88	
5.5.6.2. Sobreparto en el puerperio	89	
5.6. El Sistema de Salud.....	91	
Sistema de salud. Precariedad y violencias.....	91	
5.7. Violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud	99	
Cesáreas.....	101	
VI. Conclusiones y Recomendaciones.....	105	
Conclusiones.....	105	
Recomendaciones	110	
Bibliografía	112	

Siglas

ASO	Año de Servicio Obligatorio
CACU	Cáncer de Cuello Uterino
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CS	Centro de Salud
CSMS	Consejo Social Municipal de Salud
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
ESS	Estructura Social de Salud
GAMEA	Gobierno Autónomo Municipal El Alto
GPMS	Gestión Participativa Municipal en Salud
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MAC	Métodos Anticonceptivos Modernos
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MSD	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
OMMN	Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPS y DIC	Política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario
PDM	Plan de Desarrollo Municipal
PDTI	Plan de Desarrollo Territorial Integral
PS	Personal de Salud
RPM	Ruptura Prematura de Membranas
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SERES	Servicio Regional de Salud
SUS	Seguro Universal de Salud

Presentación

La salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por todos los Estados, lo cual incluye garantizar el acceso oportuno a servicios de atención de salud de calidad suficiente para todos y todas las ciudadan@s sin ningún tipo de discriminación. Este derecho está relacionado con otros derechos humanos y abarca el respeto a las libertades. Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud, incluye el respeto de la autonomía de las personas respecto a su propia salud y su propio cuerpo, así como el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que permita disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Dentro de ello, la salud materna implica alcanzar el más alto nivel posible de salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Lo cual incluye la garantía plena de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, inclusive desde antes de dicho período.

Si bien el Estado Plurinacional de Bolivia reconoce el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a nivel constitucional, tiene una razón de mortalidad materna de 160 por 100 mil nacidos vivos y el departamento de La Paz una razón de 289 por 100 mil nacidos vivos; siendo de las más altas de la región latinoamericana y caribeña (Ministerio de Salud, 2016). Esto representa una fuerte discriminación de género, una forma de violencia hacia las mujeres y vulneración de sus derechos. De dichas muertes maternas, según el Ministerio de Salud, el 68% corresponde a mujeres indígenas; lo que implica también una discriminación por etnia y no solo por género. Además, 51% de las muertes corresponde a mujeres de 14 a 29 años.

Atender esta problemática debe incluir el análisis de los determinantes sociales de la salud, dentro de ello, el análisis de género que interactúa además con los aspectos culturales y otros determinantes. Es necesario analizar las relaciones de poder que se establecen y que restan autonomía a las mujeres. Como las relaciones de poder en sus entornos de pareja, en sus espacios familiares y comunitarios; y en la relación proveedor/a de salud-usuarias de servicios. Asimismo, la relación de poder y respeto o no a aspectos culturales alrededor del embarazo, parto y puerperio.

Bolivia es un Estado Plurinacional, con diversidad étnica y cultural, que a nivel constitucional reconoce la existencia de 36 naciones indígenas originarias y campesinas. Según el Censo 2012, en Bolivia, el 40% de las mujeres de 15 y más años pertenece a alguna nación o pueblo indígena. Por ello es fundamental que las políticas de salud se implementen en el marco de un respetuoso diálogo intercultural, reconociendo prácticas y saberes ancestrales. Lo cual está respaldado también en la normativa nacional. Así, en el marco de la atención de la salud materna es fundamental reconocer y respetar los saberes y prácticas culturales de las mujeres, reconociéndolas como (lo que son) las principales protagonistas del proceso de embarazo, parto y puerperio, respetando su autonomía y derecho a decidir.

Es importante que los sistemas de salud tengan integrados los enfoques de género e intercultural al desarrollar sus acciones. Que se pueda incluir un enfoque interseccional analizando las diversas discriminaciones y situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentra una mujer durante el proceso de embarazo y parto, y al buscar acceder a una atención de salud en la medicina académica. Es necesario cuestionar las relaciones de poder que se desencadenan en diversas formas de violencia obstétrica que refieren sufrir las mujeres al acudir a un servicio de salud.

En ese sentido, Alianza por la Solidaridad junto a Médicos del Mundo y CIES busca aportar a una temática muy importante apoyando a alzar las voces de las protagonistas, mujeres aymarás de 3 municipios del departamento de La Paz. Esto contribuirá al trabajo que se viene desarrollando para incidir en la garantía plena de los derechos de las mujeres, incluyendo la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Esta investigación ha sido posible gracias al apoyo de la Generalitat Valenciana (España) y de todas las personas que participaron activamente de la misma. Agradecemos especialmente a las mujeres que han compartido sus experiencias, sus conocimientos y sus percepciones respecto a los sistemas de salud que coexisten en sus comunidades. Esperamos que los resultados sean insumos que contribuyan a todos los esfuerzos que, desde el Estado, proveedoras/es de salud y sociedad civil organizada se vienen desarrollando en favor de la lucha contra la muerte de mujeres en los períodos de embarazo, parto y puerperio; para garantizar sus derechos y contribuir al alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

Gioconda Diéguez Monzón
Coordinadora País
Alianza por la Solidaridad - Bolivia

Resumen Ejecutivo

Alianza por la Solidaridad, CIES Salud Sexual Salud Reproductiva, Médicos del Mundo y con el apoyo de la Unión Europea y la Generalitat Valenciana han encargado a un grupo de investigadoras un estudio que permitiera describir y analizar las lógicas, prácticas y percepciones culturales sobre la atención y cuidado en el proceso del parto de las mujeres aymaras, consultando sus percepciones y conocimientos sobre el tema a las mismas mujeres aymaras, a médicos tradicionales y personal de salud en tres municipios de La Paz (Pucarani, Viacha y El Alto - Senkata y Cosmos 79).

El presente estudio muestra, desde una perspectiva reflexiva, basada en los enfoques de derechos, interculturalidad y de género, las cuestiones sobre saberes con relación al proceso del parto y su relación con el poder y la política. También se abordan las estrategias que utilizan las mujeres para evadir o sublevarse al poder, entre lo oficial y lo no oficial. Estrategias que germinan en la cultura y que les permite mantener sus propias lógicas y prácticas.

Esta investigación se desarrolló entre los meses de diciembre 2019 a febrero 2020 con la participación de mujeres y hombres de las comunidades, algunas autoridades originarias, y personal de salud, quienes relataron sus preocupaciones, inquietudes, percepciones y limitaciones sobre este complejo mundo del nacimiento en contextos socioculturales aymaras urbano-rurales en los tres municipios mencionados. Se trabajó con la metodología de la "Teoría Fundamentada", que tiene como característica principal desarrollar teorías a partir de los datos surgidos del trabajo de campo y no de supuestos a priori, de marcos teóricos o investigaciones previas.

Una de las conclusiones que se obtuvo es que en los sectores más rurales como en Viacha en Hilata y Jalsuri así como en Pucarani en Palcoco, las mujeres de estas áreas y sus familias aún tienen fuerte arraigo a las prácticas tradicionales ligadas con el embarazo, parto y post parto. Las mujeres vivencian esta etapa de sus vidas a partir de su construcción de identidad. Algunos rasgos de este proceso de construcción de identidad son: (i) Las mujeres se construyen mujeres en relación al otro masculino, en el área rural está muy ligado a la relación de pareja chacha-warmi (ii) Ser mujer, madre y cuidador de familia, es igualmente muy importante para las familias aymaras (iii) Para las mujeres aymaras urbanas y del área rural existe una íntima relación entre el cuerpo y sus estados en el proceso del parto (iv) El cuerpo abierto (embarazo y parto) y su peligrosidad

hace que las mujeres busquen dentro de la cultura una atención que comparta su visión sobre lo seguro para ellas y su bebé. (v) El cuerpo de las mujeres aymaras durante el proceso de embarazo, parto y postparto, a pesar que sufren transformaciones importantes, se le asocia al término “Usu”, (enfermo o abierto) a los cambios y cuidados que deben tener para no contraer el temido “sobre parto” (vi) Tanto las áreas urbanas como rurales, adultas y jóvenes, manifestaron cuidar el cuerpo de las temperaturas extremas, sobre todo del frío y de los lugares que consideran peligrosos como ser basurales, ríos, funerales, donde habitarían espíritus malignos o “saxras” que podrían afectar a la wawa y la madre.

En cuanto a las principales conclusiones continuamos con las siguientes:

- Las mujeres entrevistadas del área urbana, en su mayoría asisten a los centros de salud de su zona, y hospital cercano para sus controles prenatales, mientras que las mujeres del área rural, asisten entre el cuarto y quinto mes al primer control y muchas aún tienen su parto en domicilio.
- Las mujeres que han vivido una cesárea manifiestan sentirse inservibles pues muchas de las actividades que desarrollaban antes se ven perjudicadas, pues generalmente necesitan mucha fuerza física para su realización.
- Las mujeres entrevistadas refieren sufrir violencia obstétrica cuando tienen sus partos en hospitales de segundo nivel, sobre todo en el trato al momento de tener el parto, pues deben despojarse de sus vestimentas. Así también presentan quejas con relación al aseo después del parto.
- El rol de la familia durante el embarazo, parto y postparto es muy importante, sobre todo el de la madre, suegra, hermanas y hermanos, más que de las parejas.
- Existen una serie de determinantes socioculturales que impiden que las mujeres procuren una atención de calidad en el proceso del parto; la falta de oportunidad se traduce en baja escolaridad, el rol de género asignado históricamente por la cultura, las condiciones socioeconómicas a las que se enfrentan cotidianamente, su condición étnica, la baja capacidad instalada de los establecimientos de salud traducidos en recursos humanos con falencias en su formación, infraestructura y equipamiento insuficientes y acceso limitado.
- Se evidencia relaciones de poder y todos saben que la medicina occidental y la atención de la misma a las mujeres que más apegotienen a sus saberes tradicionales.
- Las mujeres indígenas que viven en áreas urbanas y semi urbanas suelen asistir con mayor frecuencia a los establecimientos de salud y tener sus partos dentro de éstos, aunque preferirían no hacerlo, por el maltrato que en alguna oportunidad recibieron, o escucharon de comentarios de otras usuarias, vecinas o familiares.

- Las mujeres de las áreas rurales suelen tener sus partos en mayor medida en sus domicilios, ya que tienen prácticas más fuertes y arraigadas en estas temáticas.
- El vivir en áreas alejadas y no tener el servicio de salud las 24 horas del día y fines de semana, hace que las mujeres no cuenten con este servicio, por lo que deciden tener sus partos en su domicilio o trasladarse a otras zonas.
- El personal de salud de las áreas urbanas, ve aún como una gran dificultad que las mujeres sigan realizando sus prácticas como el manto, la ingestión de mates, o el parto en domicilio como un gran riesgo para su salud, pues suelen ser las mujeres de las áreas rurales las que presentan mayores complicaciones.
- Finalmente, un tema que cobra importancia en los relatos de los y las entrevistados/as es el relacionado a la cantidad de mujeres adolescentes que se embarazan, por lo general con parejas mayores.

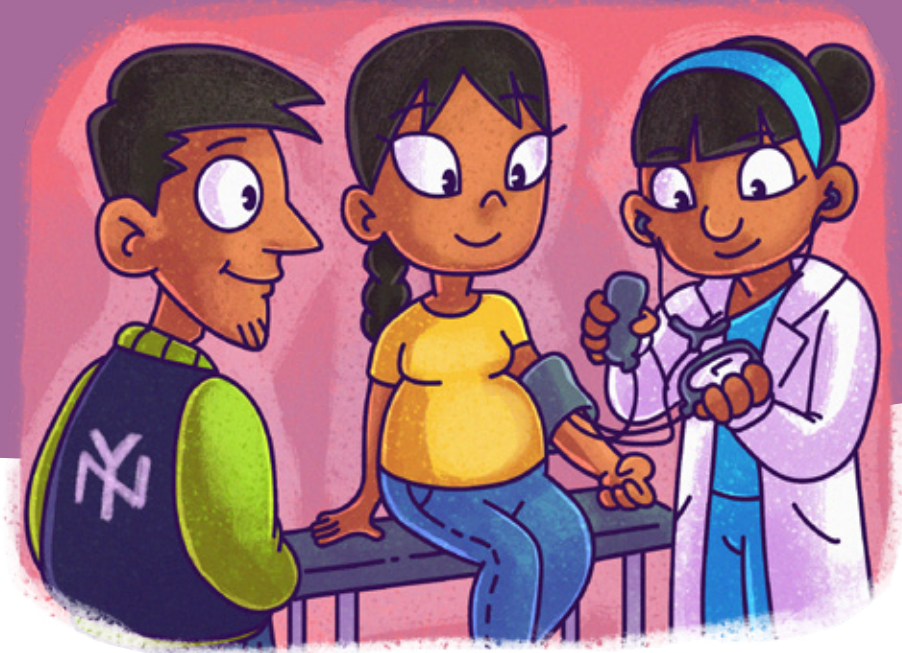
Esta investigación ha arrojado recomendaciones sobre acciones de interculturalidad, como la de adecuación de espacios para el parto de acuerdo a la categoría de seguridad que se plantea en el documento, relacionadas a la percepción del cuerpo y sus cuidados, en establecimientos de primer nivel de atención, con el fin de crear espacios interculturales seguros para las mujeres. Adicionalmente se menciona el acompañamiento de las acciones de adecuación con procesos de sensibilización y formación al personal de salud sobre salud intercultural y adecuación cultural de la salud materna. La socialización con el personal de salud sobre los hallazgos de la investigación, así como procesos de sensibilización y capacitación desde una postura crítica en las relaciones de poder, permiten reconocer inequidades en contextos interculturales de salud. La generación de espacios de reflexión sobre el aporte de la medicina tradicional a la salud materna para la población aymara que incluya la generación de espacios de interacción entre personal de salud y parteras/os para propiciar el diálogo y la coordinación.

Sobre acciones complementarias se requiere el fortalecimiento de las capacidades del personal en la identificación, actuación y prevención de la violencia hacia las mujeres, el trabajo con el personal sobre sensibilización acerca de procesos de violencia en servicios de salud y desarrollar acciones para la prevención de embarazo en adolescentes, con personal de salud, autoridades, madres y padres de familia.

Sobre la gestión del conocimiento, ahondar en aspectos como los cambios culturales y la continuidad de las pautas y lógicas culturales respecto al proceso del parto en mujeres jóvenes aymaras, la generación de conocimientos sobre las lógicas y prácticas de salud sexual y reproductiva asociada a sus proyectos de vida, de jóvenes aymaras urbanas y de áreas rurales, realizar estudios sobre el ejercicio del derecho a la salud materna de calidad de las mujeres aymaras y finalmente generar conocimientos sobre violencia en servicios de salud en establecimientos de salud en espacios con población indígena.

Para el fortalecimiento de la medicina tradicional es necesario propiciar espacios de encuentros entre médicas/os tradicionales para su organización, y desarrollo de temáticas de su interés, propiciar un diálogo de saberes sobre la identificación de riesgos durante el embarazo, parto y post parto de la medicina tradicional y la biomédica así como generar espacios de recuperación de saberes sobre la utilización de insumos de la medicina tradicional en la atención del embarazo, parto y post parto.

Profundizar esta temática ayuda en la construcción de un entorno más sensible de los derechos humanos, los sexuales y reproductivos, de las mujeres indígenas y en este caso aymaras.



I. Introducción

Bolivia es un país de más de 10.351.118 de habitantes según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del 2012. Es un país pluridiverso y multilingüe, expresado en la existencia de 36 idiomas oficiales pertenecientes a los pueblos indígenas originarios campesinos reconocidos en la Constitución Política del Estado el año 2009. Del total de habitantes, más de un millón se reconocen como aymaras, uno de los pueblos más numerosos junto con los quechuas. Del total de población aymara, 598.535 son mujeres y 592.817 son hombres.

Las mujeres en este conjunto poblacional son un número importante, pues representan casi el 50%, y a pesar de su cantidad, los datos nos muestran que viven en peores condiciones con relación a los hombres. Uno de estos problemas, aún más agudos, para el país es la situación de la salud materna. A pesar de que en la última década se han evidenciado algunos avances, la razón de mortalidad materna (RMM) sigue siendo una de las más altas a nivel Latino América, con 160 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna (2016), hecho que nos sitúa como el tercer país con un porcentaje alto, después de Haití en primer lugar y Guyana Francesa en segundo lugar. (CEPAL, s.f.).

El departamento de La Paz, a pesar de ser la capital política de nuestro país, para el año 2011 registró el mayor número de muertes maternas a nivel nacional (289 por 100.000 nacidos vivos), de las cuales el 60% de mujeres fallecidas tenían menos de 6 años de escolaridad y tenían entre los 35 a 39 años (Ministerio de Salud, 2016).

Así también, la ciudad de El Alto, una de las ciudades más jóvenes de Bolivia, ocupa el segundo lugar entre los municipios con mayor población de Bolivia (848.452 habitantes) y que según proyecciones del INE para el año 2020 alcanzará a 944.00 habitantes (INE, 2017). A nivel del Departamento, es uno de los municipios que registra el mayor número de muertes maternas. Según los datos del Estudio de Mortalidad Materna (2011) en El Alto existieron en ese año, 59 defunciones, 4 en Pucarani y 2 en Viacha, otros dos municipios de intervención.

Las barreras que influyen en el acceso a la salud de las mujeres indígenas de nuestro departamento y país, siguen siendo las mismas que hace 20 años atrás: barreras económicas, sociales, y culturales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la importancia de estos factores abordándolos como “determinantes sociales de la salud” que se definen como formas de organización social que generan exclusión y marginación. Si bien estas dimensiones abarcan todos los espacios de la vida de las personas, las comunidades y los pueblos, las mismas se expresan también de manera definitiva en el daño a la salud; en la medida en que producen diferencias significativas en cuanto a la mortalidad y la expectativa de vida, entre otros indicadores (CEPAL, 2014).

Es por esta razón que Alianza por la Solidaridad planteó la necesidad de visibilizar los factores socio culturales que aún siguen alejando a las mujeres embarazadas de los establecimientos de salud, para realizar su respectivo control médico, durante el proceso de embarazo, parto y postparto. Factores aún existentes a pesar del avance en la temática desde el año 2008 con la promulgación de la política de salud SAFCI.

Es así que la presente investigación tiene el objetivo de:

Describir y analizar las lógicas, prácticas y percepciones culturales sobre la atención y cuidado en el proceso del parto de las mujeres aymaras, consultando a las mismas mujeres aymaras, a médicos tradicionales y personal de salud en tres municipios de La Paz (Pucarani, Viacha y El Alto - Senkata y Cosmos 79).

El presente estudio muestra, desde una perspectiva reflexiva, basada en los enfoques de derechos, interculturalidad y de género, las cuestiones sobre saberes con relación al proceso del parto y su relación con el poder y la política.

También se abordan las estrategias que utilizan las mujeres para evadir o sublevarse al poder, entre lo oficial y lo no oficial. Estrategias que germinan en la cultura y que les permiten mantener sus propias lógicas y prácticas.

Esta investigación se desarrolló entre los meses de diciembre 2019 a febrero 2020 con la participación de mujeres y hombres de las comunidades, algunas autoridades originarias, y personal de salud, quienes nos relataron sus preocupaciones, inquietudes, percepciones y limitaciones sobre este complejo mundo del nacimiento en contextos socioculturales aymaras urbano-rurales, en los territorios de El Alto, Viacha, y Pucarani.



II. Contexto y Población

Bolivia, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), para el año 2018 alcanzó los 11.307.000 habitantes, de los cuales 49,6% son mujeres y 50,4% son hombres.

Para el año 2017, las mujeres en nuestro país representaron el 46% de la población ocupada, el 43% de la población asalariada y el 53% son trabajadores independientes (CEDLA, 2017). El 48,8% de las mujeres tiene un empleo en comparación al 69,9% de los hombres según la Encuesta Laboral y de Empleo del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) afectando el desempleo en mayor medida a las mujeres. Entre los años 2015 y 2017, la tasa de desempleo fue de 4,9% para las mujeres en relación al 4,2% para los hombres (Coordinadora de la Mujer, 2019, pág. 3)

En relación a los roles de género, las mujeres son las que dedican más tiempo a las labores de casa y al cuidado de la familia. En promedio dedican 7 horas al día, en comparación a los hombres, que lo hacen únicamente 4 horas. En Bolivia, tres de cada 10 mujeres dejaron de estudiar por dedicarse más al cuidado del hogar, es decir cuatro veces más que los hombres que no dejan de estudiar ni trabajar para cuidar del hogar. (Los Tiempos, 2019)

Por otra parte, sigue siendo el espacio familiar el lugar donde las mujeres sufren más violencia. Según la Encuesta de Prevalencia de la Violencia (INE y Ministerio de Justicia 2016), de cada 100 mujeres casadas o unidas, 75 declararon haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja en el transcurso de su relación.

Así también, los delitos de orden sexual contra las mujeres son diarios. A nivel nacional, éstos suman la mayor cantidad de denuncias vinculadas a la Ley 348, Ley para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia. Según el reportado del Ministerio Público del año 2017, se registraron 4,708 denuncias que representan el 15% del total de causas, siendo un acifratotal de 30,351 casos (Coordinadora de la Mujer, 2017).

A pesar de que, en esta última década, las políticas implementadas mejoraron los indicadores de mortalidad materna - en el año 2000 se llegó a 187 muertes por 100,000 nacidos vivos (ENMM, 2016) - el país sigue teniendo una de las razones más altas de la región con 160 muertes como tercer país, después de Haití con 480 muertes en primer lugar y Guyana con 169 muertes en segundo lugar. En este mismo sentido, un problema que no ha parado de crecer y es igual de preocupante que la mortalidad materna es la violencia obstétrica. Esta afecta a la salud psicológica y física de muchas mujeres en nuestro país. Según la Encuesta de Prevalencia de la Violencia (2016) el 63,5% de 837.700 mujeres, declararon haber sufrido violencia en los servicios de salud, siendo los servicios privados los que presentaron un número menor de casos.

Otro dato importante de mencionar es el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. En nuestro país, no se puede afirmar el libre y pleno ejercicio de estos derechos. Algunos factores por los que no se ejercen plenamente estos derechos y por diferentes circunstancias, son la edad, el sexo, el idioma, o el lugar de residencia. Según la EDSA del año 2016 el porcentaje de hombres y mujeres, que conocen métodos anticonceptivos modernos y que aprendieron a hablar en castellano es mayor, en comparación con quienes aprendieron a hablar en idiomas originarios, particularmente en "otros" idiomas originarios, diferentes del aymara y quechua. Así también el nivel educativo y el área de residencia determinan las brechas existentes y que influyen en el mayor conocimiento de métodos anticonceptivos modernos.

El uso de métodos anticonceptivos modernos llega al 58% de las mujeres no unidas y sexualmente activas, y en el caso de mujeres en unión no alcanza al 50% (EDSA, 2016). La media para la región de Latinoamérica y el Caribe, para el uso de cualquier método anticonceptivo (conocido como tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos), por parte de mujeres casadas o en unión libre, en el año 2016, fue del 73% y el uso de métodos anticonceptivos modernos fue del 67% (EDSA, 2016). La información de la EDSA 2016 muestra que Bolivia se encuentra por debajo de estos valores promedio regionales.

2.1. Los municipios de intervención.

El municipio de Pucarani

Se encuentra ubicado en la Provincia Los Andes del Departamento de la Paz, en la zona del Altiplano Boliviano. La provincia geográficamente ocupa el territorio de la región oeste del departamento. La distancia desde la ciudad de La Paz es de 60,9 Km (1h 34 min), que tiene como acceso principal la carretera panamericana (ruta Internacional) de la red vial fundamental que se dirige hacia la localidad de Copacabana.

Su origen étnico según el Plan de Desarrollo Municipal (PTDI. 2016 - 2020) se remonta a la cultura Tiwanacota pues se encuentran en el bajo dominio. Posteriormente se hicieron presentes los Puquinas, los aymaras y finalmente el Incario. Después de la Colonia y con la llegada de la República estas tierras estuvieron en manos de los hacendados. Luego de estos años, las y los indígenas recuperaron el control de sus tierras y para entonces la cultura predominante fue el aymara cultura de la que aún preserva su cultura, lengua, y prácticas.

La extensión territorial de Pucarani es de 1205 Km² representando el 73% de toda la provincia, siendo un territorio que cuenta con 94 comunidades en 13 cantones (PTDI. 2016-2020). Limita al norte con los municipios de Puerto Pérez, Batallas y Guanay; al Sur con los Municipios de Lajay Tiahuanacoyal Oeste con el Municipio de Tiahuanacoya y el Lago Titicaca¹. Tiene altitudes desde entre 3.810 m.s.n.m (Lago Titicaca) a los 6.088 m.s.n.m. (Cerro Huayna Potosí).

Según los datos del Censo de Población y Vivienda del año 2012, la población de Pucarani es de 28.465 habitantes, de los cuales el 51% son mujeres y el 49% son hombres. La población femenina se encuentra entre los 15 a 49 años llegando a 7.044 habitantes. (INE. CNPV. 2012).

La actividad económica más importante es la agricultura y ganadería (8.580 habitantes), donde se practican las mujeres en un porcentaje mayor siendo un 51% con relación a los hombres que representa un 49%. La segunda actividad más importante es el comercio y transporte (1.861 habitantes), y la industria manufacturera con (1.019 habitantes), donde de igual manera son las mujeres quienes representan un porcentaje mayor (59%). (INE. CNPV. 2012).

Por otra parte, de la población en edad escolar de 6 a 19 años de un total de 8.479 personas, 990 no asisten a la escuela, de este total un 60% son mujeres que no asisten a la escuela. (CNPV, 2012).

La Red Municipal de Salud Pucarani pertenece a la Red Rural de Salud N°5 Los Andes-Manco Kapac, red que cubre estas dos provincias y seis municipios: Pucarani, Batallas, Puerto Pérez, Tiquina, Copacabana y Tito Yupanqui.

El municipio cuenta con 12 establecimientos de salud más dos puestos de salud, según la entrevista al Dr. Álvarez, Responsable Municipal. El recurso humano de salud llega a 52 personas (Coordinación de Red de Salud Rural N°5 "Los Andes-Manco Kapac", 2019). El Centro de referencia es el Centro Integral de Pucarani disponiendo de servicios de atención en medicina, odontología, enfermería, laboratorio, ecografía, nutrición, estadística y servicio de cocina (PTDI. 2016). A continuación, el dato sobre terapeutas tradicionales del municipio.

1 Plan de Desarrollo Municipal Pucarani.

Cuadro N° 1:	Terapeutas tradicionales del Municipio de Pucarani
Nombre	Especialidad
Isidro Yupanqui	Médico Tradicional
Valentín Poma	Partero
Daniel Mamani	Médico Tradicional
Julio Carvajal	Partero
Enrique Condori	Médico Tradicional
Emilio Colque	Partero
Ezequiel Limachi	Partero
Teodoro Quispe	Médico Tradicional
Julio Quispe Poma	Partero
Heriberto Quispe	Partero
Yola Mamani	Partera

Fuente: Alianza por la Solidaridad

El municipio de Viacha

Se encuentra ubicado en la provincia Ingavi, del Departamento de La Paz. Tiene una extensión de 5410 km², y se encuentra a 37.3 Km (1h 16 min) de la ciudad de La Paz. Su topografía tiene un relieve ondulado, con presencia de serranías. Sus vías troncales de accesos son por carretera: La Paz-Viacha, Viacha-Tacna, Viacha-Charaña y con la frontera con el Perú. Los principales ríos son el Desaguadero, el Chama, el Jachajahuiray y el Pallina. El clima es frío, tiene temperatura promedio de 8°C. Tiene una población aproximada de 80.724 habitantes, donde el 51% son mujeres y 49% hombres. La población mayor a 18 años superó los 51,000 habitantes y la población femenina entre los 15 a 49 años llega a 21.757 habitantes (PTDI, 2016-2020).

Su historia se remonta a la existencia de Tiwanacu por la presencia de cerámica en el lugar. Después de éste, el territorio se fragmentó en "señoríos" correspondiente al Señorío Pacajes (1.000-1450 d.C.). Posteriormente con la expansión del imperio Inca (1450-1540 d.C.) pasaron a ser parte de la estructura política de este imperio. Durante la República, la zona fue escenario de la Batalla de Ingavi, en donde se consolidó la formación de la nueva República de Bolivia. En la actualidad el 93,4% se auto identifica como aymara (PTDI, 2016-2020).

Limita al norte con el municipio de Lajay y El Alto; al este con los municipios de El Alto, Achocalla, Calamarca, Collana; al oeste con los municipios de Comanche, Santiago de Machaca, Laja; al sur con los municipios de Collana y Comanche. Su principal actividad es la ganadería, entre las que más se destacan son el vacuno, ovino, porcino y camélidos, además se encuentra la Fábrica de Cemento SOBOCE. Así como la existencia de actividades como el comercio y transporte y la industria manufacturera. (CNPV, 2012).

El municipio de Viacha tiene una actividad económica bastante diversificada, siendo una de las más significativas la ganadería (vacunos, porcinos y camélidos), y la agricultura (papa, oca, quínoa). Según el INE, 2012, las mujeres serían quienes se dedican más a estas actividades con 4.051 habitantes y los hombres siendo 3.350 habitantes. Por supuesto la emblemática fábrica de Cemento Viacha, siendo una empresa de fundamental importancia para el Municipio.

De la población en edad escolar (22,917 habitantes), a diferencia de Pucarani, son los hombres en un porcentaje levemente mayor que no asisten al colegio (56%).

El municipio pertenece a la Red de Salud N°6, Murillo, compuesto por los municipios de Achocalla, Mecapaca, Palca y Viacha.

El municipio cuenta con 9 Centros de Salud (Viacha, Hilata, Collagua, Coniri, Chacoma, Villa Remedios, Jalsuri, Florida, Tilata) y el Hospital Municipal Viacha de segundo nivel. Este hospital cuenta con un equipo de salud de 151 profesionales (Coordinación de Red de Salud Rural N°6, 2019). A continuación, una lista de los terapeutas tradicionales del municipio.

Cuadro N° 2:		Terapeutas tradicionales del Municipio de Viacha
N°	Nombres	Especialidad
1	Eugenia Corila Mamani	Partera Tradicional
2	Florencia Condori Fernández	Partera Tradicional
3	Mariano Callisaya Quispe	Partero Tradicional
4	Fermín Ramos Torres	Medico Tradicional
5	María Magdalena Alcón Callejas	Medica Tradicional
6	Yolanda Callisaya Waywa	Medica Tradicional
7	Pedro Blanco Mamani	Medico Tradicional
8	Nolasco Mayta Mamani	Naturista Tradicional
9	Luis Condori Callizaya	Guía Espiritual
10	Eleuteria Cusi Quispe	Guía Espiritual
11	Paulina Verónica Alvarado Apaza	Guía Espiritual
12	Ana Genoveva Quispe Arcani	Guía Espiritual
13	Anastasia Quispe	Guía Espiritual
14	Damián Ali	Guía Espiritual
15	Bernabé Tito Mamani	Guía Espiritual
16	Emilio Mayta Mamani	Guía Espiritual
17	Feliciano Quispe	Guía Espiritual
18	Juan Sirpa Atahuachi	Guía Espiritual
19	Ignacia Canqui Huanca	Partera Tradicional
20	Seferina Mamani Fuentes	Partera Tradicional
21	Severio Víctor Quipe Fernández	Guía Espiritual
22	Modesta Chinahuanca Mamani	Medico tradicional

Fuente: Médicos del Mundo

El municipio de El Alto

Se encuentra ubicado en la cuarta sección de la provincia Murillo del departamento de La Paz, a una distancia de 19.9 Km (39 min) de ésta. Es un espacio geográfico situado sobre una meseta caracterizada por una superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz y Cordillera Oriental. En la ciudad, se encuentra ubicado el Aeropuerto Internacional "El Alto", uno de los principales aeropuertos de Bolivia. Además de conectar con las principales carreteras hacia todo el país.

Según el CNPV del año 2012, el municipio llegó a una población de 848.452 habitantes. Según las proyecciones para el 2018 la población era de 922.598, de los cuales el 51,4% (473.883 habitantes) son mujeres y 48,6% (448.715 habitantes) son hombres. La población femenina de 15 a 49 años es de 250.303 habitantes.

La extensión total del Municipio es de 384.7 km² (GAMEA). De esta superficie, el 52% corresponde a distritos urbanos y el restante 48% a distritos rurales. El Municipio, en el proceso de conformación de sus distritos, muestra modificaciones considerables en cuanto a su extensión territorial. En este ámbito, en 1996, se registró la primera propuesta para los distritos municipales, conformado por 7 distritos: de los cuales 6 distritos son urbanos (1, 2, 3, 4, 5 y 6) y uno rural (7).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE 2012), las principales actividades económicas del municipio son el comercio, transporte y servicio de almacenes, con un total de 136,908 personas registradas en estos rubros, siendo las mujeres en un número levemente mayor (69.757 personas), que los hombres (67.151 personas). Le siguen la actividad manufacturera y otros tipos de servicios no especificados.

Existiría también un total de 22,281 personas en edad escolar que por diversas razones no asisten al colegio, de las cuales 11,929 son mujeres, y 10,352 hombres. (INE, 2012).

El Sistema de Salud, está constituido por 5 Redes Funcionales: de las cuales para el presente trabajo se tomó a la Red de Salud Senkata (Hospital Modelo Boliviano Japonés, C.S. Atipiris) y la Red de Salud Corea (Cosmos 79, Hospital Municipal Modelo Corea).

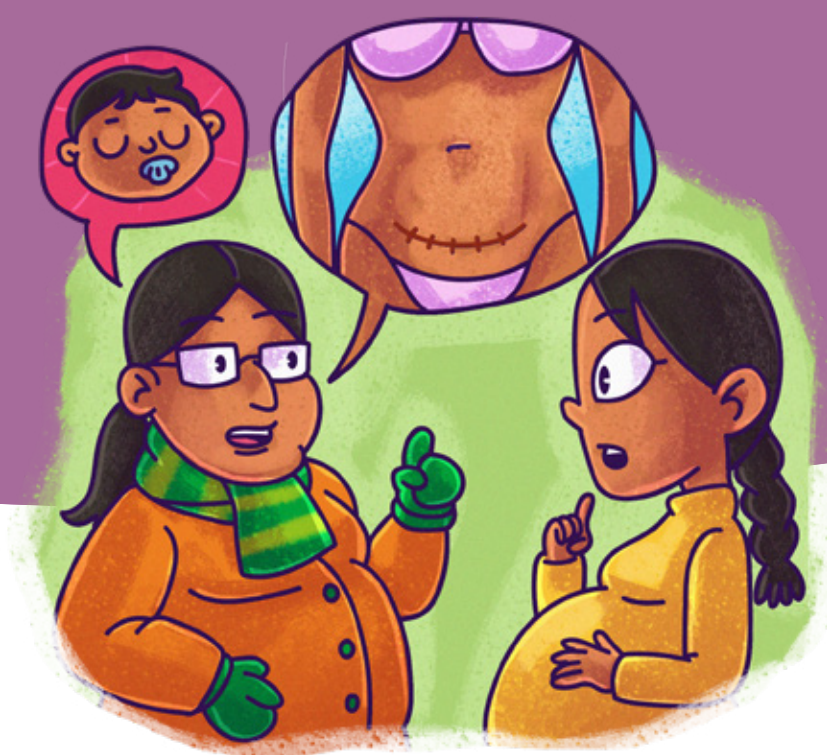
La Red de Salud Corea cuenta con 28 establecimientos de salud (Coordinación de Red Corea, 2018), 14 Centros de Salud Ambulatorios, 6 Centros de Salud Integrales, 7 centros pertenecientes a Cajas, Privados, Iglesias, ONG's, y un hospital público de segundo nivel. Entre los centros de salud se encuentra Cosmos 79 que cuenta con 6 trabajadores/as de salud, de los cuales dos trabajan a medio tiempo. Mientras que el Hospital Municipal Modelo Corea cuenta con un total de 373,5 trabajadores y trabajadoras de salud según datos proporcionados por Recursos Humanos del Hospital.

La Red de Salud Senkata está integrada por seis Centros de Salud y el Hospital Municipal Modelo Boliviano Japonés cuenta con 31 trabajadores de salud, y el centro de salud Atipiris con 10 establecimientos, (Coordinación de Red de Salud Senkata, 2019).

Acerca de médicas y médicos tradicionales adjuntamos la siguiente lista.

Cuadro N° 3:		Terapeutas tradicionales Sector de Senkata del Municipio de El Alto
N°	Nombre	Especialidad
1	Faustina Flores	Médica Tradicional (Con ítem Hospital Japonés)
2	María Huanca	Médica Tradicional
3	Fermina Mamani	Partera

Fuente: Elaboración propia



III. Metodología

La presente investigación se realizó durante los meses de diciembre de 2019 a febrero de 2020, en el marco del proyecto “Fortaleciendo el sistema público de salud sexual y reproductiva, y la articulación del tejido social y cultural en el marco de los derechos humanos, la igualdad de género e interculturalidad, en 3 municipios de La Paz (Bolivia)”, ejecutado por: la Organización No Gubernamental (ONG) Alianza por la Solidaridad, Médicos del Mundo y CIES Salud Sexual Salud Reproductiva, con el financiamiento de la Generalitat Valenciana, con el objetivo de describir y analizar las lógicas, prácticas y percepciones culturales sobre la atención y cuidado en el proceso del parto de las mujeres aymaras, consultando a las mismas mujeres aymaras, a médicas/os tradicionales y personal de salud en estos municipios.

Se trabajó con la metodología de la “Teoría Fundamentada”, que tiene como característica principal desarrollar teorías a partir de los datos surgidos del trabajo de campo y no de supuestos a priori, de marco teórico o investigaciones previas. Su principal característica es el análisis, reflexión y comparación de datos constantes durante el proceso investigativo. Strauss y Corbin (2002) afirman que esta teoría puede ser utilizada para un mejor entendimiento de cualquier fenómeno ya estudiado y así poder profundizar en él. Aseguran que el aspecto cualitativo de esta metodología favorece el desarrollo de respuestas a fenómenos sociales respecto a lo que está ocurriendo y por qué (Cuñat Giménez: 2).

3.1. Participantes

Cuadro N° 4:		Entrevistadas/os por municipios							
		Autoridades	Mujeres	Hombres	Médicas/os tradicionales	Parteras/os	Personal de salud	Total	
El Alto	Senkata, Hospital Corea	4	27	11	1	* 2	16	61	
	Cosmos 79	2	10	4	0	0	4	20	
Pucarani	Palcoco, Pucarani.	9	13	7	3	4	7	43	
Viacha	Hospital Viacha	1	4	3	0	1	3	12	
	Centros de salud (Jalsuri, Hilata, Tilata)	3	14	5	1	0	8	31	
Total		19	68	30	5	7	38	167	

Fuente: Elaboración propia

* Algunas de las entrevistadas en el Hospital Corea, nos dieron referencias de dos Parteras que atienden en la zona de Río Seco, las mismas fueron ubicadas en esa zona.

3.2. Entrevistas

Se realizaron dos tipos de entrevistas. En una primera fase, se realizaron entrevistas que permitieron encontrarlos "códigos en vivo"² que se convirtieron en las categorías de análisis. En una segunda fase se realizaron entrevistas en profundidad elaboradas por los miembros del equipo investigador en base a las categorías encontradas de la primera fase.

La entrevista de la fase 1 estuvo compuesta por un conjunto de preguntas abiertas y generales categorizadas en las siguientes dimensiones: datos sociodemográficos, prácticas y lógicas del proceso del parto aymara, relaciones interculturales en salud, sistemas médicos de salud, y determinantes socioculturales del proceso del parto aymara. En ésta se exploró de manera transversal y general los siguientes ámbitos: individual, familiar, laboral/institucional, socio-comunitario y político/administrativo. Esta técnica de investigación tiene la cualidad que en dos o tres preguntas abiertas y generales se permite a la persona entrevistada construir un relato que permite identificar de forma posterior, categorías de análisis.

En la fase 2 se construyó una guía en base a las categorías de análisis encontradas en la fase 1. Esta entrevista buscó datos específicos y a profundidad en base a la sistematización de las entrevistas abiertas y generales de la fase 1.

² Los códigos en vivo son herramientas de la teoría fundamentada que consisten en recuperar la propia voz de las personas entrevistadas recuperando su postulado principal y permitiendo así convertirlas en categorías de análisis.

Posteriormente, una vez saturado el dato en las entrevistas de la fase 2, se realizaron grupos focales con grupos de autoridades, jóvenes y mujeres con el fin de validar los datos.³

3.3. Procedimiento

En primer lugar, se efectuó un trabajo previo de observaciones y entrevistas informales, con personas que fueron contactadas por medio de las instituciones que apoyaron el proceso de investigación. Fueron contactadas autoridades, personal de salud y población en general y en situaciones cotidianas como la venta en puestos de comida, tiendas, ferias, transporte interprovincial y otras actividades. Las personas fueron contactadas en los ámbitos antes nombrados y en los tres municipios, con la finalidad de establecer una relación de confianza con la población de estudio e identificar las categorías generales de análisis.

De forma inmediata se llevaron a cabo las entrevistas durante varios días consecutivos (por 2 meses), en función de la disponibilidad de las y los participantes. En este sentido, fue un gran esfuerzo tanto para el equipo como para las instituciones involucradas poder efectivizar los desplazamientos, ya que el tiempo previsto resultó corto para la extensión del territorio y número de localidades elegidas, lo cual no influyó en el resultado final de la investigación.

Por otro lado, se debe contextualizar el trabajo de campo a los conflictos y convulsión social vividos durante los meses de octubre a diciembre de 2019, donde, a raíz de problemas políticos electorales, el país vivió una de las peores crisis culminando en la renuncia de autoridades de gobierno. Esta situación frenó el trabajo de campo por poco más de un mes y a que las zonas donde se debía desarrollar el trabajo de campo fueron centro de algunos hechos de violencia por lo que fue difícil obtener garantías para el respectivo acceso y poder, así, realizar un trabajo de calidad.

En ese marco, se reprogramó el trabajo de campo una vez la situación conflictiva bajó de intensidad. Inicialmente nos planteamos la imposibilidad de trabajar en las zonas por el correspondiente temor de que al hacer preguntas las personas rechazaran el diálogo. Sin embargo, nada de esto sucedió. De hecho, nos encontramos con un ambiente muy receptivo y amable que permitió el desarrollo de las entrevistas de manera normal. Pensamos que uno de los factores para esto, fue la experiencia y prestigio de las instituciones auspiciantes en las zonas de intervención.

Las entrevistas se llevaron a cabo en ambientes y espacios definidos por las y los participantes, teniendo que hacer el desplazamiento a comunidades, municipios en todo tipo de transporte, incluso a pie para acceder a las y los entrevistados. Se preservó la privacidad para el tratamiento de

³ Los grupos focales no pudieron cumplirse en el número planteado por el contexto socio sanitario que coincidió con el comienzo de la pandemia y la revisión del documento preliminar. En todo caso, los datos de los grupos focales realizados inicialmente permitieron validar los datos encontrados.

la información. En algunos casos se utilizó la grabadora⁴, sin embargo, en muchos casos se utilizó sólo el registro en un cuaderno de campo, ya que las y los entrevistados se mostraron desconfiados ante la posibilidad de grabación. Se puede afirmar que en aquellas entrevistas grabadas existió consentimiento informado. La duración de cada entrevista dependió de la disponibilidad de los/as participantes siendo el promedio entre 30 y 60 minutos, adaptándose a las características y necesidades de cada una y cada uno.

Se evitó, en la medida del posible, entrevistas tipo interrogatorio y se fomentó el diálogo. Para ello, con frecuencia se tuvo que iniciar el contacto aludiendo a temas de conversación no relacionados con el estudio o temáticas generales que permitieron a los/as entrevistados construir su discurso en base a sus vivencias/experiencias permitiéndole extraer lo importante para ellos. Se respetó la información confidencial, comenzando por los datos personales. La confidencialidad es una característica de este método de investigación ya que es parte del proceso de construcción de confianza y así solidez en las respuestas obtenidas.

4 En todos los casos, por aspectos éticos, antes de realizar la grabación de la entrevista se informó sobre el objetivo de la entrevista y de la investigación, y se solicitó el permiso a cada persona para realizar la grabación. Aquellas que lo brindaron podemos afirmar que nos dieron su consentimiento informado.



IV. Sustento y discusión teórica

Dentro del presente acápite haremos un recorrido por diferentes postulados teóricos que permitirán entrelazar un debate que servirá de apoyo para las reflexiones en torno a los hallazgos.

Entender los contextos sociales, económicos, culturales y políticos de la salud materna puede conllevar una tarea que implique hacer un recorrido por teorías biologicistas, culturalistas, feministas, entre muchas otras. Sin embargo, para comprender los contextos en la toma de decisiones y la relación de éstos con los diferentes sistemas médicos a los que las mujeres indígenas del altiplano se enfrentan, requiere contar con una mirada política vinculada al ejercicio del derecho y de género. De esta manera, se puede así comprender las posiciones que enfrentan y asumen las mujeres con relación al poder y la autonomía necesaria para la decisión, las estrategias que aplican y las consecuencias a las que se enfrentan. Esta posición es política al ser una reflexión de género.

4.1. La dimensión política de la salud materna

Tratar la problemática de la salud materna nos lleva inevitablemente a hablar sobre el cuerpo, no simplemente desde el punto de vista biológico, sino desde diferentes aristas relacionadas al social, cultural y lo político. Desde una perspectiva política el tratar el tema nos motiva a comprender cómo los dispositivos de poder se articulan específicamente con el cuerpo de las mujeres instalándose en sus procesos fisiológicos, reproductivos y sexualidad, entre otros, durante periodos reproductivos como el embarazo, parto y puerperio.

Para tal efecto se tomarán las ideas y aportes teóricos del filósofo Michael Foucault, como pistas para el análisis; partiendo de su postulado del “saber/poder”. Según este autor las relaciones, las estrategias y las tecnologías de poder atraviesan todos los aspectos de la vida, los cuales producen saberes y verdades útiles a éste, a través de un proceso de naturalización que se va incrustando en la sociedad.

Para Foucault el cuerpo es un territorio, un espacio donde se va construyendo la realidad social. El autor, analiza los dispositivos que el poder utiliza para vigilar y adiestrar el comportamiento individual y social; la escuela, los hospitales, el ejército y muchos otros, asignando, así normas corporales a toda la población. Para estudiar al poder “se trata de estudiarlo partiendo de las técnicas y las tácticas de dominación” (Foucault, 1992, pág. 147). En este marco, y desde nuestro interés, el entender a la medicina como dispositivo del poder ejerce influencia y dominación sobre el cuerpo de las mujeres en el proceso del parto es parte del análisis para explicar los hallazgos del trabajo de campo.

Ahor bien, desde la propuesta de Foucault, el poder es la capacidad de dirigir los comportamientos y las conductas de las personas, sinejerce, aparentemente, violencia. Para el autor, la violencia, no se expresa solamente mediante las leyes, sino más bien a través de dispositivos como el discurso, el discurso del poder/saber. Siendo un discurso que para fines propios es construido desde la medicina. En ese sentido, el poder no es algo que se posea, sino más bien que se construye y ejerce, donde las relaciones juegan un papel fundamental, pues regula, administra la vida y su desarrollo.

4.2. Biopoder en la salud reproductiva

Cuando hablamos del cuerpo y su relación con el poder, hablamos de una normalización y control, mediante el mecanismo de la disciplina, tal como lo explica Foucault. El autor nos menciona: “Ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican” (Foucault 1992, pág. 140). Donde “la disciplina ‘fabrica’ individuos; es la técnica específica de un poder que se da a los individuos a la vez como objetos y como instrumentos de su ejercicio” (Ibíd, p. 175).

En este sentido, la disciplina se convierte en un moldeador de sujetos/as (en el sentido de preso/a, dominado/a o sometido/a) perdiendo su cualidad de persona autónoma con voluntad propia. Es así que el proceso o la forma por medio de la cual se educa y disciplina al cuerpo individual volviéndolo un cuerpo dócil y útil es lo que el teórico llama el biopoder, y la forma en que políticamente se administra la vida del cuerpo social es la biopolítica. En tal sentido, el nacimiento, la mortalidad, la salud, la sexualidad, la estética, son administradas por mecanismos que hacen a la biopolítica.

En este marco, es que se puede entender que existan verdades y posturas incuestionables e inmutables que la sociedad no niega porque han sido construidas sobre la base de la cultura y una objetividad políticamente indudable.

En el campo de la salud y de la salud materna en particular, el poder se desenvuelve entre el discurso de la verdad basado en la ciencia y legitimado por el Estado, donde sus profesionales son percibidos como autoridad respecto a temas como la enfermedad (lo patológico), el cuerpo, la sexualidad, dictaminando qué es lo normal, cómo debe ser una persona normal, quiénes apto/a o no en los procesos de salud / enfermedad.

En este sentido, el biopoder juega un papel fundamental, ya que es el dispositivo de coerción respecto a los comportamientos sexuales y de sexualidad, las pautas y prácticas reproductivas, las normas y los procedimientos bajo los cuales se deben desenvolver todos estos aspectos; así, el discurso médico tiene la legitimidad social y el poder institucional para guiar y controlar todo lo anterior; mediante “instituciones disciplinarias” como el hospital o los centros psiquiátricos.

En este marco, el análisis girará entorno a mecanismos de cómo el cuerpo sexualizado de la mujer es parte del discurso de saber-poder de la biomedicina, quiénes dicta que es lo sano, lo correcto y normas y prácticas de cómo actuar sobre él. Es así que la biologización y la extrema medicalización sobre la vida sexual, el embarazo, parto y puerperio son controlados y regulados bajo estas lógicas convirtiéndolas en sujetas de las prácticas biomédicas.

Por otro lado, se puede analizar la función reproductora y su asociación al cuerpo como máquina, que durante el proceso reproductivo define el tipo de cuerpo apto para el parto y las características de éste, siendo el ideal un cuerpo fuerte, obediente, manso, accesible, disciplinado, que no cuestiona, no objeta y tampoco actúa con autonomía. Los discursos de la biomedicina y sus profesionales construyen este cuerpo y lo refuerzan dentro de sus espacios de poder.

Otro de los mecanismos de control que se maneja desde la medicina es el de descalificación del saber de las mujeres, siendo el saber-poder en que prevalece y ordena sobre las prácticas y los recursos a utilizar en los procesos del parto.

4.3. Género y Salud Materna.

La categoría género es fundamental para el análisis de los fenómenos sociales y particularmente sucesos que involucran a las mujeres y sus derechos. En este entendido el concepto género es clave para romper el determinismo biológico que es la base de las desigualdades. La naturalización de la superioridad masculina, las diferencias biológicas y el control y dominio de la mujer, sus cuerpos y su vida; y por ende de la violencia, de la inequidad y la falta de oportunidades al que se ha sometido a las mujeres por siglos son estudiados y deconstruidos por diferentes estudios basados en el género como una categoría de análisis.

Para el presente estudio nos apoyaremos en la categoría de género como una categoría relacional que estudia los diferentes ámbitos sociales (sistemas sociales) buscando encontrar en las relaciones sociales construidas sobre el poder las causas de las desigualdades y las inequidades basadas en el género. Así, destacan reflexiones teóricas como la de Simone de Beauvoir, en su obra el “Segundo Sexo” donde se plantean las condiciones políticas, históricas y sociales de la opresión a las mujeres y la influencia que dichas opresiones tienen en la construcción de su identidad. Identidad siempre sometida a la identidad del hombre; así lo muestra su postulado principal “No se nace mujer: se llega a serlo” mostrando la alteridad a la que está constantemente expuesta la mujer en relación al hombre.

Por otro lado, estas categorías nos permiten identificar y analizar la construcción de la identidad de las mujeres, desde los estereotipos de género que permiten el control que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres y su cualidad reproductora. En este sentido ser madre es una obligación de las mujeres; convirtiendo la maternidad en una obligación; subordinando así cualquier otro rol y/o oportunidad a la que las mujeres pudieran aspirar.

De igual manera, el género reflexionado como categoría política con el fin de cuestionar el sistema de dominación actual; el patriarcado, se encuentra basado en la idea de superioridad de los hombres y lo masculino sobre las mujeres y lo femenino. Ahora bien, reflexionando sobre el conjunto de desigualdades históricas; el género permite analizar el discurso de desigualdad como una construcción social que debe ser transformada en pro de la igualdad.

Finalmente, recurriremos al análisis de género relacionado a la bioética que permite analizar la falta de autonomía de las mujeres gestantes para decidir sobre sus cuerpos, las prácticas que se realizan en ellas, el tipo de parto que desean tener, las condiciones y violencias a las que son sometidas en muchos casos en el proceso del parto. La relación subalterna con el personal médico y el sistema de médicos en general las muestra como frágiles, dóciles, sin posibilidad de decidir y las expone a diferentes situaciones en todo el proceso de gestación y alumbramiento.

Todos estos fenómenos son estudiados desde esta perspectiva asociada a las causas de la imposibilidad de entenderse y ser reconocidas como sujetas de derechos, dejando de lado la visión paternalista del sistema que no les permite tener relaciones simétricas e igualitarias donde se puedan respetar sus decisiones y el ejercicio del derecho sobre su cuerpo en todo el proceso del parto.

4.4. Determinantes sociales de la salud

Apartir de los años 60 a 70 surgen corrientes médicas críticas al sistema biomédico en Latinoamérica⁵ quienes proponen una medicina social a través del análisis de las “Determinantes Sociales de la Salud” que plantean lo siguiente:

- Los fenómenos de salud y enfermedad son, por presencia, fenómenos tanto biológicos, como sociales.
- Para entender las condiciones de salud de las poblaciones, es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran a las sociedades humanas (Eslava-Castañeda, 2017). Así lo menciona el siguiente extracto:

“Las Determinantes Sociales de la Salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables. “Desigualdades presentes en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (OMS, s/f).

Este concepto fue fundamental para entender que la salud de la población está sujeta a diversos factores sociales, económicos, políticos y culturales. Que dentro de la sociedad existen sectores poblacionales que presentan mayores brechas por condiciones socioeducativas, género y origen étnico, que van a marcar su acceso a la salud sino también a la atención.

Es así que se va transformando no sólo el término salud, sino cómo se la entiende y su importancia de reconocer a los determinantes sociales de la salud, y entre ellas la discriminación basada en género como factores que influyen en la vida de las personas, específicamente de las mujeres. Por lo tanto, estos elementos harán que algunas personas tengan mayores probabilidades de enfermar más, y con mayores consecuencias para su salud que otras.

Con la instauración del Sistema democrático en 1982⁶ y el acercamiento del sistema de salud a las poblaciones indígenas se generaron fuertes choques y distancias culturales, ya que en los

5 El movimiento latinoamericano de medicina social surgió a partir de una mirada crítica con relación a estos saberes heredados, marcando la necesidad de prestar atención a los “determinantes sociales” de los Procesos de Salud Enfermedad-Atención, así como a las desigualdades en la distribución de los servicios de atención médica. Esta renovación estuvo estrechamente ligada a un creciente diálogo de la medicina con las ciencias sociales, en particular con la sociología y la historia. Es el recorrido de las ciencias médicas a las sociales fue precisamente la trayectoria intelectual de Juan César García, quien se graduó en medicina en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) (Provincia de Buenos Aires, Argentina), para luego optar por la continuación de su formación académica en la sede de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en Santiago de Chile (Diego, Trotta, & Spnielli, 2011, pág. 286)

6 El 10 de octubre de 1982, Hernán Siles Suazo eraposeionado como presidente de Bolivia tras un largo ciclo de gobiernos militares y golpes de Estado, fecha que dió inicio a una etapa de coaliciones o la denominada democracia pactada por la distribución de cuotas de poder entre partidos políticos neoliberales.

años 80's se veía aun la medicina de manera exclusivamente asistencial que apoyada por las políticas homogeneizadoras y multiculturales promovían la mestización y la adopción de prácticas occidentales como el ideal nacional, mientras que se percibía a las prácticas médicas tradicionales como retrógradas.

Es así, que las y los indígenas alejadas/os del sistema biomédico mantuvieron algunas prácticas y desarrollaron otras en relación al tratamiento y prevención de enfermedades a partir del uso de la medicina tradicional, con una variedad de especialistas, como ser Yatiris⁷, hueseros, parteras y parteros. Esto hasta la primera mitad del siglo XX, pues fue después de la Revolución de 1952 que el sistema de salud se empezó a masificar a la población. A partir de la Constitución de 1967 se establece que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad (Ministerio de Salud y Deportes, 2012, pág. 13).

A partir de esta mención del contexto histórico en el que las y los indígenas se insertaron al estado se explica (Whitehead & Dahlgren, 1991) que las determinantes sociales de la salud interactúan en diferentes niveles con distintos resultados, ya que las mujeres y los hombres desarrollan sus vidas desde conductas individuales influenciadas por la edad, sexo, cultura y condiciones sociales. Sin embargo, a la vez factores socio económicos, políticos y sociales a nivel macro o estatal, también determinarán de gran manera la calidad de vida y oportunidades de estas poblaciones.

En el caso de las mujeres aymaras las desigualdades se reflejarían en la pobreza en la que se desarrollan, hecho que influirá en el embarazo en adolescentes, la mala nutrición que genera anemia, el acceso a la salud y educación limitada. A pesar de las mejoras que hubo con las políticas de salud y educación si seguimos dejando a las mujeres que dejan antes la colegiatura, y acceden menos a la salud, sufren más del trabajo informal, violencia sexual, violencia obstétrica entre otros factores. Hechos que terminarán incidiendo en la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. Además de eso, el sistema de salud boliviano no brinda las condiciones necesarias de calidad de la atención, infraestructura, ni equipamiento, haciendo que esta población sea más vulnerable a sufrir complicaciones.

Estas inequidades aluden a "[...] diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o grupos que tienen diferentes características demográficas" (Vega, Solar e Irwin, 2005:9) en (Uribe, Rodríguez, & Agudelo, 2013, pág. 14).

Son estas condiciones desfavorables sumadas a una herencia cultural machista y discriminadora que nos ayuda a entender el porqué de la mayor incidencia de mortalidad materna, sobre todo en mujeres indígenas, pues han estado en una mayor situación de vulnerabilidad por las condiciones históricas de exclusión de nuestro país, que a pesar de los años no han podido ser subsanadas del todo hasta el día de hoy.

⁷ Yatiri, literalmente, significa "la persona que sabe" y es un término general y común con referencia a un especialista que lee hojas de coca y pasamisas rituales a los achachillas (ancestros masculinos) y las awichas (ancestros femeninos) para conseguir salud, buena suerte, buenas cosechas y prosperidad. También ejecuta rituales de curación y limpieza (Burman, 2011)

4.5. Sistemas médicos

Al hacer referencia a la pluralidad de saberes en el proceso de salud/enfermedad/atención estamos entrando en su dimensión política. En esta dimensión coexisten diferentes formas de entender, curar, sentir la salud y enfermedad, existe implícitamente una relación de poder, donde existe supremacía del ovalidad o por el estado y la ciencia en contra del o desconocido. El abordaje de la salud desde la perspectiva de los sistemas médicos es una propuesta metodológica y nace a partir de una larga tradición en los estudios antropológicos culturalistas, donde se desarrollaba descripciones de las prácticas en la medicina indígena.

A partir de la antropología médica, Eduardo Menéndez (1990) trabaja la pluralidad de saberes y en consecuencia los sistemas médicos en su libro "Morir de Alcohol" (1990), donde desarrolla el concepto de modelos médicos haciendo referencia a "construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento".

En este contexto se hace referencia a tres modelos médicos. Por un lado, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) definido como "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha logrado identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado" (Menéndez, 1990).

Esta perspectiva es en la actualidad inmutable ya que es nombrado en muchos espacios formales como biomedicina y/o medicina académica asentando su cualidad científica y formal en la existencia de ciertas características. Las características son: su apego a rasgos biologicistas, a su concepción evolucionista/positivista, eficacia pragmática, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación de síntomas, relación médico/paciente asimétrica, concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado, como responsable de su enfermedad, no legitimación de científicas de otras prácticas, tendencia de la medicalización de los problemas, tendencia inductora al consumismo médico, entre otras, a decir de Menéndez (pág., 88).

La hegemonía que es característica de este sistema, le ha permitido, a esta perspectiva y durante mucho tiempo, subalternizar a las otras lógicas sobre el proceso de salud/enfermedad/atención no sólo a nivel del discurso, sino, y por sobre todo en la práctica libre de sus curadores y a la elección de los pueblos indígenas portadores de dichos conocimientos.

Por otro lado, Menéndez hace la caracterización de lo que llama el Modelo Médico Alternativo Subordinado, donde "se integran las prácticas reconocidas generalmente como 'tradicionales' hecho que connota una suerte de 'pasado' y las derivaciones o emergentes del Modelo Médico Hegemónico" (88; 1990). En este marco este modelo se caracteriza por una concepción holística

de los padecimientos y problemas, basadas en la eficacia simbólica⁸ y la sociabilidad. Concepción que tiene tendencia al pragmatismo, asimetría en la relación curador-paciente, legitimación comunal de las actividades curativas, identificación de una determinada racionalidad técnica y simbólica entre otros. Es importante hacer notar que este modelo está basado en las prácticas y lógicas culturales del conjunto social, pero que cada vez, y a razón de su constanter relacionamiento, formal o no, éste asume ciertos elementos constitutivos y técnicos del Modelo Médico Hegemónico, situación que se confirmará en la descripción de los hallazgos.

Finalmente, Menéndez hace la caracterización del Modelo de Autoatención, el cual es un “modelo basado en el diagnóstico y atención (prevención) llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios. En este modelo no interviene directamente un cuidador profesional. Esta auto-atención supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipo de determinado grado de complejidad”. Dentro del itinerario o camino por la salud, la auto-atención es considerado el punto de partida, aunque en este camino es posible que vuelva muchas veces a este, durante el recorrido para la resolución de la enfermedad/padecimiento.

Sus características más importantes giran en torno a su eficacia pragmática, se entiende a la salud como biende uso, tiene legitimidad dentro del grupo, está basado en la experiencia y tiene la tendencia a la apropiación de las prácticas médicas a nivel grupal. La autoatención es de todos los modelos del sistema, el más utilizado por los grupos sociales, convirtiéndose en una práctica social estructurada, y el menos legitimado por la ciencia.

De acuerdo al planteamiento de Menéndez dos condiciones básicas se tienen que cumplir para que se cumpla la autoatención. Primero, que la enfermedad tenga una frecuencia, recurrencia y continuidad de la enfermedad/padecimiento dentro del grupo; y, que el grupo entienda la necesidad de realizar acciones inmediatas para dar solución a estas enfermedades/padecimientos. Desde la perspectiva del Modelo Médico Hegemónico, este modelo es cuestionable porque lo entiende principalmente como automedicación y al ser un modelo que valida el conocimiento sólo a través de la ciencia termina por condenarlo.

Por su parte, Susana Ramírez en un estudio sobre los sistemas médicos en la ciudad de Potosí, llamada “Donde el viento llega cansado” (2010), hace referencia a un cuarto sistema médico que bautiza como sistema médico religioso, al que caracteriza de la siguiente manera: “Al hablar del sistema médico religioso nos referimos a la iglesia evangélica, la católica y a todas aquellas prácticas religiosas utilizadas por los miembros de una cultura. Este sistema está articulado con el sistema médico tradicional, el de autoatención y el biomédico. Hablamos de un sistema médico religioso por poseer toda una serie de conocimientos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades” (Ramírez. 2010: 143).

8 Levis Strauss en el documento “Antropología Estructural” refiere que la eficacia simbólica es la “manipulación psicológica del órgano enfermo, es decir, el contexto psicológico de la enfermedad juega un papel fundamental para la cura” 1995, Editorial Paídos, SA.; Barcelona.

4.6. Interculturalidad y/o articulación

Elasumirlaexistenciadediversasformasylógicasdeatencióndelaenfermedad/padecimiento conllevaaentenderqueésta tienenen unavariedad detécnicasytecnologíasparaeldiagnósticoy eltratamiento,asícomounabanicodevariableseindicadoresparaladeteccióndelaenfermedad/padecimiento.Estosonshacecaerencuentadelaexistenciapersedesituacionesdepluralismomédico en las sociedades.

Elasumirlaexistenciadela diversidadyelpluralismo no es suficientesino aceptamos,por un lado,laexistenciayutilizacióndelapoblacióndediferentesformasdeatención;yporotrolado,la existenciadeuna interrelaciónentre losdiferentesmodelosmédicos.Dichainterrelaciónconlleva procesosyestrategiasdenegación,invisibilizacióny/omarginacióndesdeelModeloMédico Hegemónico(biomedicina)hacialasotrasformasdeatención.Aunqueesevidenteestaafirmación, esimportanteincluirenelanálisisquea niveldeldiscursodecuradoresdelasotrasformasde atención;tambiénoxisteunrechazohacialabiomedicinaquepuede volversedifusocuandose realizan transaccionesopréstamosdetecnologíasotécnicascurativasporpartedelosotros sistemasmédicos;entonces,laoposiciónentresistemas a niveldela prácticamédica no sería tanrigurosa,dandolugaraciertas“articulacionestransaccionales”(Menéndez,2004:36)entrelas diferentes sistemas médicos.

Estos aspectos se vuelven relevantes para el análisis desde una perspectiva relacional. El poder y la hegemonía se convierten en determinantes políticos para el sistema de relaciones entre los diversos sistemas médicos, permitiendo así, analizar las fronteras entre las diferentes formas de curar, sus aproximaciones, así como los mecanismos de actuación frente a esto, por parte de la población.

En ese orden de ideas, conocer y comprender la articulación que la población realiza entre sistemas médicos requiere vislumbrar los diferentes itinerarios médicos⁹ que se utilizan para discernir y atender sus enfermedades/padecimientos. En este camino, en busca de salud, pueden acudir una o más veces al mismo sistema médico, pasando por los otros, siendo, a veces, un verdadero calvario para la persona y su familia. El conocer estos itinerarios nos mostrará las características de cada uno de los sistemas médicos, así como sus debilidades y los diferentes tipos de articulaciones que realiza la población.

Con respecto al proceso del parto, esta situación no es diferente, el conocer los itinerarios médicos que las mujeres realizan recurriendo desde la autoatención, a la medicina tradicional y/o a la biomedicina o a ambas, permitirá conocer las lógicas y racionalidades que envuelven sus decisiones, de la familia o del grupo. Así también nos dará luces acerca de sus necesidades como mujeres y sus particularidades de clase, étnicas, económicas y hasta ideológicas, y nos abrirá el

⁹ Itinerarios médicos hace referencia a lo que Menéndez define como “carrera del paciente” o “carrera del enfermo” que alude a la trayectoria que la población realiza yendo de un sistema a otro con el fin de dar solución a sus padecimientos.

espectro a la mejora y contextualización de los servicios de salud materna, así como lo expone Menéndez”... si el Sector Salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto a la variedad de padecimientos reales e imaginarios que reconocen que afectan su salud” (Menéndez: 2004, pág. 37)¹⁰.

En este marco se debe complementar el análisis teniendo en cuenta que la política sanitaria boliviana, Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCl), toma en cuenta a la medicina tradicional como parte del sistema de salud. Dentro de los lineamientos de la estrategia de la medicina tradicional e interculturalidad se toma en cuenta tres líneas para la implementación de la interculturalidad en salud; la adecuación de los servicios de salud, el fortalecimiento de la medicina tradicional y la articulación entre la medicina tradicional y la medicina académica. Esta última comprende la coordinación cotidiana de actividades, atención conjunta a tanto la población lo demande, y referencia y contra referencia entre el personal de salud y las/os médicas/os tradicionales.

Para la SAFCl, la “Interculturalidad es la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades urbanas y rurales, naciones y pueblos indígenas originarios campesinos, comunidades interculturales y afrobolivianas con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes/conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud” (Ministerio de Salud: 2013, pág. 31).

Con base en lo anterior¹¹, se debe notar que la perspectiva de aplicación de interculturalidad y de articulación en salud se da a partir del sistema médico y no así desde la población, lo que podría ser el primer quiebre de la articulación en salud.

En este sentido, se presenta la normativa estatal vinculada a la maternidad y la interculturalidad.



10 Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. E. Menéndez. CIESAS. SPAM. México 2004.

11 “Hacia la Articulación y Complementariedad entre la Medicina Tradicional y la Académica, en el Marco del Principio de Interculturalidad de La SAFCl” (Guía de Implementación) Ministerio de Salud. 2013.

Cuadro N° 5: Normativa en relación a salud materna e interculturalidad

Normativa		Descripción
Constitución Política del Estado (Gobierno de Bolivia, 2009, págs. 10,17,19)	Cap. II. Art. 18	I. I. Todas las personas tienen derecho a la salud. II. I. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna III.. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno
	Sección II. Art. 35	I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
	Sección II. Art. 42	I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesino
	Art 45	V. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatales.
DS 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) (Ministerio de Salud y Deportes, 2013)	Art. 2	El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.
	Art. 3	Es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos
D.S. N° 0066 Bono Juana Azurduy (Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009)	Art. 1	Instituir el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño–Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema

Normativa		Descripción
Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” Decreto Supremo N°29272, de fecha 12 septiembre, 2007		La estrategia Bolivia Digna, en la cual se desenvuelve el sector salud; plantea la erradicación de la pobreza, erradicación de exclusión social, eliminación de la discriminación, la marginación y la explotación, con un enfoque de provisión de servicios básicos, como también acciones que generen capacidades económicas a familias y comunidades, buscando en las sociedades sus raíces culturales, el respeto a los derechos humanos, el sentido de pertenencia, la seguridad, el respeto a las formas de organización social y los derechos de las minorías, el principio de libertad cultural y de respeto a la diferencia y a la diversidad. Este planteamiento nos permite ver la salud como un producto del desarrollo social, en el cual se desarrollan paralelamente las determinantes de salud (educación, saneamiento, vivienda, alimentación, medio ambiente); en este sentido la salud reorienta, redimensiona y humaniza el progreso social. (Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2006, pág. 37)
Plan Sectorial de Desarrollo en Salud 2010 – 2020		El objetivo general del PSD 2010-2020 es mejorar el estado de salud de todos los bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, mediante la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que será integral, participativo, intercultural, intersectorial y incluyente de la medicina tradicional.
“Ley para la revalorización, incorporación y desarrollo de la Medicina Tradicional” Ley N° 459 de 19 de diciembre de 2013	Capítulo I. Art. 1 Capítulo II. Art. 5 N°4 N°6	Regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la, medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud. Partera o partero tradicional. Son las mujeres y los hombres que cuidan y asistieron a las mujeres antes, durante y después del parto, y cuidan del recién nacido Ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana. Consiste en reconocer, LEY N° 459 DE 19 DE DICIEMBRE DE 2013 LEY DE MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA 11 revalorizar y fortalecer los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina tradicional ancestral boliviana y las formas de identificar y tratar las enfermedades, haciendo uso de sus métodos y técnicas terapéuticas tradicionales en beneficio de la persona, la familia y la comunidad. (Ministerio de Salud, 2015, págs. 10-11)
Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez	Capítulo III. Art. 81 II	1. Nivel Central del Estado: a) Establecer la norma básica, sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígenas originarios campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional. b) Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud. 2. Gobiernos municipales autónomos: a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal. b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias. 3. Gobiernos indígenas originarios campesinos autónomos: a) Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud. b) Promover la gestión participativa de los pueblos indígenas originarios campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. (Asamblea Legislativa Plurinacional, 2010, págs. 37- 41)

Fuente: Elaboración Propia.



V. Hallazgos

Mujer Aymara, Género y Cultura

“El discurso como práctica social incluye ideas y sentidos que tienen para los actores sus comportamientos; es decir, las interpretaciones que hacen de sí mismos y de su entorno. Hace referencia a sistemas de representación que regulan lo que se puede hacer con el lenguaje en una situación y un contexto determinados”

M. Foucault

5.1. Ser mujer Aymara

Este acápite pretende plasmar el auto retrato que hacen las mujeres a través de los relatos recogidos en el contexto de la maternidad. Es importante hacer notar que, aunque no se indagó específicamente sobre este tema, dentro de los relatos de las mujeres se encuentran, inmersos en sus discursos, rasgos de roles de género, su posición social, económica, política, que deben exponerse porque dan rostro a las mujeres que fueron parte de este estudio.

“En las comunidades aymara, la identidad no es un asunto individual, es una construcción social desde la comunidad, una forma de ser persona que se basa en el reconocimiento y pertenencia a una unidad mayor. La individualidad de las mujeres está marcada por círculos amplios de pertenencia, desde la familia, la estancia, la comunidad y el municipio. Incluso la organización de mujeres en entes propios, se ejerce como colectividad, como parte de una totalidad más amplia” (Nostas, Sanabria; 2009: 76)¹².

¹² Detrás del cristal con que se mira: Ordenes Normativos e Interlegalidad, Mujeres Quechuas, Aymaras, Sirionó, Trinitarias, Chimane, Chiquitanas y Ayoreas. Editora PRESENCIA, La Paz Bolivia. 2009.

Ser mujer Aymara debe ser abordado desde los contextos socioculturales y sociopolíticos ya que no sólo se relaciona a cuestiones de identidad cultural, sino a contextos de relación con el entorno dentro del grupo y su relación con éste. En este sentido, para comprender a la mujer aymara debemos adentrarnos en sus relaciones y roles de género dentro de sus sistemas de género, así mismo, debemos comprender desde lo social cuáles suposición en el grupo como parte de esa sociedad, los cambios que ha ido viviendo.

La sociedad boliviana, ha ido sufriendo grandes transformaciones sociales en los últimos 30 años después de la relocalización¹³, en la cual grandes cantidades de hombres y mujeres migraron del campo a la ciudad, produciéndose varios fenómenos sociales que reconfigurarían la estructura de la sociedad boliviana y su problemática hasta la fecha. Mucha de esta población, nunca dejó sus orígenes, volviendo de tanto en tanto a sus comunidades, no sólo para visitar la familia, sino para trabajar la tierra y cosechar lay/o asumir cargos comunitarios. Es así, que muchas mujeres y sus familias transitan entre estos dos mundos constantemente. Adquiriendo nuevos patrones culturales, desechando algunos y manteniendo otros.

No obstante, y a pesar de que se podrían hacer tratados sobre este tema, y para no caer en reduccionismos, para la presente investigación tomaremos las características de la mujer aymara dentro del contexto de la salud materna. Las mujeres aymarasson diversas y sus problemáticas también. Su situación dependerá de la edad, su economía, lugar de residencia, educación, número de hijas e hijos y acceso a la tierra que determinarán su condición económica, política y social.

5.1.1. Ser mujer a través del hombre

Dentro de la amalgama de identidades encontradas en las mujeres aymaras durante el trabajo de campo, una que permea todo su SER, es la de ser esposa y concubina. Esta asociación y construcción de identidad en razón del otro, muestra la alteridad de la que nos habla Simone de Beauvoir en el "Segundo Sexo" (1949), construirse en relación del otro masculino es lo que da sentido e inicio a su identidad "Warmi", como la mitad complementaria para llegar a ser Jaqi (persona) dentro de la cultura aymara.

13 Con el fracaso de la Reforma Agraria en 1952 en las siguientes décadas, y la creciente pérdida del valor de la tierra por el minifundio y la insostenibilidad económica de muchos campesinos dentro de sus comunidades, van dejando el área rural en busca de otras fuentes laborales a otras ciudades de Bolivia. No obstante, el hecho trascendental para la urbanización de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz se dio a partir del año 1965-1985 con la promulgación del 21060 en el año 1985, a partir de la cual, se dio un despido masivo de trabajadores al cual denominaron "relocalización" o la "libre contratación", entre ellos mineros, fabriles y empleados públicos que quedaron sin sus fuentes laborales, lo que originó una gran migración interna hacia las ciudades de leje central (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), pero sobre todo a la ciudad de La Paz. De esta manera, la gente de menos recursos va obteniendo terrenos en los lugares menos seguros y accesibles, pero más baratos de la ciudad de La Paz. Es así que se inicia la ocupación descontrolada de las laderas, las cuales no tienen las características geológicas apropiadas para la edificación de viviendas. En la actualidad, según datos del PDM 2007-2011 del Municipio de La Paz, el 35% de la mancha urbana está constituida por terrenos de alta pendiente, con 50% Km². de inclinación y problemas de inestabilidad potencial.

...casi igual pasa en la comunidad para recibir los cargos, la mayoría es por obligación, más que todo por el terreno. Muy pocas son las mujeres solas que están como autoridad, más escogen para cargo de tesorera, secretaria de actas, secretaria de la junta escolar, porque la mujer es responsable; no gasta así no más la plata. En mi caso mi marido ha pasado como Secretario General en su comunidad por los terrenos que le ha dejado su mamá, es el único hijo de 4 hermanas si o si tenía que pasar. Hemos hecho el juramento juntos, pero yo iba a las reuniones sólo de acompañante, junto a mi esposo, algunas veces quería hablar, opinar pero dan preferencia al hombre cuando una quiere hablar no escuchan se ponen a hablar entre ellos, las mismas mujeres no hacen caso (...) A las reuniones más van los varones, nosotras las esposas nos dedicamos a preparar la merienda, si hay visitas, igual hay que llevar para compartir, de mi plata sé comprar coquita y caja de refresco, sino, temiran, las mismas personas te critican. A mí me gusta participar cuando hay capacitaciones o ir a las convenciones con la iglesia. Pero antes de ir como mujer tengo que dejar todo listo en la casa, primero ordeño la leche, dejo la leche, después preparar la comida y dejarlo envuelto para mis hijos, limpiar la casa, dejar con comida para el ganado. Cuando la capacitación o la convención es todo el día me fatigo por mi ganado, porque no tiene que estar mucho en el sol, se fermenta su leche, las ovejas sufren todo el día encerrado, todo eso hay que fijarse.

Por esa parte para las mujeres es difícil, pasar capacitaciones, peor ser autoridad, para todo hay reunión y el hombre no se preocupa en hacer las cosas de la casa, más bien a ellos hay que alcanzarles, la comida, la ropa. Cuando es jueves o domingo no me comprometo a nada, esos días si o si tengo que salir a vender, no es excusa, pero es verdad; No, no tengo tiempo! tengo responsabilidades en mi casa, tengo mis hijos, hay que hacerles hacer tarea, entre ellos se están peleando, hacer el queso tarda, lavar las cosas, llevar a vender temprano hay que madrugar para que te alcance el tiempo. Por eso será que las mujeres no quieren asumir cargos. Por eso dicen: 'él no más que siga, que siga tal hermano' las mujeres mismas estamos dándole lugar a los varones... Cuando mi marido no sabe poder ir a las reuniones a mí me sabe enviar, por eso me doy cuenta que hay que saber hablar ser entradora, no tímida así te hacen caso si hablas suavito te pisan. Algunos te ven ir sola no te hacen caso, pero si llegas con el marido otras cosas... estoy aprendiendo, hay que cambiar de pensamiento porque la mujer puede ser autoridad o liderar en la iglesia" (Mujer 40 años, Pucarani. 02/2020).

Así también, no se entendería lo que significa ser mujer sin hablar del "chachawarmi", que se interpreta como la "relación complementaria y recíproca entre hombre y mujer" (Hermanau. 2011), que es un requisito para ir asumiendo y ejerciendo sus derechos en la comunidad, entre ellos, asumir cargo, trabajar la tierra y heredarla. Esta relación dual que, según la cosmovisión andina, atraviesa toda la vida, desde la naturaleza, cosmos, y relaciones sociales, en la cotidianidad, no

se cumple. Esta categoría construida culturalmente mantiene a la mujer invisibilizada y sujeta a otro, en este caso a su pareja. Este dispositivo de poder, se incrusta en la cultura y dificulta que las mujeres aymaras puedan sobresalir en muchas dimensiones de su vida.

(...) “Había una temporada en mi iglesia, por decir la hermana no era casada o era separada, digamos ‘sola’ no podía ocupar ningún cargo a nivel nacional y peor para pastora, yo he visto que había hermanas que decían: ‘¿qué ejemplo van a dar! no tiene experiencia no tiene esposo, ni hijo! ¿Cómo van a manejar el cargo!’ pero dentro de la iglesia local sí se puede asumir como presidenta de la Sociedad femenina, para maestra de escuela dominical, para esos cargos sí. Pero para que estés al frente, como pastorano, no se puede. Ahora ese pensamiento está bajando más o menos... Veo que las hermanas tenemos la capacidad, pero tenemos miedo de asumir cargos, decimos: ‘cómo voy a asumir presidenta, cómo voy a hablar adelante’ parece que le vemos como un cargo bien grande, bien difícil” (Mujer 40 años, Pucarani. 02/2020).

Así, en el discurso sobre el proceso del parto, las mujeres entrevistadas antes de entrar a hablar de sus partos comienzan su relato hablando de su situación conyugal, poniendo en claro que parte fundamental de sus prácticas de sexualidad comienzan en el matrimonio o al contar con una pareja formal. Así Martha (nombre ficticio) al a proposición de relatar su parto, comienza: “Yo he tenido con 17 años mi esposo... así un poco con mi esposo nosche que ábamos... y me he embarazado...” (Mujer 37 años, Pucarani. 02/2020)

Por otro lado, si la mujer tuviera un hijo o hija fuera del matrimonio o es abandonada por su pareja, ésta adquiere una cualidad de mujer no digna, por lo que el grupo social la rechaza y la aparta de la vida social, no haciéndola partícipe de muchas actividades sociales. En ese sentido, por ejemplo, no podrá ser autoridad de la comunidad ya que sólo se puede ser autoridad, *mamat* allí, si es una mujer casada, conviviente o con pareja estable. En todo caso, una cualidad que cobra mucha importancia para las mujeres es cuidar el honor de la familia, por el cual se podría incluso llegar al aborto con consentimiento de la familia.

“Siempre autoridades entredos, por eso es chacha – warmi. Mujeres sola, separada es mal vista. Los miran porque hay que ir a reuniones, todo el día te pierdes, te descuidas de la casa, de los hijos. dicen ‘sola es pues, no tiene a quién atender ¡hasta de lo que ríen les miran ¡está coqueteando! les dicen, por eso mi marido no más sabe ir a las reuniones”. (Mujer autoridad Jalsuri – Viacha. 12/19)

Este mecanismo disciplinario comienza desde el nacimiento, pero se intensifica en la adolescencia, cuando comienzan su vida social fuera de la familia. Las madres¹⁴ mediante un discurso violento y acusador van introduciendo pautas de comportamiento sexual, socialmente aceptado, que no

¹⁴ En las entrevistas se hace referencia a las madres pues fueron identificadas como las que hablan de esta temática con las hijas en algunas ocasiones para generar sentimiento de culpa, mientras que la figura paterna es más ausente, ya que según las y los entrevistados pasan tiempo trabajando fuera, o no viven con ellas/os.

transgredan la norma, poniendo el buen nombre de la familia en riesgos social; en ese entendido se utilizan palabras como “puta”, “chica fácil”, “desesperada”, “calenturienta” para normar sus comportamientos de sexualidad que debe ser por fuerza responsable y digno.

“Levanadecir madre soltera, así. En la sociedad nos van a tachar, hemostenidoun hijo, hemos cometidoun error, la deshonra en la familia es permanente, nose olvida” (Mujer joven 22 años, Viacha).

“...conmimamáno! [no hablo de sexo] Ah cuando meriñe” (Mujer adolescente 15 años, Viacha).

Lo paradójico de las situaciones que el tema de sexualidad y sexo son temas tabúes dentro de la familia y si bien se amenaza a las adolescentes con el tipo de conducta que deben tener, no se toca la temática a nivel informativo o educativo, razón por la cual, las adolescentes buscan información en redes sociales o consus pares, lo que genera desinformación y embarazos no deseados. Según los datos a nivel nacional, las adolescentes quedan embarazadas en los primeros años de relación y sobre todo aquellas que viven en área rural¹⁵.

“La familia lleva para no deshonrarla, llevan a los yatis para hacerla abortar. O ella sola va para que no sepa su familia. “El honor de la familia es muy importante, en Viacha!” (Mujer adolescente 16 años, Viacha).

5.1.2. Ser mujer madre

Una de las identidades que emerge espontáneamente y de forma natural es el rol de madre. Para las mujeres aymarás, su rol reproductivo, está enraizado a su esencia de mujer mostrando el rol de género asignado como cuidador de la familia. En esta línea, Nostasy Sanabria (2009), hacen una asociación entre la categoría femenina y la fertilidad de la tierra (Pachamama) en la que se le asigna la capacidad de “procrear y generar vida”.

“El factor edad, pienso que para tener hijos hay una edad ni tan temprano, ni tan poco tarde, hay un lapso donde tienes que ver nacer, hacer crecer, hacer estudiar a tus hijos. Le doy un ejemplo: para tener una buena papay tienes un terreno que no has sembrado hace años, estierro puro, entonces antes tienes que nutrir, limpiar, abonar la tierra, recién poner una buena semilla, regar, cuidar, abonar, el resultado es que la papaya saliera sana y grande. Lo mismo tiene que ser la madre, antes de embarazarse

15 Según datos del INE, de las mujeres de 20 a 24 años en el área rural, 55,0%, declaró que dio a luz antes de los 20 años, en comparación con el área urbana que llegó a 20,1%. El nivel de educación produce la brecha más importante en el porcentaje de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas. Si bien, el número de adolescentes sin educación fue muy escaso, la diferencia entre las adolescentes con educación primaria y superiores acentuada. El porcentaje de adolescentes que estuvieron embarazadas alguna vez y que tienen educación primaria (42,5%), es seis veces más alto que las mujeres con educación superior (6,8%). (INE, 2018)

tiene que alimentarse sanamente, frutas, verduras, no tomar bebidas alcohólicas. El hombre también cuatro meses y tiene que cuidarse, alimentarse bien, aunque no me crea yo tomaba caldo de cardán, jugos de quinua, maca, no tomaba bebidas alcohólicas. Muchas veces el hombre queremos tener hijo varón y estuve averiguando con amigos, estudios que dependen mucho de quiénes más fuerte, si la mujer es más fuerte que el hombre va tener siempre hijas mujeres, tal vez porque no estoy preparada físicamente soy más débil que mi esposa" (Hombre 48 años, Pucarani. 12/19).



A continuación colocamos el diálogo entre el entrevistador (E) y una mujer entrevistada (M).

E: Estoy de seis meses y medio, he venido hacer mi control de embarazo correspondiente, sufro de problemas de preeclampsia de mis anteriores embarazos, me han dicho que es un problema hereditario de mi familia, después tengo los malestares normales que uno tiene como embarazada: los vómitos, intolerancia a la comida, debilidad que uno tiene. Al comienzo de mi embarazo me dijeron que tenía anemia, pero es algo normal en los tres primeros meses de embarazo, es por lo que uno no consume muchos alimentos, no los tolera. Ahora puedo comer todo... pero usted debe saber todas estas cosas, ¿cuántos hijos tiene?

E: No, todavía no tengo hijos, pero quisiera tener uno por lo menos (risas).

M: (memirase seriamente) Sería bueno que pienses, aunque se para adoptar porque los años pasan y una se queda sola. Tenía mi familiar, como usted era mayorcita, sufría por no tener hijos, cuando farreaban peleaban por no tener hijos, su marido le exigía que tenga hijos, pero ella no podía embarazarse, han ido a todo lado a doctores, han tomado medicina, inyecciones, pero no podía embarazarse. Ellos ganan bien. Un día de mareada hallorado; ¡puedo darte todo lo que tengo por tener mi propio hijo!, sabe llorar, pero no podía embarazarse. La familia de su esposo, los tíos le presionaban para que tengansu hijo, porque los hijos son razón de vivir. Finalmente han adoptado un varoncito lo han tenido y no ha pasado ni una año se ha embarazado, la vida recompensa. Ahora ella vive por sus dos hijos y por igual cría, les compra la misma ropita, no hacen diferencia. Usted puede adoptar así va saber cómo es ser madre. A veces no entendemos sólo cuando somos madres podemos conocer ese sentimiento de amor por el hijo. Mi mamá me decía: 'mejor es tener hijos de joven, porque tenemos paciencia, podemos criar, educar a los hijos, pero cuando eres mayorcita ¡ya no! pierdes la paciencia (Mujer 32 años, Senkata - El Alto. 01/2020).

“(Mehablaenaymara)Hermanaantesdeempezar(laentrevista)Soycasadaperono tengohijoconmimaridotengounauywatawawa,meestoycriandocomosihubiera salido demí,comosifuera demicarnepropia ¿vashablarcontodas las hermanas del grupo, nueve? Ellas van hablar, me van a decir: ¡ella no sabe tener hijo, de qué va hablar. No quiero eso.!. Te voy hablar de lo que he visto o me han contado mis hermanas”(Mujer 45 años, Autoridad tradicional Bartolina Sisa, Corapata/Pucarani. 12/19).

“Soy casada más de 16 años, mi hijita mayor tiene 9 años. De buenos años me he embarazado la gente los familiares temiran cuando no tienen hijos; ¡hasta cuándo vas a tener tu hijo?... es no más preguntan en las invitaciones, ya no se querir. Ahora ya tengo mis dos hijas ya estoy tranquila”(Mujer 38 años, Pucarani. 12/19).

“Estita se llama Reyna, tiene un año, es bien reilona, es bien tranquilita, sólo para cambiar pañal no más molestó... es mi wawita de menopausia (reímos) me handicho que ya no vas a seguir teniendo y justomira hetenido”(Mujer 41 años, Tilata/Viacha. 12/19).

“Eressola; ¡temiran!, no tienen hijos; ¡temiran!, la gente de todo te mira (se pone triste). También me he comprado mi propio terreno, tengo mis vacaciones me he comprado un minibús, mistí os me handicho: ‘para qué tanto trabajo, aquí en vas a dejar’ Más que todo por eso me he embarazado, ahora mi hijita tiene 5 años, es mi compañera portodo lado con ella camino ...”(Mujer 42 años, Palcoco-Viacha. 02/2020).

Por otro lado, hacer referencia a la influencia de la religión católica y de las influencias de las iglesias evangélicas en la construcción de los roles de género donde se puede encontrar la explicación a la devoción y exaltación de las cualidades maternashaciendoreferencia a la figura Mariana (de la virgen María) y las figuras de mujeres en la biblia. Estas formas de construcción tanto de las cualidades reproductivas como de comportamiento materno, mantienen a la mujer dentro del espacio privado, su casa y la alejan del espacio público, administración del poder político, por ejemplo, manteniendo el orden social patriarcal y machista. El discurso sería el mecanismo para transmitir y enraizar estas pautas culturales respecto a la maternidad, pero entendemos que no es el único; la violencia sería un otro mecanismo que aporta a la subsistencia de este orden social basado en relaciones de poder inequitativas.

“Mi mamá me decía: ‘Dios te lo ha guardado’ la conocí y mi mamá ha muerto y oye tengo mucha fe a esta imagen (la imagen de la virgen María), ahora todo estamos asistiendo a la iglesia evangélica junto a mi esposa, mis 4 hijos, nos enseñan (pastor) que el hombre es el que provee, cuida que no falte nada a la familia, La mujer es la que cuida a los hijos, la casa”(Hombre 55 años/ Pucarani. 12/19).

“Paralashermanitashayuntexto,estáen(leelabiblia):‘Engañosaeslagraciayvana hermosuralamujerquetemeaJehová,esaseráalabada(reflexiona)Verdaderamente tenemosquetemerprimeramentealSeñor,clamaralSeñorpornuestra familia,por elesposo, los hijos, los nietos, por la iglesia, por nuestros pastores y Dios nos va a proveeranosotros.Lamujervirtuosaeslamujerqueayudaalesposoenedificarla casa,cuidarasushijos,sabeadministrarbienlaplata,sutiempo,noesrenegona,con cariñotienequehablar,claritodicelabibliaquelasmujeressesometanasusesposos, comolaiglesiasesometeaDios.Esodos dicen en la iglesia en las prédicas... Ana es un ejemplodefeparalasquenopuedenembarazarsedicequeellallorabacomo ebriaensilencio,porquedeseabadarle unhijoasuesposo,peronopodía,peroha oradoyhacreídoqueDiospodíadarleelhijodeseado,eslamujerqueteníamucha fe,esaFedebemostenercomohijasdeDios.Cuandoestabaembarazadamihijame pasabaorando,paraquenadamalolepase,quenazcasanito,aDioslecomplace cuandotienesfe.Nosiempreeselesposoquetedecepciona,tambiénporpartede tushermanos,odecualquierpartevienelospleitos.Esavezteníaunpleitoconmis hermanosenmícorazóndeprontoenesemomento havenidoesa canción clamaa míqueyoterponderé,dentrodemicantabaesa canción,misojoslagrimeaban. Conesoshimnosavecesnoslevantamos”(Charlacondosmujeres.Pucarani.12/19).

5.1.3. Ser mujer fuerte y productiva

Todas las culturas desarrollan un ideal del ser hombre y mujer, entorno a los roles de género que se van imponiendo según el contexto sociocultural y político. En este caso y a partir del trabajo de campo realizado en los municipios de Viacha, Pucarani y algunos sectores de la ciudad del Alto, se pudo identificar algunas características que se relacionan con el “ideal de mujer”, ligado a su rol de género tradicional, su función de madre y esposa. Por lo tanto, la representación de cuidadora del hogar y la familia ocupan gran parte de las actividades cotidianas, invisibilizando otros aportes y/o ocupaciones que desempeñan como ser el trabajo agrícola, ganadero y comercial los cuales necesitan de una gran fortaleza física para su desempeño y son la base de su economía y del sustento familiar¹⁶.

Paramí el trabajo de la mujer no termina, igual con mi barriga grande sé estar llevando a la vaca ordeñando, haciendo quesos, lavando ropa. Sólo no sé cargar cosas pesadas, de eso me cuidaba. No había quien me lo haga como yo sé hacer. Pesado es la leche y ya no se hacer queso porque hay que cargar y llevar hasta El Alto. Mi marido, me dejaba sola...” (Mujer 42 años, Palcoco-Viacha).

¹⁶ Arol de cuidadora nos referimos por las responsabilidades que adquieren las mujeres “por ser mujeres” y que deben ocuparse de toda la familia (hijos, padre, madre, suegros/as abuelos/as, etc.).

“Trabajo en lo que puedo a veces me voy de cama adentro por dos meses y descanso un mes. También soy promotora de productos de Esika, me han ayudado en Esika me han dado cosas para el bebé. Mis padres me ayudaban con la comida y la casa”. (Mujer 24 años, Senkata-El Alto. 01/20).

“Soy bachiller he salido de aquí de Pucarani, estaba estudiando en un instituto en El Alto para Auxiliare en contabilidad, pero no he terminado. Cuantas veces he querido volver para terminar de estudiar, pero no he podido tal vez más adelante. Con mi hijo y mi trabajo difícil, es. Ahora me dedico al tejido de gorritos, con lana de alpaca de lanita. He aprendido a hacer en el CEMA Palcoco dan materias de textiles, gastronomía. He tomado interés y he progresado, tejo y voy a acomodar por docenas a La Paz. ¡Nunca he estado quieta! También costuro y entrego vestiditos de niñas a crochet por docena o cuarta, también entrego pedidos de macramé en mantas. Tengo conocidas que hacen mantas, me llaman para darme 3, 4 docenas de mantas, para fraternidades será... También aquí me vendo, dentro la Universidad tengo un kiosko de snacks de todo me vendo. Decocinera he entrado a la Universidad, pero cuando mi hijo ha entrado a Pre kínder era llevar, ir a recoger por eso un tiempo he dejado el kiosko para que atiendan a mi sobrina. Más me he dedicado al tejido, me da tiempo de estar con mi hijo... Para sembrar y cosechar papa, pago, aquí hay jóvenes que quieren ganarse 50 bs les pago para sembrar y cosechar la papa, eso lo llevo a vender a La Paz... Al principio mi papá no quería que esté con el papá de mi hijo no me han apoyado cuando estaba embarazada. Pero les he demostrado que puedo. Con mi pareja hemos comprado una casita frente al colegio contrestienas, plena esquina. Hemos pensado que hasta que acabe sus estudios mi hijo vamos estar aquí, (Pucarani) poco a poco me voy a comprar una casita en El Alto. Mi hijo tiene 8 años, estamos en eso de darle un hermanito jajajaja a ver qué dirá Dios” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

Como parte importante de su auto identificación, las mujeres relacionan su cualidad fuerte y productiva al ser campesina. Esta característica cultural está relacionada a la capacidad que tienen para el trabajo, la fuerza que deberían tener para las tareas agrícolas, esta auto mirada aleja del concepto de feminidad moderna de mujer dócil, sentimental, frágil y, por el contrario, muestra una construcción cultural de género de fuerte, valiente, productiva, aguerrida, dura, entre otras, que dibujan a la mujer aymara trabajadora que aporta en la economía familiar.

Las mujeres trabajan fuerte aquí porque alzamos cosas pesadas. Tranquilo he alzado las bolsas de cemento (Mujer 54 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Durante el trabajo de campo, tanto en las zonas rurales como urbanas, las caminatas por pueblos, comunidades, ciudades, barrios, nos permitieron observar que siempre en todo momento las mujeres se encuentran en medio de alguna tarea o actividad. Hilar, tejer, deshilar, bordar, zurcir, lavar, son las tareas del descanso, momentos que aprovechamos para sentarnos y conversar, donde la mujer está dispuesta para la charla; esto da una sensación de un eterno que hacer que

permite avizorar su carácter productivo, pero también invita a reflexionar sobre el ser útil y su relación con la flojera. Cuando hablamos del parto para las mujeres la mujer que no trabajó durante el embarazo es porque “es floja” y esto hace que su parto sea difícil y doloroso.

“He estudiado hasta quinto de primaria estoy embarazada de 5 meses, es mi tercer hijo ahora estoy en la casa nomás, no soy profesional estoy cocinando, lavando ropa, sigue estoy ordeñando al vaca, dándole comera los animales también hago queso, siembro papa, llevo para vender los días jueves y domingos a la feria de la Ballivián a veces aquí a la feria de Pucarani traigo, pero las rescatistas muy barato quieren recoger los quesos pero prefiero llevar por mi cuenta al Alto. Me he hecho ver con el doctor me ha dicho: ‘estas bien’, entonces voy a seguir trabajando... A veces con mi marido peleamos, porque falta el dinero Mi marido es albañil y a veces no hay para construcción, ahínos aprieta el dinero. Cuando está renegando me dice: ‘¿eres floja! ¿No has ido a vender? No eres la primera ni la última mujer que sabe estar embarazada ...’ (Mujer 30 años, Corapata-Pucarani. 12/19).

“Dentro del minibús, aprovecho que hay trancaderas, para estar tejiendo, de mi bolsa nos sale la lana, ni el palillo, como mujer no puedes estar quieta. Así he logrado que me valore mi suegra estoy haciendo una y otra cosa, no hago gastar el dinero como otras mujeres, más bien gano plata, me dedico a costurar mandiles, enaguas para las mujeres de polleras, los vendo en las ferias., siempre hay algo que hacer. Ahora estoy yendo a recoger el chuño y la tunta que he guardado, cuando este tiempo de helada hacemos chuño, tunta. El chuño es como un ahorro lo voy a sacar para vender y a necesito dinero. Estoy haciendo construir mi casita, pero he sufrido junto al marido he picoteado, he sacado las piedras, me ha costado!” (Mujer 39 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

5.1.4. Ser mujer migrante y comerciante

Dejar la comunidad puede traer grandes cambios para las mujeres y a las maras, las dinámicas urbanas o semi urbanas transforman sus cotidianidades y su mundo. Sin embargo, no trastoca sus lógicas y sus prácticas culturales, las cuales siguen manteniéndose gracias a su relación constante con sus orígenes. La fiesta del pueblo, los cargos, el trabajo comunal les permiten recrear y mantener su cultura; así como su relación cercana con su familia o su círculo de parentesco.



“En los espacios del rural-urbano, probablemente su población mantiene una importante vinculación con la base cultural aymara a pesar de estar inserta en dinámicas de mayor permeabilidad con otros grupos y sectores” (Nostas, Sanabria; 2009: 74).

“Mi esposo es mecánico, mis dos hijos están estudiando en la UPEA, yo salgo a vender vasos, platos de plástico, cucharas desechables, bolsas nylon. Venimos a Palcoco está cerca de la carretera y hay movilidad constante porque es carretera principal, vamos y venimos de El Alto, ahora hemos venido por la feria. Tenemos aquí nuestra casa ahí llegamos para limpiar y sembrar. También participamos en las reuniones cuando convocan. ¿También en las fiestas? También, eso no se falta (risas)” (Mujer 42 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

No obstante, ser migrante conlleva cambios a nivel económico y su rol productivo, las obliga a adaptarse a la matriz económica y productiva de su nueva localidad, lo que las pone en situación de inequidad y vulnerabilidad social, ya que deben enfrentar precariedad laboral e inestabilidad, que afectará su situación de salud general, y en el proceso del parto, como veremos más adelante.

En este marco, las mujeres que participaron en el estudio migraron de comunidades rurales a zonas urbanas como El Alto o Viacha. Este cambio a consecuencia de la continuidad de la formación profesional de sus hijos/as, salud, trabajo de sus parejas o en busca de mejores condiciones, transformó su identidad de campesina a comerciante. Durante las entrevistas se preguntó a las mujeres en esos espacios urbanos su lugar de origen y su actividad cotidiana, los resultados mostraron que las mujeres migrantes de zonas rurales se dedicaban al comercio informal, lavado de autos, costura, venta de comida en la calle, construcción, limpieza en casas, lavado de ropa, como los trabajos más recurrentes.

“...[su] estructura se ha visto transformada por los procesos migratorios externos e internos que han otorgado a la mujer un papel protagonista. La migración femenina supone una reestructuración de las unidades familiares y un reto con consecuencias en el ajuste de las mujeres aymaras” (Lora: 2011).

“Como vivo en El Alto, ahí hay hospitales de tercer nivel es mejor, porque aquí el hospital de Pucarani no tiene equipos, solo hay curaciones pienso que aquí es peligroso si hay emergencia para operar no hay y te envían igual a El Alto, tenemos nuestra casita, hoy he abierto mi restaurant de comida vendiendo en las noches pollo a la broaster, salchipapa y los fines de semana a la parrillada y chicharrón. Hemos venido aquí por carne y papa, también aquí vivimos mi mamá tengo que venir a echarme de ella ya es mayorcita, vive con mis hermanos” (Mujer 44 años, Pucarani. 12/19).

“Hemos venido para consultad el dentista, mi hijita tiene 3 añitos. El papá de mi hija le hanegado, Nos hemos juntado cuando yo tenía 18 años y él tenía 20 años, hemos vivido meses y ahora estoy con él. Antes que me embaracé teníamos hartos problemas por culpa de su mamá. Él ha resultado ser “hijito de mamá”, ella se ha metido no quería que su hijo esté conmigo, lo ha logrado. He tenido sola a mi hija, con el apoyo de mis padres. No me pasa pensión, nunca le viene a ver. Me han dicho que si lleva el apellido de él me lo puede quitar ¿será verdad?, busco trabajo de medio tiempo en lo que se a para poder cuidar a mi hijita. Por él, he dejado todo, nos hemos ido a vivir al lado de su familia Alto Beni, el calor era insostenible, no podía venir a ver a mi familia, me han hecho la vida imposible. He regresado y he cambiado de la pollera al pantalón porque no me sacaban ‘de chola’ en su familia, eso me criticaban y ahora estoy atendiendo una fotocopiadora y quisiera saber de computación porque piden hacer transcripciones y ganan más por atender el internet, he visto de pasada que hay en el InfoCal cursos que dan en meses para aprender computación eso estoy pensando. He trabajado de todo ayudando de cocina, barrendera, pero he cambiado personal y no me han vuelto a contratar” (Mujer 24 años, Senkata-El Alto. 01/20).

“Recién este año nos hemos vuelto aquí, estuvimos en los yungas, hemos conseguido un cuarto en alquiler cerca (Viacha) porque mi hijo mayor va entrar a curso de secundaria, la educación allá no es buena, aquí en El Alto va poder estudiar en la Universidad, pero mi esposo va seguir entrando a Huanay” (Mujer 40 años, Tilata-Viacha. 12/19).

5.2. Percepción del cuerpo desde la cultura

Partiendo del pensamiento de Foucault, entendemos al cuerpo como espacio de control y construcción de la realidad social, que se asienta en la cultura y las maneras en que estratado y significado expresan formas de apreciación, preceptos y sentidos históricamente contruidos.

Este cuerpo desde la cultura se muestra y se entiende desde y para la sociedad a través de simbolismos que le confieren sentidos. En este orden de ideas “las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de persona. El cuerpo es una construcción simbólica” (Le Breton: 1990).

Si el objetivo de hacer una antropología del cuerpo aymara, la intención de este acápite es develar las representaciones del cuerpo de las mujeres aymaras en el contexto de la maternidad. Se trata de conocer visiones que explican procesos y tomas de decisión en su entorno respecto al sistema médico a utilizar, a las prácticas de atención y de cuidado, a la elección de espacios para el parto, a las estrategias de complementariedad y/o interculturalidad que realizan mediante sus itinerarios médicos, las relaciones que entablan con la biomedicina y su relación con la seguridad en este proceso.

Así, dentro de la cultura Aymara, la construcción del cuerpo respecto a la maternidad está relacionado a los diferentes estados y condiciones que adquiere el cuerpo en este proceso. Asociamos estos estados a la categoría de seguridad porque son estos estados como: abierto, cerrado, caliente, frío, dócil, entre otros, que guían el actuar de las mujeres y les hace tomar decisiones en base a los que para ellas es considerado seguro. Estas estrategias son una respuesta a lo que los sistemas médicos pueden o no ofrecerles para un buen parto.

Así, por ejemplo, durante el proceso de embarazo, parto y postparto, las interpretaciones que las mujeres le dan a los cambios que se desarrollan en el cuerpo durante este período, variarán dependiendo de su edad, pues, la cualidad del cuerpo de las jóvenes se percibe más sano y apto para dar a luz, al contrario de las mujeres más adultas.

“El cuerpo de la mujer a los 15 hasta los 20 años la piel es delgadita, clarito es del bebé a tocar sus cuerpos, sentir donde está su cabecita. Cuando eres mayor la piel es gruesa” (Partero, Tilata-Viacha. 12/19).

La percepción del cuerpo y su textura puede ser asociada también al concepto de saludable o no, dependiendo de si es robusto o delgado, En este sentido el ideal de cuerpo de mujer aymara es robusto, fuerte, reproductor y apto para el trabajo.

“Yo era gorda cuando estaba embarazada, tenía más fuerza, cuando eres flaquita no tienes mucha fuerza” (Mujer 32 años, Jalsuri-Viacha. 12/19).

“Cuando es gorda la madre es que está comiendo bien y su wawa van a nacer sanito, y rápido se levantan. Pero si no come la wawa nace de 2 kilos por eso le traen al hospital, suero se están haciendo poner con el doctor” (Partero, Tilata-Viacha. 12/19).

Un cuerpo fuerte, bien nutrido y robusto es sinónimo de salud y fortaleza, pues permite desempeñar de manera exitosa las actividades requeridas para el trabajo de campo. Esta misma característica llevada a la maternidad podría evidenciar que una mujer fuerte es la apropiada para dar a luz. Por el contrario, una mujer flaca y débil no respondería a los cánones de mujer aymara, apta para los trabajos pesados y al mismo tiempo, para tener hijos, por lo tanto, sería vista como una mujer no completa o una mujer enferma.

“Mi hija era flaquita antes, le han dicho que tenía anemia, mucho vomitadopiense que por lo que es flaquita puede perjudicar en el parto” (Mujer 58 años, Jalsuri-Viacha. 12/19).

“Soy chofer, para el campo las mujeres tienen que ser fuertes como te diría robustas, ellas están bien, para aguantar la vida del campo, pero cuando son flacas ni la pollera se pueden amarrar (Hombre de 43 años, Pucarani. 12/19).

Por el contrario, si la mujer tiene una textura delgada tendrá un parto difícil ya que su cuerpo no es apto para un “buen parto”.

Una visión sobre el cuerpo de las mujeres es que es importante tener en cuenta la relación al parto es el concepto de “abierto”. El cuerpo de la mujer se “abre” en dos momentos respecto al ciclo reproductivo: en el momento de la menstruación y en el parto. Al respecto, la asociación entre el cuerpo abierto y la sangre da sentido a gran parte de las lógicas y prácticas culturales del cuerpo y el proceso del parto. Así, Patricia Vicente Martín expone “La apertura corporal de la mujer durante la menstruación, propicia que la sangre se unan, se mezclen. Los aportes complementarios se pueden «coagular»” (Vicente, 2016, pág. 256) haciendo referencia al proceso de fecundación, donde muestra claramente, la relación del cuerpo abierto asociado a la sangre.

“Le veo a la mujer que está embarazada, después de los tres meses, porque ya está cuajado lo fecundado” (Partero, Palcoco-Pucarani. 12/19).

“Cuando tienes la sangre (haciendo referencia a la menstruación como un proceso de preparación y apertura al embarazo y parto) dicen que tienes que cuidar porque estás saliendo sangre tu cuerpo está abierto. Mi marido me sabe decir no te bañes con agua fría, con agua de manzanilla. Pero aquí en el campo no nos podemos cuidar así, nos olvidamos. Me da hartas de tomar agua fría igual nomás. Dice que la sangre se queda poco a poco se va formando como bola a eso le llamamos Wila Pulto, te viene como carne molida con mucha sangre. El parto no puedes sacar, ahora dicen que pueden, pero no sabemos cómo será” (Mujer 40 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Por otro lado, la condición de cuerpo abierto se asocia a procesos de enfermedad, pero principalmente de inseguridad y peligro para las mujeres en el proceso de parto. Un cuerpo abierto, donde la sangre corre caliente expuesto al frío es la construcción cultural de un proceso patológico llamado sobreparto el cual desarrollaremos de forma extensa en un acápite particular. En consonancia con lo expuesto antes por Bradby y Lawless, abordan la temática de la siguiente manera: “Las asociaciones del flujo de sangre con la “salud” y de su coagulación en grumos con “enfermedad” proporcionan la base de la difundida descripción del embarazo y el parto como estados de enfermedad” (Bradby & Lawless: 2005, pág. 57).

(...) “La mujer es bien delicada desde que tienes el periodo (menstruación) tienes que cuidar, no puedes comer helados o tomar cosas frías, no ducharte con agua fría, puedes tomar mates de manzanilla, tomar chocolate caliente porque estas votando sangre, la sangre es caliente... algunas tienen su periodo una semana, otras tienen sólo tres días. Pero ahora las chicas no se cuidan, sin abrigarse caminan. Dicen ¡me aburre!, ¡tiene feo olor! y se lavan con agua fría para que se les corte (la menstruación), de eso se forman los quistes. A eso le dicen el Wila Pulto, la sangre que se va juntando cuando no te cuidas, por eso dicen que toda esa sangre tiene que salir con tu primer parto, todos sacan tu primer hijo. A otras mujeres les crece esa

sangre y como si estuvieras embarazada crece la barriga, pero no estás embarazada, es esa sangre, por eso se hacen operar de quistes. Pero mi sobrina con masajes ha recuperado, con el médico naturista" (Mujer 49 años, Río Seco-El Alto. 02/20).

"Lo que pasa en el hospital es que, después que ha desembrazado la mujer le dicen que se lave, pero con agua fría. Recién están teniendo la wawa está caliente el cuerpo, su sangre está saliendo de tu cuerpo, entonces ahí te hacen lavar con agua fría te entra el frío, eso friega a la matriz, por eso se enferman de la matriz, porque ahí adentro la sangre se congela hay t'aña, porque el frío le ha entrado, como piedra se forma, a eso le llamamos Wila Pulto. Pero no les gusta a las mujeres ir al hospital" (Mujer 45 años, Corapata-Pucarani. 12/19).

En este sentido, se entiende que el cuerpo vulnerable se representa como un conjunto de poros abiertos que dejan expuesta a la mujer a agentes dañinos con el objetivo de albergar vida.

"Yo se escuchar que nuestros cuerpos con el parto los poros se abren y si no se cuidan cuando sean mayores van a sufrir porque por ahí ha entrado el frío. Sabes ver a mujeres con dolor de hueso, es por eso" (Mujer 40 años, Senkata-El Alto. 01/20).

Finalmente, desde la perspectiva relacional, médico/a-usuaria en base al planteamiento del biopoder se puede entender la percepción del cuerpo como dócil, sumiso y obediente. Desde la experiencia de las mujeres se asume en la imposibilidad de preguntar, cuestionar, decidir. Lo que se puede relacionar a ciertas experiencias a relacionadas a la violencia obstétrica.¹⁷

Esta percepción inconsciente, no racionalizada por las mujeres se construye en base a mecanismos disciplinarios sobre el cuerpo, la sexualidad, y el manejo de ambos en las prácticas cotidianas y en espacios de la biomedicina, a través del discurso biomédico considerado la autoridad legítima para decidir. Es así que en estos espacios se disciplina y controla sus cuerpos, produciéndose un proceso de extrañamiento de la mente de la mujer, su objetividad, y su cuerpo. Se vivencia al cuerpo como controlado en un momento crucial y donde se evidencia en su máxima expresión, las diferencias sexuales ya que sólo las mujeres pueden gestar y parir, momento en el cual los estereotipos de género y la posición subalterna atribuida a estas últimas, lleva a visibilizarlas en un proceso, experiencias y opiniones que son relegadas, instituyéndose el saber médico como la única autoridad legítima" (Fernández: 2017, pág. 95).¹⁸

17 La violencia obstétrica se produce cuando se suman violencia de género y mala praxis médica. Se trata del tipo de violencia ejercida por parte del personal sanitario sobre los cuerpos de las mujeres y su vida reproductiva (principalmente embarazo, parto y postparto), mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y una patologización de los procesos fisiológicos, por lo que puede ser tanto física (prácticas invasivas y medicalización injustificadas) como psicológica (humillaciones, omisión de información, infantilización) (García E., 2018, pág. 9).

18 Vivencias de las mujeres en relación con las intervenciones médicas durante el embarazo y el parto/comp. Anderson Díaz Pérez, Pacífico Castro Gil; Dhayana Carolina Fernández Matos...[et al.] -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2017.

¿Por qué tuviste tus hijos en casa? Yo me avergonzaba, tenía miedo que me vean. A mi hermana... en el hospital le hacían caminar así con dolor fuertes sabe estar, y tienes que caminar, camina, camina, y después a la sala de parto le meten. Ahí de su parte le mete el dedo, no, falta dilatar, tienes que caminar sigue, cada 10 minutos 15 me lo metían la mano, uno y otros doctores, entraban le hurtaban y eso a mí me había dado miedo. No, yo nunca voy a tener en el hospital para que me hagan así, que me metan la mano, por eso no he venido, ese ha sido mi miedo porque a mi hermana grave le han hecho sufrir" (Mujer de 30 años, H. Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).

"(..) hay señoras que gritaban ay ayayay, - para que abres la pierna, sabes cómo es el dolor, cuántos hijos tienes, 7 hijos, entonces sabes cómo es el dolor para que abres la pierna - y para que no mereña y o me callaban o mas. - ¿Señora usted no siente el dolor no? - me decía, pero hasta mientras me sentía el dolor como para pegarle al doctorera pues, entonces me callaban más" (Mujer joven, Cosmos 79-Red Corea-El Alto. 01/2020).

En todos los casos la respuesta a estas experiencias de violencia se plasma en lo que denominamos insurrección de los saberes, relacionada a su cultura y a sus propios saberes que se materializan o se hacen reales en el momento que la mujer toma la decisión de recurrir al sistema médico tradicional o de auto atención o con una partera para el parto.

"Desde mi primer hijo me he ido a mi pueblo, porque aquí en el Hospital no había buen trato, no me tiraban bola se hinchaban mis pies, me dolía mucho. Sé ir al doctor y sólo me decía: ¡se va de hinchar, ande más. Esas veces llegaba aquí (Pucarani) era difícil. No había movilidad, hasta el puente tenía que llegar y tomar taxi. Recuerdo que esa vez he caminado como 2 horas he llegado aquí y la doctora me había dicho; falta, todavía! Para que nazca el bebé. Me he vuelto a ir a mi casa. De eso he dicho: Cómo voy a sufrir así, me he ido al lado de mi mamá. Después en mi otro hijo, ese rumbo he seguido y a mi mamá le faltaba y me iba a mi casa en Batallas (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

"Tengo 5 hijas a todos las he tenido en la casa con ayuda de mi marido. Mi hija de 19 años, igual está esperando (embarazada) parece que tiene miedo, Para entrar al parto sólo está puesta con una bata, tiene miedo de que le miren pelada, por eso ella no quiere tener en el hospital. Me había dicho su pareja que yo voy a ir a atenderla para que tenga su hijo en la casa. Lo malo es el certificado de nacido vivo, no entregan fácilmente" (Mujer 41 años, Tilata-Viacha. 12/19).

"Yo quiero tener en la casa porque me he dicho que cambian a nuestros hijos como no los vemos, no nos dejan entrar nos sabemos todo puede pasar" (Mujer de 22 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

5.3. Embarazo

El embarazo no es sólo un fenómeno biológico, sino sobre todo sociocultural, pues está lleno de complejos entramados simbólicos que se van interpretando desde diferentes ángulos que dependerán del sexo, clase social, educación e identidad.

La medicina académica ha hecho de éste una concepción exclusivamente biológica y ha sacado a las mujeres como protagonistas secundarias y no dueñas de sus cuerpos y sus decisiones. Principalmente avaladas a partir de los indicadores de salud materna, en donde se recalca que somos el tercer país en número de muertes maternas y responsabilizando casi exclusivamente a las mujeres y sus familias por ello, con algunos argumentos como “no entienden”, “no saben” o prefieren sus tradiciones.

Sin embargo no es un tema nuevo, que, a partir del estudio de las determinantes sociales de la salud, gran parte de estas muertes podrían haber sido evitadas si estas mujeres hubieran accedido a una mejor educación, salud, empleo de calidad, o no sufrieran violencia.

Estas mujeres, durante este período transitan por diferentes sistemas médicos, según la confianza que quedan, tanto física y anímicamente y por lo tanto van y vuelven constantemente, no importa si son de las áreas más urbanas, o rurales. Esto se debe a que cómo se fue explicando a lo largo del documento aúntienen un fuerte arraigo a las prácticas que las madres y abuelas solían realizar durante este proceso y que van transmitiendo constantemente.

Sin embargo, por los procesos de aculturación sobre todo en las zonas urbanas, se van adquiriendo prácticas diferentes dentro de los conocimientos del parto. Esta dicotomía entre lo frío y caliente es muy importante para la salud de las mujeres, pues durante las visitas a los Centros de Salud, y Hospitales se pudo ver de manera generalizada, y “sin importar la edad de las mujeres embarazadas”, vientres cubiertos con mantas, gorros, guantes y en algunos casos hasta colchas mientras se encuentran a la espera para su atención. Haciendo notar la importancia de proteger sus cuerpos del temido frío.

Pocas veces las mujeres tienen la oportunidad de planificar su embarazo y cuando se enteran que están embarazadas, no interrumpen sus actividades cotidianas (labores agrícolas, comerciales y/o ganaderas), pues gran parte de la responsabilidad del cuidado de la familia recae sobre ellas, ya que no tienen la posibilidad de delegarlas a sus parejas pues por lo general no se encuentran presentes por sus actividades económicas como chóferes, comerciantes, albañiles y otros. Actividades a las que ellas no acceden por la rígida división sexual del trabajo, las mujeres al ámbito doméstico con extensión agrícola – pecuaria y los hombres en lo público en la generación de ingresos y ganancias económicas.

Para confirmar o descartar su embarazo, recurrirán en primer lugar a la medicina tradicional, a través de la lectura de la vena, sobre todo en aquellas mujeres que se encuentran más alejadas de las zonas urbanas. Esto se debe a que pasados los tres meses acuden a algún centro de salud para

confirmarlo en algunos casos recurren a ellos pocos meses antes del parto según las entrevistas al personal de salud.

“... ya no me bajaba mi menstruación, como dos meses he esperado, de ahí he venido aquí al hospital y en aquí me han hecho (...) prueba de embarazo, eso ha salido positivo” (Mujer de 30 años, Boliviano Japonés-Senkata 79, ciudad de El Alto. 01/2020).

“Vienen hartas señoras (control prenatal), pero saben venir, pero vienen a veces tarde a los 6 meses, o al último, ya algunas saben llegar con dolores” (Aux. Enf., Tilata-Viacha. 12/19).

“Hay personas que viven lejos, detrás de la cordillera, ellos nos llaman cuando ya han nacido el bebé o en el momento del parto y vamos y vemos que no había hecho ningún control prenatal” (Enf. Aux., Palcoco-Pucarani. 12/19).

Los signos y síntomas están asociados no solamente a las señales físicas sino también a factores culturales que se explican a través de la práctica de la medicina tradicional y los saberes culturales que se interpretan por medio de signos en el cuerpo.

Uno de los primeros signos es la falta de la menstruación, la cual muchas veces no llama la atención de las mujeres hasta entrar al segundo o tercer mes, ya que estos retrasos son comunes entre las mujeres. Después del segundo o incluso hasta el cuarto mes acuden a algún centro de salud para confirmar las sospechas.

Este mismo hecho también fue identificado en otras investigaciones desde los años 80's que se reflejan en el libro “Mujeres de los Andes” (Llanos. 1992), en el cual Elvira Llanos, tomando a otros autores refleja este hecho: “El embarazo puede haber progresado uno, dos o tres meses, antes de ser confirmado definitivamente y a sea mediante el cese del flujo menstrual, el engrosamiento del abdomen y de los senos o la aparición de mirk'a (manchas en la cara)” (Llanos: 1992).

Las mujeres de las áreas más urbanas y jóvenes acceden a los test de embarazo de forma más fácil que las de áreas alejadas, sobre todo las adolescentes que prefieren acudir a farmacias de otras zonas para no ser juzgadas. En las áreas rurales no tuvimos ninguna entrevista donde hiciera mención de la utilización del test de embarazo.

“Ami cuatro meses ha pasado, ya no me bajaba mi menstruación de eso he ido, me hicieron la prueba de embarazo y estaba, luego al centro he ido y de eso debo tener dos, tres controles nomás” (Mujer de 20 años, Cosmos 79-El Alto. 01/2020).

“Yo he sentido siempre desde el primer (mes). A su tercera semana me hecho una prueba, he comprado de la farmacia el test pusé las gotitas de orina y salió positivo. A sume fui a la posta, me tomó la presión la doctora y estás medijo, me pidió la prueba y ya supe así” (Mujer de 37 años, Atipiri-El Alto. 01/2020).

Otro de los síntomas más comunes que identifica una sospecha de embarazo son los vómitos, que se vive como uno de los síntomas más molestos ya que no pueden desenvolverse de manera normal, asociándolo al término Usu (enfermedad).

“Algunas mujeres poreso después de los 3,4 meses recién se dan cuenta, cuando hay vómitos, no te da ganas de comer, haysueño” (Mujer 35 años, Senkata’El Alto. 01/20).

“El primer mes me ha ido mal ó sea era vómitos, no podía comer o sea yo no comía nada, primer mes, segundo mes, tercer mes estaba bien mal en la cama no más. En el cuarto mes he ido mejorando, en el quinto mes ya no tenía síntomas... estaba todo normal, en el octavo de nuevo ha empezado con los dolores, ya no podía caminar. Tampoco me está magoerata grande, en el noveno mes si ya se me ha salido más grande, no podía caminar y tenía también infección urinaria, iba cada vez y me daban pastillas... los últimos meses han sido difíciles para mí, venía cada vez [al Centro de Salud]” (Mujer de 24 años, Corea-El Alto. 01/2020).

Pero cada cuerpo y cada mujer es distinta, reacciona de diferente manera. Por ejemplo dicen que los primeros tres meses hay que cuidarse pero yotranquilo sólo sin ganas, sé que quiero dormir no más, pero igual se está viajando al desaguadero a traer cosas para vender, hasta que ya no se puede caminar por que tu cuerpo se hincha, se vuelve pesado, te agita si mucho caminas, te duele tu sadera cada vez, te da ganas de comer todo lo que vez, después lo votas todo; bien feo es!... sólo tienes que alimentarte, no andar preocupada, no asustarte, tienes que estar tranquilita. Site antojas algo tienes que comer (Mujer 55 años, Pucarani. 12/19).

Dentro de la cultura y la medicina tradicional, la detección del embarazo mediante signos que emite el cuerpo es recurrente. En este sentido, la lectura de la vena (pulso) es practicada por los/as parteras/os y médicos/as tradicionales. A partir de su intensidad (del flujo de la sangre), según los/as especialistas tradicionales, se identifica si la mujer está o no embarazada.

“...Clarito es de la vena, cuando está embarazada, clarito se nota más rápido corre la vena” (Partera, Pucarani. 12/19).

“Mi abuela me dice que se toca en el medio de las dos venas de la muñeca, lado izquierdo cuando está embarazada se siente como dos latidos” (Mujer joven, Viacha. 12/19).

Por otro lado, la lectura de la vena es practicada por los especialistas tradicionales para definir el sexo del bebé y su posición. Las consultas en el embarazo con la medicina tradicional, en todo caso, se realizan entre el sexto y noveno mes de manera preventiva para asegurarse de tener un parto natural que desde su perspectiva es más seguro.

“Vienen para preguntarme si es varón o mujer ve o por la vena. Los preparo para que se alimente” (Médica tradicional, Hospital Boliviano Japonés’ Senkata. 01/20)

“Tocando la vena yo sé cuándo va a nacer si es hombre es seguro que cumple los 9 meses a veces se adelanta sólo un mes si es mujer se adelanta dos meses” (Médico Tradicional, Pucarani. 12/19).

“Cuándo está mal acomodado (la wawa) la mamá conoce porque sólo una parte de su barriga está ancha, es la parte que está duro donde la wawa está atorado. La vena igual sabe. Hacetic, tac, tictac, es como latidos rápidos y cuando ya está acomodado (el bebé) el tictic, tictic se iguala a la vena de la otra mano. Cuando va a nacer estic (pausa) tac (pausa) es más lento es porque ya está dilatando adentro” (Partero, Tilata-Viacha. 12/19).

Otra forma de diagnosticar el embarazo es la lectura de los ojos que se encuentran dentro del saber popular, ya que no solamente es identificada por un terapeuta tradicional, sino que generalmente son las madres o las abuelas quienes detectan por el brillo (llorosos) o la viveza de la mirada. Este signo aparece, según las/os parteras; al primer mes de embarazo.

Mi mamá sabe decirme parece que estás esperando clarito tienes los ojos como brillosos (Mujer 22 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Otros de los ojos ven dicen uñaqama p’urp’uwamirada sin valor cuando estas embarazada (Mujer 40 años, Viacha. 12/19).



5.4. Riesgos y cuidados en el embarazo. Pluralidad de visiones

Los cuidados y riesgos durante el embarazo tienen concepciones completamente diferentes tanto para la medicina académica como para la tradicional.

La biomedicina tratará de captar a las mujeres antes del tercer trimestre a partir de los controles prenatales para poder hacer un seguimiento de la evolución del embarazo y la identificación de algún signo o síntoma relacionado a la pre eclampsia, anemia u otros.

Desde la medicina tradicional, la atención de riesgos y cuidados del embarazo, son hechos no sólo relacionados al físico, sino también a la dualidad de lo espiritual y lo anímico tan importante dentro de la cosmovisión andina. Esto se refleja en las múltiples prohibiciones que las mujeres embarazadas deben cumplir, y que se manifiestan generalmente a partir de agentes que podrían causar malestar o enfermedades a la madre o al bebé durante el embarazo, parto, e incluso durante la niñez.

Por otra parte, desde la cultura Aymara si bien se concibe al embarazo como una enfermedad y por eso se le denomina "Usu" (enfermedad), las mujeres desarrollan sus actividades cotidianas como parte de sus roles de género con normalidad hasta etapas avanzadas del embarazo. Estas actividades sin importar yase andel área urbana o rural implican esfuerzos físicos considerables, pues están relacionadas a la siembra, cosecha, cría y manejo de ganado, la construcción de viviendas, los cuidados de la casa, entre otros. De manera análoga las mujeres de zonas más urbanas centran su vida entorno al cuidado de la familia y sus actividades económicas, especialmente relacionadas al comercio informal, que también implican esfuerzos físicos importantes, pues en algunos casos deben desplazarse grandes distancias para ir vendiendo sus productos bajo condiciones climáticas adversas.

"Nosotros decimos a la mujer embarazada wallq'iwarmi o usuriwarmi. Cuando la mujer está embarazada su cuerpo cambia, le hace enfermar, tiene vómitos, no puede dormir, a veces no le da ganas de comer, se estriña, su carácter cambia, llora de todo" (Mujer 55 años, Pucarani. 12/19).

"Durante mi embarazo sé trabajar normal con mi hermano de ayudante de albañil, pasar pinturas, armar andamios. Hasta el último día que han nacido mi hijo y he cargado bultos" (Mujer 20 años, Pucarani. 12/19).

"Cuando sé estar esperando (embarazada) igual no más sé estar cocinando, lavando ropa, hay que dar comida a la vaca ordeñando la leche" (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

Además de los esfuerzos físicos que deben realizarse y la imposibilidad en muchos casos de cuidarse durante este período se suma la pobreza, edad, desnutrición, violencia, educación, falta de acceso a los servicios de salud, además de desentendimientos culturales entre personal de salud y usuarias. Bajo este panorama muchas mujeres llevan su embarazo en condiciones más riesgosas que las de las áreas urbanas con mejor educación e ingresos. Es por eso que no es casual que el 68% de las muertes maternas ocurran en la población de mujeres indígenas y el 14% de ellas sean adolescentes (Ministerio de Salud: 2016, pág. 19).

“Hasta los seis meses de embarazo sé estar trabajando, llevándola vaca a pastear. El doctor sabe recomendar no alzar cosas pesadas, no cargar, pero igual” (Mujer 33 años, Corapata-Pucarani. 12/19).

“A veces las mujeres no podemos ir a los controles, por falta de tiempo, esas veces tenía que contratar a alguien para hacer comida, ayudaba para entregar comida, sin tiempo estaba. Después de los 5 meses estoy yendo al control. A los cinco meses tienes que si o si ir al control porque a veces la wawa se sabe dar la vuelta (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

“No hicimos controles prenatales tengomiedo a los doctores, porque a veces te dan malas noticias, también como es hombre el doctor para revisar te hace abrir las piernas y recién te revisa” (Mujer 38 años, Pucarani. 12/19).

Por otra parte, si bien se les pide a las mujeres que disminuyan la intensidad de sus actividades, también se les presiona para que no las descuiden. Pues no es bien visto que una mujer sea sedentaria o como se las llaman “flojas” reafirmando sus roles de género. Es por eso que las mujeres deben ser activas durante todas las etapas de su vida. Se “aprende a ser mujer”, ayudando a su madre en los quehaceres domésticos, luego en el aprendizaje de la cosecha, siembra o actividades comerciales, y por supuesto, en la etapa reproductiva, pues se piensa que, si la mujer no se mueve o no trabaja durante todas las etapas de su vida, pero sobre todo en el embarazo, el niño/a será flojo en su vida; es decir, que esta condición será transmitida en el embarazo por la madre.

“No tienes que dormir, no tienes que estar sentada todo el tiempo. Mi suegra sabe decir que la sangre cuando estás sentada se cuela en la placenta y eso impide que baje rápido” (Mujer 40 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Las actividades que las mujeres restringen están relacionadas al tejido, pues se piensa que la wawa puede determinar con el cordón umbilical envuelto, así como caminar por lugares vacíos, basurales, por miedo a que la madre o la wawa enfermen.

“Cuando estás embarazada no tienes que hilar, ni tejer, por ejemplo, yo hago el macramé en las mantas eso afecta al bebé, estoy todo el tiempo sentada, en un mismo lugar, aprietas el vientre por eso tienes que caminar y hacer ejercicios. Al hilar en roscas la lana, eso miras y le enredas a la wawa con el cordón”. (Partera 55 años, Pucarani. 12/19).

La mujer no tiene que hilar, ni hacer tejidos, porque hace enredar la wawa con el cordón ni alzar cosas pesadas para que no se malacomee el bebé (Partero 75 años, Pucarani. 12/19)

Cuando estás embarazada, sólo tienes que alimentarte bien, no andar preocupada, no asustarte, tienes que estar tranquila. Site a la teta, si tienes que comer, tampoco tienes que mirar perro, ni gato muerto, no hay que ir a los entierros porque Larpha¹⁹ puede agarrar la wawa” (Mujer 55 años, Pucarani. 12/19).

Sin embargo, por los testimonios recabados, las mujeres trabajan y hacen sus quehaceres del hogar hasta el día de su parto si es que no han desarrollado alguna complicación que necesite estricto reposo.

La presión de ser activa y trabajar también recae en las adolescentes, que, en caso de verse embarazadas, deben continuar con sus tareas dentro del hogar. En algunos casos dejan el colegio por los miramientos de compañeros, y compañeras. El personal de salud de todas las zonas estudiadas mencionó que continuamente llegan casos a los centros de salud. Sin embargo, al ser menores de edad su atención debe estar basada en protocolos que en algunas ocasiones las alejan de los establecimientos de salud pues se solicita que el tutor debe ir a acompañarlas. Muchas veces se sienten juzgadas y se solicita la intervención del SLIM cuando las parejas son mucho mayores para su seguimiento e investigación.

Hay muchísimas adolescentes, es un gran problema y una población muy vulnerable. Además, vienen también mujeres adultas que son múltiples (que han tenido varios partos). Eso es lo extremo tengo, o muy jóvenes, o muy mayores. A partir de los 40 años siguen teniendo wawas (Médica, Hospital Japonés. 12/20).



¹⁹ Sedice “larpha” a lestad de un recién nacido que llora con el sonido del maullido de un gato o de un cachorro –perro. Hacereferencia a un estado de debilidad por su condición de prematuro o de bajo peso. Más abajo se dejará más claro el término con los testimonios de las mujeres.

Encasodeadolescentestienenmiedoyesohacequevenganaúltimomomento,pero yohacíesto:LasmandabaalSLIM,porquehayparejas.Haychicasquevienencon susparejasde40años,peroluegonuncamáshanvuelto,nialcontrol,nialBono(Dr. Bono Juana Azurduy, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Noobstante,segúndatosrecabadosdelosestablecimientosdesaluddelaszonasdeestudiose registraronuntotalde18embarazosmenoresde14añosduranteel2018.Mientrasqueeste númerosubióexponencialmentea803duranteelmismoañoenadolescentesde15a19años. Aunqueparaelaño2019baja574,siendoelDistrito8(dela ciudaddeElAlto)elqueregistró mayores cifras.

Otras mujeres consideradas en riesgo son las mujeres mayores de 35 años para arriba, pues generalmente a esta edad ya tienen varios hijos de distintas edades. Por lo tanto, más gastos económicos, y esto se agrava si las mujeres son “solas”, pues deberán priorizar sus actividades económicas antes que su salud.

“Mi embarazohabíasidoriesgosoporqueeramayordeedad,el doctor medecíatenía quetenermáscuidado,quenoalcepesados,másreposo,perocasinopodíahacer porquesoymadresolterayteníaqueseguirtrabajando”.(Ana,mujerde37años,C.S. Atipiri-El Alto/9-01-2020)

“Ahoratengo40añosmihijomenortiene17años,perosigoteniendomisangre...Si meenfermo(Embarazo)cundoeresmayorlacarnesevuelvedura,siositengoque iralhospitalyanopodríatenerenlacasa,voyatenerporcesárea”.(Mujer40años/ Palcoco - Pucarani/ 24.12.19).

Otro delos temas importantes, es la alimentación, ya que para la cultura aymara no sólo constituye un acto de dar de comer al cuerpo, es visto como un acto simbólico y social. Es por eso que lo que se produce, se comparte en reuniones, ampliados. Comer saludable durante el embarazo para los aymaras significa comer sin privaciones ya que dentro del saber de la cultura se dice que la madre no debe quedarse con antojos por que su wawa (bebé) así no tendrá cólicos (“colicarse”) cuando nazca. También se refiere a ingerir alimentos que le aseguren tener fuerzas para el momento del parto. En este sentido, el consumo de pitococha, quinua, la quinoa, la phasa como elementos energéticos ayudan a la mujer a tener fuerza para el momento de su parto y es recomendada por los parteros de las zonas.

“Alimentarse comer sopade quinua, eso le da fuerza para el parto. No hay que tomar nada de mates. La hembrita de 8 meses con 15 a 20 días nace. Varoncito de 9 a tres días pasando nace. (Partero 75 años/Pucarani /23.12.19)

“Mis obrino han nacido con una marca roja en su nuca ya aquí en su frente, mi primo nos había dicho que se había antojado hartouna temporada de frutilla, todo era frutilla quería comer siempre frutilla, pero no había en ningún lugar, con ese antojito se había quedado. Mi tía le dijo que era por eso del antojito esa mancha y que se lo iba a perder, con el tiempo. No es bueno quedarse con el antojito porque la wawa muchos se llega a colicar. También hay otras manchas que le quedan al bebé cuando la mujer embarazada se ha golpeado de fuerte en algún lugar de su cuerpo le ha quedado morado, verde, él bebé nace con esa misma mancha es medio color café en el mismo lugar que su mamá. Se les va perdiendo con el tiempo” (Mujer 42 años/Extranca-Rio Seco-El Alto/01.02.20. Registro cuaderno de campo).

“El doctor dice: que mi hija coma puravetura, pero yo antes solo comía papa con phasa de color verde, papa lucky, pitos de cebada, cañawua, quinua. Esas veces no había para comprar, tampoco la suegra había caso de pedirse que queramos memorir. Me sabendecir: ‘no vas a mirar perro muerto’. Nadame sabepasar; niamishijos. ¡Yo era fuerte! (Mujer 58 años, Jalsuri-Viacha. 12/19).

Por otra parte, los alimentos también tienen la posibilidad de pasar algunas de las características a la gente que lo consume. Es así que las mujeres y sus familias afirman que, si se alimentan con frutas, verduras, leche, la wawa nacerá blanquita²⁰. Sin embargo, por las condiciones económicas las mujeres no siempre pueden acceder a estos alimentos, pues deben salir a trabajar muy temprano, cuidar a los/as hijos/as y hacerse cargo de las labores domésticas.

“Recomiendo antes del parto conseguir una papaya (fruta) larguita, amarilla para que coma, así su cuerpo se vuelve suave, para el día del parto, porque el cuello del útero se tiene que abrir hasta 15 centímetros para que nazca la wawa sin sufrir. Sufre la mujer en el parto cuando la cintura, el cuello del útero, la parte vaginal no ha crecido en el embarazo, por eso le mandan a la cesárea (Partero, Palcoco-Pucarani. 12/19).

“De buenos años recién me he embarazado. Mi esposo me alimentaba, me cuidaba bien. A la semana tenía que acabar manzana de valor de 10 bs. 25 naranjas, 1 papaya, 1 botella de yogurt. En el segundo embarazo, estuve trabajando y no pude alimentarme como en la hija mayor, comía lo que había, a veces Coca Quina con galletas, viajaba, no comía en mi horario. Por eso debe ser que mi hija la mayores bonita y blanquita. Han nacido con 5 kilos, la menor es morenita han nacido pequeñas con 2,700 kilos. Hace mucho la alimentación” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

²⁰ Según las entrevistas hacen referencia a lo saludable y estético, sin embargo, por las expresiones usadas, se podría percibir de manera subyacente hay un prototipo ideal de belleza referido al “blanco”, pero en la presente investigación no se profundizó en el tema.

El alimentarse mal para las mujeres entrevistadas, está en relación a la anemia o desnutrición. Estas se manifiestan a través de debilidad en el cuerpo, y/o los vómitos en el periodo del embarazo, delgadez. En este sentido, es muy importante cuidarse comiendo y preparando su cuerpo para tener fuerzas, un cuerpo grueso y robusto es señal de fuerza y buena alimentación, por lo tanto, apto y sano para el embarazo.

Una madre que tiene anemia en el embarazo, según la percepción de los médicos/as tradicionales (parteros/as), transmitirá a su bebé esta característica. Es decir, que el bebé corre el riesgo de nacer con bajo peso y propenso a enfermar o morir. En este sentido, la alimentación cobra una importancia fundamental en el proceso del embarazo ya que de ésta dependen sólo la vida y bienestar de la madre sino también del recién nacido/a.

“A la mujer embarazada le puede dar anemia por que no tiene ganas de comer, su estómago no agarra la comida, la comida lo vomita. Se pone flaquita y sólo tiene ganas de dormir, la wawa nace flaquito no en su talla, rojo. Por eso yo aconsejo a la madre que no deje de comer, aunque me di platos de segundo, manzana, queso, tomar jugo de naranja. Quinoa, pitos de trigo, leche, lo que les da el doctor el sulfato ferroso es o hay que tomar sin parar. Prohibidas las bebidas alcohólicas. Los niños que han sido alimentados bien salen con profesión, he visto aquí. He hecho nacer a uno, sumamá cumplía con lo que le decía y ahora ha salido licenciado en educación” (Partero, Tilata-Viacha. 12/19).

Es importante hacer notar que las mujeres saymarastienen mayor riesgo de tener anemia durante el embarazo, lo que podría desencadenar en un factor de riesgo para la vida de ellas. Casi el 50% de embarazadas tiene anemia (Ministerio de Salud: 2017, pág. 79)



“Si estás desnutrida necesitas fósforo, calcio, vitaminas. Naturalmente le doy la receta, más frutas y verduras, más de lo que producimos nosotros... cuando una mujer está desnutrida, es flaca. Lo que receto es que tiene que alimentarse si no quiere tener problemas en el parto, sólo le reduzco fideo, pan y azúcar. Porque no tiene en el alimento, el azúcar blanco tiene químicos y sólo es calorías, el pan blanco no tiene nada, es corcho, el fideo nada de alimento. Si ha comido como le he indicado para los 9 meses ¡recupera! Otras provincias como la de Omasuyos, por ejemplo, Huatujata, las mujeres embarazadas comen generalmente pescado, es de acuerdo a lo que producen y tienen más calcio para el bebé. Para mí es importante que la mujer se alimente sobre todo en los meses de formación, 4 y 5 meses. Si no come la madre, dulces, evita el azúcar los niños nacen con buen peso y buena talla (Partero, Palcoco - Pucarani. 12/19).

Sobre el rol de la pareja en esta etapa se pudo notar algunas diferencias por edades. En las visitas a los centros y hospitales, generalmente se ve a las mujeres jóvenes de 17 a 25 años (aproximadamente) acompañadas con sus parejas, o con la madre. Sin embargo, las mujeres mayores de 25, por lo general se encuentran solas en la espera. Esto se debería a que mientras más edad tienen las mujeres más probable que tengan más hijos, y por lo tanto la pareja se quedaría al cuidado de ellos o ellas en el mejor de los casos y en otros porque se encuentran solas por las actividades económicas de sus compañeros que están relacionadas al comercio y transporte.

“Ahora me han retirado del trabajo por eso estoy acompañando a mi mujer, mi hijo tiene 3 semanas de nacido. Como no estoy trabajando le estoy ayudando con lo normal, cambiar el pañal, alzar a la wawa cuando está llorando, por el momento yo estoy cocinando, aunque ella ya está cocinando, yo le preparo papa, lavo las ollas, los platos. No estamos saliendo mucho de la casa, porque nos han recomendado que cuidemos del frío y del sol. A veces me llaman también para cancharme, cosas electrónicas también hago en la casa, más bien ahora estoy en la casa. Mi esposo lo que puede hacer, sumamá ha venido a ayudar a lavar la ropa, cocinar, lavar a los otros hijos, mi mamá también ha venido, pero ella no quiere lavar al bebé porque es muy delicadito. Mi mamá ha venido a enseñar cómo envolver al bebé con sus pañales, siempre es necesario porque ellas saben, para que su espalda este rectita. Aquí no te enseñan a envolver para ellos mejor si no lo envuelves. Para nosotros nos ha convenido el SUS más que todo. Porque en el particular hay que pagar. Hasta ahora no hemos acudido a ningún particular” (Hombre 44 años, Tilata-Viacha. 12/19).

“En los embarazos que son jóvenes, les acompañan las parejas, el esposo, incluso pasan con su pareja conmigo, pero y de las personas un poquito mayores, no, son más raros, en personas jóvenes sé ver (Resp. Bono. Centro de Salud Cosmos 79. 01/20).

Las madres y las suegras o incluso las tías, si se encuentran cerca de la familia, son las que también acompañan en todo el proceso de embarazo, cuidando y aconsejando a la madre; transmitiendo así los valores culturales de la maternidad. Por ejemplo, cómo cuidarse del frío, qué cosas comer o no, cómo protegerse del susto, del larpha, del sol, del viento.

“Es muy contradictorio para mí lo que te dicen tu mamá y la suegra lo que te dicen las enfermeras y el doctor. Las enfermeras te dicen que no abrigues mucho al bebé que le puede hacer convulsionar... pero en la casa me dicen que evite el frío porque el cuerpo es como una sauna y puede pasarte el frío” (Mujer 32 años, Senkata-El Alto. 01/20)

Los hijos/as mayores y hermanos/as menores ayudan a la mujer embarazada en sus tareas cotidianas siendo un apoyo sobre todo en tareas pesadas.

Como se mencionó, las mujeres en general, tienen una triple jornada laboral, que dependiendo del número de hijos e hijas la sobrecarga se incrementa. Las embarazadas no se libran de estas “responsabilidades”, y siendo que la sociedad aymara es machista y patriarcal, las parejas toman algunas responsabilidades temporalmente, y si no lo hacen, son las madres o las suegras quienes intervienen en el cuidado de la mujer embarazada.

De acuerdo a las características que se encontraron se percibe una asociación entre la anemia²¹ y la enfermedad llamada larpha²², ya que los síntomas son similares, sobre todo para el recién nacido por su bajo peso.

“Cuando estás esperando no tienes que mirar perro muerto, ni gato muerto. Porque la wawa (cuando nace) llora como el perro o como el gato y su cuerpecito es bien flaquito a eso le decimos que tiene larpha. Eso he visto en uno de mis sobrinos. Cuídamelo sabe decir: Sabemos darle leche nutricional, pero no sabe engordar. La wawa sabe llorar como gato y su estómago bien grande pero sus pies y manitos bien delgaditos y arrugados como de viejitos. Hay que hacer hervir el Yoque, no es hierba, te venden como lonjitas de corteza. Se compra valor de 20 bs. Suficiente para lavar al bebé en tres martes y tres viernes. Así le hice recuperar a mi sobrino. Otros me han dicho que hay que carnear a la vaca y en su panza caliente hay que meter a la wawa solo su cuerpecito, su cabecita hay que agarrar bien. Pero nunca he visto, ni lo he hecho (Partera 55 años, Pucarani. 12/19).

21 Se hace esta asociación a partir de algunas entrevistas realizadas a las mujeres. También podría relacionarse al bajo peso al nacer.

22 Según Médicos del Mundo, 2013 esta enfermedad que generalmente está producida por olores fétidos como algunos ríos que están contaminados con residuos humanos o que desembocan de pequeños pueblos mineros u otros, como también, por ejemplo: perro muerto, ver personas muertas, u otros animales muertos. Como la madre estaba en estado gestacional y las personas que han sido afectadas por este fenómeno los niños nacen con esta enfermedad. Los síntomas pueden ser: Ojos hundidos, piel totalmente negra, peso bajo y talla baja, piel flácida.

Yo creo que el Larpha da cuando estás embarazada y captas todos los olores, el olor de perro o gato (muerto) es feo es ote debe entrar y afecta al estómago. También es porque te asustas ¡ah! Gritas, saltas ¿no ve? cuando ves o te asustas con algo grave. Te cuento que cuando estaba esperando de mi hijo he ido a Puerto Acosta, nos hemos plantado en medio del Río, ya estaba oscuro y yo me he asustado qué iba hacer en el río frío y oscuro. Mi hijo ha nacido con ojito morado como verde, mi papá me ha dicho ha hecho asustar, es por el susto, el melo ha hecho tomar mates y ha recuperado, un poquito le ha quedado mancha, pero ahora nos e le nota (Partera 55 años, Pucarani. 12/19)

La cura, según refieren las mujeres, es introducir al bebé en el estómago de una vaca recién carneada, ya que ésta debe estar caliente. Posteriormente, se baña al bebé con la vaca que sea necesario, hasta que éste recupere el color y el peso ideal. Según se entiende, la cura se efectúa cuando el olor de muerto que se encuentra en el cuerpo del bebé es absorbido por el calor de la panza. En este sentido, la lógica del cuerpo abierto y cerrado se replica, ya que al calentar lo el olor saldrá por los poros y para restituir la calidad del cuerpo se realizan los baños con calientes.

“El que se enferma es este mi hijo menor, dice que es desnutrición, pero otros dicen larpha es dicen, nosé. ¿Por qué le di larpha? dice que cuando estoy esperando, he visto perros muertos o algo, eso le ha larpha do me dicen; pero el doctor dice que es desnutrición por que no me alimentado bien”. ¿Cómo se cura? “Sabed decir mi mamá que hay que meter a su panza de la vaca cuando recién ha muerto; hay que meter. Después hay que lavar, hay yerbas en esas chiflerías venden, vas a hacer hervir de ahí con eso hay que bañar dice”. ¿En el hospital que le decían? “que tenía que alimentarle tenía que darle leche, cereales cada dos horas, no está bien alimentado me decían y le hacía comer, pero nosé. Mi mamá dice que es larpha hasta los ocho años aguanta, después de los ocho dice que bien vive, bien muere. Un señorame lo estaba curando de eso (...) melo ha lavado con ese larpha, dos veces no más he hecho lavarme faltaba, tres dice que hay que completar”. ¿Cómo se puede saber que es larpha? “Es que está todo flaquito... del bebé se notaba porque su popo era bien hediendo y su cabeza le olía, era olor a perro era, de eso decía que es larpha del perro” (Mujer de 30 años, Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).

Cuando estás embarazada no tienes que ver gato, perro o gente muerta, por si acaso puedes ver a alguno muerto tienes que decir serato Compadre. Si no dices eso, ese ratomito te entra al larpha a tu estómago le agarra a la wawa. Es bueno bañarlos martes y viernes a la wawa con una hierba Saire Saire, es bueno con sus flores. A mi primera hija le ha dado. Lloraba feo, como cuando llora el perro así, mi papá me ha dicho: la wawa está larphado. Su cuerpo era flaquito y negro. Subaño era verde y con mal olor. En vano se está dando leche, lo vomitaba y tenía diarrea, en vano se está dando leche de pecho para que crezca bien, el Larpha lo ataja. Otros dicen

que al matadero hay que llevar y en la panza de la vaca hay que poner, y nunca he puesto. Mi papá sabe traer el Saire Saire, lo hace hervir con aguay con esa agua lo ha bañado, lo ha envuelto en mantan negra a la wawa. Las que saben hacer hervir, lo saben juntar en un pañal negro, y con platalo sabe votar, pero otra persona lo tiene que votar, Mehandicho que, sino sanaba mi hija con esos baños, le tenía que llevar al cementerio para hacerle pasar misa con el Yatiri pero mi hija se ha sanado con el baño de las. La wawa puede aguantar hasta seis meses (Mujer 49 años, Extranca Río Seco-El Alto. 02/20).

Los controles prenatales y las evaluaciones periódicas que la mujer embarazada debe realizar para la mejor vigilancia de la evolución de la gestación. Según la (OMS, 2013) estos controles deberían iniciarse en el primer trimestre y llegar a tener por lo menos ocho controles.

Según el personal de salud estos controles son tardíos y en algunos casos no se los realiza por varias razones, como ser el desconocimiento de las mujeres, miedo, falta de tiempo o incluso por la prohibición de la pareja.

“A veces las mujeres no hacemos caso, no fui a mis controles, por falta de tiempo, esas veces trabajaba en costura de enaguas, faldas y sin tiempo estaba” (Mujer 44 años, Pucarani. 12/19).

“Las mamás vienen desde el cuarto, quinto mes, no hay una fecha exacta sólo es decisión de la mamá” (Médica tradicional, Hospital Boliviano Japonés-Senkata. 01/20).

En Bolivia, uno de los principales problemas relacionados a la salud materna durante muchos años fue la poca captación de mujeres embarazadas por el sistema de salud, lo que aumentaba el riesgo de complicaciones durante el parto siendo causa para la mortalidad materna y neonatal. Es de esta manera que como una estrategia de acercamiento del Estado a las mujeres sobre todo indígenas, se crea el Bono Juana Azurduy²³.

“El principal objetivo del bono, es el incentivo que se le da a la mamá, por realizar sus controles. Eso hace que la mamá de alguna forma, esté condicionada, tenga que venir a hacer sus controles. La idea es que ese embarazo sea captado lo más antes posible y llegue a tener un parto sin complicaciones. Desde el programa tratamos que sea atendido en un hospital y un centro de salud materno. En el centro lo que he visto, es que una gran mayoría han tenido en un hospital, han llegado a terminar su control entre el 8vo y 9no mes de embarazo. Una o dos mamás que no querían ir al hospital,

23 El Bono Juana Azurduy, es un programa de transferencias condicionadas, o con corresponsabilidad, que forma parte de la política de protección social y desarrollo integral comunitario. El programa fue establecido mediante D.S. N° 066 de fecha 3 de abril de 2009, iniciando operaciones ese mismo mes a nivel nacional. El programa entrega transferencias monetarias a mujeres embarazadas y madres cuidadoras(es) de niñas y niños menores de 2 años a cambio del uso de servicios preventivos de salud durante el embarazo, del parto atendido por personal de salud calificado y del cumplimiento de los controles de salud de las niñas y niños. A través de ello se busca mejorar la detección y tratamiento oportuno de condiciones de salud y nutrición en las mujeres gestantes y niñas y niños pequeños. (UDAPE, 2015, pág. 13)

tal vez por la mala experiencia que han tenido en un anterior embarazo, o en todo caso, nunca se ha hecho atender en un hospital y tienen miedo y van a preferir irse donde una partera o algún familiar o tal vez sus costumbres también. Nos las puede obligar, pero siempre le damos esa recomendación que todos los embarazados son diferentes. Nosotros manejamos un formulario, de que son cuatro controles que tendría que realizar si o si la mamá. Un primer control entre los tres primeros meses, un segundo control entre el cuarto y el quinto, un tercero entre el sexto y el séptimo, un último control entre el octavo y el noveno. Entonces así garantizamos que la mamá venga, aunque sea obligada por el Bono, pero venga. Y una vez que haga su último control le indicamos que tiene que retornar a su control postparto, dentro de los primeros 7 días, máximo hasta los 10 días. Con el fin de ver en qué ha terminado el embarazo. Otro de los motivos también para que ese niño sea revisado" (Médico/ CS Cosmos 79-Red Corea. 01/20).

La importancia que dan las mujeres a los controles prenatales está relacionada a confirmar que la wawa esté en la posición correcta para el parto. Según su percepción el quinto o sexto mes sería el tiempo preciso para esta confirmación. Antes de estos meses podrían recurrir a los médicos tradicionales para realizar masajes, los cuales consisten en que el médico tradicional frota sus manos con el fin de calentarlas y desde los bordes del estómago de la mujer hacia el centro y cambiando el movimiento de forma circular.

El objetivo de esta técnica es acomodar "a la wawa" y dar bienestar a la madre anulando los dolores del embarazo. Como parte de la consulta prenatal de la medicina tradicional se procuran las prescripciones en cuanto a alimentación, restricciones en cuanto al trabajo pesado, al movimiento, y las referidas a la cultura.

Otra técnica de control prenatal bastante común, de la medicina tradicional que se realiza a partir del quinto mes, cuando la 'wawa' ya está formada y acomodada, es el manto, esta técnica consiste en acomodar la wawa (manta aymara) o un mandil debajo de la mujer que se encuentra echada en el suelo; la/el médica/ o tradicional o partera/ o sujeta los costados de la wawa y hace movimientos laterales subiendo y bajando la manta a la altura del vientre de la madre causando un movimiento brusco (sacudón) que permite mover al bebé y así acomodarlo en el vientre, generalmente cuando la wawa no está en su lugar. El manto y el masaje al vientre son dos técnicas utilizadas para aliviar el dolor y acomodar a la wawa, dependiendo de la experiencia de la persona que lo realiza. Según los testimonios, hay mujeres que lo usan para acomodar al bebé antes del nacimiento, y otras utilizan el masaje para el dolor, pero también para acomodarla/o.

El naturista con tocar la venaya sabe cuándo va a nacer, me ayuda, se coloca atrás y me flota. También sabe cuándo el bebé está mal acomodado, se da cuenta cuando nos flota y con una cama hacen el manto. A mí me han mantenido, hasta que lo ha acomodado al bebé. Pero primero he ido al doctor, en el control me ha dicho que está mal acomodado, después he buscado al naturista (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

“El manto se puede hacer tres veces en los 9 meses, para que se acomode el bebé. Antes hay que hacerle ver con la ecografía. Puede ser después de los tres meses de fecundado, pero es más desde los cinco o seis meses de embarazo, después se puede hacer el manto cada tres meses. Otras mujeres sólo dos veces hasta el parto se hacen hacer. Con awuayoo con un mandil de tela de tocuyo. Le hacemos echar a la mujer de espaldas en el piso. Agarramos las puntas del aguayo y la movemos a los costados de movimiento la movemos... Es más, para que tengamos cómodo el día de su parto... Pero yo no uso el manto porque hemos visto que puede lastimar a la madre como al bebé a un lado movemos ¡la! A otro lado movemos ¡la! Prefiero solo friccionar su vientre con mis manos, caliento mis manos con aceite o con belladonay así poco a poco lo acomodo al bebé” (Partero, Pucarani. 12/19).

Hacer el manto sólo cuando sientes dolor, sientes dolor en los costados de tu estómago, en las noches no puedes dormir porque cuando se mueve al dormir le duele insostenible. Es o pasas generalmente a los 7 meses de embarazo y de ahí se hace acomodar una o dos veces, no más, sino te puedes lastimar tú misma (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

Sin embargo, las y los parteras/os reconocen que el manto, es una técnica que debe ser bien manejada, ya que podría causar efectos contrarios a los deseados. Para el personal de salud, ésta sería una de las principales razones para las complicaciones de muchas mujeres.

“No me gusta hacer thalaña porque hay mujeres que están débiles y les lastimamos más, prefiero solo tocar por las venas y Qa quntaña. Hago thalaña a las que están por desearse. Con poncho o awayo porque moviéndoles de un lado a otro, suave y despacio se pueden romper la bolsa donde está la awayo fácil pueden tener”. (Partero, Tilata-Viacha. 12/19).

“Acá hacemos un control estricto del prenatal. En caso de que necesite cesárea porque está en posición oblicua o transversa, podálico... Cuando es podálico, aceptan que se lo transfiera al (Hospital) del Norte, pero los casos transversos, oblicuos, faltando un mes para que se le haga una ecografía, ahí participan los tradicionales y hacen sus manteos especiales y a veces los niños vienen con cordón umbilical en el cuello. (Médico, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Se pudo identificar algunas diferencias entre áreas urbanas y rurales. En el municipio de Pucarani, las mujeres de Palcoco, son las que refirieron asistir más a las parteras y parteros tradicionales para esta etapa. Al igual que las de Jalsuri y Tilata en Viacha. Mientras que las mujeres de las zonas más urbanas como Senkata, Hilata y Cosmos 79 dijeron solían recurrir al manto con alguna conocida que suele practicarlo, pero de forma muy esporádica.

Se pudo evidenciar que la violencia es una constante en la vida de las mujeres. Sin embargo, en el embarazo ha sido poco documentado y por lo general las mujeres prefieren callarlo y no denunciarlo. Muchas veces es el esposo o la pareja quien tiene la última palabra acerca del lugar del parto o incluso si la mujer realizará o no sus controles prenatales.

“Yo considero que uno de los problemas enraizados es el machismo, porque si bien las señoras conocen que tienen que venir a sus controles, incluso les dan fechas determinadas y no acuden porque no tienen el permiso de sus esposos. Hemos tenido algunos casos, que venían y aparecían a punto de tener a su pequeño. Se le pregunta y dicen -es que estaba en mi pueblo, mi esposo no quería venga- esa es la coyuntura actual que tenemos. Otro problema que se tuvo ha sido sus tradiciones, su cultura”.
(Personal de salud, Senkata. 01/20).

Según (García F., 2017, pág. 48), “la violencia contra las mujeres en estado de embarazo, parto o posparto, puede quedar invisibilizada, debido que en muchos casos, no se oficializa la denuncia en los SLIM, no se registra estos casos, en los Servicios de Salud y en la FELCV, no disponen de los datos específicos.

5.5. Parto

Según Lora y Narváez (2010), el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas que pierden valor y sentido en la soledad del hospital. En ese sentido, este proceso está llenos de significados y lógicas culturales que aportan seguridad para la mujer y su bebé.

Dentro del proceso de traer vida, el momento del parto, aunque es entendido como un proceso natural, es el más delicado. Se entiende natural, desde dos puntos de vista, uno, fisiológico, porque el cuerpo de la mujer estaría preparado para dar vida, y otro, desde el punto de vista social y cultural, donde los roles de género, reafirman la maternidad como parte importante del ser mujer dentro de la sociedad.

Está también considerado delicado porque implica, desde la perspectiva de las mujeres, sus familias, parteros, parteras, médicos y médicos tradicionales, un riesgo para la vida de la madre y del bebé pues se encuentran expuestos a diferentes agentes patógenos o malignos.

Es por esta razón que se tiene una amalgama de cuidados para resguardar sus vidas. Esta aprehensión está relacionada, en gran parte, al proceso fisiológico en sí mismo; pero desde la mirada cultural, el riesgo se relaciona a la construcción cultural del cuerpo y los elementos que lo circundan durante este proceso y los posteriores.

Para las mujeres aymaras la maternidad es una etapa donde el equilibrio del cuerpo se rompe por un desequilibrio térmico causado por una "apertura necesaria" (Vicente, 2016). Así, en parentela el embarazo y el parto con una "enfermedad: "usu" (en aymara); se considera a la embarazada "una mujer enferma: usuwarmi", que en determinado momento volverá a su equilibrio, a una normalidad después del parto: usuchasiña (dar luz o como dicen las mujeres: enfermarse). En consecuencia, no se aísla a la mujer de la comunidad, pero sí se la considera como sujeto con estado "anormal" y por ello tiene que protegerse de las amenazas desequilibradoras que la rodean mediante ritos de protección (Portugal Michaux: 1987).

"Hay que lavarse con agua de romero, ruda es para espantar a los saxras y que no lleguen las maldiciones. Cuchinilla es parecida al ay rampu, hay que colocarla, debajo de la almohada... el churues como el caracolchiquito es para proteger de los saxras. Luego colocar la retama en una jarritita cerca de la madre protegida de la maldición y de los saxras" (Mujer 49 años, Río Seco-El Alto. 01/20).

Desde la mirada cultural, es el momento en el que la mujer "desenferma", pero su cuerpo aún tiene la cualidad de "abierto", por lo cual tiene que cumplir con las restricciones y cuidados de evitar el frío, la luz, sol, viento (saxra) y neblina (urph) para librarse del temido sobreparto, que desarrollaremos más adelante como un acápite complementario por su importancia y aporte al entendimiento de las lógicas y prácticas del parto aymara.

En este marco, este acápite pretende reconstruir la perspectiva cultural respecto a un proceso que combina lo natural y lo simbólico respecto al devenir de una nueva vida. Los elementos rescatados de los relatos de los y las participantes en el estudio muestran la mezcla de conocimientos, saberes, lógicas y sentimientos sobre el parto, que llevan a las prácticas, estrategias y transacciones que realizan las mujeres en busca de seguridad en el parto.



5.5.1. Levantar el parto (usuña sarjatitu)

Los primeros signos del comienzo del parto son representados por las mujeres como usuña sarjatitu (levantar el parto), este proceso comienza con profundos dolores y malestar, dolor y sangrado, sensación de estómago duro o líquido reventado, estos signos y síntomas avisan a la mujer que ha llegado el momento.

“Yo pensé que era un dolor de estómago como me faltaba todavía ¿no? y cuando a mediodía voy al baño y apues un sangrado; ya de eso mi esposo me dijo vamos al hospital...” (Mujer de 34 años, H. Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).

“...dolor de cabeza, me sabe dar ganas de vomitar y sientes que tu estómago se pone duro, sientes que ya no tienes fuerza y sientes que de aquí (parte de abajo) se sabe trancar algo como un hueso, entonces ya no se puede caminar y lo único que sé decir es me iré al hospital directo” (Mujer joven 25 años, H. Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).

“Me ha asustado porque de mi hermana su parto era diferente, de ella no ha reventado líquido de mí sí ha reventado, como trabajaba tampoco mucho me dolía, claro me dolía y me aguantaba, en el baño me masturbé, me masturbé, me masturbé para cambiarme de nuevo y luego me ha dicho que era parto” (Mujer joven 24 años, C.S. Cosmos 79-Red Cores-El Alto. 01/2020).

El usuña sarjatitu también es un momento de toma de decisión respecto a dónde y con quién se atenderá el parto. En este caso los contextos estudiados ofrecen a las mujeres el sistema de salud biomédico (en mayor o menor medida, con mejores o peores condiciones, de manera cercana o lejana, pero es una de las opciones); el sistema de salud de la medicina tradicional y el de autoatención con la familia especialmente con su pareja, madre o suegra.

“Yo he optado tener en mi casa porque el doctor me dijo cesárea; conseguí a la partera, pero no he podido, me dieron mates para poder dilatar, pero no he podido, entonces de esa razón he optado ir al hospital” (Mujer de 27 años, C.S. Atipiri-El Alto. 01/2020).

En la mayoría de los relatos la cotidianidad de la mujer no está rota en el embarazo, por lo que continúan con sus actividades hasta que los primeros síntomas y signos la sorprenden en medio de sus actividades o durante la noche. La decisión podría haber sido comentada y hasta consensuada con su pareja en base a los imaginarios colectivos, experiencias previas, consejos, una prescripción médica, o porque sus parejas o su familia toman la decisión en base a sus preferencias o confianza y/o por la circunstancia.

“Me sabe levantar el parto digamos como a las cuatro de la mañana, es un dolor insoportable peor que dolor de muelas, como que se quiere salir algo para las 8 de la noche y así tener mi hijo. En mi cuarto, echada en la cama sé tener” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

“En la noche (usuja sarjaitu) me he levantado el dolor de parto, sé que ir al baño, pero no sé poder, después me he orinado con el dolor como era de noche mi esposo me dice: mejor que amanezca vamos a ir al hospital” (Mujer 38 años, Pucarani. 12/19).

“Me ha dicho que en la casa es complicado porque mi mamá a nosotros nos ha tenido en la casa dice, entonces es más difícil, incluso a veces no está en posición el bebé, no es recomendable pero es preferir (...) no importa en el hospital, aunque cortándote, pero te hacen tener, pero en la casa no podemos cortarnos (Mujer 25 años, H. Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).

En este sentido, el espacio de autoatención juega un papel determinante, ya que utiliza los primeros recursos dentro del círculo familiar y de parentesco, no sólo para la atención, sino para la decisión del sistema médico al cual finalmente asistirá la gestante. En todo caso, todo este proceso y espacio de tiempo para la decisión dependerá de si el parto es natural o tiene alguna complicación.

Parte del momento usuja sarjaitu es la preparación del parto, situación que tendrá diferencias de acuerdo a la decisión del sistema médico al cual asistirá la mujer. Cuando el parto se desarrolla en casa se prepara el cuarto con cuerdo de oveja, nylon, frazadas, se cierran las ventanas y puertas o cualquier orificio, se pone un cuchillo detrás de ésta, se cubren los focos, se calienta y purifica el ambiente, se disponen los elementos que serán utilizados y dependiendo la decisión de quien atenderá el parto (la madre, suegra, esposo o partera) se busca a la persona.



Si se decidió que el parto será en algún establecimiento de salud se prepara a la mujer, los implementos del bebé y en compañía de su familia se dirigen al lugar del parto. En muchos casos el levantarse al parto, es inmediato al nacimiento por lo que no permite realizar ningún tipo de tránsito y se debe actuar de forma inmediata. En todo caso, el uso de la jarra que se percibe por las mujeres como un momento de alerta y preparación para el parto.

5.5.2. La atención en el parto

Dónde y quién realizará la atención del parto depende de dos factores. En primera instancia, de la confianza que la mujer tenga sobre el/a especialista y los recursos del sistema médico para resolver su parto. Esto dependerá de las experiencias que haya tenido previamente de lo que haya recogido de su entorno.

Otra opción para la atención es recurrir a un familiar, que podría ser la madre, la suegra o el esposo dentro de la autoatención. En todo caso, la mujer toma en cuenta la experiencia de la persona respecto a la atención de partos. Así mismo, dependerá de las características del parto, si es un parto considerado natural, de riesgo o de emergencia.

Un dato interesante de analizar es que parte de la decisión del lugar y especialista de la atención del parto está dada por el esposo/conviviente en base a criterios como la seguridad de la esposa, la experiencia de la que atiende y sobre todo el recelo que tienen sobre el cuerpo de la esposa y las prácticas biomédicas, situación que no ocurre si el partero es hombre.

“Mimamá (partera) ha atendido otros casos. Prefieren venir donde ella cuando han tenido experiencias malas en el hospital. Por ejemplo, el año pasado una amiga tenía dolores, ella vino aquí al hospital, la doctora le dijo: ‘que aún faltaba que vuelva mañana’, pero ella como mujer ya sabía que iba a desembarazarse. Mi amiga sabía que mi mamá sabe de esas cosas, vino a la casa y mi mamá con un aguayo le ha acomodado, le ha flotado y le ha dicho que estaba a punto de tener que vuelva al hospital. Tranquilamente han tenido su parto. Cuando no pueden tener rápido mimamá lo arregla” (Mujer 40 años, Senkata-El Alto. 01/20).

En este sentido, para poder comprender lo anterior, es sustancial analizar las características de los sistemas médicos. Así, las características del sistema biomédico o científico giran en torno al biologicismo, entendiendo el cuerpo como un sistema que debe ser intervenido (máquina), es eminentemente invasiva, maneja relaciones asimétricas médico-paciente con una participación subordinada y pasiva del paciente. Por su lado, la medicina tradicional tiene prácticas reconocidas como tradicionales, maneja una concepción globalizadora de los padecimientos, tiene legitimación comunal, entre los aspectos que nos interesan analizar.

Estas diferencias cualitativas permiten entender que médico y partero, aunque tenganel mismo sexo, no tienen la misma percepción de los esposos y que las razones por las que aceptan al partero están, no anivel de la persona o el sexo del curador simplemente; sino al tipo de prácticas sobre el cuerpo de sus esposas y las características de cuerpo como máquina a la cual se puede intervenir invasivamente. Intervención realizada a contacto constante, desvestiéndola y dejándola vulnerable en riesgo, no permitiendo que la mujer tome decisiones respecto a la posición o las formas del parto o que exprese dolor u opinión alguna. A diferencia de una atención que acompaña los tiempos y modos de la parturienta, que maneja holísticamente las lógicas y prácticas de atención del parto y por sobre todo que no invade el cuerpo y permite que la mujer tome la decisión respecto a la posición, la vestimenta respetando y acompañando el dolor de la parturienta.

“...a mí me han lastimado, biencito me han lastimado porque me han metido la mano siempre, porque no querías a mi hijo, biengrande han nacido a los 400 grs, de ahí me han ayudado, me han metido la mano y totalmente me han lastimado, desde esa vez un poco mal no más estoy, pero gracias a Dios he tenido normal”. (Mujer 40 años, C.S. Atipiri-El Alto. 01/2020).

5.5.3. El parto con la medicina tradicional o autoatención.

Una vez definido el lugar y especialista para el parto, el primer paso es acomodar el espacio. Si se define que el parto será en casa, se comienza con el acomodo de la cama o del piso con el tendido de un plástico para no manchar. Encima se dispone el cuero de oveja que mantiene el espacio caliente, encima de éste se echa o hinca a la madre, y en la parte posterior se ubica el o la partera o acompañante. Para el acomodo del cuarto también se tapa cada foco del cuarto con una tela o papel obscuro con el fin de bloquear la emisión directa de la luz en el cuarto. Así también se cierran ventanas y puertas y cualquier rendija por la que pudiera entrar viento, neblina, solo cualquier agente maligno que ponga en riesgo la vida de la madre o del bebé. Finalmente, se pone un cuchillo tras la puerta para el resguardo de la habitación. Una acción importante previa al parto es el sahumar con eucalipto o la guía de dinamita para purificar y calentar el ambiente; siendo el humo el agente que aleja a cualquier mal de la habitación.

¿Cómo se ha preparado? Mi mamá sabe decir en la cama te vas a tender nylon porque vas a manchar con sangre en la cama, ya diciéndome he tendido y ya me he levantado el dolor. Estaba mi papá, mi mamá, todos estaban tratándome de hacer nacer, pero no he podido tenía miedo y les he pedido que salgan de mi cuarto y todos han salido y ahí normal nomás ya he tenido a mi hijo, después ya han entrado, mi mamá es partera pues, ella entrado y ya le ha cortado el cordón a mi bebé» (Mujer 30 años, H. Boliviano Japonés-El Alto. 01/2020).



Para el momento del parto, dentro del cuarto ya se tienen dispuestos todos los elementos que servirán de herramientas o insumos para el parto, siendo muy raro la vez que alguien entre o salga al exterior. En este sentido, como la habitación es a la vez el lugar donde se producen los alimentos, se tiene el fogón o la cocina para calentar agua, hacer los mates, o hacer la comida para después del parto. De la misma manera, se tienen el alcohol, tijeras o un trozo de cerámica o vidrio roto, hilos de oveja o algún tipo de lana, diferentes tipos de telas, mantas y frazadas. Estos elementos deben ser preparados con anterioridad, y se exponen al sol en el caso de las mantas o frazadas y los alimentos listos.

Desde la cultura aymarita la posición del parto depende única y exclusivamente de la parturienta. En este sentido para el trabajo de parto la madre podría estar echada o semiechada en la cama, estar hincada encima de la cama o en el piso al borde de la cama o apoyada de pies y manos en el piso.

Durante el primer momento del parto se permite que la futura madre vaya dilatando normalmente sin la ayuda de ningún elemento para apresurar los tiempos del alumbramiento; en este sentido, no se administran aún mates. El partero o acompañará con masajes y dando consejos a la mujer sobre cómo pujar y la fuerza. Por su lado, el o la acompañante hará de asistente al partero y dará apoyo a la mujer no teniendo un rol claro en este momento.

Una vez los dolores se hacen más intensos y el cuerpo comienza a respirar el partero/a o la persona que atiende el parto suministra mates calientes de romero, saravilcaycho que pasa, orégano y sábila u hojas de naranja según la zona donde se lleve adelante el parto. En este momento el partero o partera se coloca por detrás de la mujer si la posición es de "cuatro patas" o por delante si es de cuclillas o echada en la cama. El acompañante sostiene la cabeza de la mujer a modo de darle fuerzas, mientras el o la partera ayuda sin intervenir en el cuerpo de la mujer, solo espera y apoya con algún masaje, pero no toca las "partes íntimas" de la mujer. Los y las parteras entrevistadas hicieron hincapié en que su labor es la de acompañar el parto, dejando a la madre que viva el parto de manera íntima e independiente, su presencia no es invasiva, limitativa o impositiva por lo que la mujer se siente cómoda y acompañada, teniendo una mejor experiencia en el parto normal.

En el momento de la “expulsión” el partero/a se enfoca en él/la bebé ayudando a que salga naturalmente y dando consejos a la madre sobre los tiempos y la fuerza que debe hacer al pujar y la ayuda a respirar. Para evitar que él/la bebé “vuelva a entrarse” se amarra alrededor del tórax de la madre por encima de la cintura una tela pequeña que impedirá esta situación.

Una vez sale él/la bebé el/la partera le pasa un paño con agua tibia de manzanilla o de romero y lo envuelve, mientras deja a la madre esperar a la expulsión de la placenta, prácticas y lógicas que serán tratadas en un acápite complementario por la importancia que reviste la temática.

“La placenta sale rápido o no, se espera unos 10 minutos ahí con la bebé, mientras le estoy limpiando su carita, cuando sale la placenta recién se corta (el cordón)” (Partera. Jalsuri).

Dentro de las prácticas de la medicina tradicional y la autoatención la administración de mates es una parte fundamental en el proceso del parto. El uso de los mates tiene ciertos criterios relacionados a los tiempos del parto para su uso, no siendo posible su uso indiscriminado ni aleatorio. Los procesos podrían dividirse en tres periodos: el inicio de los dolores, el momento del nacimiento del/la bebé y la expulsión de la placenta, teniendo cada uno un tipo de mate.

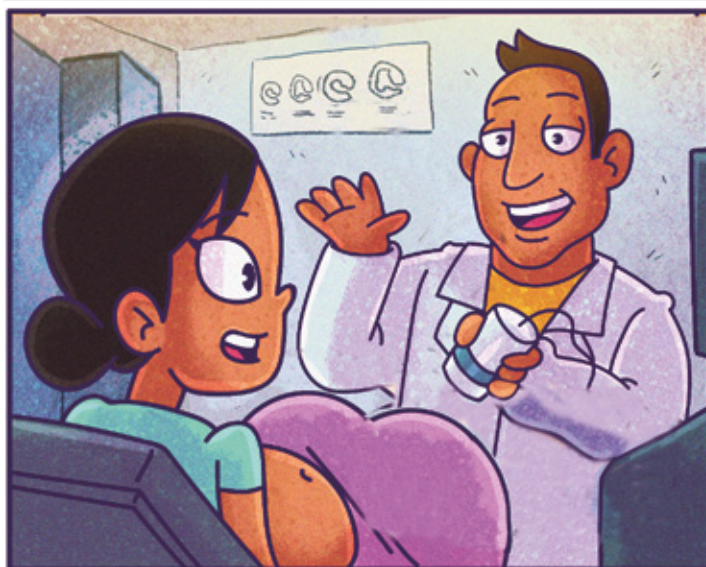
Cuadro N° 6: Tipo de Mates o infusión usados en el proceso del parto		
Inicio del parto	Nacimiento del/ la bebé	Alumbramiento de la placenta
Toronjil	Manzanilla	Romero con retama
Manzanilla	orégano	Chhijchhipa
Sara Villca		Manzanilla
Choque Phasa		Orégano
Orégano con Sábila		Ruda con Romero.
Hojas de naranja		Uña de cerdo con la uña de humano.
Chocolate con aceite comestible.		Chocolate caliente. Guía de dinamita.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

5.5.4. Cuidados en el parto

El parto aymara es un proceso lleno de simbologías y cuidados que envuelven un concepto de seguridad para la madre y el/la recién nacido. Como se describió antes, el parto es alertado con el suñasarjatitu, momento en que se comienza con los preparativos para recibir una nueva vida. La seguridad de la madre y su bebé depende, desde este momento, de cuidar cada detalle con respecto al cuidado de los cuerpos, de los espacios y la relación con el entorno físico y espiritual.

Uno de los cuidados más importantes es el que se debe tener al frío. Esta categoría culturalmente construida hace referencia a un agente patógeno que entra en el cuerpo mediante la luz, el viento, los materiales y superficies como el metal, el piso, las paredes o la neblina. Aunque hace referencia a un tipo de temperatura su acción no sólo está referida a enfriar el cuerpo, sino a entrar e invadir el cuerpo enfermándolo. Para las mujeres el parto no es una enfermedad, sino es un hecho natural, al contrario, el embarazo se considera una enfermedad por las múltiples prohibiciones que éste tiene.



Para graficarse puede hacer una analogía al cáncer, que puede acabar con la vida de la mujer a la cual le ataca. En este sentido, es muy importante tomar medidas para que el agente/frío no entre al cuerpo cuando éste se encuentra en su cualidad de “abierto” durante el parto y el puerperio. Esta referencia al frío es parte del análisis que las mujeres realizan por la importancia y la gravedad que el frío tiene para el cuerpo al igual que lo tiene un cáncer.

A partir de lo anterior, la indumentaria para el parto es fundamental para la seguridad de la madre y el bebé, durante y después del parto. La ropa que se utiliza debe abrigar y cubrir todo el cuerpo desde la cabeza hasta los pies. Así también, se debe prever contar con awayu y mantas para protegerse del frío. Este atuendo es comprado y/o hecho a mano desde el hilado por la abuela u otro familiar con un mes de anterioridad, excepto por la madre que tiene como prohibición el hilado o tejido en el embarazo para cuidar que el cordón umbilical se envuelva en el cuello del bebé.

Para la madre se debe prever medias de lana, chullu para la cabeza, guantes, chompas y polainas (medias largas hasta la rodilla) de lana, mantas tejidas con hilo de oveja y frazadas de tela polar, son fundamentales para cuidar el cuerpo de la mujer durante el parto para protegerlo principalmente del frío u otros agentes que podrían entrar a su cuerpo.

“El médico naturista para el parto, tiene preparado los mates (orégano y sábila). El catre puede ser de madera o de fierro. Tiene que estar lista la tijera, la ropita y los pañales para el bebé. Un mes antes alista mosu ropita. También tiene que estar lista la ropa para la madre para abrigarle” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

El cuidado y acomodación del espacio del parto es importante ya que de éste depende que el proceso del parto sea sobre todo seguro. El espacio del parto para la cultura aymara es la casa, la cual debe ser cuidadosamente resguardada sellando puertas y ventanas para que el *saxra* (malinco diablo) no tenga acceso; las mujeres refieren al viento como parte del frío que se produce en ese momento y por lo tanto es peligroso. Se debe poner un cuchillo detrás de la puerta para que no entre ningún ser maligno. Se debe sahumar para alejar a todos ser que pudiere hacer daño a la madre o al bebé como el *Lari Lari*, *urpu* (niebla/neblina de la mañana) el viento o la neblina.

“Con el *saxra*, (espíritu de carácter malo, perverso, depravado) mueren las mujeres. Por eso dicen que no hay que dejar dormir sola a la madre ni al bebé. El cuarto lo sahumamos con la guía de la dinamita, ese humo ataja al *saxra*, se hace esto cada martes y jueves cuando han nacido el bebé. También hay que colocar en la almohada cuchillo, Biblia. Algunos en la puerta, colocan fierro con puntas para que no entre. En el hospital no entro porque hay muchas personas”. *Antawalla*: (animal “vampiro”, como estrella fugaz).



“Como avión camina en la noche. Cuando era chiquita había mucho de eso, ahora ya no hay mucho, pero en el campo de eso nos cuidamos, esté o no embarazada a cualquierale puede caer de lo que está volando suelta como luz y si te raspa, mueres. A mi hermano le ha agarrado el *antawalla* de sus pies ha empezado a hincharse ha subido a todo el cuerpo, hemos llevado al hospital no han podido sanar, pero el naturista sabe y preparaba baños, mates con hacer recuperar” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

"El Saxrayel Lari Larison lomismo aparece como espíritu a la madre cuando la deja sola. Eso he visto a mi mamá he entrado al cuarto ella estaba débil, no podía hablar, toda traspirada estaba. Dice que era viejo con bigotes grandes y querían llevarse al recién nacido. He llamado a mi papá y él ha colocado cuchillos en la puerta y ha empezado a quemar, medias, cáscaras de naranja y azúcar... y una mantanegra sabe colocar encima de la calamina" (Mujer partera 53 años, Pucarani. 12/19).

"Hay que cuidarse del Uru (la niebla) que cae en la mañana, viene para llevarse al débil. Para que se vaya hay que quemar cosas con el pelo largo que tiene el burro, su humo hace que se aleje el uru" (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

"Hay que cuidarse del viento fuerte que viene otra clase, (remolino) sabensalirmi suegra agarrando el cuchillo, forman una cruz para hacer desviar (al viento) a otro lado" (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

La lógica aymara de seguridad en el parto gira entorno a estos elementos que la cuidante agentes físicos como el frío o espirituales como los malignos que circundan la casa o el espacio en el momento del parto, razones poderosas que guían la actuación de las mujeres aymaras para tomar la decisión respecto a donde sienten que es mejor dar a luz.

En este contexto, una de las razones, que explica la decisión de las madres y su familia de no utilizar el servicio médico para el parto, gira entorno a lo que se entiende de por seguridad, asociada a los agentes patógenos y a la construcción cultural del cuerpo en el parto como abierto, determinando lo que se entiende por seguro/inseguro en el caso del parto.

"Un mestienes que cuidarte no vas a hurgar y a guadice después de un mes y a pasa y le lava con agua de romero todo el cuerpo y le cierra con grasa no sé con qué cebo todo el cuerpo y a le cierra dice que se abre los poros y dice que hay que cerrarle y después ya puede caminar, se baña y ya puede lavar ropa" (Mujer 30 años, Senkata)

"La mujer tiene que estar echada y abierta los pies, como en el hospital. En mi casa me sentía más cómoda con mi mamá ella me ha ayudado, porque nos abrigan y en el hospital no. Ahí te haces pasar con el frío. El cuarto tiene que ser caliente, diferentes son las costumbres, pero no es necesario ahumar al cuerpo de la madre. Todo su cuerpo está movido, la sangre brilla con la luz y eso lastima a los ojos el color oscuro, sólo con velita mi mamá sabe poner. Incluso mi mamá sabe taparme con la nada de paca, porque la sangre brilla y el cuerpo está movido. Hay que cuidarse mucho del frío" (Mujer 33 años, Pucarani. 12/19).



El sistema biomédico, en contraste a lo que la cultura aymara considera como seguro para el parto, tiene una lógica contrapuesta de la categoría seguridad; partiendo de una mirada biologicista del cuerpo que es vulnerable a virus, bacterias o gérmenes. Razón por la cual, mantiene normas de bioseguridad respecto a la higiene y limpieza de espacios hospitalarios, incluido el del parto, por lo cual preponderantemente son blancos y asepticos, las salas llenas de luz y ventiladas o con ventilación, lo cual, a la mujer aymara que aún en el hospital mantiene todo el simbolismo y lógica del cuerpo sensible vulnerable e inseguro porque cuando pasa el frío, significa que ha entrado en el cuerpo. Durante el parto la sangre de las mujeres está caliente y circulando de manera inusualmente rápida, al encontrarse estos elementos el frío coagula la sangre de la mujer, causando la enfermedad de la matriz *whilapulto* (sangre coagulada) lo que hace que se hinche y se percibe como si el vientre hubiera descendido. De acuerdo a los relatos esta enfermedad tiene cura mediante tratamientos tradicionales como los mates calientes.

“En el hospital me había dado mucho miedo, quería escaparme. Había oído a mujeres que estaban gritando de dolor los doctores seguían caminando, pareciera que no sienten. Para mí ha sido mejor tener en la casa porque he recibido cuidado, me abrigan, me pasaban el bacín, me daban matecitos. En el hospital no cuidan, ahí casi sobre parto me había dado, porque me he hecho pasar con el frío. Obligan a bañarte con agua fría y levantarte, tienes que caminar después que has tenido tu hijo. Sé que tenemos que caminar para que salga la sangre, pero en la casa nos abrigamos bien con guantes, chompas y caminamos dentro del cuarto. Tampoco te entregan la placenta en el hospital, tal vez lo votarán (Mujer 44 años, Corapata-Pucarani. 12/19).

“Mi abuelo me cuidaba del frío. Decía: vas a cuidar el P’UJRU (muestra el arco de la planta del pie) hay que envolver, ponerse medias, para que no le entre el frío cuando estás en parto” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

“En el centro de salud hace mucho frío se levanta el parto rápido. En el Centro de Salud lavan con agua fría y tienes enfermedades” (Mujer 24 años, Pucarani. 12/19).

5.5.5. La Placenta

Parece que la placenta, ya por morir, con su sangre coagulada, encarna a los antepasados en la línea materna, en una genealogía femenina que alcanza hasta las *chullpas awichas*.

Denise Y. Arnold

La expulsión de la placenta, es la última fase de las etapas del parto, que desde la visión de las mujeres podría dividirse en levantar el parto, la espera, el nacimiento del bebé y el nacimiento de la placenta. Sobre ésta se han construido significados importantes para las mujeres y la cultura. En ella se ha depositado la tradición femenina de la familia y el grupo, se dice “la sangre del linaje

humano, la línea de descendencia vertical de las wawas nacidas de las mujeres de cada hogar en común, es marcada por la costumbre de enterrar, una encima de la otra, las placentas todavía húmedas y sangrantes de todas las wawas nacidas allí en un hoyo (phuju) ubicado justo después del umbral de la entrada". (Arnold: 2014 p. 54)

"...mimamá nomás me atendía mi parto, porque que yo no sabía pues, parece que en mis sueños me atendía, (...me ha tapado), con un chichito nomás me ha sonado-vieja salí-diciendo, ¿dónde está la wawa?, parece que estaba diciendo (a la placenta), vieja le dicen. (...) después la placenta se hace secar a veces está secando ahí, luego hacemos hervir y para tomar. Tostamos, molemos, rico también es ese refresco (Mujer 45 años, Jalsuri-Viacha. 01/20).

"La placenta está cerca al bebé, esperamos 20 minutos a marmos al tobillo del pie de la mamá, lo aseguramos para que no se entre siempre estoy cerca de la madre, cuando ya sale la placenta recién le cortó el cordón con gilet. Hay que esperar hasta una hora y media máximo, para que salga la placenta. Placenta, los acoselo entregó a la familia en una bolsa negra se los entrego- Algunas familias me piden que le haga un hueco cerca a la casa, puede ser en la puerta o en patio ahí otros entierran. No hay que botar así nomás (Partero, Pucarani. 12/19).

Cuando las mujeres se refieren a lo que la biomedicina conoce como la expulsión de la placenta (alumbramiento), desde la cultura se habla de un ente vivo, es por eso razón que significa un nuevo parto, un tal vez más peligroso que el del bebé y al que se le tiene mucho miedo, porque desde el imaginario de las mujeres es la que mata a muchas mujeres aymaras.

"ahí en mi comunidad, varias hermanas se han muerto de placenta" (Mujer 36 años, Pucarani).

"La placenta también nace, con los mismos dolores, pero hay que esperar, a la placenta no se le puede forzar. Mi mamá lo asegura con una lana y lo engancha al dedo gordo del pie, ahí tienes que sujetar, no te tienes que mover. Las manos no puedes poner encima de lo que tiene que estar suelto. No tienes que dormir cuando la placenta está dentro. Dicen que el tiempo que tarda la placenta en salir, es el tiempo que tarda en tener un nuevo hijo. La placenta lo entierran." (Mujer 40 años, Senkata-El Alto. 01/20).

"Para que salga la placenta es como otra vez el dolor del parto, pero hay que rogara que salga rápido para cortar el cordón. A veces tarda en salir y se vuelve a entrar, la mujer puede morir. Se ve que por la espalda se aban flotar con la wisllay con la punta de la escoba de paja flotan la espalda de la mujer hacia abajo, eso ayuda para que salga la placenta. En mi casa mi papá ha venido del campo a lavar bien la placenta de mi hijo, se había hecho de hueso de oveja con punta para sacar los huecos las bolitas

desangre, agua en agua ha lavado por que si no lo limpiala wawa puede quedar con pecas, manchas en la carita, le puede sangrar la piel de la mano, o tienen várices. Losa be envolver en un trapito blanco en el tumbado de la casa, hasta que se vuelve chiquito.” (Mujer 44 años, Río Seco-El Alto. 01/20).

5.5.5.1. La placenta con propiedades curativas

Entre los atributos que se le asigna, uno que es de gran importancia, para las mujeres saymaras, los y las médicos tradicionales es que la placenta tiene características curadoras. Los procedimientos para transformar la placenta en remedio pasan por limpiar, lavar, hervir, secar, moler y guardar para diversas enfermedades naturales y omíticas como el Kari Kari. Se le asigna también propiedades estéticas de limpieza de la piel o rejuvenecimiento.

“El médico naturista corta la placenta con tijera y la puntita sabe amarrar con algodoncito. Mi suegra sabe lavar bien la placenta, losa be enrollar como paja hay que hacer secar y guardar. Dicen que es bueno hacer hervir y tomar para el mal del Kari Kari, En el hospital no te devuelven, la placenta. Otras personas lo botan al río” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

Hay que lavar bien, lo hago secar en un lugar oscuro, encima del techo. Es un remedio para toda enfermedad de la placenta lo importante es el sak’á de la placenta. Hay que cavar un hueco en una esquina de la casa y se guarda. La sangre que baja cuando lavas la placenta, esa sangre hay que echar en un hueco, taparlo con tierra no es bueno derramar (Partero, Tilata-Viacha. 12/19).

Tenemos diferentes costumbres, mi mamá de mis dos partos mi placenta, sabe hacer lavar bien y hacer secar, con un vecino viejito. Así sabe decir mi mamá tiene que ser persona mayor no joven. Después que lo lavan lo envuelven bien para que seque, es un buen remedio para el k’arik’ari, dolor de estómago, diarrea, para las pecas o manchas en la cara (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

La placenta sale rápido no más, espero unos 10 minutos ahí con el bebé, mientras le estoy limpiando su carita, cuando sale la placenta recién se corta (el cordón). La placenta mi mamá sabe hacer sahumar, yo ya no lo hago, pero hago secar en un cartón y lo guardo para hacer fresco, es bueno para la calentura. Hacemos hervir agua molemos un poquito de la placenta y lo tostamos esa agua hay que tomarla linda para la calentura. En Viacha dicen que la placenta al basurero lo botan (Mujer, Jalsuri-Viacha).

5.5.5.2. Si no sale la placenta es mortal

Alrededor del discurso que se construye acerca de la placenta, es recurrente el de la mortalidad a causa de su retención. Esta circunstancia, ha llevado a que muchas mujeres decidan asistir a los establecimientos de salud para el parto, entendiendo que en ellos encontrarán auxilios si existiere alguna complicación. Por otro lado, muchas mujeres que prefieren el parto con la medicina tradicional o en autoatención, tienen en cuenta que parte del itinerario terapéutico podría ser recurrir al establecimiento de salud si su parto se complica por la retención de la placenta. El riesgo existe y son conscientes de ello, que el personal de salud no llegue a tiempo para auxiliarlas y llevarlas a un centro médico cercano, sobre todo si se encuentran en lugares alejados.

Llama la atención que, en la mayoría de los relatos, se refiere a que el cordón umbilical no es cortado hasta el nacimiento de la placenta. Muchos entrevistados y entrevistadas señalan que una vez que nace el bebé se lo deja a un lado de la madre tapado con una tela simplemente. De la misma manera, se relata que se corta el cordón umbilical atándolo a la pierna o a un dedo del pie de la mujer a la espera del nacimiento de la placenta.

“Todos mis hijos en el hospital los he tenido, porque en la casa muchas cosas ocurren. En mi comunidad las mujeres que no han ido al hospital han finado por la placenta. Hay muchos huérfanos que han crecido así por eso de la placenta. Muchas de las mujeres prefieren tener en el hospital, porque no sale la placenta y muchas mujeres se mueren, que será lo que pasó dentro del cuerpo” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

He tenido normal a mi hija, sólo que ha tardado en salir la placenta y por eso me querían transferir al hospital del Norte, porque aquí (Centro de Salud de Palcoco) no hacen ese trabajo porque no hay especialista. Lo mismo que a mi mamá, ella también ha tenido retención de placenta. Y es peligroso lleva a la muerte (Mujer 37 años, Palcoco. 12/19).

Mi esposo ha cortado el cordón con tijera. Rápido hay que envolverla a la way hay que esperar que salga la placenta, si cortas antes que salga la placenta la mujer muere, yo le he dicho a mi marido envuélvela al bebé hasta que salga la placenta... ese rato ni partera hay (Mujer 37 años, Atipiri-El Alto. 01/20).

5.5.5.3. Técnicas para que nazca la placenta

Parte de los conocimientos populares y técnicas de la medicina tradicional se encuentran en el hilado de conocimientos para la expulsión de la placenta; técnicas como el soplar de botella o la ch'alla ayudan a la expulsión.

“Para retención de placenta se ch’alla, con alcohol ¿Q’aylla wawa? Le llamamos cuando se tranca la wawa y nace de mano, de potito” (Partero 75 años, Palcoco. 12/19).

“Para que salga rápido la placenta, hay que hacer soplar una botella vacía a la madre” (Médica tradicional, Hospital Boliviano Japonés/Senkata. 01/09).

“No tienes que dormir, no tienes que estar sentada todo el tiempo. Mi suegra sabe decir que la sangre cuando está sentada se cuela en la placenta y eso impide que baje rápido” (Mujer 40 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

5.5.5.4. De la casa al hospital. Retención de la placenta.

Esta situación está íntimamente ligada a la emergencia. Muchas mujeres, sobre todo en el área rural, deciden tener su parto en casa con partero/a o con el apoyo de un familiar. Al momento de la expulsión de la placenta se complica por retención, momento en el cual toman la decisión de acudir al sistema médico porque consideran que el tipo de tecnología que utilizan es apto para salvarles la vida. En este sentido, se debe analizar que las mujeres aymaras sienten el parto como un proceso natural que no requieren más que la naturaleza haga su trabajo solo recurran a la biomedicina en busca de tecnología para salvar su vida.

En Palcoco atienden partos, pero a mí me han mandado al hospital del Norte... he tenido mi hijo normal pero no ha salido mi placenta, hemos esperado dos horas no salía. Por eso me han llevado al hospital del Norte. De aquí (Centro de Salud Palcoco) te mandan con papeles a la ciudad, te transfieren al hospital del Norte (Mujer de 22 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Cuando es el parto en la casa nos cuidamos más que en el hospital. En mi segundo hijo mi mamá me ha visto, he tenido en la casa porque no quería ir al hospital, pero tuve retención placentaria, es cuando nace el bebé se espera un tiempo para que salga la placenta en micaso y no ha salido. Mi mamá sabía eso y por eso razón me han traído a este Hospital y como no hay equipo me han transferido al hospital Los Andes. En el hospital los doctores cuando esta traspirando te levantan la cama y te revisan ahí te hacen pasar el frío. Por eso no se querir ir (Mujer 33 años, Pucarani. 12/19).

Desde otro punto de vista la relación que las mujeres hacen de la placenta con el sistema biomédico es que el personal de salud no le da la importancia que tiene lo cual podría ser un determinante para la no asistencia al sistema biomédico. Aunque ninguna de las mujeres lo expresó tan directamente. Sin embargo, el análisis debería girar en torno a si el personal de salud comparte

las mismas pautas culturales o conoces sobre la importancia cultural de este elemento. En todo caso estas pautas son los puntos de acercamiento que a partir de plantear procesos interculturales deberían tratarse con el personal de salud, ya que cualquier relación intercultural debe ser dialógica

“Para el hospital la placenta no tiene importancia, lo botan, pero mientras nosotros lo guardamos, para que en el futuro al bebé no le falte nada. Primerote lo lavan, lo hacen secar con agujas, con papita, chuñito, dinero encima del techono en el sol, cuando está seco lo guardan” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

5.5.6. Puerperio

El puerperio, o mejor conocido como postparto para la población en general, es el período después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno (Peralta, 1996).

Tanto para la medicina académica como para la medicina tradicional es un período de suma importancia para el cuerpo de la mujer, pues de él dependerá su completo restablecimiento, no obstante, para ambas medicinas los medios para lograrlos son completamente diferentes. Para la cosmovisión andina, estos períodos están muy relacionados a prevenir el sobre parto asociado a los estados del cuerpo.

Una vez fuera la placenta, los familiares administrarán una sopa de cordero encharque (chalonga) o de res caliente con chuño y arroz para devolver las fuerzas perdidas durante el parto y alumbramiento. En algunos casos se masajeará el estómago o se pedirá a la madre que camine para que los restos de sangre terminen de salir. Se aseará a la mujer de forma superficial con un paño y agua tibia de manzanilla, romero y ruda, al igual que a la wawa, se le cambiará la ropa y frazadas ensangrentadas y se le dejará descansar. Estas plantas no solo ayudan a ir restableciendo el estado físico del cuerpo, sino que también permiten alejar cualquier tipo de ente maligno que pudiera estar rondando el lugar y aprovechar el estado abierto de la madre e ingresar en su cuerpo y enfermarla.

“Después de tres días mi esposo sabe hacer hervir en olla agua con romero, retama, conesa y agua tibia me sabe bañar. Es la costumbre de bañarnos para cerrar las partes abiertas... por eso muchas mujeres se les abre la piel en los talones de los pies. yo se estar sentada bien abrigada, hasta que se queme el cabello. Mientras sabensacar la



sol mis frazadas, después de una media hora caliente se entrar otra vez a la cama soleado. Para transpirar fuerte, eso hace salir el frío de tu cuerpo” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

“En la casa te puedes cuidar un mes. En mi caso una semana mi esposo me ha ayudado, sé estar en la cama. Mi cuerpo me lavaba una vez a la semana con agua tibia de manzanilla. Evito que me ventee el frío. Recién de dos meses yo he lavado ropa” (Mujer 33 años, Pucarani. 12/19).

La utilización de plantas y comida con características calientes ayuda a restituir el calor corporal de la mujer, lo que la ayuda a mejorar y recomponer su estado de acuerdo a lo que dicta la cultura. En este periodo existen restricciones respecto a la comida, por ejemplo, no se debe comer cebolla, papa, ají, ni quinua, elementos que no ayudan a devolver la fuerza a la mujer, ya que podrían causar malestar estomacal.

“Mi mamá ha carneado una oveja, ha hecho hervir ese caldo de oveja con arroz blanquito y chuño me daba toda la semana. El caldo de oveja es para recuperar fuerzas. Mi mamá así también se lo preparaba para mis cuñadas que tenían su parto” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

“Después que han nacido mi hijo, me dieron una sopa de chairo sin cebolla. Otros dan con carne de oveja, pero yo sé que es mejor hacer hervir con el corazón de la oveja para que tengas leche. Eso también es lo malo en el hospital te dan cebolla, papa, arroz con todo mezclado. En la casa casi tres semanas comemos solo chairo y después poco a poco en junto comemos” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

“Después del parto dan sopa de cordero, deres, nervios con arroz, chuño. Peronada de cebolla ni ajíes. Mi mamá me sabe prohibir comer pan porque sabe hacer dar cólico a la wawa” (Mujer 33 años, Pucarani. 12/19).

“Mi Mamá después del parto es en mi modo, tenía costumbre de hacer comer, comida sin sal, comer la sopa de oveja con arroz y chuño con mucho orégano. No tienes que comer papa en dos semanas. pero después normal sé comer” (Mujer 24 años, Pucarani. 12/19)

“Si quieres recuperar bien, todo depende de la alimentación: mi mamá recomienda comida blanca, poco azúcar, poca sal, un mes sin cebolla, sin picante. Como tu cuerpo tiene herida, verdura cocida. En frutas puedes comer plátano y manzana. No la papaya, ni la uva. La carne de llama es fresca hace mal suelta el estómago y la diarrea no para” (Mujer 40 años, Senkata-El Alto. 01/20).

Durante los días que preceden al parto es importante que la mujer no salga de la habitación siendo paulatinamente su contacto con el exterior. Pues su cuerpo debe ir restableciendo su estado y fuerza, antes de enfrentarse a los agentes patógenos externos. Este periodo inicial se da entre 5 a 7 días, en los cuales se está estrictamente prohibido para la madre y el bebé salir fuera de la habitación. Pasada la primera semana se realizará el primer baño completo de cuerpo de ambos con agua caliente de ruda, romero y retama, que permitirán que la mujer pueda salir por tiempos cortos de la habitación. Este procedimiento se realizará por tres veces durante un mes hasta que el cuerpo de las mujeres quede completamente cerrado y restituido.

“Melavan mi cuerpo después de 5 días, hacen hervir agua con romero y retama en 3 o 4 ollas grandes y con esa agua caliente me bañan. Es día dicen que tienes que cuidarte y a mi me dicen Chakaña (se refiere a que tiene el curso del flujo de la sangre). Es para que la mujer no se debilite. Es día no tengo que salir del cuarto. Se cambia otra ropa y hay que tomar mate de orégano, manzanilla para calentar el cuerpo. Después, otros dos días más, me cuido sin salir del cuarto, después poco a poco voy saliendo de golpe, otras mujeres salen rápido por que tienen que atender al ganado su familia por eso se hacen dar la recaída” (sobreparto) (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

Después que te desembras una semana no tienes que salir fuera de tu cuarto y por lo menos un mes tienes que evitar el frío, no tocar agua fría ni tomar cosas frías. No lavar ropa, ni cocinar. En mi casa estaba dentro del cuarto todo el tiempo, me bajaba del catre para caminar. Tienes que caminar para que salga toda la sangre, pero abrigada. En el hospital le hacen andar sólo con la bata y le hace frío. Todo calentito. En un mes normalizas tu cuerpo” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

Después del parto mi esposo me ayudaba un tiempo en lavar la ropa, cocinar, después yo hacía todo. Pero somos 12 hermanos, soy la segunda de mis hermanos entonces tenía mis hermanitos para que me vengana a ayudar, hasta mi mamá venía desde Batallas para ayudarme después del parto... (Mujer 30 años, Pucarani. 12/19).

Se debe tener cuidado especial con la mamá y el bebé, no dejándolos solos por la noche, ya que el saxra aprovecharía la ausencia de otras personas para llevarse el ayo de cualquiera de los dos; razón por la cual es importante que alguien acompañe en la noche a dormir al recién nacido y su madre.

“Con el saxra, (espíritu de carácter malo, perverso, depravado) mueren las mujeres. Por eso dicen que no hay que dejar dormir sola a la madre ni al bebé. El cuarto lo sahúman con la guía de la dinamita, ese humo ataja al saxra, se hace esto cada martes y jueves cuando han nacido el bebé. También hay que colocar en la almohada cuchillo, biblia. Algunos en la puerta, colocan fierro con puntas para que no entre. En el hospital no entra el saxra porque hay muchas personas”.

El Saxramata a la madre o al hijo. Me sabén envolver la cabeza con tela bien amarrado, sirve para que no te entre el frío. El Chocolate y un ñeño caliente me sabén dar para que rápido tenga” (Mujer 37 años, Hospital Corea-El Alto. 01/20).

“Nosotros siempre nos quedamos cerca de la mamá nunca dejamos sólo, le tenemos que hablar hasta el día siguiente que ya han nacido el bebé y la placenta. Pero la mamá sigue con el cordón con la wawa todo lo que le pase, coma, sufra la mamá le pasa a la wawa. Si la wawa está bien, está bien la familia. Es así o no, se pelean entre pareja por la wawa. Ella misma puede trabajar, vendersi está bien la wawa” (Partera 42 años, Pucarani. 12/19).

“Mi mamá no más me dice que ahora aquí el Saxra aparece en las muñecas, camina dice... en el campo en otra forma aparece” (Mujer 24 años, Senkata-El Alto. 01/20).

5.5.6.1. Roles e importancia de la familia

La familia en el periodo de postparto tiene fundamental importancia, ya que a estar la madre incapacitada de poder salir y realizar sus tareas cotidianas, es importante que reciba apoyo de su entorno. En este caso, su principal apoyo es su esposo/conviviente, la madre, las/os hermanas/os y/o la suegra.

“Mi esposo me lo preparaba sopa de pollo criollo toda una olla se tomar, concentrado. Porque con un platito qué me voy hartar. Pero sea aquí los papás que vienen de lejos me piden sopa de pollo, hago sincebolla, sin menudencia es fresco le haría mal. Saliendo todo tienes que comer... fideo, carne, papa, para que no se colique la wawa (no le dé cólico)” (Partera 55 años, Pucarani. 12/19).

“Mi abuelo me cuidaba del frío decía: vas a cuidar el P’ujru (muestra el arco de la planta del pie) hay que envolver, ponerse medias, para que no le entre el frío cuando estas en parto” (Mujer 37 años. Pucarani. 12/19).

Esto suplen el trabajo del hogar cocinando, lavando, cuidando a los otros hijos/as, haciendo las tareas de producción como el pastoreo de animales, elaboración de quesos, construcción, etc. Una tarea que no se suple en ningún caso es la venta de productos, ya sea en el área urbana o rural.

El esposo o reemplazará en sus tareas a la madre las dos o tres primeras semanas del puerperio, pero, a partir de la tercera semana volverá a asumir su rol de proveedor, buscando trabajo para sustentarse y su hogar. En este caso la madre o el resto de su entorno asumen la responsabilidad de su hogar.

“Desde los 6 meses se cuida de no alzar cosas pesadas ni lavar ropa. Yo le obligo a sumarido; tienes que ayudarme si no puedes lavar! le digo” (Mujer 45 años, Hospital Corea-EL Alto. 01/20).

5.5.6.2. Sobreparto en el puerperio

Según Portugal Michaux (1987), el “sobreparto” parece ser causado por un desequilibrio térmico corporal, provocado por un exceso de frío-comidas frías o agua fría--o de calor, no se debe mirar al sol.

“En el centro de salud hace mucho frío se levanta el parto rápido. En el Centro de Salud lavan con agua fría y tienes enfermedades” (Mujer 24 años, Pucarani. 12/19).

Está mucho tiempo en el sol, cuando te haces solear también hace darsobreparto o la recaída iguales. Máximo es 10 minutos y hay que estar en el sol. Hacer temperatura, hacer dolor de pie, de las manos. Se escucha que las mujeres mueren de ese dolor. Ahorate venden preparado en las chifleras el remedio para sobreparto preparan con la Chhijchhipa, uña de cerdo (Mujer 44 años, Pucarani. 12/19).

Estemal, es uno de los más temidos por las mujeres y sus familias, y se lo puede contraer durante el parto, y postparto, cuando el cuerpo está vulnerable “abierto” según la cosmovisión andina. Cuando se lo contrae afecta con dolores agudos a las articulaciones, como una especie de resfrío que vuelve de tiempo en tiempo y merma la calidad de vida de las mujeres.

El resfrío es como la recaída de sobreparto, porque tu cuerpo está más abierto, débil, te entra más frío. Te da temperatura, dolor de cabeza, el cuerpo con escalofrío. Mi mamá me ha hecho saumear. Por eso puede ser que las mujeres no quieren venir al hospital (Mujer 40 años, Senkata-El Alto. 01/20).

“Cuando tocas cosas frías, el agua es frío: te da el sobreparto, te provocas el reumatismo o artritis, porque en ese momento estás tus poros abiertos y por ahí entra el frío y te hace hinchar. El sol te quemay te deja manchas por eso hay que cuidarse un mes por lo menos” (Mujer 38 años, Pucarani. 12/19).

“El sobreparto es como un dolor de cabeza, las manos se quieren encoger. Pero otras que han ido al hospital, no se han cuidado, les pasa el frío, se mueren con el sobreparto. El sobreparto, te puedes dar después de años se queda adentro (Mujer 33 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Estes males muy común de contraer en los establecimientos de salud, pues por lo general cuentan con ambientes fríos y se obliga a las mujeres a quitarse sus ropas y vestirse con batas delgadas las cuales dejan pasar el frío a sus cuerpos. Luego del parto se les asesegún los relatos con agua fría, y se les hace caminar para puedan botar los coágulos de sangre. Es decir, se les obliga a hacer todo lo que ellas temen. Por lo tanto, al regreso a sus hogares ellas sienten que el sobreparto es un hecho que tendrán que sufrir durante toda sus vidas, sin depender de la edad de las mujeres o su área de residencia.

En el hospital te pasa el frío. Es cuando se lavan su cuerpo con frío al siguiente día del parto. Te duele eserato la cabeza, grava la respiración y es peligroso por que te da (sobre parto) (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

“Después del parto no hay que dejar que pase el frío es siempre recomiendan porque puede doler el estómago, dolor de huesos. A mí no me han abrigado, en el hospital, sólo estaba con una bata, (la Licenciada) no deja que te abrigues porque perjudica, por eso ahora tengo dolor en la rodilla. Me ha pasado el frío. Pero me fui a mi casa y como se debe me he cuidado... una semana dentro del cuarto sin salir al sol ni al frío. Mi mamá sabe decir que el sol hace salir manchas en la cara. El frío sopla y que mala cara, deja manchado la cara” (Mujer 37 años, Pucarani. 12/19).

El sobreparto da por el frío, es como el parto. Me ha dado sobreparto por que no me he cuidado. A las dos semanas del parto ya sé estar lavando ropa. Mi mamá me ha bañado con agua de ruda, romero, uña de cerdo y mi suñá sabe hacer comer. Hay que cuidarse hasta el primer mes (Mujer 37 años, Hospital Corea. 01/20).

El tratamiento tiene una lógica, que está relacionado a que el cuerpo vuelva a su estado normal, y generalmente es tratado a partir del consumo de bebidas calientes, masajes y baños. Pero que, aunque el cuerpo pudiera recuperar su estado, el cuerpo de la mujer queda débil y susceptible a volver a recaer en cualquier momento.

“Con mi hija mayor he tenido sobreparto, un mes había pasado desde que han nacido mi hija, mi cuerpo estaba liviano y he salido de la casa a la calle a comprarme, de ahí un cruce de viento he sentido. Me ha dicho eso sobreparto, el sobreparto, aunque de un año, dos años da. Tampoco hay que caminar preocupada, llorando, fácilmente te puede dar el sobreparto, a veces da cuando damos luz harito, transpiramos y nos hacemos soplar con el frío o tomamos agua fría te hace dar sobreparto. La mujer es bien delicada, algunas somos débiles, no se alimentan, a ellas rápido les levanta el sobreparto. Te da cuenta que es sobreparto cuando el cuerpo es caliente y frío, te hace temblar grava la mano, así como te hace temblar con el corriente igualito tiemblas, los dedos también se encojen. Hay que tomar con el mate de chihijhipa, hay una hierba se llama el sanusanu, hay que moler tu misma uña, la uña del chanco y quemarlo junto a tu cabello, se vuelve como café esohay que tomar con el mate,

esoquita el sobreparto. El médico no te quita, no entienden, en vano inyecciones saben colocar, sólo el mate es la cura. Mi esposo le ha dicho a mi cuñada y ella rápido ha ido al naturista, ese mate he tomado dos veces, como esta noche y mañana en la noche, a la semana una sola vez puede tomarse no hay que exagerar, porque como está lactando la wawa le afecta le hace dar vómitos y diarrea. Dicen que del primer hijo siempre te hace dar, a la primera wawa sale la enfermedad cuando estamos mal nosotros. Además, cuando el hijo varón dice que todo nuestro cuerpo nos abre, nos deja débil, se estira el cuerpo” (Mujer 49 años, Río Seco-El Alto. 01-20).

“Esporel frío hacemorir a muchas mujeres. Tedejas inganas, sin fuerza, calentura, dolor de manos. El remedio para el sobreparto: hay que bañar su cuerpo y hacer tomarel mate hecho con su cabello, con las uñas de sus manos, de sus pies junto a la semilla de la palta, la katu, kishuara, pinotodo en junto hay que hacer hervir. Este mismo remedio sirve para el K’ari K’ari para el sobreparto” (Mujer 47 años, Pucarani. 12/19).

“Suremediodel sobreparto hay que tomar la sangre del lagarto (Jararankhu) Igual si sales rápido del cuarto y tocas frío, lavas ropa, te bañas, te da el sobreparto. . . te duele la cabeza, hay fiebre, temblor de las manos, pies. Hay que tomarel agua donde se hacer hervir la uña del marido, de tu cabello, chhijchhipa, la chifla te vende. Mi mamá me ha dado mate de chhijchhipa, ha hecho hervir agua me ha cortado mis uñas, un mechoncito de mi cabello, ha molido la flor de la chhijchhipa, todo junto con el romero ha hecho hervir. Me ha hecho sentarse sobre el bañador, con camas me ha tapado y he transpirado hasta una hora he debido estar, me ha metido a la cama envuelta. Mis pies aparte estaban envueltos con mantas por ahí te entra el frío y después de dos días me he levantado (Mujer 40 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

5.6. El Sistema de Salud

Sistema de salud. Precariedad y violencias

El sistema de salud de Bolivia incluye un sector público y un sector privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud (MSD) y al subsector social. El MSD establece cuatro ámbitos de gestión: 1) Nacional – MSD; 2) Departamental – SEDES, dependiente de la prefectura; del municipio, correspondiente al Consejo Social Municipal de Salud (CSMS), local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles como nivel operativo (Ledo & Soria, Ángel: 2011)

El subsector social comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).



Los niveles de atención también se dividen en tres, de acuerdo a la capacidad resolutive y estos son:

- Primer nivel de atención, encargado de la promoción, prevención consulta ambulatorio e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros ambulatorios de salud, policlínicos y policonsultorios, la medicina tradicional y las brigadas móviles de salud.
- El segundo nivel de atención: Incluye la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y en algunos casos traumatología.
- El tercer nivel de atención, está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos de especialidades.

Actualmente, en el Departamento de La Paz existen 24 Redes de Servicios de Salud, 5 redes de la ciudad de La Paz, 5 redes de la ciudad de El Alto y 14 redes rurales (con 391 establecimientos de salud).

Según el artículo 18° de la Carta Magna, el Estado a través del Ministerio de Salud, es el encargado de garantizar el derecho a la salud de todos y todas. Todos los bolivianos tienen derecho a la salud y al mismo tiempo es un fin y una función esencial del Estado.

Es así que en el año 2008 se promulgó el Decreto Supremo N° 29601²⁴ que establece a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) como la política de salud del país. La cual asume como uno de sus pilares fundamentales la interculturalidad reconociendo la pluralidad de visiones acerca de la salud, así como la gestión participativa municipal (GPMS) en salud a través de la Estructura Social de Salud (ESS).²⁵

En el mismo año se emitió la Resolución Ministerial N° 1036 que aprueba la Norma Nacional de Redes Municipales de Salud SAFCI y Redes de Servicios. Los Gobiernos Autónomos Municipales son ahora los responsables del mantenimiento de infraestructura, la compra de insumos y el respectivo desembolso de los dineros de gastos operativos para los establecimientos de salud del primer y segundo nivel.

Si bien desde la Carta Magna se reconoce que el Estado es el responsable de cuidar la salud de la población. En la práctica el Sistema de Salud no ha tenido grandes cambios a lo largo de la década desde el año 2003, a pesar de la promulgación de la política de salud SAFCI.

Según Gustavo (2016: 153), un 30% de la población boliviana no tiene ningún acceso a la salud, 30% acude a Hospitales y Enfermerías, y 10% al sector privado y solo un 30% se encuentra asegurada.

Los datos relacionados a salud, nos muestran que, el presupuesto destinado a éste²⁶ es uno de los más bajos de la región, lo que deriva en una infraestructura deficiente, poca cantidad de camas para la atención²⁷, equipos obsoletos, y un personal de salud escaso según el personal de salud y las recomendaciones de la OMS.

24 El año 2008 donde la SAFCI se instituye como modelo sanitario mediante el D.S. 29601, el mismo año mediante la R.M. 031 del en ese entonces Ministerio de Salud y Deportes, se la reconoce como política del sector salud. Sus objetivos principales son: Contribuir a la eliminación y exclusión en salud tomando en cuenta a la comunidad, persona y familias desde un enfoque intercultural, es decir, aceptando, valorando y articulando la medicina académica y la medicina tradicional. (Ministerio de Salud, 2013).

25 La Estructura Social en Salud, es la representación orgánica en salud que emerge de las organizaciones sociales matrices, surge desde las comunidades – barrios, pasando por los establecimientos de salud, municipios o territorios indígena Originario Campesino, departamentos, hasta el nivel central del Estado. Con la finalidad de interactuar corresponsablemente en la toma de decisiones en salud en los cuatro niveles de gestión de salud del Estado, a partir de Espacios de Deliberación Intersectorial de la Gestión Participativa en Salud. (Ibíd.)

26 Según el gasto en salud en porcentajes del PIB, Bolivia se encuentra en el noveno lugar, después de Chile, Uruguay, Nicaragua, Honduras, Colombia, El Salvador, Ecuador y Brasil. (CEPAL, 2018)

27 Según el (INE) la capacidad hospitalaria del sistema de salud en Bolivia alcanza a 12.000 camas para una población estimada en 11 millones de habitantes. Esto determina una relación de 1,1 cama por cada mil habitantes. Según la OMS, recomienda la existencia de 25 profesionales de salud por 10,000 habitantes, Bolivia cuenta con 14,1, siendo el peor de Sud América (Página Siete, 2018)

Estos problemas se reflejan sobre todo en los Centros de Salud de las áreas urbanas, rurales y hospitales de segundo nivel, como ser el caso de Viacha, y Coreaque se encuentran constantemente saturados. Una de las razones para ello, sería la organización de los establecimientos de salud como principal cuello de botella.

Cuadro N° 7:		Categorías de los Establecimientos de Salud de la Zona				
Municipio	Sector de Salud	Categoría	Nivel	Cantidad de Población	Horario de Atención	Atención de partos
Pucarani	Palcoco	C.S. Con Internación	1er nivel	4,255	24 horas y personal de turno los fines de semana	Si
	Pucarani	C.S. Con Internación	1er nivel	7,000	24 horas y personal de turno los fines de semana	Si
Viacha	Tilata	C.S. ambulatorio	1er nivel	30,768	08:00 a 18:00 (En las noches las y los internos de enfermería se quedan para emergencias) y fines de semana no se hacen turnos.	Si (Solo expulsivos por falta de infraestructura)
	Jalsuri	C.S. Ambulatorio	1er nivel	3,560	08:00 a 18:00 y fines de semana no se hacen turnos	Casi todos los partos son atendidos en el CS. Desde el 2020 cuenta con sala de partos con adecuación cultural.
	Hilata	C.S. Ambulatorio	1er Nivel	2,275	08:00 a 18:00 y fines de semana no se hacen turnos	
	Hospital Municipal Viacha	Hospital Segundo Nivel	2do nivel	3,245	24 horas	Fines de semana no hay especialistas gineco obstetra y anestesiólogo.
El Alto	Atipiri	C.s. Ambulatorio	1er nivel	19,582	08:00 a 18:00 horas	¿Se atienden partos?
	Hospital Boliviano Japonés Senkata	Hospital Segundo Nivel	2do nivel	47,857	24 horas	Si con internación
	Cosmos 79		Cs. Ambulatorio	13,210	08:00 a 18:00 horas Sábados y domingos no hacen turnos	Solo expulsivos.

Fuente: Elaboración Propia.

Según las visitas realizadas se pudo ver que sobre todo los establecimientos de salud de las áreas como en el caso de Tilata (Viacha), y Cosmos 79 (Red Corea), a pesar de la cantidad de población que tienen, siguen figurando como centros ambulatorios, por lo que no tienen la capacidad de tener atenciones las 24 horas del día ni los 7 días de la semana.

De la misma forma en los centros de salud rurales, como ser el caso de Tilata (Viacha), sólo se tiene atenciones de lunes a viernes en horario continuo. El municipio de Palcoco gracias a la intervención del Responsable de Establecimientos se logró extender las atenciones a las 24 horas de sábados y domingos.

Si bien como se menciona, muchas mujeres del área rural prefieren el parto domiciliario por los argumentos ya expuestos, aunque quisieran tenerlos en el Centro de Salud, no existen las condiciones para hacerlo, pues los establecimientos de salud, al ser ambulatorios no tienen una infraestructura acorde para la atención del parto, es decir los ambientes son fríos, no se atienden 24 horas ni fines de semana, por lo que las mujeres muchas veces no tienen más opción que quedarse en casa, o tener su parto en otros hospitales.

“Al año debemos atender unos 15 a 16 partos. Todos los partos se atienden en domicilio, y muchas otras se van a Viacha, porque les agarra su dolor del parto. También el otro problema es que los fines de semana no se atiende aquí, entonces muchas veces se hacen en casa y como tienen sus casitas en Viacha, se van a Viacha y se hacen atender en el Hospital. Aquí aparte que no está bien equipado, es frío, las señoras mismas nos han dicho -frío hace pues- saben decir, y a parte por sus creencias, porque ellos generalmente usan cueritos, cuando tienen su parto y según sus creencias no deben levantarse dos a tres semanas de la cama, no deben salir de la casa. Entonces al venir al Centro tendría que irse con su pie hasta su casa y ahí le pasa frío y sobre parto luego” (Médico, CS Tilata-Viacha. 12/19).

“Viendo digamos el problema que puede haber, para mí es a veces, el recurso humano y las horas de atención que brindamos en el Centro. No contamos con un recurso humano, que pueda estar las 24 horas los 7 días de la semana. Cada personal trabaja con sus horas y tratamos de dar más tiempo, de cubrir más horas, pero a veces hay un parto por decir un sábado, no lo vamos a poder atender, o un domingo y lamentablemente a veces por teléfono nos llaman, tengo que convencerla. Yo vivo en Viacha, me puedo correr, agarrármela y llevármela tal vez, o incluso algún domingo. Pero hay partos que por eso se nos escapan que vienen sábado y lo único que podemos decirle al chófer agarrárela y traértela a Viacha y selo traen a Viacha, pero para traerla a Viacha hay que convencerla bastante, porque ellos quieren venir acá y tengo que decirles, no estoy en casa, por favor vente acá, te va a traer el chófer de la ambulancia. Todos los Centros de Salud pequeños es ese nuestro problema, no tenemos sábados y domingos y algunas noches. Algunas noches sí, se quedan los médicos, pero algunas otras noches no. Ahí es nuestra falencia (Mujer. Enf., Jalsuri Viacha. 12/19).

Este problema estaría coadyuvando a la saturación de los servicios de segundo nivel, pues al no tener atención en los Centros de salud de primer nivel las 24 horas y los 7 días de la semana, muchas mujeres tienen que asistir a los de segundo nivel directamente. El horario poco acorde a la realidad de la zona, que a partir de las 20:00 horas o incluso antes, ya no prestan atención a no ser con médicas y médicos residentes en algunos casos, sin mucha capacidad resolutive, por lo que las mujeres embarazadas prefieren en casos de emergencia dirigirse a un hospital de segundo nivel como el Corea (Municipio de El Alto).

“El horario de trabajo de este centro de salud (CS) es de 12 horas (...). Esta es un área periurbana, así que la mayoría de las mamás que han tenido sus partos ya han tenido en un hospital, tal vez en un CS más equipado y por eso aquí no vienen, porque ven que NO tenemos espacio, ven que la sala de partos no es la adecuada, y que las medidas de bioseguridad tampoco son las adecuadas. La atención que tenemos no es 24 hrs. solamente trabajamos hasta las 20:00 y fines de semana tampoco hacemos turnos. Entonces por eso también las mamás por falta de confianza en el Hospital Corea, no van al hospital y tampoco al de Viacha y prefieren tener en su casa con partera. Ese es otro factor que también se ha identificado sería. Lo que me han referido de los hospitales las señoras es que no van por maltrato, pero yo les digo que no por uno van a juzgar a todo el personal, otro está también por la sobrecarga de trabajo. Por eso ellas tienen esa percepción, porque les dicen -yaseñora, parece, échese, sáquese- porque no tienen tiempo y el personal se sobrecarga (Médica, Tilata-Viacha. 12/19).

Otro problema, encontrado muy referido sobre todo por el personal de los segundos niveles, son las referencias que se dan sobre la transferencia equivocada entre Centros de Salud, haciendo que en muchos casos los diagnósticos sean errados según los especialistas, lo que causaría incluso cesáreas innecesarias.

“El tercer factor es el material, este hospital de segundo nivel, pero de nombre, no tiene muchas cosas, ecografías las 24 horas, material para hacer cirugías más complejas, ni banco de sangre y este mes me he ido peleando porque el municipio siempre compra cosas que en las cirugías de este mes se va rompiendo el hilo y todo. Hay patologías que si, son de tercer nivel, y si o si tenemos que transferir como el Hospital Corea, que tienen dos ginecólogos de guardia, banco de sangre, pediatría las 24 horas y si nos rechazamos al Hospital del Norte, que es de tercer nivel. Cuando son prematuros mandamos igual. Fines de semana no tenemos obstetra por las razones que le indiqué los médicos generales. tienen que referir” (Médico, Hosp. Viacha. 12/2019).

Todas estas circunstancias suman un conjunto de factores que hace que las mujeres aymaras se sientan agredidas por el sistema, no solamente a nivel del trato del personal sino respecto a toda la experiencia que se tiene con el sistema de salud. Esto afecta la confianza y preferencia por este sistema y aparta a las mujeres de sus derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Los cambios dados en este último año con la implementación del SUS, y la poca información que la gente tiene del tema hace que confundan servicios y prestaciones, lo que aminorar su confianza en el sistema de salud.

Las entrevistas realizadas al personal de salud durante el trabajo de levantamiento de datos develaron las carencias, dificultades, y falencias no sólo del personal de salud sino como es ya de conocimiento público del sistema de salud boliviano. Falencias que afectan más a la población vulnerable que son las mujeres, mujeres embarazadas, niños y niñas.

“Estuve con todos los controles en el centro, faltaba una semana, pero como no es fecha exacta. Me he levantado el parto en mi casa, era de noche... He salido de mi casa, he llamado a mi cuñada cerca también vive ha corrido y hemos subido a un taxi para que nos traiga al hospital. Vivo por la zona Minero es cerca de aquí 10 min de aquí. Pero, en caminar y esperar ha pasado el tiempo. No es fácil que entre taxi por mi calle hay que salir a la avenida. Después con los barquinazos ya no he aguantado he sentido ganas de pujar, he tenido mi hijo. Mi cuñada me ha ayudado. No me acuerdo nada sólo que he despertado en la casa, sobre mi cama, había enfermeras, que me daban pujas para que salga la placenta, cuando tardó la placenta en salir duele más que el parto, me he quedado débil, sin fuerzas ni para pararme. Mi cuñada había venido aquí y la enfermera han enviado” (Grupo de mujeres, Centro Atpiri’El Alto. 12-19).

Así también, la información recogida muestra que no existe una clara coordinación entre los diferentes niveles de decisión, como ser el Ministerio de Salud, SEDES y municipio (organizaciones sociales, médicas/ostradicionales, estructuras sociales de salud) esto hace que no se pueda garantizar la implementación correcta de la política de salud SAFCI:

“...en este sector tenemos orureños, cochalos, chilenos... de todo sector... diferentes provincias Loayza, Aroma, y cada sector tienen una forma, entonces nos traen del municipio la parte de la partera, pero es una, y eso es contratada por el municipio y para que se quede nosotros peleamos constantemente. (...) Ahora quié se hace cargo, si bien el municipio paga el ministerio dice que tienes que contratar y ya, y las condiciones quien los da, tenemos que nosotros hemos dado el ambiente correspondiente, ahora las cremas como está descargando, las pomaditas, las yerbas... iguales bien precario, solo en el libro sale bonito, la realidad es otra” (Presidente de COSOMUSA-Red Senkata, Sr. René. 01/2020).

“Cuestión de las reuniones no hacemos mucho con el municipio, entre personal de salud y autoridades hacemos, cuestión de informes igual se ha pedido se ha discutido con el Alcalde sobre los medicamentos no llega en el momento, había de abastecimiento de los medicamentos insumos, había falencia, ... se ha reclamado, he ido también al Ministerio de transparencia, pediré requisitos todo eso, y tengo documentos guardados

ynosabíadónde denunciarlo pero que voy hacerme aguantado...”(Consejo Municipal de Salud, COSEMUSA-Pucarani. 12-19).

“Cuando una mujer levanta el dolor, demora y toma sumatecito y llaman la ambulancia y la ambulancia no llega a tiempo y a normal le hacen nacer y la ambulancia ya llega recién intervienen lo ven al niño lo certifican todo,... entonces mayormente es por falta de coordinación por parte de los pacientes y hacia los médicos, no hay mucha coordinación, mucha información de parte de salud a las poblaciones...”(Consejo Municipal de Salud, COSEMUSA-Pucarani. 12/19).

Incluso tiende a limitar la articulación entre el sistema de salud y los médicos/as tradicionales en los lugares donde aún se dan estas prácticas, no sólo debido a la falta de condiciones de infraestructura, sino a las formas de interacción entre ellos, ya que el personal de salud arguye que no existe una buena comunicación entre ambos actores/as.

La coordinación con los parteros no existe, porque siguen haciendo secretamente sus partos, cuando lo complican nos buscan recién. Llegamos, preguntamos, qué es lo que ha pasado, porque está así. Claro, en aquí siempre son sus costumbres, los mates, lo dan antes de que esté bien dilatado, cuando está en dos tercios de dilatación, yales dan mates. Los mates funcionan como la oxitocina. Las mujeres de ahora, ya no son como las mujeres de antes, ahora ya son más delicadas, no se alimentan como antes. Ahora ya su alimentación en aquí es fideo, arroz, el pollo. Ya no hay sembradíos de quinua por aquí (Ps, Palcoco-Pucarani. 12/19).

“Tenemos contacto con el doctor, soy partera, primero trabajaba en la posta, ahora trabajo en el hospital. Cuando atiendo un parto llamo al doctor y le indico qué procedimiento he hecho. He venido para reclamar al doctor que no ha querido firmar un certificado vivo que he hecho nacer. Quiere que vaya a pasar un taller para elaboración de en Pucarani, pero yo no he ido. A veces no me hace caso el doctor, cuando estamos en parto, la mujer no puede pujar, pone un suero eso ayuda a la mujer. Pero tengomis, le hago tomar a la mujer, luego Ch’allo a la Pachamama y al cóndor Mamani y tranquilo tienen” (Partero 75 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Muy raras veces le hemos hecho llamar a la médica tradicional, pero sé estar con ella muy pocas veces. Porque nuestra sala de partos es pequeña y no puede ingresar mucha gente. Las pacientes sacan ficha para ella independientemente, para ella no más. Si, digamos que si hay un tipo de relación. No está muy relacionada la parte médica con ella, no nos relacionamos, porque ella tiene otros conceptos, otros diagnósticos, nosotros no tenemos una coordinación, difícil, porque no hablamos el mismo idioma, ella tiene otra perspectiva. En los CAIS, presento a cuantos pacientes a atendido. Apartir de la SAFCI, la han contratado, ya debensertres años (PS, Hospital Japonés de Senkata. 01/20).

5.7. Violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud

En este acápite desarrollaremos algunas experiencias relatadas por las mujeres acerca del maltrato a través de relaciones de poder del personal de salud hacia las mujeres, que en muchos casos terminan definiendo el lugar de su parto o del futuro. Sin embargo, y sin ánimo de atacar al sistema de salud y más bien reconocer el esfuerzo que muchas de ellas y ellos hacen diariamente para desarrollar su trabajo a pesar de las carencias y dificultades del sector salud, se debe visibilizar que el maltrato existe y lo viven muchas mujeres diariamente.

Según Castro (2020) la biomedicina es una de las profesiones más jerarquizadas, y masculinizadas después de la militar, pues desde los especialistas a estudiantes o enfermeras se forman a través del mandato de órdenes y castigos, y que se terminan haciendo carne al momento de la atención durante el embarazo, parto y post parto.

La ONU en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y Bioética, hace referencia a este tipo de maltrato como violencia obstétrica, misma que es definida como: “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud, sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres, expresada mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto. La violencia obstétrica es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. (Revista de Bioética de la UNESCO: 2013) en (Soto-Toussaint: 2016)

Generalmente en los centros de primer y segundo nivel del área urbana las malas experiencias empiezan por las largas colas que deben realizarse desde la madrugada, exponiendo su vida no sólo a las condiciones climatológicas extremas, sino también al riesgo de caminar muchas veces solas en la madrugada en búsqueda de transporte público. Una vez en el lugar que puede ser desde las 03:00 am deben esperar hasta las 06:00 am para una ficha y a las 08:00 para la atención. Muchas veces por la cantidad de gente las fichas no alcanzan, por lo que deben volver otro día más temprano aún. Sin embargo, y dentro del Establecimiento de salud, deben enfrentar también a la persona encargada de información en ventanilla, quien no siempre está dispuesta a repetir la información dos veces.

“Mucho tardan, venimos a las 03:00, incluso a las 02:00 (am). Para todo piden las fichas y piden a las 06:00 (am) y te atienden a las 08:00. Cuando nos quejamos, van a quejarse y tengo ordenes de decir sobre todo en ventanilla. Nos otras dejamos de trabajar para venir aquí y algunas se van sin fichas. El médico, no se logra explicar lo que dicen, parece que no le toma interés a la etapa de mi embarazo” (Mujer 31 años, Senkata. 01/20).

Las relaciones de poder del personal de salud sobre la población son constantemente vividas dentro de los establecimientos de salud, y han sido naturalizadas tanto por el personal de salud, administrativo, como por las usuarias y usuarios.

En el marco del análisis de biopoder, retomando a Michel Foucault, el autor menciona que dentro de una misma sociedad existen varias clases de poder y varias personas que lo ejercen, donde la relación saber-poder ejerce control, y corrección de conductas determinando una normalidad. El título de médica o médico influye en la potestad sobre el cuerpo de las otras personas, que juzga cómo deberían comportarse las mujeres. En este caso en los espacios de salud a los que ingresan, llámense centros de salud, hospitales, salas de parto etc.

En este caso, el poder sobre el cuerpo y el comportamiento de las mujeres basado en el discurso de la verdad asociado a la ciencia y al estatus del personal de salud, que los convierten en seres casi inalcanzables a los cuales no es posible acceder y menos cuestionar. Este disciplinamiento es tan efectivo que anula a las mujeres, no sólo haciendo que el miedo las domine, sino la imposibilidad de comunicarse, al punto de arriesgar sus vidas por no romper con este orden.

El caso de Rosa es una mujer de 22 años representativa. Se encuentra trabajando silenciosamente en los asientos de espera del Hospital Japonés (Senkata), ante la mirada indiferente del personal de salud. Al preguntarse si encuentra bien, responde que no, que tenía dolores muy fuertes pues había tenido un accidente de carro días antes y que por la falta de fichas no había podido ser atendida, por lo que tuvo que ir a otro hospital, en donde la revisaron y le dijeron que no era nada grave, que su gestación estaba bien, pero que tenía que ir a los controles al hospital que le correspondía. Una vez ahí, ella fue a preguntar a ventanilla en donde le dijeron que no había fichas. Sin embargo, por el dolor que sentía la atenderían por emergencia. Al encontrarla ya era cerca de mediodía y el hospital casi vacío, se notaba el miedo y la incertidumbre de no poder acercarse a ventanilla para preguntar por su historia por miedo a que la riñan, ni tocar la puerta del consultorio en donde suponía que estaba su ficha. Tuvo que interceder una tercera persona ajena al hospital para preguntar por sus papeles, hablar con el personal de salud y movilizarse para su atención.

Resulta emblemático este caso. Como Rosa, una mujer joven, con tres hijos, indígena, de poca educación, se enfrenta en un sistema poco amigable, desde su posición vulnerable en ese momento por encontrarse sola y adolorida.

Generalmente este trato será justificado desde el personal de salud por las condiciones laborales a las que se enfrentan, como falta de personal médico, por ende, saturación del servicio, o incluso hasta la mala actitud de las mujeres hacia ellas o ellos, o hasta la "flojera de leer los afiches" de los pasos a seguir para la atención en el servicio, que se escuchó de las mujeres en algunos centros de salud. Sin embargo, este maltrato, va más allá de las carencias del sistema de salud, son actitudes, percepciones y concepciones que se crean en torno a las relaciones de poder entre médicos, médicas y pacientes.

Según el personal de salud de Atipiri, uno de los mayores problemas es la atención de ventanilla “El personal de recepción es la base, es la cara, es el que dirige, el primero que trata con los pacientes (...). Los que vienen, muchas veces nos aben que funciones cumplen, no vienen capacitados, como los cambian seguidito es peyorativo pero tampoco hay caso de coordinar y cuando ya se los capacita los cambian. (Médica/Atipiri/Senkata/09/01/20)

Uno de los primeros eslabones de esta cadena de maltrato son las ventanillas de atención, en las cuales no se brinda información oportuna, ni de calidad. Muchas mujeres por los dolores o la espera, incluso por que no tienen una buena lectoescritura prefieren retirarse y buscar otras alternativas a sus dolencias.

Acercado al idioma, según las entrevistas se pudo observar que el personal de salud de las áreas rurales habla el aymara tanto médicas/os, como personal de enfermería. Esto va disminuyendo en las áreas urbanas, mientras que en los hospitales de segundo nivel las y los especialistas se comunican en castellano.

Letienen más confianza a ella (médica tradicional) que a nosotros, yo por ejemplo coordinó con ella. Cuando hay lumbalgias, la mamá embarazada por la postura, les trata con mayor cariño, les habla en aymará, la gente confía más en ella. Cuando tengo algún problema quedo con susto, eso, les mando donde ella. Pero en la sala de partos, no creo haberla visto más de cuatro veces (Ps, Hospital Japonés de Senkata. 01/20).

Cesáreas

Una de las prácticas clínicas características dentro del parto biomédico es la cesárea, esta cirugía que interviene y transforma el cuerpo de la mujer, es una de las principales razones, expresada por las mujeres, por las cuales no se asiste a los establecimientos de salud para el parto.

La cesárea es traumática para mí porque he visto cómo me han cortado, solo medio cuerpo estaba con anestesia... después en el primer año me seguí doliendo la herida, como si algo se estuviera rompiendo por dentro, como víbora que explota. Le dije al doctor me dijo que era normal y que se me va pasar. Hasta ahora siento mucho frío... ahora ya no puedo alzar cosas pesadas. Antes podía alzar un saco de papas de 5, 6 arrobas, ahora no puedo. Pero igual tengo que hacerlo porque no tengo quién me ayude, soy la única que se ha quedado con mi mamá que es mayorcita (Mujer 32 años, Jalsuri-Viacha. 12/19).

Las razones por las cuales las mujeres rechazan la cesárea son muchas, entre ellas las más importantes están relacionadas a la práctica misma. Es decir que, al ser una cirugía, las mujeres la consideran como peligrosa e innecesaria en un proceso natural como el parto. En este sentido, el miedo a la cirugía y no salir vivas de ella es lo que detiene a las mujeres. Algo que llama la atención

respecto a este tema, es que las mujeres perciben que si van al hospital con certeza les harán la cesárea.

En esta misma lógica, las mujeres rechazan la cesárea porque luego del parto ya no podrán desempeñar sus actividades de forma normal porque con la operación su cuerpo queda "no normal". Por lo tanto, quedando débiles y no aptas para cierto tipo de actividades que normalmente desarrollarían sin ningún problema. En este sentido, nos sólo se transforman su cuerpo sino también su rol y su función social en la familia y su entorno, lo cual puede ser percibido como no ser una mujer completa.

"Al doctor sé rogar: ¡voy aguantar como sea, pero no por cesárea! Porque aquí nosotros vivimos desembrar, hay que cuidar ganado... ¡mití ah tenido por cesárea dice que le ardía la herida, no hacerradobiensu herida y ha muerto" (Mujer 38 años, Pucarani. 12/19).

"Cuando la mujer ya no puede tenerle hacen por cesárea. Yo no quiero que mi hija tenga por cesárea. Porque a mí me han hecho en mi último hijo hasta ahora me duele, no puedo agacharme y no puedo alzar cosas pesadas". (Mujer 37 años, Senkata-El Alto. 01/20).

Con la cesárea te ¡cortan el vientre! Ya no puedes hacer fuerza, si caminas mucho te arde la herida, ya no puedes trabajar fuerte. En el campo trabajamos fuerte, sembramos, cargamos papa, piedras, cuando tienes que construir casas (Mujer 39 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).

Hay señoras que no entienden, que dicen -cesárea no, que después no es igual, no tengo la misma fuerza, no voy a poder seguir cargando mis arros de papa - eso ponen como prioridad, que no van a poder trabajar, ante inclusive su vida. Nos es eso es culturalmente o por generación (Médica, Tilata-Viacha. 12/19).

Después de la cesárea ya no sirvo para nada: antes trabajaba toda la noche no sé sentir. Pero ahora el frío me hace doler cuando es nublado me hace escocer la herida... ¡demies corte vertical...! Ahora yo soy lo mismo. Mientras tenemos parto natural un ratito nos cuidamos hasta que estemos sanitas, luego podemos estar corriendo. Nos sentimos livianitas. Pero con la cesárea no puedes ni pararte, ni sentarte. Durante cinco meses he estado así (Mujer 40 años, Viacha. 12/19).

A diferencia de la población, el personal de salud entiende este procedimiento como necesario en caso de emergencia obstétrica; aunque su uso se ha venido incrementando en los últimos años en los servicios de salud de segundo nivel.

“Entre 2012 y 2016 subieron coberturas a expensas de las cesáreas: el nivel II de atención, Cochabamba, La Paz, Oruro, el subsector privado, las cajas de salud y el subsector público. A su vez, en el mismo periodo, mantuvieron o bajaron coberturas, pero aumentaron las cesáreas: el nivel III de atención, Beni, Chuquisaca, Pando, Potosí y Tarija, las iglesias y las ONG” (OMMN. 2018)

Desde esta perspectiva, se siente que las mujeres asocian el hospital con la cesárea y tomen la decisión de no asistir a los centros hospitalarios por sentir que el sistema es agresivo y violento sometiéndolas a prácticas no necesarias, pero por sobre todo peligrosas que transforman sus vidas.

“Si revisamos las estadísticas, acá hace 3 o 4 años solo hacíamos dos o tres cesáreas al mes, ahora yo creo que este mes hemos hecho de 30 a 25 cesáreas. Eso ha sido porque antes no teníamos un médico ASO²⁸, ni un médico de SEDESy hemos reforzado con dos más. Por eso ya se puede programar cirugía cuando son adolescentes, mamá muy mayores, o transversa o podálica, cesáreas anteriores. El 70% de los partos más o menos son fisiológicos. Obviamente cada médico tiene que justificar su cesárea. Si hay pacientes que rechazan la cirugía, pero se les hace firmar una nota que se hace responsable, se le respeta su decisión, pero luego ellas mismas ya piden cirugía. Otras veces transferimos al Corea, mandamos y nos devuelven porque ellos también les plantean cesárea, pero se escapan”. (Médico, Hosp Viacha. 12/19).

“Lamentablemente, hay que hablar también de las cesáreas innecesarias, de un tiempo a esta parte se ha visto, incluso de 10 pacientes que vienen casi tres o cuatro son cesáreas y solamente son 6 partos. Obviamente nosotros también vamos condicionando a esto, porque si ya hubouna primera cesárea, una segunda va a tener que ser cesárea, siempre y cuando el período intergenésico se acorte o tenga alguna presentación podálica, va a tener que ser cesárea. Pero tal vez el tiempo también, hay algunos colegas que son más antiguos que dicen, dos años o si, pero ahora el rango se ha bajado, de un año y medio incluso, se puede esperar que sea un parto normal. A veces también los centros de salud mandan con diagnósticos de sufrimiento fetal agudo digamos, o “RPM” (ruptura prematura de membranas) y es una paciente primeriza. Entonces llegan muchas veces acá con el familiar encima, la paciente encima que le han dicho que tiene que ser cesárea, se va a morir tu wawa - por una u otra situación, entonces llega acá, y se evidencia el RPM, pero en ese momento, tal vez está con el sufrimiento, pero queda la duda que, si ya estuvo con el sufrimiento y si ya estuvo, entonces algo está pasando, entonces cesárea. ¿Entonces esto también, tendrían que identificar los diagnósticos correctos no? (Médica, Hospital Corea. 01/20)

28 Los médicos ASO son los profesionales en último año de formación en las especialidades de ginecología, pediatría, cirugía, medicina interna, anestesiología y traumatología (El Potosí, 2016)

Aunque algunas mujeres perciben como positiva la práctica, aun así, manejan desinformación respecto a las consecuencias y razones de su ejercicio asociándola a enfermedades o algún riesgo. Sin embargo, es valorada por la rapidez y el bajo dolor durante la cirugía, aunque se hace referencia al dolor posparto y las dificultades para continuar con una vida normal en el futuro.

Desde la perspectiva de género y derecho este dato permite analizar la violencia de género ejercida contra las mujeres en el ámbito familiar, ya que, como se dijo antes, la mujer ayмара tiene principalmente un rol reproductivo y no le es permitido definir la cantidad de hijos/as que tendrá, por lo que al largo de su vida adulta debe buscar estrategias para la anticoncepción, la mayoría de las veces prohibida con violencia por parte de sus parejas. En este contexto la cesárea sería una posibilidad de anticoncepción enmascarada con una prescripción médica.

“Algunas jóvenes prefieren por cesárea: ¡más fáciles! para no sufrir por el dolor y porque hasta 2 hijos no más pueden tener ¿no? Me han dicho si tienes más (hijos por cesárea) ahí adentro te levanta cómo quiste y después es cáncer.

“Yo quería que mi hijo de 18 años tenga por cesárea. Porque yo he sufrido con el dolor de tener 8 hijos. A mi hijo de aquí del Centro de Salud le han llevado para cesárea al hospital del Norte. Gritaba mi hijo por el dolor y lloraba. Pero cuando hemos llegado al hospital del Norte, directo por parto normal han tenido. Por más que le he dicho al doctor ‘era para cesárea’ no me han hecho caso. [en voz baja dice] Yo quería para que no tenga más hijos” (Grupo de mamás, Palcoco-Pucarani. 12/19)

“He tenido por cesárea porque el cordón estaba envuelto y el doctor me ha dicho que era muy riesgoso. En el hospital he estado como 4 días. He vuelto a mi casa y mi abuelita me ha cuidado con mates, me ayudaba a cocinar. Porque la herida me dolía” (Mujer 17 años, Tilata-Viacha. 12/19).

“La mujer cuando tiene por cesárea tiene que seguir trabajando tranquilo porque se tiene que estirar su cuerpo. Como está cosida la herida y no trabaja la herida ahí no más se encoge y el ombligo lo estiras, lo jalas y se rompe. Por eso poco a poco con calma hay que seguir trabajando” (Mujer 39 años, Palcoco-Pucarani. 12/19).



VI. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

El realizar estudios cualitativos en salud materna es tan importantes y de gran sensibilidad para las poblaciones indígenas y ha sido un reto que requiere de una reflexión profunda para comprender claramente el objetivo que diferencia las investigaciones netamente académicas de las investigaciones de tipo aplicado que tienen como fin el dotar de elementos analíticos para la transformación social. En este sentido, las conclusiones que se extraen están encaminadas a crear espacios de reflexión que aporten al cambio para la justicia social.

La investigación aborda problemáticas muy sensibles como violencias, desigualdades económicas, políticas, cuerpo, y relaciones de poder, no sólo en el sistema biomédico, sino también entre hombres y mujeres. En este sentido es que se desarrollarán las conclusiones y recomendaciones para poder mejorar el acceso de los servicios de salud a las mujeres.

Al haber desarrollado la presente investigación en dos municipios rurales (Pucarani y Viacha) y dos zonas en proceso de urbanización (Senkatay Cosmos 79 en El Alto) se quiso conocer las diferencias o similitudes de prácticas que las mujeres desarrollan en torno al embarazo, parto y post parto.

Se pudo observar que en los municipios de Viacha en sus sectores más rurales (Tilata, Jalsuri) y en Pucarani (Palcoco), las mujeres de estas áreas y sus familias aún tienen fuerte arraigo a las prácticas tradicionales ligadas con el embarazo, parto y post parto.

Un factor importante para la investigación, fue el entender la construcción identitaria de las mujeres dentro del contexto de la salud materna, pues a pesar de su diversidad entre adolescentes, jóvenes y adultas del área rural y urbana pudimos observar algunos factores en común como:

- Construirse mujeres en relación del otro masculino. Los roles que las mujeres desarrollan en estas áreas están aún muy ligados al ser pareja chacha-warmi, para ejercer algunos derechos como el de la herencia de tierras, o el ser autoridad. Si bien en el área urbana los cargos son sindicales, o a nivel zonal, junta de vecinos, muchas mujeres al ser migrantes deben cumplir con sus obligaciones con la comunidad, volviendo de tiempo en tiempo a sus lugares de origen.
- Ser mujer madre y cuidador de familia, es igualmente muy importante para las familias aymaras, pues es una característica de la mujer fértil y sana, en analogía con la “pachamama” o madre tierra. Además, debe ser fuerte y productiva, desarrollando una variedad de actividades para mantener a sus familias, por la precaria situación económica en la que muchas de ellas se encuentran, pues las parejas desarrollan actividades informales, muchas veces viajando de ciudad en ciudad, por lo que se encuentran a cargo casi por completo de sus familias.

El cuerpo durante el embarazo, parto y post parto:

- Se puede concluir que dentro de los hallazgos un tema recurrente y muy importante de recalcar es que para las mujeres aymaras urbanas y del área rural existe una íntima relación entre el cuerpo y su estado en el proceso del parto. Esta relación construye todo un sistema de significados que se transforman en acciones y omisiones en busca de una atención que responda a sus lógicas. El cuerpo abierto y su peligrosidad hace que las mujeres busquen dentro de la cultura una atención que comparta su visión sobre el seguro para ella y su bebé. El conocer y compartir estos conocimientos/saberes culturales acerca del cuerpo y su estado durante el proceso del parto creará un puente de entendimiento con el sistema médico hegemónico o académico y permitirá un diálogo horizontal que acerque a las mujeres al sistema de salud y salvará vidas.
- El cuerpo de las mujeres aymaras durante el proceso de embarazo, parto y post parto, a pesar que sufre transformaciones importantes, pues se asocia el término de “Usu”, (enfermo o abierto) a los cambios y cuidados que deben tener para no contraer el temido “sobrepeso”, siguen desarrollando sus actividades normalmente por las múltiples responsabilidades que se les asigna en el cuidado y manutención de su familia, siendo valorada por la familia como una mujer “trabajadora” y capaz de mantener a su familia.
- Tanto en las áreas urbanas como rurales, adultas y jóvenes, manifestaron cuidar el cuerpo de las temperaturas extremas, sobre todo del frío y de lugares que consideran peligrosos como ser basurales, ríos, funerales, donde habitarían espíritus malignos o “saxras” que podrían afectar a la wawa y la madre.

- De las mujeres entrevistadas del área urbana, en su mayoría asisten a los centros de salud de su zona, y al hospital cercano para sus controles prenatales, mientras que las mujeres del área rural, asisten entre el cuarto y quinto mes al primer control y muchas aún tienen su parto en domicilio.
- El parto, sigue siendo un hecho social importante para las mujeres y sus familias de las zonas trabajadas, no obstante, son las del área rural que aún tienen en mayor número en domicilio, primero por la importancia que se le da a la compañía de la familia durante su desarrollo y el cumplimiento de los rituales como ser el sahúmado, ingestas de mates, sopas, que ayudarían a facilitar el parto, además de la comodidad de tenerlo en la posición deseada como ser de cuclillas. No obstante, también manifestaron que los Centros de salud de primer nivel no tienen atención de 24 horas, ni fines de semana, además de no contar con espacios cómodos, ni calientes, por lo que generalmente el parto se desarrolla en domicilio gran parte acompañado con un personal de salud calificado, y los familiares, especialmente el esposo o madre que hacen de parteros o parteras.
- El parto, es el momento en el cual las mujeres temen más de enfermar con el “sobreparto”, categoría importante durante todo el proceso de investigación, y que motiva en muchos casos a las mujeres a no asistir a un centro de salud u hospital, pues es considerado el principal factor por el cual las mujeres enferman gravemente, no sólo después del parto sino hasta la vejez. Esta categoría, fue descrita con mucha preocupación por parte de mujeres jóvenes, como adultas, del área urbana y rural.
- Por otra parte, otro temor muy común es la cesárea. Si alguna mujer es diagnosticada con alguna complicación que podría derivar en ésta, buscarán diferentes estrategias para evitarla, como el manto o a como con parteras o parteros de la zona, o incluso familia o vecinas/os que son conocidas por tratar estas complicaciones. Las mujeres que vivieron este procedimiento manifestaron sentirse inservibles pues muchas de las actividades que desarrollaban antes se ven perjudicadas, pues generalmente necesitan mucha fuerza física para su realización.
- La violencia obstétrica fue vivida y descrita por muchas mujeres que tuvieron sus partos en hospitales de segundo nivel como ser el Hospital de Viacha, Japón y Corea, sobre todo en el trato al momento de tener el parto, pues debían despojarse de sus vestimentas, y en la sesión después del parto, ya que según ellas se aplica agua fría lo cual condiciona a contraer el sobreparto, además de que por lo general las instalaciones son frías y la saturación del personal de salud hace que el trato sea poco cálido.

- El rol de la familia durante el embarazo, parto y post parto es muy importante, sobre todo el de la madre, suegra, hermanas y hermanos. La pareja en algunos casos dependiendo de la actividad económica que desarrolle y de la actitud de ésta. Sin embargo, gran parte de las mujeres adultas dijeron que sus parejas no suelen tomar las responsabilidades con sus familias de la manera que les gustaría, a diferencia de las parejas más jóvenes, en las cuales según las entrevistas dadas se hacen cargo de ciertos roles con mayor facilidad.
- Si bien a partir del desarrollo de la presente investigación, se puede observar que las mujeres en muchos casos tienen sus partos en domicilio como una manera de escapar de la relación de poder y maltrato que en muchos establecimientos de salud suelen vivir, también se debe recalcar que las determinantes sociales de la salud de estas zonas son precarios, pues gran parte de las mujeres entrevistadas desarrollaban actividades económicas informales, tenían varios hijos, y sufrían violencia por parte de sus parejas, lo que incrementa los riesgos durante el embarazo, parto y post parto.
- Otro elemento importante que remarca es que existe una serie de determinantes socioculturales que impiden que las mujeres procuren una atención de calidad en el proceso del parto; la falta de oportunidad traducida en baja escolaridad, el rol de género asignado históricamente por la cultura, las condiciones socioeconómicas a las que se enfrentan cotidianamente, su condición étnica, la baja capacidad instalada de los establecimientos de salud traducidos en recursos humanos con falencias en su formación, infraestructura y equipamiento insuficientes, acceso limitado, son, entre muchas otras, las causas subyacentes que impiden que las mujeres ejerzan su derecho a un parto de calidad, seguro y sin violencia.
- Una de las categorías más importantes dentro del documento es el análisis de las relaciones de poder desde la práctica médica que se visibiliza a través de actitudes y formas de relacionarse con las mujeres, así como lo que es válido o lo que no lo es. Es decir, este saber hegemónico que se impone a través del saber/poder sobre el cuerpo de las mujeres. Esto crea automáticamente un rechazo de las mujeres, como se planteó en el título del documento ya que se sublevan a través de estrategias culturales como ser prácticas relacionadas al embarazo, parto y post parto, no asistiendo a sus controles prenatales, ni al parto dentro de los espacios hospitalarios como una manera de ejercer su elección del lugar del parto. Sin embargo, se debe tener en cuenta que muchos de los establecimientos de salud y hospitales, ofrecen condiciones de bienestar y seguridad para albergar a mujeres con concepciones tan antagónicas de lo que entienden por salud y enfermedad durante estos procesos.

- Si bien el estudio se desarrolló en áreas urbanas, semi urbanas y rurales, para poder determinar las diferentes razones por las que las mujeres no acuden a los establecimientos de salud y las prácticas realizadas durante el proceso del embarazo, parto y post parto, se debe mencionar, que según las entrevistas las mujeres de las áreas urbanas suelen asistir con mayor frecuencia a los establecimientos de salud y tener sus partos dentro de éstos, aunque preferirían no hacerlo, por el maltrato que en alguna oportunidad recibieron, o escucharon de comentarios de otras usuarias, vecinas o familiares. Así también, no pierden las prácticas relacionadas a la prevención del sobrepeso, como elemento que guía gran parte de sus actividades, cuidándose del frío, del viento y abrigando bien su cuerpo, hasta un mes después de su parto, y solicitando asistencia a los y las médicas/ o tradicionales para la aplicación de los masajes y manto que fue mencionado por gran parte de ellas.
- Mientras que las mujeres de las áreas rurales como ser Hilata, Palcoco, Jalsuri, suelen tener sus partos en mayor medida en sus domicilios, ya que tienen prácticas más fuertes y arraigadas en estas temáticas. Así como la influencia de la pareja o concubino que tienen mucho peso en las decisiones que se toman en relación a la vida de las mujeres.
- Por otra parte, y como el personal de salud lo mencionó, al vivir en áreas alejadas y al no tener el servicio de salud las 24 horas del día y fines de semana, hace que las mujeres no cuenten con este servicio, por lo que deciden tener sus partos en su domicilio o trasladarse a otras zonas. Sin embargo, muchos testimonios de mujeres hacen caer en cuenta que aunque hubiera el servicio en estos días y horarios, probablemente tampoco asistirían, ya que sienten temor, vergüenza y miedo al establecimiento de salud, pues muchas piensan que en caso de alguna complicación las derivarían a un hospital y les practicarían la cesárea, cosa que como se observó traería muchas problemas a la salud de las mujeres, pues al desempeñar sus labores con la fuerza física, esta se vería mermada y su capacidad de rendimiento disminuida.
- El personal de salud de las áreas urbanas, vea aún como una gran dificultad del que las mujeres sigan realizando sus prácticas como el manto, la ingestión de mates, o el parto en domicilio como un gran riesgo para su salud, pues suelen ser las mujeres de las áreas rurales las que presentan mayores complicaciones. Según las entrevistas se pudo ver que el personal de salud de los hospitales es más reacio a realizar un parto en condiciones que la mujer lo requiera, como ser de cuclillas o vertical, ya que por la “saturación” de los servicios, ellas y ellos alegan que tardarían más y que no existen las condiciones para hacerlo. Mientras que el personal de salud de las áreas rurales es mucho más abierto y flexible a adoptar medidas como la coordinación con parteras o parteros que hagan sentir más cómoda a las mujeres.

- Por otra parte, un tema que cobra importancia en los relatos de los y las entrevistados/as es el relacionado a la cantidad de mujeres adolescentes que se embarazan, por lo general con parejas mayores, por lo que el personal de salud, muchas veces, no sabe cómo tratar esta situación, pues al dar parte al SLIM, las adolescentes suelen desaparecer y no volver más a sus controles prenatales.

Recomendaciones

Apartir de lo encontrado y la reflexión realizada se puede realizar algunas recomendaciones en diferentes niveles:

A) Acerca de la implementación de acciones de interculturalidad

- Se siente como importante la adecuación de espacios para el parto de acuerdo a la categoría de seguridad que se plantea en el documento, relacionadas a la percepción del cuerpo y sus cuidados, en establecimientos de primer nivel de atención, con el fin de crear espacios interculturales seguros para las mujeres. En este sentido la adecuación debe ir acompañada de la elaboración y/o existencia de protocolos de atención que permitan al personal de salud, terapeutas tradicionales y usuarias del servicio conocer los procedimientos a seguir para su uso.
- Se debe acompañar las acciones de adecuación con procesos de sensibilización y formación al personal de salud sobre salud intercultural y adecuación cultural de la salud materna.
- Socializar con el personal de salud los hallazgos de la investigación como procesos de sensibilización y capacitación desde una postura crítica hacia procesos de relaciones de poder, e inequitativas en contextos interculturales de salud.
- Generar espacios de reflexión sobre el aporte de la medicina tradicional a la salud materna para la población aymara.
- Generar espacios de interacción entre personal de salud y parteras/os para propiciar el diálogo y la coordinación.

B) Acerca de implementación de acciones complementarias

- Fortalecer las capacidades del personal en la identificación, actuación y prevención de la violencia hacia las mujeres.
- Trabajar con el personal sobre sensibilización acerca de procesos de violencia en servicios de salud.

- Desarrollar acciones para la prevención de embarazo adolescente, con personal de salud, autoridades, madres y padres de familia.
- Realizar acciones de incidencia lideradas por mujeres respecto al derecho a decidir sobre sus cuerpos, que permitan a las mujeres comprender de forma holística el derecho a la toma de decisión respecto a su cuerpo en diferentes espacios de salud

C) Acerca de la gestión del conocimiento

- Es importante ahondar en aspectos como los cambios culturales y la continuidad de las pautas y lógicas culturales respecto al proceso del parto en mujeres jóvenes aymaras.
- Generar conocimientos sobre las lógicas y prácticas en salud sexual y reproductiva asociada a sus proyectos de vida, de jóvenes aymaras urbanas y de áreas rurales.
- Realizar estudios sobre el ejercicio del derecho a la salud materna de calidad de las mujeres aymaras.
- Generar conocimientos sobre violencia en servicios de salud en establecimientos de salud en espacios con población indígena.

D) Fortalecimiento de la medicina tradicional

- Propiciar espacios de encuentros entre médicas/os tradicionales para su organización, y desarrollo de temáticas de su interés.
- Propiciar un diálogo de saberes sobre la identificación de riesgos durante el embarazo, parto y post parto desde la medicina tradicional y la biomédica.
- Generar espacios de recuperación de saberes sobre la utilización de insumos de la medicina tradicional en la atención del embarazo, parto y post parto.

Bibliografía

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. REDALYC. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Arias, I. (2019). Qharaqhara: Evoy Melgarejo, kipkakiwi. Urgente.bo. Recuperado el 14 de 04 de 2020, de <https://urgente.bo/noticia/qhara-qhara-evo-y-melgarejo-kipkakiwi>
- Asamblea Legislativa Plurinacional. (2010). Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Babiáñez". La Paz: Gaceta Oficial de Bolivia. Recuperado el 15 de 06 de 2020, de <http://www.planificacion.gob.bo/uploads/marco-legal/Ley%20N%C2%B0%20031%20DE%20AUTONOMIAS%20Y%20DESCENTRALIZACION.pdf>
- Banco Mundial. (13 de Junio de 2017). Banco Mundial. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/region/lac/brief/indigenous-latin-america-in-the-twenty-first-century-brief-report-page>
- Beauvoir, Simone. (1949). El Segundo Sexo. Editorial Alfaguara. Madrid. España
- Blanco Lizano, R. (2012). Campos, relaciones, y Redes de Poder: Debates Teóricos para la comprensión de las disputas por el control del Estado. Reflexiones/Jornadas de Investigación Interdisciplinaria.
- Bradby, B., & Lawless, J. (2005). ¿Volveré, no volveré?. Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto. Bolivia.
- Burman, A. (2011). "Yatiris en el siglo XXI. El conocimiento, la política y la nueva generación". Recuperado el 20 de 06 de 2020, de Nuevo Mundo Mundos Nuevos: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/61331?lang=es#bodyftn2>
- Castro, J. (Sf.). Los Paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/los_paradigmas.pdf
- CEPAL. (2014). Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Organización Panamericana de la Salud, Santiago. Recuperado el 24 de 03 de 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/1/S1420521_es.pdf
- CEPAL. (2018). Observatorio de Desarrollo Social en América Latina y el Caribe. Recuperado el 18 de 05 de 2020, de <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/indicador/gasto-salud>

- CEPAL.(s.f.).ObservatoriodelgualdaddeGénerodeAmericaLatinayelCaribe.Recuperadoel22 de 03 de 2020, de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Coordinación de Red Corea. (2018). Audiencia Pública de Rendición de Cuentas. El Alto.
- Coordinación de Red de Salud Rural N°5 “Los Andes-Manco Kapac”. (2019). Audiencia Pública de Rendición de Cuentas . El Alto.
- Coordinación de Red de Salud Rural N°6. (2019). Audiencia Pública, Rendición de cuentas final. Red de Salud Rural N°6. El Alto. Recuperado el 19 de 03 de 2020, de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/sites/default/files/RENDICION%20DE%20CUENTAS%20FINAL%202019%20RED%20DE%20SALUD%20RURAL%20N%C2%BA%206%20MURILLO.pdf>
- Coordinación de Red de Salud Senkata. (2019). Audiencia pública de Rendición de Cuentas. El Alto. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/sites/default/files/RED-RURAL-N%C2%B0-5-AUDIENCIA-PUBLICA-INICIAL-2019.pdf>
- Coordinador de la Mujer. (2017). Situación de las mujeres en Bolivia. Marzo de 2019. Recuperado el 04 de 03 de 2020, de http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio/archivos/destacados/boletin8mcompressed_86.pdf
- Coordinador de la Mujer. (2019). Situación de las mujeres en Bolivia. Marzo de 2019. Recuperado el 04 de 03 de 2020, de http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio/archivos/destacados/boletin8mcompressed_86.pdf
- Cuñat Giménez Dialnet Aplicación de la teoría fundamentada. Grounded Theory AIEs–2499458.
- De Villalobos, M. (2001). desarrollo teórico e investigación. Scielo. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2567497&pid=S1132-1296201200030001000001&lng=es
- Defensoría del Pueblo. (2016). Sin los pueblos indígenas no hay Estado Plurinacional. La Paz: GRECOSRL. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/situacion-de-los-pueblos-indigenas.pdf>
- Diego, G., Trotta, L., & Spnielli, H. (09 de 2011). Juan José García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Salud Colectiva. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n3/285-315/es>
- Donoso, E., Jorge, C., Vera, C., & Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal neonatal e infantil. 7. Recuperado el 27 de 04 de 2020, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v14n2/art04.pdf>
- El Diario. (Junio de 2015). Bolivia ocupa el último lugar en presupuesto para salud. El Diario. Recuperado el 08 de 04 de 2020, de <http://datos-bo.com/Bolivia/Sociedad/Bolivia-ocupa-el-ultimo-lugar-en-presupuesto-para-salud>
- Escobar, S., Arteaga, W., & Giovanna, H. (2019). Desigualdades y pobreza en Bolivia: Una perspectiva multidimensional. CEDLA. Recuperado el 24 de 03 de 2020, de www.cedla.org
- Eslava-Castañeda, J. (19 de 06 de 2017). Pensando la determinación del proceso salud-enfermedad. Revista de Salud Pública. Recuperado el 04 de 15 de 2020, de <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68467>
- Fernández Matos, Carolina (2017). Vivencias de las mujeres en relación con las intervenciones médicas durante el embarazo y el parto/comp. Anderson Díaz Pérez, Pacífico Castro Gil; Dhayana Carolina Fernández Matos...[etal.]--Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar. Colombia.

- Foucault, M. (1992). *Microfísica del Poder*. Ediciones La Piqueta. Madrid, España.
- Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (2009). Decreto Supremo N° 0066-Bono Juana Azurduy. La Paz. Recuperado el 15 de 06 de 2020, de <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1453/DECRETO%20SUPREMO%2066.pdf>
- García, E. (2018). *La Violencia Obstétrica como violencia de género*. Madrid. Recuperado el 16 de 06 de 2020, de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1
- García, F. (2017). *Violencia contra la mujer y mortalidad materna*. La Paz.
- Gobierno Autónomo Municipal de Pucarani. *Plan Territorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien (PTDI) 2016 - 2020*.
- Gobierno de Bolivia. (2009). *Constitución Política del Estado*. La Paz. Recuperado el 15 de junio de 2020.
- GTR. (2017). *Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR)*. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*: <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/msh-gtr-report-esp.pdf>
- Gustavo, G. (Abril de 2016). *Obstáculos y desafíos para la salud en Bolivia*. *Economía Coyuntural*, 8. Recuperado el 08 de 04 de 2020, de <https://ideas.repec.org/a/grm/ecoyun/201611.html>
- Hernandez, L. J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (3 de Mayo de 2017). *El modelo de la OMS como orientador*. *Salud Pública*. Recuperado el 03 de 20 de 2020, de <https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/es/>
- Hermanau, Sue & Rodríguez Lily, 2011. *El rol de la mujer aymara en el manejo originario de conflictos y sus desafíos en la ciudad de El Alto*. "El Alto – Bolivia.
- Lora, M. E., Roth, E. y Musitu Ochoa, G. (2011). *La mujer aymara migrante en Bolivia*. En F. J. García Castañoy N. Kressova. (Coords.). *Actas del Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1971-1979). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN: 978-84-921390-3-3.
- Menéndez Eduardo. (1990) *Morir de Alcohol y Hegemonía Médica*. Editorial Alianza. México.
- INE (2015). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2012*. La Paz, Bolivia.
- INE. (20 de febrero de 2018). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 15 de 06 de 2020, de *Embarazo y Maternidad son mayores en área rural*: <https://www.ine.gob.bo/index.php/embarazo-y-maternidad-son-mayores-en-area-rural>.
- INE. (11 de 07 de 2018). *Instituto Nacional de Estadísticas*. Recuperado el 25 de 03 de 2020, de <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/itemlist/tag/Poblaci%C3%B3n>
- Le Breton, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ledo, C., & Soria, Angel. (2011). *El Sistema de Salud de Bolivia*. Scielo. Recuperado el 25 de 02 de 2020, de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/7Bolivia.pdf.
- Levis, Strauss (1995) *"Antropología Estructural"*. Editorial Paídos, SA.; Barcelona.
- Llanos Cervantes, Elvira. (1992). *El embarazo en mujeres aymaras migrantes*. Un estudio en zonas urbanas populares al oeste de La Paz. En A. Defosse, D. Fassin, & M. Viveros, *Mujeres de los Andes: Condiciones de vida*. Institut Français d'études andines. Obtenido de <https://books.openedition.org/ifea/2046?lang=es>

- LosTiempos.(09de03de2019).Lostiempos.Recuperadoel04de03de2020,de<https://www.lostiempos.com/actualidad/economia/20190930/mujeres-dedican-7-horas-dia-cuidar-hogar-hombres-4>
- MédicosdelMundo.(2013).Perfilepidemiológicosocioculturalde.Recuperadoel22de04de2020
- MédicosdelMundo.(2014).Situaciónactualdelamedicina tradicionalysuarticulaciónconla medicinaacadémicaenlosmunicipiosdelasRedesdeSaludN°11y12delDepartamento de La Paz. La Paz.
- MinisteriodeJusticia.(2017).EncuestadePrevalenciaycaracterísticasde laViolenciacontralas mujeres 2016. La Paz. Recuperado el 22 de 03 de 2020
- MinisteriodePlanificacióndelDesarrollo.(2006).PLAN NACIONALDEDESARROLLO.“Bolivia Digna,Soberana,ProductivaydemocráticaparaVivirBien”.LaPaz.Recuperadoel14de 06de2020,de<https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/BOL%202006%20-%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011. La Paz.
- Ministerio de Salud. (2015). Ley 459. D.S. 2436. La Paz. Recuperado el 30 de 06 de 2020, de https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&alias=79-ley-de-medicina-tradicional-y-su-reglamento&category_slug=publications&Itemid=1094
- Ministerio de Salud. (2017). Encuesta de Demografía y Salud 2016. La Paz.
- MinisteriodeSaludyDeportes.(2012).SaludFamiliarComunitariaIntercultural.DocumentoTécnico - Estratégico. La Paz.
- MinisteriodeSaludyDeportes.(2013).SaludFamiliarComunitariaIntercultural.DocumentoTécnico -Estratégico.LaPaz.Recuperadoel06de15de2020,de<https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-29601.html>
- Naciones Unidas.(2007).DeclaracióndelasNacionesUnidassobrelosDerechosdelosPueblos Indígenas.Recuperadoel24de03de2020,dehttps://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf
- Noegueiras,B.(2018).Lateoríafeministaaplicadaalámbitodelasaluddelasmujeres:discursos yprácticas(España,1975-2013).TesisDoctoral,UniversidadComplutensedeMadrid. FacultaddeCienciasPolíticasySociología.Recuperadoel22de03de2020,de<https://eprints.ucm.es/49892/1/T40529.pdf>
- Nostas,Sanabria(2009)Detrásdelcristalconquesemira:OrdenesNormativoselInterlegalidad, Mujeres Quechuas, Aymaras, Sirionó, Trinitarias, Chimane, Chiquitanas y Ayoreas. Editora PRESENCIA, La Paz Bolivia.
- OMS.(08de23de2018).OrganizaciónMundialdelaSalud.Recuperadoel10de04de2020,de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OMS.(s/f).OrganizaciónMundialdelaSalud.Obtenidodehttps://www.who.int/social_determinants/es/
- Opinión.(15de04de2014).LaRevoluciónde1952.Opinión.DiariodeCirculaciónNacional. Recuperadoel09de11de2019,de<https://www.opinion.com.bo/articulo/opini-oacute-n/la-revolucion-de-1952/20140415000800485783.html>
- OPS.(09de04de2013).OrganizaciónPanamericana de la Salud. Recuperado el 17 de 03 de

- 2020.https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28;preguntas-frecuentes&Itemid=142
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Políticas sobre etnicidad y salud. Washington, D.C. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es
- Paz V, M. (2006). Revista Bioética y Derecho. Recuperado el 09 de 11 de 2019, de http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD7_ArtValdivia.pdf
- Perez, J. (21 de 09 de 2015). El positivismo y la Investigación Científica. Revista Empresarial. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6419741.pdf+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=bo>
- Peralta, Octavio (1996) Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Salud Reproductiva en el Período PostParto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. Santiago de Chile.
- Portugal Michaux, J. (1987). Embarazo y parto en el norte de Pacajes. Reunión Anual de Etnología. La Paz.
- Ramirez Hita, S. (2010). Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. La Paz, Bolivia: Gente Común.
- Red de Mujeres Trabajadoras Sindicalistas de Bolivia. (2016). Documento Político de las Mujeres Trabajadoras y Sindicalistas de Bolivia. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de https://www.fes-bolivia.org/fileadmin/user_upload/actividades/Documento_Politico_de_la_RED.pdf
- Robertotexto.(s/f). Obtenido de Positivismo, racionalismo, empirismo: http://www.robertotexto.com/archivo4/posit_racio_empirismo.htm
- SEDES. (2019). Audiencia pública de Rendición de Cuentas. La Paz. Recuperado el 15 de 03 de 2020, de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/sites/default/files/RED-RURAL-N%C2%B0-5-AUDIENCIA-PUBLICA-INICIAL-2019.pdf>
- SEDES. (2019). Audiencia pública de rendición de cuentas inicial. Red de Salud Lotes y Servicios. Servicio Departamental de Salud, La Paz. Recuperado el 21 de 04 de 2020, de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/content/rendici%C3%B3n-de-cuentas-final-2019-red-lotes-y-servicios>
- SEDES. (2019). Audiencia Pública, Rendición de cuentas final. Red de Salud Rural N°6. La Paz. Recuperado el 19 de 03 de 2020, de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/sites/default/files/RENDICION%20DE%20CUENTAS%20FINAL%202019%20RED%20DE%20SALUD%20RURAL%20N%C2%BA%206%20MURILLO.pdf>
- Straus, Ay Corbin, J. (2002). Bases para la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín. Editorial de la Universidad de Antioquia. Colombia.
- Soto-Toussaint, L.H. (01 de 06 de 2016). Violencia Obstétrica. Revista Mexicana de Anestesiología. Recuperado el 22 de 04 de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
- UDAPE. (2015). Evaluación de Impacto del Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, La Paz.

- Uribe, M., Rodríguez, K., & Agudelo, M. (2013). Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el CLACSO. Obtenido de "http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131220085503/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf"
- Vergara, M. d. (31 de 08 de 2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Scielo. Recuperado el 10 de 04 de 2020, de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
- Vicente, P. (2016). Sangres para propiciar la vida: Metáforas y creencias sobre la concepción "humana" en el altiplano andino. Popular. Recuperado el 12 de 05 de 2020, de <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/511/514>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen. 1991: World Health Organisation.



www.alianzaporlasolidaridad.org
f Alianza por la Solidaridad Andina
t AxSAndina