

**“Una cosa es la medicina tradicional y otra es lo intercultural”.**

**La inclusión de las parteras indígenas a las políticas públicas  
interculturales de salud en Bolivia**

**Autora: Patricia Fátima Costas Monje**

**Tesis para optar por el título de Magister en Género, Sociedad y Políticas**

**Programa Regional para la Formación en Género y Políticas Públicas**

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Argentina**

**PRIGEPP – FLACSO Argentina**

**Directora de tesis: Doctora Dalia Szulik**

**La Paz - Bolivia**

**2020**

*Dedicada a Elena y Daniel,  
por haberme inspirado  
a conocer otras experiencias  
para llegar a este mundo*

### **Agradecimientos**

Cuando comencé mi acercamiento hacia el mundo de la partería tradicional no podía haberme imaginado, entonces, el maravilloso mundo que estaba por descubrir. Es por eso que agradezco a las parteras y parteros por haberme permitido conocer sobre el universo fascinante de su profesión, el cual ejercen con dedicación y generosidad.

Quiero reconocer el apoyo de quienes me han facilitado el camino para poder emprender este fantástico viaje. En primer lugar, a Adriana Mondaca, colega socióloga y ex - funcionaria de Médicos del Mundo, quien con sus conocimientos empíricos sobre la zona, en el ámbito de la salud e interculturalidad, me allanó mucho el trabajo de campo. Por otro lado, si no fuera por la complicidad y amistad con Ana Choque, partera tradicional, no podría haber conocido el día a día de estas mujeres maravillosas, sus metas, sus sueños, sus proyectos, así como sus temores y frustraciones.

Las maestras Ineke Dibbits y Denise Arnold me han abierto las puertas a sus conocimientos como expertas en temáticas de género, interculturalidad y salud. Han tenido la amabilidad de compartir su extensa bibliografía conmigo, así como sus dilemas y preocupaciones sobre la situación actual de la partería tradicional.

Un agradecimiento muy especial a mi tutora Dalia Szulik, quien me acompañó en todo momento para orientarme y apoyarme constantemente. Agradezco a PRIGEPP y su plantel docente que me han proporcionado una excelente caja de herramientas para poder abordar esta investigación.

Gracias a mis padres y hermanos por sentirlos siempre cerca acompañando este proceso, muchas veces solitario. Mi amiga Mariel tuvo la generosa idea de que le “ayude” en sus prácticas de coaching, pero la beneficiada fui yo, ya que gracias a sus sesiones pude planificar mejor mis actividades y efectivizar mejor mi tiempo. Finalmente, me quedaré eternamente agradecida con mi compañero de vida, Michael, mi “chacha”, que supo apoyarme en todo momento y siempre de la manera en que necesitaba. Muchas gracias por ese acompañamiento y complicidad constante.

## Índice

Capítulo 1. Presentación general del trabajo	
1.1 Objetivos	p. 5
1.2 Motivación	p. 6
1.3 Fundamentación	p. 6
1.4 Problematización	p. 7
1.5 Estructura del texto	p. 8
Capítulo 2. Marco contextual	
2.1 Desarrollo de la construcción de política pública de salud en Bolivia	p. 9
2.1.1 El desarrollo institucional de la medicina tradicional	p. 10
2.2 Partería tradicional	p. 11
2.3 Primeros intentos de integrar la medicina tradicional al sistema estatal	p. 13
2.4 El nuevo escenario posconstituyente	p. 14
2.4.1 La nueva Constitución política del Estado y la política SAFCI	p. 14
2.4.2 La salud materna	p. 16
Capítulo 3. Marco teórico	
3.1 Las monoculturas y las ecologías	p. 17
3.2 La construcción de la jerarquización entre biomédicos y parteras	p. 19
3.3 La coexistencia de sistemas de salud en Bolivia	p. 22
3.4 Políticas públicas con enfoque de género	p. 23
3.5 La interseccionalidad	p. 24
Capítulo 4. Estado del arte	
4.1 Debate actual sobre las condiciones del parto	p. 26
4.2 Políticas de interculturalidad en salud en el contexto latinoamericano	p. 28
4.3 Desafíos en la implementación de políticas interculturales en Bolivia	p. 30
4.3.1 Desafíos en torno al enfoque biomédico	p. 30
4.3.2 Repensar el lugar del parto	p. 30
4.3.3 Debate en torno a la incorporación del enfoque intercultural	p. 32
Capítulo 5. Apartado metodológico	
5.1 ¿Por qué se eligió el método cualitativo?	P. 35
5.2 Las etapas de la investigación	p. 35
5.2.1 Trabajo de campo	p. 36
5.3 La muestra	p. 37
5.4 La región que abarcó mi investigación	p. 38

5.5 Técnicas de recolección de la información	p. 39
5.5.1 La observación participativa	p. 39
5.5.2 Las entrevistas	p. 40
5.5.3 El registro	p. 40
5.6 La sistematización de los datos y la redacción	p. 41
Capítulo 6. El análisis	
6.1 Fuentes de formación	p. 42
6.1.1 La formación que imparten	p. 44
6.1.2 Capacitación impartida por el Estado e instituciones	p. 45
6.2 Las prácticas de las parteras	p. 45
6.2.1 Los cuidados de la partera en el embarazo	p. 45
6.2.2 La lectura de la vena y otras técnicas de evaluación	p. 46
6.2.3 La técnica de los vapores y los masajes de acomodación	p. 46
6.2.4 Cuidados en el parto	p. 47
6.2.5 Cuidados en el posparto y el tratamiento de la placenta	p. 48
6.2.6 Percepción sobre las prácticas biomédicas	p. 49
6.3 Condiciones en las que desempeñan su trabajo	p. 50
6.3.1 La atención en domicilio	p. 50
6.3.2 Criterios para derivar a la paciente al centro de salud	p. 51
6.3.3 Respecto a la forma de pago	p. 52
6.3.4 La combinación de la partería con otra actividad	p. 53
6.4 Las políticas públicas en salud desde la perspectiva de las parteras	p. 54
6.4.1 La burocratización en el proceso de acreditación a parteras	p. 55
6.4.1.1 La evaluación de sus conocimientos	p. 57
6.4.2 Relacionamiento jerarquizado entre biomédicos y parteras	p. 59
6.4.2.1 Las salas de parto con adecuación cultural	p. 59
6.4.2.2 La relación entre biomédicos y parteras en otros ámbitos	p. 63
6.4.3 Políticas públicas de apoyo a la medicina tradicional	p. 66
6.5 Los alcances de la interculturalidad	p. 69
7. Conclusiones	p. 72
Referencias	p. 78
Anexo 1. Listado de especialidades	p. 84
Anexo 2. GUÍA DE ENTREVISTAS	p. 85
Anexo 3. Listado de personas entrevistadas	p. 87

## Capítulo 1. Presentación general del trabajo

La nueva política estatal de salud en Bolivia surgió hace poco más de una década. Esta política se encuentra enmarcada en los principios de la medicina intercultural, que tendría como principal característica el acercamiento y articulación entre diversos sistemas culturales de atención a la salud, como es el caso del sistema biomédico<sup>1</sup> y la medicina tradicional aymara, en el caso de la región andina del país. Una de las principales directrices de esta nueva política, respecto a la salud materna, es poder incluir, en la estructura estatal de atención en salud, la opción de ser atendidos por médicos tradicionales y parteras. Sin embargo, hasta la fecha, el avance de inclusión ha sido más bien limitado y disperso. Acciones como la creación de credenciales profesionales para los médicos tradicionales y parteras, la participación de las parteras en algunas salas de parto con adecuación cultural o la creación de consultorios de medicina tradicional en algunas ciudades, responden más bien a iniciativas específicas y poco coordinadas entre distintos niveles de gobierno y otros actores. El presente estudio analiza la percepción de las parteras indígenas<sup>2</sup> sobre su inclusión a los sistemas nacionales de salud en Bolivia, desde el enfoque intercultural. Se abordará la región andina, en especial la ciudad de El Alto (departamento de La Paz) y zonas rurales aledañas. La investigación fue realizada entre el 2018 y 2019.

### 1.1 Objetivos

**Objetivo general:** analizar el proceso de inclusión de las parteras indígenas, desde su percepción, a las actuales políticas públicas en salud en Bolivia, enmarcadas en el enfoque intercultural.

**Objetivos secundarios:**

- Analizar las condiciones actuales en las que parteras indígenas desarrollan sus prácticas tradicionales.
- Identificar los retos y desafíos de la implementación de las políticas públicas de salud como: la creación de credenciales profesionales para parteras, la participación de las parteras en salas de parto con adecuación cultural o la creación de consultorios de medicina tradicional en las ciudades.
- Analizar, las dimensiones de la interculturalidad desde la percepción de las parteras indígenas, en el ejercicio de su profesión.

---

<sup>1</sup> A lo largo de la tesis se hará referencia a la biomedicina a aquella disciplina que proviene de la formación académica occidental de la medicina. Los biomédicos serán los prestadores de servicios de dicha disciplina.

<sup>2</sup> A lo largo de la tesis se hará referencia a los prestadores de servicio de la partería tradicional como parteras, parteros o parteras indígenas indistintamente.

## 1.2 Motivación

Soy mamá de una niña y un niño, ambos partos fueron vaginales. Durante mi primer embarazo tomé consciencia de los casos de maltrato y negligencia médica que existe en la atención obstétrica. Entonces, mi primer tema de interés para la tesis era analizar las dimensiones de la violencia obstétrica existentes en la ciudad de La Paz, Bolivia. Sin embargo, decidí que quería analizar experiencias que promuevan, más bien, prácticas humanizadas del parto, aunque no sean expresadas en esos términos. Explorando la información existente, me encontré con la implementación de la medicina intercultural en Bolivia que, entre sus lineamientos, plantea la necesidad de incorporar a las parteras en el sistema nacional de salud, como una estrategia para mejorar la experiencia en el parto, principalmente de las mujeres indígenas.

## 1.3 Fundamentación

En la nueva Constitución Política del Estado (de ahora en más, CPE), promulgada en 2009, la institucionalidad indígena adquirió el nivel de reconocimiento constitucional sin precedentes y, como consecuencia, se comenzó a desarrollar la normativa para implementar la interculturalidad a varios niveles (educación, democracia y justicia, entre otros). Hay que destacar que el proceso constituyente fue un momento de amplia participación, donde convergieron variedad de organizaciones y sectores sociales a los espacios de discusión, para aportar a los contenidos del mismo.<sup>3</sup> En el caso de la organización de médicos tradicionales y parteras, contribuyeron a que en la CPE, sea reconocida la medicina tradicional y que el Estado debe garantizar su respeto y fomento del ejercicio del mismo.

Posterior al desarrollo normativo, se comenzó a transformar la estructura estatal con la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural (en adelante VMTI), encargada de la elaboración e implementación de políticas públicas con enfoque intercultural. Este proceso fue menos participativo, puesto que los médicos tradicionales y parteras fungieron como vigilantes del proceso, aunque de una manera marginal. En su lugar, los funcionarios públicos encargados de este proceso, en su mayoría, no necesariamente se empaparon del mismo espíritu transformador de quienes aportaron en la etapa constituyente. Es por esta razón, que la percepción de las parteras, adquiere relevancia al ser ellas, una de las principales promotoras del reconocimiento

---

<sup>3</sup> En 2006 mediante Ley se lanza la convocatoria para la elección de 255 representantes para conformar la Asamblea Constituyente, que tiene como objetivo la redacción de la nueva Constitución Política del Estado. Muchos representantes de pueblos indígenas participaron de la Asamblea Constituyente, otros participaron en las mesas de debate que promovía la asamblea para recibir propuestas para la redacción.

constitucional de la medicina tradicional e intercultural, aunque en el proceso posterior estuvieron a cargo otros actores.

#### **1.4 Problematicación**

En Bolivia, hablar de políticas públicas en salud es mencionar el impacto que tuvieron, a lo largo de nuestra historia, la iglesia católica, las instituciones de beneficencia y más actualmente las organizaciones no gubernamentales (en adelante ONG), en moldearlas. Cada instancia obró según sus criterios, capacidades y con los recursos económicos que disponían. Además, que su accionar fue y es principalmente local y sectorial. A lo largo de la historia, el Estado ha delegado a otras instancias, las atribuciones en el ámbito de la salud sin asumir un rol protagónico en el tema. Por tanto, las políticas públicas en salud han carecido de una mirada integral sobre las necesidades y la realidad de la población boliviana en su conjunto.

Paralelamente al desarrollo de las políticas públicas en salud y la lenta incorporación del Estado como ente regulador, una amplia gama de sistemas de salud pertenecientes a los pueblos indígenas seguía desarrollándose y manteniéndose vigente a lo largo del tiempo. Su vigencia, hasta nuestros días, permitió que muchos sectores sociales puedan acceder y hacer uso simultáneo de la medicina tradicional y la biomedicina. Sin embargo, su existencia (de la medicina tradicional) ha sido sistemáticamente negada, satanizada y prohibida y pese a que esta situación haya cambiado algo, poco se ha hecho desde el Estado, para fomentar un diálogo y enriquecimiento mutuo.

En el marco de la CPE del 2009 un nuevo escenario se ha creado; dando paso al reconocimiento y valorización de las prácticas de las parteras indígenas, quienes siguen siendo una alternativa deseada para las mujeres que temen sufrir malos tratos en los hospitales, debido a su origen étnico. Sin embargo, pese a que se cuenta con un avance normativo importante, sus prácticas siguen siendo cuestionadas, tanto por autoridades del área de salud y de personal de salud. No obstante, contrario a este tipo de criterios, cientistas sociales, instituciones de apoyo, ciertos funcionarios públicos y algunos médicos consideran a las parteras como aliadas importantes para frenar la mortalidad materna, por sus amplios conocimientos y la accesibilidad de sus servicios.

Entonces, las parteras se encuentran en este escenario ambiguo, donde, por un lado, el Estado, a través de algunas instituciones les ofrecen, con su incorporación a las políticas estatales, mejorar sus condiciones laborales; pero, por otro lado, sus prácticas y conocimientos siguen siendo prohibidas y recriminadas por gran parte de los operadores

del sistema estatal de salud. En el presente estudio se abordará y analizará, desde la percepción de las parteras, su inclusión, en la construcción de políticas públicas con enfoque la interculturalidad, considerando este escenario complejo.

### **1.5 Estructura del texto**

El abordaje de la temática comienza con el marco contextual, donde se abordará la construcción de las políticas públicas en salud, la institucionalización de las organizaciones de médicos tradicionales, las principales características de la partería tradicional y el nuevo escenario posconstituyente. En el marco teórico se propondrá como esquema analítico las monoculturas y ecologías de Boaventura de Sousa Santos y se dialogará con otros autores respecto a la relación jerárquica entre biomédicos y parteras, la coexistencia de sistemas de salud en Bolivia, las políticas públicas con enfoque de género y la interseccionalidad. El estado del arte nos presenta algunas de las discusiones actuales sobre las experiencias del parto por un lado y por otros, sobre la incorporación de la medicina intercultural (sus prácticas y/o sus practicantes) a las políticas públicas en salud tanto en Latinoamérica como en Bolivia. El apartado metodológico presenta la estrategia metodológica que se utilizó en el presente trabajo, describiendo las etapas de la investigación, cómo se llevó a cabo el trabajo de campo, las herramientas de recojo de datos y finalmente la sistematización de datos y redacción.

El capítulo dedicado al análisis de los datos abarcará las características de la partería tradicional en la actualidad y la percepción de las parteras sobre las actuales políticas públicas en salud con enfoque intercultural. La coda de dicho capítulo abordará la interculturalidad desde la percepción y experiencia de las parteras en el proceso de implementación de políticas públicas con esta denominación. Finalmente, se expondrán las conclusiones de surgieron de la investigación y algunas reflexiones de cómo la práctica de las parteras están contribuyendo a la salud materna, así como a las bases de un diálogo intercultural.

## Capítulo 2. Marco contextual

Partiré describiendo cómo se han ido desarrollando las políticas públicas en salud y el proceso de institucionalización de los médicos tradicionales. Luego se abordarán las características de la partería tradicional. Finalmente, en el escenario actual se situará a la nueva política en salud y las políticas en salud materna.

### 2.1 Desarrollo de la construcción de política pública de salud en Bolivia

Desde los inicios de la colonia, las acciones en torno a la salud fueron responsabilidad de la iglesia católica. En el siglo XVI y principios del XVII los conventos eran los principales centros de atención médica. Posteriormente, crearon los hospitales de Santa Bárbara en Sucre (1554) y Loayza en La Paz (1599). (Mesa, 2014, p. 58) Pero esta atención estaba concentrada en las ciudades más importantes y destinada a un porcentaje muy reducido de la población, esto es española y mestiza. En las zonas rurales, la medicina tradicional, principalmente de los indígenas kallawayas cubría con la demanda de la población indígena, que era mayoritaria. En palabras de Mesa, los indígenas tenían a su disposición un conocimiento muy efectivo de los beneficios de las plantas medicinales. (Mesa, 2014, p. 58) En el caso de los indígenas obligados a trabajar en los centros urbanos o mineros, relocalizados de su entorno comunal, el sistema de salud los atendía, porque al hacerlo, garantizaba la reproducción del sistema de explotación colonial. (Vargas, 2013, p. 53) Ésta era una excepción, ya que por lo general, la atención estaba destinada a los criollos y mestizos.

En la época republicana (desde 1825) se avanzó en infraestructura médica, pero poco se avanzó en la cobertura. Un alto porcentaje de la población boliviana no era beneficiaria del sistema médico estatal, por un complejo sistema de lógicas de exclusión de las mayorías indígenas. (Mesa, 2014, p. 68) Pese a no ser parte de la cobertura en salud, los pueblos indígenas también tuvieron que soportar la presión, principalmente por parte de la Iglesia, para abandonar sus conocimientos, prácticas y creencias curativas. (Vargas, 2013, p. 53) No obstante, la medicina tradicional se mantuvo en la clandestinidad y en palabras de Vargas, gracias a esto, se mantuvo vigente como “la única forma de brindar salud a la población dispersa”. (2013, p. 53)

Los cambios se dinamizaron luego de la Revolución del 52<sup>4</sup>, donde se estableció el Seguro Nacional de Salud, a través de la vigencia del Código de Seguridad

---

<sup>4</sup> El 9 de abril de 1952 estalló una Revolución encabezada principalmente por obreros, mineros y campesinos sometidos a la explotación de grandes empresarios y terratenientes. Como resultado del mismo se logró el voto universal, la reforma agraria, educación y salud universal, entre otros.

Social, que otorgaba servicio gratuito de salud a corto plazo para enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, etc. (Vargas, 2013, p. 53). Posterior al 52, dos hechos marcaron el segundo medio siglo XX, por un lado, el gasto público destinó mayores recursos a la salud<sup>5</sup> y por otro lado, la estructura del Estado se modificó con el fin de mejorar la distribución de este gasto. (Vargas, 2013, p. 54) Ambas medidas serán decisivas para la implementación posterior de la actual política de salud.

### **2.1.1 El desarrollo institucional de la medicina tradicional**

Como vimos arriba, se puede establecer una continuidad en el desarrollo de la medicina tradicional desde la época precolombina. Sin embargo, recién a partir de la década de 1960 comenzaron a articularse como organización. A continuación, algunos hitos históricos:

- Entre 1965 y 1979 se llevaron a cabo ocho congresos de medicina natural (cambiada en 1979 por medicina tradicional). La principal preocupación fue revertir la condición de prácticas como censuradas por el Código Penal.<sup>6</sup>
- En 1979 se creó Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA). Poco tiempo después, el Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayaya (INBOMETRAKA). (Loza & Alvarez, 2011, p. 40).
- En 1984, mediante Resolución Suprema son reconocidos tanto sus prácticas como su organización.
- En 1987 se aprobó el "Reglamento de la Práctica de la Medicina Naturista Tradicional", mediante Resolución Ministerial 0231. (Citarella, 2009, p. 18)

Finalmente, pese a que Bolivia fue uno de los primeros países en reconocer la medicina tradicional y a sus actores, posterior al Alma Ata (1978)<sup>7</sup> (Dibbits, 2005, p. 7); los avances posteriores serán pausados y con algunos retrocesos, como es el caso del intento fallido de aplicar un Reglamento de la Práctica de la Medicina Naturista Tradicional en 1987 o del intento de incorporar a los médicos tradicionales al Sistema Nacional de Salud en 2004. (Citarella, 2009, p. 18) Entonces, el reconocimiento efectivo de sus prácticas tendrán avances y retrocesos de manera constante, como veremos posteriormente.

---

<sup>5</sup> Mesa afirma que el gasto público, en la primera mitad del siglo XX se ha concentrado principalmente en la articulación nacional, ya sea la integración caminera (vertebración ferrocarrilera, transporte urbano) luz eléctrica y servicios de telefonía. (2014, pp. 91-92)

<sup>6</sup> Loza y Alvarez se refieren al Código Penal de 1836 y al Código Banzer de 1971. (2011, p. 40)

<sup>7</sup> En 1978 se reunían autoridades y representantes del área de salud donde proponían una acción urgente para revertir situaciones de exclusión en salud y promover a la salud como derecho humano a garantizar. (OPS, 2019, pág. VII).

## 2.2 Partería tradicional

Con el surgimiento de SOBOMETRA, las parteras empezaron a organizarse gracias a la iniciativa de la ONG MotherCare, se celebraron reuniones a nivel nacional en 1996. Fruto del primer encuentro surgieron dos acontecimientos importantes: en primer lugar el pronunciamiento del evento donde denuncian que “el personal de salud se niega a considerar a la partera como aliada en la lucha contra la mortalidad materna”. (Loza & Alvarez, 2011, p. 42) En segundo lugar, las parteras proponen como medidas principales para evitar la mortalidad materna: facilitar el uso de la posición vertical para el parto (en especial de cuclillas); apoyar la presencia del esposo, algún familiar o una partera; asegurar la privacidad de la parturienta durante el parto y emplear abrigo para la mujer durante el parto para prevenir posteriores complicaciones. (Loza & Alvarez, 2011, p. 43) Difundiendo por primera vez sus prácticas de manera ampliada.

Las prácticas de la partería tradicional en la región del altiplano sur de La Paz, se enmarcan dentro de la cosmovisión andina.<sup>8</sup> Sus principios, aplicados a la atención del parto son: **el equilibrio:** donde según el pensamiento andino, hombres y mujeres viven en constante búsqueda por el equilibrio, tanto interno, con otros humanos y como con el entorno (Loza & Alvarez, 2011, p. 110). En ese sentido, la salud equivaldría al equilibrio interno entre el cuerpo, la mente y el espíritu, “que (a su vez) depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general” (Dibbits, 2013, pp. 77-78). Por tanto, la enfermedad evidenciaría la ruptura de un equilibrio, puede ser interno o con el entorno.

Dos elementos pueden considerarse característicos del abordaje del médico tradicional<sup>9</sup> El primero está referido a identificar la causalidad de la enfermedad, que puede ser: “la ruptura de la armonía con uno mismo (baja autoestima), en relación con los demás (enojo, agresiones), con todos los seres vivientes (olvidarse de los dioses tutelares, agredir a la pachamama)” (Dibbits, 2005, pp. 17-18) Un segundo elemento está relacionado al tipo de atención médica que se brindará, para restablecer estos equilibrios. Álvarez, citado en Citarella, destaca el abordaje holístico de los médicos

---

<sup>8</sup> No corresponde a este estudio profundizar en el aspecto religioso de la cosmovisión andina del parto, sin embargo, es importante resaltar que se concibe al cuerpo de la mujer como la tierra, por tanto, los productos de la mujer – sangre, agua, bebé y placenta – consideradas sustancias poderosas, deben nacer en dirección a la tierra y/o ser devueltas a la misma. (Bradby & Murphy, 2005, p. 103) Por otro lado, están las similitudes entre el desarrollo del feto con el tejido, que en sociedades andinas es la principal actividad exclusiva de las mujeres. El desarrollo del bebé en la barriga se considera como el crecimiento de la lana alrededor del huso, o de una bola de lana al hacerla un ovillo”. (Arnold, Murphy, & Yapita, 2001, p. 57)

<sup>9</sup> Se menciona en términos generales, pero existen especialidades y subespecialidades dentro de la medicina tradicional, como es el caso de la partería tradicional. Ver anexo 1.

tradicionales, que no solo se enfocan en alguna parte del cuerpo o el síntoma, sino en la comunicación especialista-paciente para poder entender, de manera integral lo que adolece el/la paciente. (2009, p. 12) Todo esto, orientado a restablecer el equilibrio perdido tanto interno, emocional y físico como con el entorno social y la naturaleza.

Enfocado en la salud materna, veamos cómo funciona el principio del equilibrio, en este caso aplicado al sistema frío-caliente:

*Cuidados en el embarazo.* Aquellos alimentos calientes hacen perder sangre, mientras que los frescos y fríos evitan su pérdida. Las parteras piden evitar los alimentos o líquidos calientes, porque pueden provocar hemorragias o incluso un aborto. (Dibbits, 2005, p. 39) En el seguimiento a la paciente se determina qué tipo de matriz posee, para determinar el tipo de tratamiento a seguir. La técnica más común de evaluación de la paciente es “tomar el pulso”, que les permite conocer la posición del bebé y la posible fecha de alumbramiento. (Bradby & Murphy, 2005, p. 63) Entonces, en los cuidados del embarazo, las parteras priorizan la alimentación.

*Cuidados en el parto.* Si en el embarazo se debe cuidar a la mujer del calor, al momento del parto el frío es considerado un peligro, ya que puede dificultar el descenso del bebé y la expulsión de la placenta. Algunas parteras proporcionan masajes para ayudar a calentar el cuerpo de la paciente. (Dibbits, 2005, p. 39) Estos están orientados a acomodar el bebé, en el embarazo y al momento del parto, para corregir la posición del bebé si no está vertical. Si los masajes no han conseguido enrectar al bebé, se procede al “manteo” que consiste en acostar a la mujer sobre una manta y “hacerla rodar” en ambas direcciones.<sup>10</sup> (Bradby & Murphy, 2005, p. 63) Los pasos siguientes son, los cuidados del bebé y el tratamiento de la placenta.

*Cuidados del bebé.* Una vez que el bebé ha salido, proceden dos acciones: la atención del bebé y la expulsión de la placenta. Los primeros cuidados realizados al bebé son limpiar la grasa y la mucosidad de nariz, boca y garganta, luego se procede a lavarlos con agua de romero, posteriormente son envueltos con una tela blanca y abrigados con frazadas. (Loza & Alvarez, 2011, pág. 126)<sup>11</sup> Una vez terminado este procedimiento, la partera entrega al bebé a algún familiar para recibir la placenta.

---

<sup>10</sup> En el estudio de Bradby y Murphy se encontró que el manteo es una práctica utilizada principalmente por parteros varones, no tanto por parteras mujeres, ya que se requiere de mayor fuerza para realizar la técnica adecuadamente. (Bradby & Murphy, 2005, p. 63)

<sup>11</sup> Dibbits hace notar que en el parto a domicilio no se le da atención inmediata al bebé, sobre todo cuando se espera a que salga la placenta. Otra práctica cuestionable para algunos autores es el lavado inmediato del bebé porque se cree que la sangre puede atraer a los malos espíritus. Un factor de conflicto, en centros de salud, es la resistencia a la lactancia inmediata, a veces se espera hasta dos días, ya que se cree que el bebé puede ser goloso. (2005, p. 49)

*Tratamiento de la placenta.* Desde la cosmovisión andina existe un profundo respeto hacia la placenta, denominándola como madre, abuela o ajayu (o alma) del bebé. (Bradby & Murphy, 2005, p. 57) Una vez que nace el bebé comienza la etapa más peligrosa para la mujer, ya que desde el ámbito ritual, se teme que los espíritus malignos se lleven a la mujer. (Bradby & Murphy, 2005, p. 60) Por otra parte, desde el ámbito fisiológico, se considera que la madre “tiene todos los poros abiertos” por tanto, está más propensa a enfermar. Entonces, las parteras recomiendan preservar el calor corporal de la madre, por lo se procede a revisar que no haya ni una sola brisa en el ambiente y se abrigue a la madre; (Dibbits, 2005, pág. 39) por otro lado, se debe proporcionar alimentos calientes, así como chocolate caliente o algún mate. (Dibbits, 2005, p. 51) Una vez que sale la placenta se procede a revisarla, lavarla y a enterrarla.

Finalmente, es importante, hacer énfasis en el significado que tiene el parto desde la cosmovisión andina, ya que es considerado un evento biosocial, y no una enfermedad, por tanto el papel de las parteras es fundamental, por su habilidad en facilitar este proceso y no controlarlo. (Bradby & Murphy, 2005, p. 6) Por otro lado, en tanto evento social, otro elemento importante es la importancia que se le da al ambiente familiar de la casa, del acompañamiento ya sea de su pareja como de otros miembros de la familia de la parturienta y dar a luz en la posición de su preferencia (Bradby & Murphy, 2005, p. 67) Entonces, se puede ver que en el parto, en tanto evento biosocial, intervienen muchos actores, cada uno con una labor específica.

### **2.3 Primeros intentos de integrar la medicina tradicional al sistema estatal**

Un primer momento de iniciativas comenzó en los años 80. Instancias como el Equipo de Salud del Altiplano (ESA) (Citarella, 2009, p. 17), la cooperación española apoyando la creación del Hospital Kallawayaya<sup>12</sup> de Curva (Vargas, 2013, p. 37) y la cooperación italiana COOPI en Tinguipaya (Roosta, 2013, p. 328) trabajaron principalmente en la articulación de la medicina tradicional con el sistema institucional, el apoyo de la medicina tradicional y la capacitación al personal biomédico y tradicional, entre otras acciones.

Un segundo momento, lo componen dos proyectos que han marcado influencia en las futuras políticas de interculturalidad: La gestión comunitaria de la salud en Caiza D y Cotagaita y las salas de parto con adecuación cultural en Patacamaya. La ONG Causananchispaj promovió, en los municipios de Caiza D y Cotagaita, un proceso de

---

<sup>12</sup> La cultura kallawayaya es mundialmente conocida al haber sido reconocida por la Unesco en 2005 como patrimonio intangible de la humanidad.

aprendizaje para la gestión colectiva de mejoras en la salud. (Roosta, 2013, p. 329) Un segundo proyecto fueron las salas de parto con adecuación cultural en el Hospital de Patacamaya. Estas salas se encuentran al interior del centro de salud, la atención del parto dentro de estas salas se enmarca dentro de las prácticas culturales locales. Estas salas cuentan con dos camas, con agarradores en la cabecera, una pequeña cocina, estufas y baño privado. Uno de los principales objetivos de estas salas de parto es atraer a las mujeres a los centros de salud, ya que debido a los malos tratos sufridos o al no sentirse “comprendidas” por el personal médico, las mujeres prefieren el parto domiciliario, entonces este proyecto ofrece alternativas a la atención en la sala obstétrica. Fueron varias las ONG que trabajaron en Patacamaya, en la temática de salud: Save the Children, Plan Internacional y Médicos del Mundo. (Vargas, 2013, p. 37) La importancia de este proyecto, que comenzó en el 2006 con la primera sala en Patacamaya, ha sido replicada en otros municipios del altiplano sur del departamento de La Paz, como ser: Calamarca, Ayo Ayo, Colquencha, Colla, Sapahaqui y Waldo Ballivian.<sup>13</sup>, llegando a 13 salas de parto.

Paralelamente a estas iniciativas no gubernamentales, el Ministerio de Salud fue adecuando los contenidos de sus guías y protocolos a las necesidades de las poblaciones indígenas. Como es el caso de las publicaciones del “Programa Extensión de Coberturas en Salud” (EXTENSA), que formó parte del Proyecto Reforma de Salud del Ministerio de Salud, entre 2001 y 2005. (Zuazo, 2014, p. 33) Los textos: “Guía de atención de la maternidad con enfoque intercultural” (2005), “Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados” (2006) y “Enfoque intercultural en la atención de salud materna: un avance para las políticas públicas de salud” (2007), en palabras de Zuazo: “proponen procedimientos para la atención de la maternidad, reconociendo las necesidades culturales locales y estableciendo relaciones entre los sistemas de atención biomédico y tradicional”. (2014, p. 33) En este recorrido histórico, se ha podido observar que las iniciativas provienen de las ONG y por su parte el Estado va acoplándose a las mismas tardíamente.

## **2.4 El nuevo escenario posconstituyente**

### **2.4.1 La nueva Constitución política del Estado y la política SAFCI**

La actual CPE (2009) reconoce como derechos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos (NyPIOC) a sus saberes y conocimientos tradicionales,

---

<sup>13</sup> Fuente: conversación personal con funcionarios de la ONG Médicos del Mundo en Bolivia.

su medicina tradicional, rituales y símbolos, por tanto, deben ser valorados y respetados. (EPB, 2009, Art. 30, inc.II, núm.9) Por otro lado, en el reconocimiento a la salud como derecho, la CPE afirma que el sistema de salud debe incluir a la medicina tradicional de las NyPIOC (EPB, 2009, Art.35, inc.II) Finalmente, el Estado asume la responsabilidad de promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica del mismo (EPB, 2009, Art.42, inc.I) Más adelante, establecerá que una futura ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y la calidad de su servicio. (EPB, 2009, art.42, inc.III).

La Ley N° 459, de medicina tradicional fue promulgada en 2013 y tiene como objetivos: la regulación, práctica y articulación de la medicina tradicional en el Sistema Nacional de Salud y la promoción y fortalecimiento del ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana (EPB, 2013, Art. 1, num.1 y 3) La presente ley identifica a los practicantes de la medicina tradicional como Prestadores de servicio de la medicina tradicional ancestral boliviana, cuyas especialidades serán: médicas y médicos ancestrales, guías espirituales de las NyPIOC y afrobolivianos, parteras y parteros tradicionales y naturistas tradicionales. (EPB, 2013, art.6). En cuanto a los cambios en el órgano ejecutivo se creó el viceministerio de medicina tradicional e interculturalidad. Se podría decir que este avance normativo y los cambios en la estructura del Estado, suponen un paso más en el reconocimiento de la medicina tradicional y sus practicantes. Un esfuerzo añorado desde la década de 1960 cuando los médicos tradicionales recién empezaban a articularse.

Respecto a la actual política en salud, la noción de enfoque comunitario intercultural ya figuraba en el Plan Nacional de Desarrollo de 2007, como el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (DS N°29601, 2008, citado en Zuazo) que tenían entre sus objetivos “superar toda forma de exclusión en salud a través de la extensión de coberturas, el fortalecimiento de las redes de salud, la gestión de la calidad de atención con enfoque intercultural, género y generacional y la vigilancia de la misma”. (2014, p. 34) Una vez promulgada la NPE la política SAFCI entró finalmente en vigencia. Esta nueva política posee dos componentes generales: la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud. (Ministerio de salud y deportes, 2013, p. 14) Esta política está orientada a potenciar la participación de la comunidad en la gestión de la salud, en todas sus etapas (planificación, ejecución y control social), a través de sus estructuras de representación y con capacidad de tomas de decisiones, y por otro lado, se articulará a todos los actores: equipos de salud, personas, familiares y comunidades, para trabajar de forma coordinada (Ministerio de

salud y deportes, 2015) Entonces, esta política se enfoca en fortalecer la participación ciudadana y la coordinación entre diversos actores en el ámbito sobre todo municipal.

#### **2.4.2 La salud materna**

En Bolivia, los índices de mortalidad materna (entendida como la defunción de una mujer cuando está embarazada, durante el parto y dentro de los próximos 42 días) son altos. En 2011 se reportó 538 muertes, según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna (ENMM), publicado en 2016 (con información del 2011). La medición de razón de mortalidad materna, es de 160 por 100,000 nacidos vivos. (Ministerio de Salud, 2016, p. 13) Si se comparan los datos con el Censo poblacional de 2000, estas cifras han disminuido de 187 a 160 por 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, las mujeres indígenas representan un 68% de las muertes maternas, ósea, dos tercios de la población. Para los autores del Estudio Nacional estos datos “muestran las condiciones de exclusión de los pueblos indígenas de los servicios de salud de calidad, culturalmente apropiados”. (Ministerio de salud, 2016, p.86) Pese a que el porcentaje nacional ha bajado, en el contexto internacional estamos con cifras todavía muy altas respecto a la media latinoamericana, donde se redujo un 40% entre 1990 y 2013, que implica de 133 a 77 por cada 100,000 nacidos vivos. (OPS-OMS, 2019b)

En cuanto a la cobertura de la salud materna, entre 1993 y 1997 se creó el seguro materno infantil, que consiste en la atención gratuita tanto en el embarazo como en el parto. (Mesa, 2014, p. 198) En la actualidad se mantiene el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI); el Bono Juana Azurduy, que consiste en un monto de dinero condicionando el seguimiento prenatal y el parto institucional y el subsidio universal prenatal y de lactancia, que es la entrega de un paquete mensual de alimentos que cubre la etapa del embarazo hasta el primer año de vida del bebé y el que es un monto de dinero (Ministerio de salud, s.f.).

### Capítulo 3. Marco teórico

En el presente capítulo se plantea una alternativa a la mirada dicotómica entre la biomedicina y la medicina tradicional, puesto que, en la práctica, la manera en cómo se entrelazan y combinan da lugar a infinitas opciones. Sin embargo, no poseen la misma jerarquía, ni el mismo reconocimiento. Al contrario, se sostiene que una está basada en un sistema de conocimientos más elaborado, como el científico, mientras que los “otros conocimientos”, serán vistos como inferiores y en permanente sospecha. En el caso de los biomédicos y las parteras, aunque las pacientes acudan indistintamente a ambos practicantes, existen jerarquías por la manera en cómo se ha institucionalizado el ejercicio de la medicina, es decir, como el lugar privilegiado de los varones y cuyos conocimientos y prácticas son considerados los “oficiales”. Para analizar esta mirada dicotómica se utilizará la estructura analítica de la sociología de las ausencias de Boaventura de Sousa Santos y también se dialogará con otras teorías.

#### 3.1 Las monoculturas y las ecologías

Para Boaventura de Sousa Santos, la sociología de las ausencias tiene como objetivo mostrar que lo que no existe es intencionalmente producido como ausencias, esto con el fin de desechar, descalificar como opciones válidas. (2010, p. 22) La producción de no-existencia se manifiesta desde 5 lógicas: (2006, pp. 75-77):

- *La monocultura del saber*: la ciencia moderna posee los criterios únicos de verdad. La no existencia es identificada como ignorancia o incultura.

- *La monocultura del tiempo lineal*: la historia tiene sentidos y dirección únicos denominado como historia universal. La no existencia es identificada como residualización (o primitivo, tradicional, premoderno).

- *La monocultura de la naturalización de las diferencias*: que consiste en la distribución de las poblaciones por categorías, naturalizando las jerarquías. La producción de no existencia es lo inmodificablemente inferior.

- *La lógica de la escala dominante*, aparece bajo dos formas: lo universal y lo global. En ese marco se identifican como irrelevantes todas las otras escalas posibles; la producción de no existencia reside en lo particular o lo local.

- *La monocultura de la productividad capitalista*: el crecimiento económico es un objetivo racional incuestionable, la producción de no existencia determina las otras experiencias como esterilidad, aplicado a la naturaleza y pereza aplicada al ser humano.

Estas lógicas monoculturales, valiéndose de un discurso dicotómico que combina la simetría con la jerarquía, logran disfrazar una relación vertical mostrándola

como horizontal. (Santos, 2006, p. 70) Para ello, la lógica del pensamiento occidental traza una línea imaginaria entre lo que es válido y lo que no existe. A esta división Santos la denomina el pensamiento abismal. (2010, p. 30) Según esta lógica, el conocimiento científico está diseñado para que, por un lado se sitúe al sujeto del conocimiento y del otro lado, al objeto. Por otro lado, su funcionamiento se encuentra enmarcado en las lógicas del capitalismo y colonialismo, caracterizadas por jerarquías que la respaldan y la sustentan. Este pensamiento es definido como abismal por la imposibilidad de la copresencia de sujetos en ambos lados de la línea, imposibilitando su complementariedad y reconocimiento mutuo.

La crítica a las monoculturas plantea que la comprensión del mundo excede, en mucho a la comprensión occidental; esta riqueza social está siendo desperdiciada y se nutre de la idea de que no hay alternativas a esta lógica. Para poder combatir a las monoculturas, no basta sólo con proponer otro tipo de ciencia social, es necesario proponer un modelo diferente de racionalidad. (Santos, 2006, p. 66) En ese sentido, Santos plantea la necesidad de una lógica de pensamiento posabismal, cuya primera condición sea la copresencia radical de sujetos, esto es un reconocimiento mutuo y posibilidades de complementariedad. (2010, p. 49) Para ello, es importante entender que ninguna cultura concentra todo el conocimiento, por tanto, existe la posibilidad de enriquecerse a partir del diálogo y la confrontación con otras culturas. (2006, p. 92) Finalmente, desde la lógica posabismal, cada conocimiento debe ser producido localmente (2010, p. 55), aprovechando justamente la amplia y diversa riqueza social.

Para el aprovechamiento de esta riqueza social Santos plantea las ecologías:

- *Ecología de saberes*: la identificación de otros saberes que operan en contextos y prácticas sociales declarados no existentes. Se basa en el principio de incompletitud que posibilitaría el diálogo.

- *Ecología de temporalidades*: el tiempo lineal es una de muchas concepciones y niega la existencia de una “historia universal”.

- *Ecología de reconocimientos*: cuestiona la descalificación de las prácticas, así como la desacreditación de sus agentes. Esta ecología critica el pensamiento colonial, donde unos se abrogan el privilegio de definir quién es igual y quién diferente y aboga más bien por los reconocimientos recíprocos.

- *Ecología de las trans-escalas*: A través de la recuperación de lo local, se plantea la posibilidad de una globalización contrahegemónica.

- *Ecología de la productividad*: pone en cuestionamiento los objetivos de acumulación por sobre los de distribución y aboga por la recuperación de sistemas alternativos de intercambio de bienes y servicios. (2006, pp. 79-82)

Para poder transitar de la lógica de las monoculturas a las ecologías, una herramienta indispensable es la traducción intercultural. Este procedimiento consistiría en crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias del mundo. (Santos, 2006, p. 91) Dos procesos la componen: deconstructivo que radica en “des-pensar, des-residualizar, des-racializar, des-localizar y des-producir”. (Santos, 2006, p. 92) El reconstructivo, trata de articular las cinco ecologías. Finalmente, el trabajo de traducción intercultural debe incidir tanto en los saberes como en las prácticas y sus agentes. (Santos, 2006, p. 95) Luego de presentado este esquema analítico se pasará a dialogar con otras teorías.

### **3.2 La construcción de la jerarquización entre biomédicos y parteras**

La consolidación de la monocultura del saber ginecológico y sus prácticas son el resultado del sometimiento de otro tipo de conocimientos y sus agentes. Con ello se instaló la biopolítica o control sobre los cuerpos femeninos, como principal o único abordaje de la atención médica institucionalizada, en detrimento de otros conocimientos orientados a cuidar y curar estos cuerpos. Los y las sanadoras que prestan servicio al pueblo (no a las élites) aparecen en la “historia universal” representados como las brujas (puesto que las mujeres sanadoras eran más perseguidas que los varones). La llamada “caza de brujas” o exterminio de las sanadoras, comenzó en Europa a partir del siglo VII y se prolongó por más de 8 siglos. Según Ehrenreich & English, las mujeres sanadoras se caracterizaron por trabajar autónomamente y sus cuidados eran la única atención médica que podían recibir los y las pobres. (1981, p. 5) Esta fue la razón para que su exterminio y extirpación de su conocimiento fuera una cruzada liderada por 3 fuerzas: el Estado, la Iglesia y las nuevas castas que promovían el capitalismo y, con ello, la “institucionalización” de la medicina. (Ibid., p. 6) Todas estas fuerzas buscaban el disciplinamiento y control de los cuerpos.

Las llamadas brujas eran acusadas de diversos crímenes, entre ellos de poseer los poderes de curar. Desde la lógica de estos tres poderes, se consideraba aceptable que reyes y nobles reciban atención por parte de los médicos pero se cuestionaba que los pobres reciban tratamiento médico, ya que al salvarlos, se alterarían los mandatos de Dios en la tierra. (Ehrenreich & English, 1981, p. 10-11, 14) Entonces, si lograban curar, recibían aún mayor castigo. Sus conocimientos eran más complejos que el de los médicos de las élites, ya que disponían de analgésicos, digestivos y tranquilizantes. En

aquella época las parteras utilizaban técnicas y remedios para aliviar el dolor del parto o para acelerar las contracciones y para prevenir las hemorragias posparto. Técnicas que ahora son promovidas por los defensores del parto humanizado. Pero en aquella época, la Iglesia establecía que aplacar el dolor de las mujeres en el parto, era considerado un crimen, puesto que éstos provenían del pecado original de Eva. (Ehrenreich & English, 1981, p. 14) Vemos como la iglesia provee los argumentos de mayor peso, como el temor infundado, ya sea a Dios o al castigo por desobedecer su mandato.

Esto daría paso, a un sistema complejo de control del cuerpo femenino, denominado como biopoder o biopolítica. Para Federici, la caza de brujas trató de destruir el control que las mujeres ejercían sobre su función reproductiva y allanó el camino para el desarrollo del régimen patriarcal más opresivo. (2019, p. 45) Foucault, citado en Federici, afirma que una de las condiciones para el desarrollo capitalista es el disciplinamiento de los cuerpos que consiste en transformar las potencias del individuo en fuerza de trabajo. (Federici, 2019, p. 233) En el caso del monopolio de la atención obstétrica, para lograr el control y disciplinamiento de los cuerpos había que romper con las estructuras de solidaridad existentes entre mujeres. Por tanto, había que expulsar al conjunto de mujeres, parteras, parientes, que velaban por el cuidado de la mujer durante el parto. (Federici, 2019, p. 183) Por otro lado, como expresa Canevari, había que expropiar el parto, tecnocratizarlos y medicalizarlo para que la paciente pierda total control del nacimiento de su bebé. (2011, p. 20)<sup>14</sup> Un ejemplo de esta red de solidaridad entre las mujeres es lo relatado por Socolow, cuando hace referencia a los usos de la llamada brujería en las colonias latinoamericanas. Ella afirma que, si bien no se puede generalizar, algo que compartían las mujeres, de distintos estratos y origen étnico, en la época colonial, era ser víctimas de violencia, ya sea conyugal, filial, de parte de patronos, ya sean hombres y mujeres, etc. Socolow demuestra cómo, a partir de la llamada “brujería sexual”, se gestó una alianza entre mujeres, las curadoras y sus clientas, para alterar su situación de víctima. (2016, p. 202) Entonces, para las élites dominantes y en especial para los varones de estas castas, las mujeres indígenas con conocimientos de los misterios del cuerpo femenino eran sospechosas de practicar la brujería y de atentar contra la virilidad y control sobre sus mujeres y su sexualidad.

Tanto Federici como Ehrenreich & English coinciden que el sistemático epistemicidio de los conocimientos de las sanadoras, no se dio por la superioridad del

---

<sup>14</sup> Canevari afirma que el nacimiento se convirtió en un campo de poder, en el que los biomédicos ejercen violencia real y simbólica hacia las mujeres. (2011)

conocimiento, sino de quienes ostentaban el poder. Para Ehrenreich & English, el predominio de los profesionales masculinos no son el resultado de la evolución de la ciencia médica, ni de la incapacidad de las mujeres; son resultado más bien de la intervención de la clase dominante a la que servían o de la que también eran parte. (1981, pp. 5-6) Esto llegó, consiguientemente, al ascenso de la medicina profesional pese a sus limitaciones curativas. (Federici, 2019, p. 350)

Entonces, la institucionalización de la medicina, consistió en crear las condiciones para que el estudio y el ejercicio de la medicina estén destinados exclusivamente a los varones, provenientes de las élites sociales. Para ello se crearon universidades y centros de formación exclusivos para los hombres (excluyendo a las mujeres de posibilidades de formación) y se promulgaron leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a quienes no poseían formación universitaria (excluyendo a las mujeres de poder ejercer). (Ehrenreich & English, 1981, p. 18) Pese a los esfuerzos, no se logró eliminar a todas las sanadoras de estrato popular, pero se logró marcarlas con el estigma de la charlatanería y la sospecha. Inclusive recurrieron a la guerra sucia acusándolas injustamente por la amplia difusión de infecciones uterinas post-parto o cegueras neonatales. (Ehrenreich & English, 1981, p. 31) Las autoras mencionan un estudio de inicios del siglo XX que demuestra que, contrario a las acusaciones, las parteras eran muchos más eficientes para tratar por ejemplo las septicemias (infecciones urinarias posnatales) y la oftalmia (ceguera neonatal) y poseían tratamientos menos invasivos y perjudiciales para la madre y el recién nacido.

Entonces, en este recuento histórico se puede establecer como se consolidó el pensamiento abismal en el que los médicos varones son los portadores del conocimiento oficial, negando los conocimientos de las parteras. Se consolidó también la monocultura de la escala dominante, donde, en palabras de Bourdieu, los dominadores son capaces de hacer que se reconozca como universal su forma de ser particular. (2000, p. 82) Finalmente, según la monocultura de la naturalización de las diferencias, se reforzaron las estructuras de dominación sobre las mujeres, sus saberes y sus cuerpos.

A partir de entonces, ¿cuál será el papel destinado a las mujeres en el mundo de la medicina? Su posición estará marcada por las estructuras de la dominación masculina, que en palabras de Bourdieu, se caracterizan por: ocupar profesiones que son la ampliación de su representación en el mundo doméstico, nunca tener autoridades sobre ningún hombre y someterse al monopolio del conocimiento de los hombres. (2000, p. 117) En los hechos esto significó que perdieron su autonomía, en su lugar,

surgió la enfermería donde las mujeres debían cumplir el papel de buena esposa para el médico y de madre abnegada para el paciente. (Ehrenreich & English, 1981, p. 34) Surgieron las escuelas de enfermería donde se inculcaban las aptitudes idealmente femeninas como la sumisión a la autoridad masculina, representada en el médico, y el trabajo sacrificado y mal pagado. Esto llevó a una división del trabajo en el que curar implicaba dos funciones, por un lado, estaba el diagnóstico y la decisión del tratamiento médico, destinado a la labor del médico y por otro el cuidado general del enfermo, que era tarea de la enfermera. (Ehrenreich & English, 1981, p. 37) Todo el mérito de la curación correspondía al médico, aunque el trabajo duro lo haya realizado la enfermera.

Esta división sexual del trabajo habría logrado la producción de no existencia a través de la naturalización de las diferencias. El sexismo institucional que envuelve a la profesionalización de la medicina no es un evento aislado sino más bien, es una fortaleza pensada y construida para excluir y subordinar a las mujeres, en todos los espacios, incluido el sistema médico científico. Ehrenreich & English desafían a pensar en otras alternativas al acceso de la profesión médica exclusivista, sino hacer accesible la medicina a todas las mujeres. (1981, p. 39) Para las autoras, el profesionalismo médico no se trata de una cuestión de capacidades profesionales, sino más bien, de la institucionalización del monopolio de los varones de la clase dominante. (Ehrenreich & English, 1981, p. 39) En ese sentido, desde la lógica posabismal, se trata de restablecer las alianzas históricas de solidaridad entre mujeres (sanadoras y pacientes) y así crear otros espacios de atención médica, fuera de las estructuras de dominación masculina que someten tanto a las prácticas de las sanadoras como a los cuerpos de las pacientes.

### **3.3 La coexistencia de sistemas de salud en Bolivia**

Para analizar el monoculturalismo médico en Bolivia, Dibbits propone partir de las características del etnocentrismo existente en la sociedad boliviana donde un grupo de personas e instituciones considera a su cultura y sus conocimientos como la medida de todas las demás. Para los primeros, las otras culturas, sus conocimientos y sus prácticas se enmarcan en lo anómalo, raro, incorrecto o atrasado. (Dibbits, 2007, p. 18) En ese sentido, el monoculturalismo médico en Bolivia posee 3 características: es una abierta negación a la diversidad de identidades indígenas u originarias; se elaboran políticas públicas destinadas a reproducir determinado orden o sistema de dominio cultural y de clase y se trata de convencer de la superioridad de los patrones dominantes y así cohesionar el ejercicio del poder. (Dibbits, 2007, p. 86) En ese marco, el desarrollo del sistema biomédico se caracterizará por un profundo distanciamiento histórico con la

realidad boliviana, ajenos a las necesidades de la gran mayoría de la población boliviana. Se produce pues, activamente, la no existencia de este otro tipo de conocimientos, sus portadores y sus prácticas e incluso su propia existencia.

La noción de pluralismo médico define un escenario de encuentro entre sistemas médicos. Para Dibbits el sistema médico es un conjunto de “representaciones y creencias con las que cada pueblo interpreta la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano”. (2005, p. 16) En ese sentido, el pluralismo médico será “la capacidad de utilizar indistintamente uno u otro sistema” (Melendez, 1994, citado en Roosta, 2013, p. 331). El autor agrega que, estos modelos cohabitan un mismo escenario asimétricamente diferenciados, interactuando en el marco de la coyuntura ideológica y jurídica que la biomedicina ejerce sobre los dos restantes. (Citado en Araya, 2011, p. 29). Es decir, en los términos en los que la biomedicina establece.

Entonces, cada sistema de salud posee un sistema complejo de conocimientos y prácticas desarrollado a partir de la transmisión de conocimiento de varias generaciones que persiste en la actualidad. En Bolivia, una gran parte de la población hace uso simultáneo de varias formas de atención de la salud. Sin embargo, el encuentro o la complementariedad entre estos sistemas médicos sigue siendo problemático, ya que, como afirma Dibbits, persiste el carácter monocultural y de tendencia hegemónica de la medicina occidental. (2007, p. 19) Entonces, la coexistencia está caracterizada por la relación jerarquizada existente entre ambas, imposibilitando un diálogo intercultural.

### 3.4 Políticas públicas con enfoque de género

Desde la teoría social, la planificación hace que la política se traduzca en acciones y opere efectivamente sobre la realidad. Cuando la misma se enmarca en el enfoque de género, busca impactar positivamente sobre la “inequidad existente en la distribución de recursos simbólicos y materiales entre varones y mujeres”. (Hipertexto PRIGEPP Programación, 2016, 1.3.1) Respecto al abordaje del género, las políticas pueden ser identificadas como: ciegas, sesgadas, neutras, sensibles o transformadoras al género.<sup>15</sup> En el caso de las políticas transformadoras al género, buscan modificar las relaciones de género vigentes con vistas a redistribuir recursos, responsabilidades y

---

<sup>15</sup> **Ciegas al género:** no identifican intereses y necesidades diferenciales entre h. y m. Por tanto, reproducen jerarquías de género y las mujeres quedan excluidas en la planificación y en las actividades del proyecto. **Sesgadas al género:** toman en cuenta a las m., pero no cuestionan las desigualdades entre géneros. Por tanto, promueven la participación de las m. en el diseño final de las acciones, en tanto “madres”, por ejemplo. **Neutras al género:** asumen que no afectarían de manera diferencia a m. y h. En los hechos no promueven una participación igualitaria. **Sensibles al género:** establecen medidas y acciones que favorecen a las m. En los hechos promueven espacios de participación igualitaria de m. y h. (Hipertexto PRIGEPP Programación, 2016, 1.5.2.1)

poder entre mujeres y hombres. (Hipertexto PRIGEPP Programación, 2016, 1.5.2.1) Uno de sus enfoques, la transversalización de género, en todo el ciclo de planificación, la implementación y evaluación, haciendo seguimiento y control permanentes.

En ese sentido, el mainstreaming o trasversalización de género, apunta a la necesidad de entender que toda política impacta de modo diferente tanto a hombres y mujeres. (Hipertexto PRIGEPP Programación, 2016, 2.2.1) Por tanto, la intervención del Estado debe impactar sobre todas las políticas públicas y con la participación de los actores involucradas e interesados. (Hipertexto PRIGEPP Políticas, 2016, 3.4.1) Sin embargo, para Teresa Rees, los resultados de la implementación de la estrategia de transversalidad no han sido tan contundentes como se esperaba (Citado en Hipertexto PRIGEPP Programación, 2016, 2.2.1). Esto puede deberse a dos razones: 1. las desigualdades de género son fenómenos complejos y no son comprendidas en su real dimensión por los técnicos; 2. este tipo de políticas ha obedecido a presiones externas de organismos multilaterales sin lograr una buena receptividad en agencias estatales (Citado en Hipertexto PRIGEPP Programación, 2016, 2.2.1). Para entender la complejidad de las razones planteadas por Rees se analizará el siguiente concepto.

### **3.5 La interseccionalidad**

La interseccionalidad es una herramienta analítica que permite analizar la situación de determinadas mujeres desde su especificidad. Si bien todas las mujeres sufren algún tipo de discriminación de género, existen otros factores que deben ser incluidos en el análisis, como la raza, el color de piel, la edad, etnicidad, etc. Para Symington (2004), la interseccionalidad “nos ayuda a entender la manera en cómo un conjunto de diferentes identidades influye sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades”. (p. 1) Sin embargo, resalta dos aspectos importantes: por un lado, que la combinación de las identidades no debe ser entendida como una sumatoria que incrementa la carga discriminatoria, “sino como una que produce experiencias sustantivamente diferentes”. (Symington, 2004, p. 2) Esto nos lleva a la segunda consideración: se debe tomar en cuenta los contextos locales y experiencias individuales “que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad”. (Ibid.) Entonces, la interseccionalidad se ubicaría dentro de la ecología de las trans-escalas, porque rompería con la lógica de la escala dominante, donde lo universal y lo global se imponen sobre lo local y lo específico.

Entonces, pensando en la aplicabilidad de este análisis, se puede decir que no es un ranking en donde se evalúa quien está más discriminado que el otro, sino más

bien, permite entender el impacto de dicha convergencia de situaciones en la vida de las personas. En ese sentido, la autora plantea una alternativa a la mirada dicotómica y binaria en la que se ubica a las personas respecto al centro del poder y donde el desarrollo se convierte en cómo alcanzar un mejor estatus respecto a este centro. (p. 3) Este pensamiento todavía pesa a la hora de elaborar políticas públicas dirigidas a las mujeres indígenas.

Symington afirma que herramientas como la interseccionalidad pueden contrarrestar tendencias que limitan la comprensión del mundo a marcos conceptuales preestablecidos que no responden a la realidad local y personal que está siendo analizada. (Ibid.) Ella afirma que si bien muchos marcos conceptuales de género hacen mención a la heterogeneidad de la situación de las mujeres, a la hora de aplicar este análisis, se pierden sus implicaciones y como resultado, ciertas experiencias permanecen invisibles o problemáticas identificadas en el análisis pueden quedarse sin un respuesta apropiada o adecuada. (2004, p. 3) Para contrarrestar este proceso truncado, como primer paso propone retratar exhaustivamente la respectiva situación económica, social, política y cultural de determinado sector social o individuo. Como segundo paso, plantea vincular las bases de la discriminación con el entorno social, económico, político y legal que estructuran el escenario complejo al que se quiere intervenir. (Symington, 2004, pp. 4-5) Finalmente, la autora plantea que se necesita pensar de otra forma la identidad, la igualdad y el poder. Esto es, no centrarnos en estos elementos como categorías, sino como dialogan con el escenario arriba descrito. (Ibid.) En otras palabras, se trata de crear otro tipo de racionalidad, a partir de la generación de conocimiento desde lo local, no desde lo abstracto. Volviendo a la propuesta de diálogo posabismal, (Santos, 2010, p. 55), se plantea que la línea que divide al investigador respecto al investigado o el que posee conocimientos subalternos se elimine y se establezca la producción de conocimiento de manera colectiva y horizontal.

## Capítulo 4. Estado del arte

De la amplia bibliografía consultada se ha tomado en cuenta los siguientes temas: los debates actuales en torno a cómo mejorar la experiencia del parto y el análisis de las políticas públicas en salud con enfoque de interculturalidad, a nivel latinoamericano y boliviano en particular.

### 4.1 Debate actual sobre las condiciones del parto

Desde el punto de vista convencional obstétrico, un parto exitoso es cuando ha nacido un bebé sano y la salud de la madre es estable. En la actualidad, voces diversas proponen ampliar esta definición, cuestionando a la mirada obstétrica por haber omitido aspectos importantes, como la existencia, aunque invisibilizada de diversas formas de violencia como la obstétrica,<sup>16</sup> la negligencia médica y la innecesaria intervención quirúrgica. Entonces, modelos como el parto humanizado y las prácticas de la partería tradicional de diversas regiones, son planteadas como alternativas para mejorar la atención en el parto donde prime el protagonismo de la mujer, un ambiente libre de violencia y preservando la salud integral de la madre y el bebé.

En el año 2019, la OMS publicó dos documentos. Un primer documento analiza los alcances del Alma-Ata, a 40 años de su realización,<sup>17</sup> dicho documento insta a una necesaria reorientación del modelo de atención biomédico, donde las personas y las comunidades sean el centro y donde se tome en cuenta: “las diversidades étnicas y raciales, culturales, el estatus migratorio, el género”, entre otros”. (OPS, 2019, p. 19) Un segundo documento plantea una serie de recomendaciones para los cuidados en el parto. En dicho documento, una experiencia positiva del parto, desde la percepción de las madres sería: dar a luz a un bebé sano, con un apoyo constante, tanto práctico como emocional por parte del acompañante de su elección así como una atención amable y técnicamente competente. (OPS, 2019<sup>a</sup>, p. 12) Ambos documentos deberían ser tomados en cuenta por lo países para mejorar las políticas públicas en salud.

La discusión sobre cómo mejorar las condiciones del parto no es nueva. Antes de que se hablara de parto humanizado, quienes promovían mejorar la experiencia de parto se referían al modelo fisiológico del parto (término acuñado por la partera profesional irlandesa Begley en 1990). Entre sus principales características se encuentra

<sup>16</sup> La violencia obstétrica es el conjunto de prácticas que oprimen, degradan e intimidan a las mujeres en las etapas del embarazo, parto y posparto. La violencia ejercida puede ser tanto física como psicológica. (Bellon, 2015, p. 93, citado en García, 2017, pp. 92-93).

<sup>17</sup> Como lo explicado en nota al pie N° 7, en 1978 se reunieron autoridades y representantes del área de salud para plantear acciones urgentes para revertir situaciones de exclusión en salud. (OPS, 2019, pág. VII). 40 años después se creó una comisión con nuevos expertos para analizar los alcances de aquellos compromisos.

la de respetar los tiempos naturales del parto y evitar las consecuencias negativas de intervenciones obstétricas innecesarias. (Arnold et al, 2001, p. 12) Quienes se adscribían a este término lo identificaban en el polo opuesto al modelo activo del parto, practicado con mayor frecuencia por la biomedicina y que se caracteriza por el amplio uso de profilácticos de oxitocinas y la tendencia de recurrir a cesáreas. (Arnold et al, 2001, pp. 13-14) Práctica muy difundida en Bolivia.

El estudio de Bradly & Murphy ha identificado elementos comunes entre el modelo fisiológico y las prácticas tradicionales de la partería, como ser: la preferencia por las posiciones verticales en el parto y las prácticas y los cuidados en torno al nacimiento de la placenta para reducir la mortalidad materna. (2005, pp. 100-101) Arnold et al (2001) identifica otros elementos en común como: no romper las membranas artificialmente; la aplicación de cataplasmas calientes a la espalda para soltar la placenta; la presencia y el apoyo del marido y algún otro miembro de la familia; un ambiente en el que no exista un plazo límite para la expulsión de la placenta y en el que no se exija a la parturienta a que pujan forzosamente. (2001, p. 48) Aunque no se lo menciona se puede agregar el protagonismo y bienestar de la madre.

En ese sentido, Arnold et al, plantean como alternativa al “modelo social del parto”, que incorpora elementos de la biomedicina y la medicina tradicional y podría ajustarse mejor al contexto boliviano, garantizando el bienestar de la mujer y su bebé. Bradby & Murphy (2005) plantea además que el desafío de integrar ambos sistemas está en hacerlo de una forma no verticalizada, ya que lo convencional es incluir a las parteras al modelo occidental. (p. 15) Para ello es importante, previamente, entender al parto andino desde su complejidad, como un sistema biosocial local con sus comportamientos propios y no más bien como prácticas primitivas, empíricas e inclusive exóticas, que requieren modernización. (Arnold et al, 2001, p. 20) Aquí se puede encontrar similitudes con la traducción intercultural posibilitando una ecología de saberes.

En la actualidad, se habla de parto humanizado, entendido como un modelo donde se tome en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres. Almaguer et al. hacen referencia al respeto a la dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto. (2012, p. 45) Se pueden observar elementos comunes al modelo fisiológico y al tradicional, como es el caso de no interferir rutinariamente el proceso natural del parto; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente; respetar la intimidad del entorno durante el parto, entre otros. (Almaguer, García, & Vargas, 2012, p. 45) Las coincidencias pueden ser

ilimitadas, pero lo principal es el cuidado y protagonismo de la madre, así como el trabajo coordinado entre la madre, el apoyo de la familia y la orientación de la partera.

Quienes reivindican el parto humanizado, también ubican a este modelo como el polo opuesto al modelo activo biomédico: la falta de intimidad de las salas de hospitales, la prohibición para que el compañero o algún familiar de la mujer esté presente en el parto, la falta de actualización y flexibilidad de los biomédicos así como un ambiente frío. (Bradby & Murphy, 2005, p. 172) Nuevamente se suman otras voces afirmando que, para su implementación es necesario tomar en cuenta el entorno cultural en el que está desarrollado. Por ejemplo, Bradly & Muiyphy proponen reconceptualizar el “parto humanizado”, si se quiere tener mayor peso en la discusión actual sobre la diversidad cultural que caracterizan a países como Bolivia.

Uno de los aportes de la “Guía de adecuación y atención humanizada del parto” del Ministerio de salud de 2005 es plantear que, para que la atención sea humanizada, en el contexto diverso boliviano, es necesario incorporar en su atención a las prácticas tradicionales. Dicho texto plantea que “el parto natural no significa volver al pasado”, “tampoco significa renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde, en caso de complicaciones”. Finalmente, agrega: “el parto natural no sólo es más digno para la mujer, sino, también, el más seguro”. (Dibbits, 2005, p. 37) Volviendo al análisis de la monocultura del tiempo, donde se afirma que el pasado o lo tradicional es inferior y la intervención tecnológica es mejor, la ecología del tiempo plantea la coexistencia de diferentes nociones de temporalidad, donde retomar las tradiciones no implica “retroceder” sino más bien, en este caso, mejorar la experiencia de parto, no solo a nivel fisiológico sino de manera integral.

Hemos podido ver un paralelo entre las comparaciones del modelo fisiológico con las prácticas tradicionales y la comparación entre el parto humanizado y las prácticas tradicionales. También se ha podido evidenciar un paralelo entre el modelo social del parto y las políticas de interculturales del parto.

#### **4.2 Políticas de interculturalidad en salud en el contexto latinoamericano**

El legado de los pueblos indígenas se puede evidenciar en los conocimientos y prácticas que poseen los médicos tradicionales. Su uso masivo no puede ser omitido por las políticas públicas. A continuación, se analizarán estas políticas en Latinoamérica.

En México, con el fin de descentralizar los servicios de salud, se ha promovido la incorporación de las parteras y médicos tradicionales al sistema estatal de salud. El estudio de Araya (2011) se enfoca en la región de Chiapas y en la implementación de

programas de capacitación a parteras, desde el enfoque biomédico, como una manera de otorgar un “reconocimiento institucional” por parte de las autoridades (p. 47) Guemez, citado en Araya, concluye que los programas de capacitación en realidad han servido para refuncionalizar a las parteras y convertirlas en agentes activos para el control de natalidad. (2011, pp. 48-49) Este reconocimiento ha generado jerarquización entre ellas.

En el caso de Perú, en 2005 se elaboró la primera norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. Loza y Alvarez (2011) destacan que la propuesta fue consistente y logró el aumento considerable de los partos verticales en centros de salud, rescatando sus costumbres. (pp. 50-51) Sin embargo, para Yon Leau, pese a las innovaciones persiste una relación paternalista entre médicos y usuarias rurales, también persiste la obligatoriedad de dar a luz en el centro de salud, aunque la norma no lo indique. (2017, p. 38) También se instalaron casas de espera, muy parecidos a las salas de parto con adecuación cultural.

En Ecuador se elaboró un Manual para la humanización y adecuación cultural del parto y posteriormente la Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado (2008) bajo tres enfoques: humanitario, intercultural y de derechos en salud materna y neonatal. (Loza & Alvarez, 2011, p. 54). Los autores reconocen las siguientes fortalezas: una estrategia para reducir la mortalidad materna a través de un proceso de humanización y adaptación de los servicios; modificación de la atención del parto para que responda mejor a las necesidades y expectativas culturales de las usuarias y; finalmente, una investigación sobre humanización y adecuación cultural de la atención a través de una encuesta de satisfacción de usuarias.

En 1996, en Chile, se creó el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, orientado a introducir la pertinencia cultural a la atención en salud y la articulación entre sistemas de salud. (Pérez, Nazar, & Cova, 2016, p. 122) Entre lo positivo se encuentra un nuevo marco normativo y la presencia de equipos de profesionales comprometidos con la ejecución de estas políticas. Entre los obstáculos se han identificado “las formas habituales de planificación estatal, la hegemonía del modelo biomédico, y la falta de modelos de gestión que sustenten su operativización”. (2016, p. 125)

Este breve repaso muestra los desafíos en la implementación de estas políticas. Por ejemplo, la persistencia de barreras culturales, que plantea Leau (2017) como “la existencia de concepciones culturales de los pueblos indígenas u otros colectivos, que entran en conflicto con la aceptación de prácticas y conocimientos de la medicina convencional”. (2017, p. 39) Por su parte, Nureña hace referencia a este tipo de barreras

culturales respecto a la escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales y al sesgo a favor de las intervenciones de salud occidentales. A las barreras culturales también le añade las barreras comunicacionales al no contar con profesionales que hablen lenguas indígenas.

### **4.3 Desafíos en la implementación de políticas interculturales en Bolivia**

#### **4.3.1 Desafíos en torno al enfoque biomédico**

La OMS, en sus recientes publicaciones, se refiere a la necesidad de cambiar mentalidades y mejorar el trato por parte del personal de salud. En ese sentido es importante y valiosa la bibliografía cuyos contenidos incluyen el punto de vista de los biomédicos respecto a las prácticas tradicionales. Para Canevari, situaciones de inseguridad entre el personal médico puede deberse al miedo latente de perder poder sobre la paciente y por tanto, romper con la jerarquía naturalizada. (2011, p. 70)

Arnold et al (2001) evidenciaron en su estudio que los biomédicos desconocen los beneficios del manejo fisiológico del parto y que por una serie de prejuicios que poseen, fruto de una deficiente formación académica, se resisten a dejar de utilizar este modelo activo y practicar el modelo fisiológico (p. 67). Otro documento que también abordó el punto de vista de los biomédicos, evidenció las inseguridades que poseen, al momento que querer implementar otro tipo de conocimiento que no han aprendido en la universidad. Un resumen de esta discusión destaca lo siguiente: inseguridad y sensación de pérdida de control; a veces se tiene miedo de no intervenir porque les han enseñado lo contrario; les cuesta reconocer que pueden aprender de las parteras; aquel que implementa el enfoque intercultural es mal visto entre sus colegas, temen retroceder en la evolución y los avances de la medicina y creen saber más pero al mismo tiempo reconocen que la información en la universidad no está actualizada. (Dibbits, 2007, pp. 66-71) Parecería que los biomédicos se encuentran en la disyuntiva entre seguir lo aprendido o desaprender estos conocimientos y, más bien, actualizarse. Este proceso correspondería al primer momento de la traducción intercultural, la deconstructiva.

#### **4.3.2 Repensar el lugar del parto**

Un aspecto novedoso de la lectura revisada es repensar algo que, en muchos textos e informes se da por sentado: que el parto domiciliario está asociado a la muerte materna y que el parto institucional, de la calidad que sea, garantiza un parto seguro. Los datos manifiestan que, a nivel nacional, las muertes ocurren un 42% en domicilio (nótese que es el único dato que se tiene sobre el parto a domicilio, las defunciones) y no muy lejos con un 37% en establecimientos. (Ministerio de Salud, 2016, p.18) Pese a

que la brecha no es tan amplia entre las defunciones en domicilio y en algún centro salud, llama la atención que la Encuesta de Demografía y Salud plantea que “la atención del parto realizada por personal de salud calificado y en establecimientos de salud... constituye una intervención efectiva para la reducción de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, debiéndose pretender su universalidad”, (INE, 2017, p. 45) como si la atención institucional *per se*, evitaría la defunción de la parturienta. Por su parte, la Encuesta Nacional de Mortalidad Materna reconoce las deficiencias de la atención institucional como ser: la falta de capacidades del personal para identificar señales de peligro, estabilización oportuna de la paciente, desconocimiento de protocolos para detener hemorragias obstétricas, así como el escaso seguimiento y evaluación del desempeño del personal. (Ministerio de Salud, 2016, p.91) Esto explicaría entonces, los altos índices de morbilidad materna en establecimientos de salud.

Entonces, cuando se habla de mortalidad materna muchas veces existe el criterio generalizado de que una razón por la que fallecen las mujeres es por no asistir a los centros de salud o por no llegar a tiempo al mismo. Pero la realidad es mucho más compleja porque no sólo se trata de la voluntad de las mujeres, sino también, es importante analizar las posibilidades de transportarse, la distancia del centro de salud más próximo y la calidad del servicio médico en los centros de salud. Esto respondería a la naturalización de las diferencias, donde no hay lugar a alternativas intermedias entre el parto institucional (considerado lo bueno) y el parto domiciliario (considerado lo malo). Al respecto Dibbits propone, para romper con una mirada dicotómica, matices en un orden de menor a mayor seguridad:

1. Parto en domicilio atendido por alguien con poca o ninguna experiencia.
2. Parto en domicilio atendido con alguien con experiencia.
3. Parto en domicilio con atención de partero/a.
4. Parto en domicilio con atención y/o simple presencia del personal de salud.
5. Parto en servicio con atención, tanto de partero/a como de personal de salud.

(2007, pp. 76-77)

En cuanto a la preferencia por el parto domiciliario, Dibbits y Terrazas, en un estudio sobre la participación de los varones en el parto, presentan una infinidad de matices sobre cómo las parejas migrantes se adecúan al nuevo escenario (la ciudad), valorando los diversos sistemas de salud disponibles y van de un sistema a otro. En el mencionado estudio se establece que un 83% de quienes nacieron en la zona rural y posteriormente migraron prefirieron el parto domiciliario. (2003, p. 28) Respecto a las

parejas que decidieron por un parto domiciliario explican su preferencia por los siguientes aspectos: “la atmósfera familiar de la casa, la libertad de tener a su lado al marido u otros familiares, el hecho de poder mantener la casa caliente, y la posibilidad de poder dar a luz en la posición que ellas querían”. (Bradby & Murphy, 2005, p. 76) Con lo que se evidencia que logran reproducir la experiencia del parto en sus comunidades, como un evento social-familiar, aunque con algunas variaciones.

Dibbits y Terrazas plantean que, dada la preferencia del parto domiciliario, las autoridades, en vez de desincentivar esto deberían orientar a las parejas sobre el tiempo estimado para recurrir a un Centro de Salud; pues, podría facilitar el proceso de toma de decisiones al respecto. (p. 73) Otro dato importante que revelan Bradby & Murphy (2005) es el resurgimiento de la partería tradicional en las zonas periurbanas. Ellas afirman que, aunque las cifras de parto domiciliario no son muy precisas, pero aparecen más bajas que las cifras de parto institucional en las zonas urbanas, el nivel de cobertura del parto domiciliario en el Alto es mayor que la media nacional. Por lo que sugieren que la partería tradicional se está reconfigurando en las áreas urbanas.

Es importante entender que los criterios para elegir el parto domiciliario no son porque está “sujeta a menos normas”, sino que responde a una serie de lógicas que se transmiten de generación en generación. (Loza & Alvarez, 2011, p. 122) El problema está cuando estas prácticas son sacadas de contextos y parecería que no tienen sentido. Algunos testimonios del personal de salud que atendieron a domicilio, muestra que el lugar el parto en sí no garantiza un buen o mal parto, sino que determinado escenario da las condiciones para que las prácticas puedan darse en mejores condiciones. Algunos biomédicos reconocieron que a domicilio tuvieron un papel más bien de vigilantes y que intervinieron más a la hora de recibir al bebé. (Dibbits, 2007, p. 32) Por otro lado, la presencia de familiares en el domicilio, lejos de incomodar (cosa se argumenta en los hospitales) fue calificada como “colaboradora”. (Dibbits, 2007, p. 33) O sea que, en este contexto, al personal médico no le molesta no ser protagónico, porque el contexto en el que se realiza es distinto a las condiciones en los hospitales.

#### **4.3.3 Debate en torno a la incorporación del enfoque intercultural**

El Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (OMMN), creado el 2016, ha desarrollado una serie de documentos analizando esta problemática. El texto de De la Galvez utiliza los datos del Estudio sobre mortalidad Materna (2016). En dicho documento, reconoce que existe discriminación y maltrato hacia las mujeres y sus preferencias culturales, menciona la tensión existente entre las preferencias culturales y

las prácticas biomédicas y finalmente, la falta de confianza de las poblaciones indígenas hacia la atención institucionalizada. (De la Galvez Murillo, 2017, p. 36) Sin embargo, aunque reconoce el elemento cultural de la problemática no la considera determinante.

La primera separata del OMMN plantea que los riesgos de muerte se incrementan ante la falta de información y conocimientos sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el embarazo, parto y posparto, planteando que es necesario elaborar una estrategia de comunicación educativa sobre los derechos en salud, sexuales y reproductivos. (OMMN, 2018) Sin embargo, no plantea por ejemplo la forma en cómo se transmitiría esta información a poblaciones rurales, si se lo haría en sus idiomas o en español. En este caso, el aspecto cultural no es tomado en cuenta.

Otro elemento que se menciona pero que no se profundiza ni es identificado como determinante es la violencia de género. De la Galvez menciona que se reportó un 27,8% de mujeres que estaban deprimidas y perturbadas antes de fallecer y que esta afectación emocional se debía principalmente al maltrato que recibieron de sus conyugues. (2017, p. 29) Más bien se idealiza la relación de pareja como aquella que: “otorga cierta seguridad a las personas, en especial a las mujeres, sin embargo, en la actualidad y dados los niveles de violencia doméstica, es necesario repensar”. (2017, p. 29) Tampoco se analizan las relaciones interraciales o las expresiones de racismo por parte de los biomédicos, aunque sean mencionados marginalmente.

En el nuevo contexto de institucionalización de la medicina intercultural, mucho se ha reflexionado sobre su importancia y las condiciones en las que se están elaborando las políticas concretas. “Salud materna en contexto de interculturalidad” (Roosta, coord..) da a conocer la complejidad de la salud materna en Bolivia, donde se reconoce la existencia de varios pueblos indígenas, portadores de sus propias maneras de entender y abordar la salud. Los estudios que componen el libro<sup>18</sup> han demostrado la importancia de superar las estrategias convencionales de reducción de la mortalidad materna. Roosta (2013) hace referencia al enfoque intercultural: “este enfoque nace del convencimiento de que la mortalidad materna no se da en un vacío social y, por lo tanto, su reducción no se logra mediante estrategias meramente técnicas-clínicas”. (p. 326)

¿Volveré o no volveré?<sup>19</sup> devela la subutilización de las capacidades médicas existentes en Bolivia al desconocer las prácticas andinas del parto por parte del sistema

<sup>18</sup> Dicha publicación presenta una serie de estudios de caso en los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui, visibilizando tanto elementos comunes como diversos.

<sup>19</sup> El título de dicho libro hace referencia a los temores que experimentan las mujeres al salir de sus casas rumbo a los hospitales para ser atendidas en el parto.

biomédico, por otro lado, destaca que, tanto el modelo fisiológico, como las prácticas tradicionales del parto, reposan en el respeto a la mujer, su capacidad de decisión y asistencia más adecuada. (Loza y Alvarez, 2011, p. 46) De la bibliografía revisada se pueden resaltar la pertinencia del elemento intercultural:

*La importancia de incorporar algunos procedimientos que son parte de las prácticas tradicionales y son beneficiosos para la madre.* Existen prácticas como la expulsión posterior de la placenta, el corte tardío del cordón umbilical, la posición vertical del parto, no acelerar el parto y de presentarse alguna complicación, recurrir a los masajes y el manto realizados por las parteras. (Arnold et al, 2001, p. 47)

*Dar mayor importancia al trato humanizado y la calidez humana.* El parto andino pone énfasis en el bienestar de la mujer. Las autoras manifiestan que mientras en los hospitales no traten adecuadamente a las parturientas ellas tendrán miedo de asistir a los hospitales. (Arnold, Murphy & Yapita, 2001, p. 19) Respecto al parto humanizado, Roosta (2013) afirma que, un elemento común entre las prácticas tradicionales de diferentes pueblos, es el carácter holístico de la atención en los servicios de salud donde resalta un trato más humano. (p. 333)

*La atención de las parteras en los partos que no se complican aliviaría el trabajo de los biomédicos para que puedan enfocarse en los casos difíciles.* Tanto las parteras tradicionales como las parteras europeas coinciden en que no hay un tiempo definido para la expulsión de la placenta, por lo que, si no se presentan complicaciones, la atención podría realizarla las parteras con muy poca intervención y con tiempo ilimitado. (Arnold et al, 2001, p. 48)

Un elemento previo a estas consideraciones es la traducción intercultural en donde haya disposición por “desandar” muchos prejuicios. El debate actual sobre el parto y sus agentes debe tomar en cuenta que para desandar los prejuicios hay que deconstruir y luego reconstruir. Los debates no son nuevos, sin embargo, los actores involucrados van cambiando. En esta oportunidad se puede considerar como aspectos positivos las recomendaciones de la OMS y en Bolivia el marco normativo e institucional a favor de la interculturalidad como nuevo enfoque.

## Capítulo 5. Apartado metodológico

La presente estrategia metodológica fue pensada de acuerdo al objetivo general del presente estudio, que es recoger las percepciones de las parteras sobre las políticas públicas en salud con enfoque intercultural. En ese sentido, la estrategia metodológica estaría pensada como el conjunto de herramientas y procedimientos para hacer realidad nuestro proyecto. (Barragán, 2011, p. 87). Se comenzará primero explicando porque se eligió el enfoque cualitativo y la etnografía como tipo de investigación. Luego se procederá a desarrollar los pasos que se realizaron tanto en la recolección de datos como en el análisis, procesamiento de los mismos y la redacción final de los resultados.

### 5.1 ¿Por qué se eligió el método cualitativo?

La investigación cualitativa, por su variedad puede ser entendida de muchas maneras. Sin embargo, para Vasilachis tres elementos son comunes: a) se interesa por la forma en cómo el mundo es comprendido, experimentado y producido; b) es interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva y c) busca descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente. (2006, pp. 28-29) Este trabajo se enmarca en los lineamientos de la investigación cualitativa ya que se interesa en cómo las parteras perciben y describen su propia experiencia en el desarrollo de las políticas públicas con enfoque intercultural en salud. En ese sentido, como lo plantean Rance y Tellería (2003) respecto a la construcción de discurso por parte de los y las informantes, se ha evitado “transmitir definiciones que pudieran direccionar la producción de discursos”. (p. 97) Como fue el caso de su percepción sobre la interculturalidad, se ha esperado a que los y las informantes se refieran al mismo o no, lo que nos proporcionó un dato interesante: si se encuentran familiarizados o identificados con el término o no.

Por otro lado, en cuanto a la generación de datos, se alternan una variedad de técnicas de recojo de información, como la observación participante, las entrevistas a profundidad, también se realizaron viajes y se participó en variedad de eventos. Esto con la finalidad de poder entender mejor la complejidad de la realidad que se quiere indagar. Finalmente, se estableció un diálogo constante entre la bibliografía existente y la producción de datos.

### 5.2 Las etapas de la investigación

Volviendo a la amplia gama de abordajes del método cualitativo, existen una diversidad de formas de abordar el método y de herramientas a utilizar.<sup>20</sup> La etnografía

---

<sup>20</sup> Flick (2002, citado en Vasilachis, 2006) menciona las perspectivas y escuelas del método cualitativo: 1) la teoría fundamentada, 2) la etnometodología y el análisis de la conversación, del discurso y de género, 3) el análisis

es descrita por Ameigeiras, como la capacidad de “aprender de la gente”, esto es, como investigador/a, poseer una actitud “sensible y “atenta” a la realidad y descubrir lo que la singulariza en lugar de contabilizar lo que la uniformiza. (2006, p. 119) Esta actitud es posible a través del diálogo entre los actores inmersos en el proceso de investigación, esto es, entre quien “entre al campo” y los llamados informantes. Para el/a investigador se requiere también del recurso de la flexibilidad, que permite el replanteo de la forma y el modo de producir el conocimiento social. (Ameigeiras, 2006, p. 115) Siguiendo el enfoque etnográfico, tanto el diálogo como la flexibilidad serán tomados en cuenta a la hora de entender la mirada de las propias parteras sobre las políticas públicas desde su propia concepción sobre la salud y su propia realidad.

### **5.2.1 Trabajo de campo**

El trabajo de campo fue realizado en la región andina del departamento de La Paz, más concretamente en la ciudad de El Alto y las zonas rurales aledañas. Fue realizado entre febrero del 2018 y agosto de 2019, con algunas interrupciones. Se entrevistó a parteras y parteros, médicos tradicionales y biomédicos, autoridades nacionales y funcionarios de ONG. Se participó en actividades varias y se viajó a Calamarca y Patacamaya. El acercamiento con las parteras también consistió en almuerzos informales, encuentros casuales en ferias tradicionales, entre otros.

Uno de los primeros pasos realizados fue tomar contacto con algunas parteras. Esto se pudo hacer asistiendo a algunos eventos en los que ellas se reunían con autoridades gubernamentales, preguntar sobre sus contactos telefónicos y finalmente, agendar citas. Una de las facilitadoras para “ingresar” al campo fue una cooperante de Médicos del Mundo, quien me ha podido dar un panorama extenso de las políticas públicas en interculturalidad, así como documentos institucionales. Así mismo, me ha presentado a las principales lideresas de la organización de las parteras.

En un primer momento no tuve éxito, no lograba concretar los encuentros o me citaban y no asistían al encuentro. Siguiendo a Ameigeiras (2006), muchas veces no resultan ser suficiente los criterios teóricos y metodológicos para elaborar el diseño del trabajo de campo, sino también hay que tomar aspectos prácticos vinculados a una situación en específico. (p. 124) Entonces, me di cuenta de que, las parteras y parteros radican en comunidades rurales y muy puntualmente vienen a la ciudad, principalmente los lunes por la mañana al Viceministerio de medicina tradicional para asistir a

---

narrativo, 4) la hermenéutica objetiva y la sociología del conocimiento hermenéutica, 5) la fenomenología y el análisis de pequeños mundos de la vida, 6) la etnografía, 7) los estudios culturales, y 8) los estudios de género. (p. 24)

reuniones varias. Por un momento, ese era mi “punto de encuentro”. Luego, opté por hacerme unas tarjetas personales, con información básica como la universidad a la que pertenecía, mis contactos de correo electrónico y celular, para darle más formalidad a los encuentros conmigo. Finalmente, con el permiso de la Presidenta del Consejo Departamental de Parteras de La Paz, agregaba a mi presentación (verbal) que había hablado con ella y que ella me recomendaba. Así es como comencé a tomar contacto activamente con las y los parteros así como otros actores, como médicos tradicionales o representantes de sus organizaciones y autoridades gubernamentales. Esto me permitió también por un lado enterarme de las actividades y eventos existentes y armar mi muestra.

### 5.3 La muestra

La muestra fue no probabilística intencional. La elección de informantes se basó en criterios que intentaron abarcar la diversidad de las características del grupo, tales como el lugar de origen, la residencia en áreas rurales y centros urbanos, el trabajo independiente o en hospitales y la edad, entre otros. Las personas entrevistadas fueron 21<sup>21</sup> entre parteras, médicos tradicionales, biomédicos, entre otros.<sup>22</sup> A continuación describo el detalle de mis principales informantes, los y las parteras:

**Romina Paco** (49 años, 28 de experiencia), del Municipio de Ayo Ayo: afirma tener el don de la partería por haber sido elegida por Dios. Afirma tener una conexión especial con asuntos espirituales. Dice que aprendió a curar por la presión de su comunidad, al estar muy lejos de un centro de salud y tener poca accesibilidad.

**Jacinta Tenorio** (35 años de experiencia), del Municipio de Ayo Ayo: es la encargada de revisar y recibir los requisitos que deben cumplir las parteras para la acreditación profesional. Impulsa en su municipio reuniones quincenales de parteras.

**Yelma Chavez** (73 años, 56 de experiencia), de la ciudad de El Alto: es una de las parteras de mayor edad que continúa activa. Afirma sentir orgullo al ser reconocida y valorada por sus colegas, así como también por los biomédicos.

**Aldo Torres** (56 años, 31 de experiencia), del municipio de Calamarca: aparte de ser partero, siente que tiene dos otras vocaciones: organizar a sus colegas en su municipio y buscar las formas de dejar su legado para que la partería no desaparezca.

**Grupo focal de Calamarca:** Amalia Colque de Mamani, Patricia Cumara Rojas, Valeria Uchani de Choque, Victoria Mamani Patzi, Venenciano Choque Juli y

<sup>21</sup> Ver anexo 3 para el listado completo de las personas entrevistadas

<sup>22</sup> Sus nombres originales han sido sustituidos por seudónimos para resguardar su identidad.

Aldo Torrez. Bajo el liderazgo de este último, se reúnen quincenalmente para ver la manera de capacitarse y hacer seguimiento a la acreditación profesional. En el grupo focal manifestaron su preocupación por formar nuevas generaciones de parteras y a veces convocan a las personas jóvenes a sus reuniones.

**Valeria Tilata** (50 años, 30 de experiencia), del Municipio de Ancoraimes: Aparte de ser partera también es promotora de salud en su comunidad, esto es, elegida por su comunidad, aymara parlante, que transmite a su comunidad información sobre alimentación infantil, control del peso y talla del bebé, planificación familiar, entre otros. Ella afirma que combina ambos conocimientos cuando atiende a embarazadas.

**Dionisio Mora** (35 años de experiencia), del Municipio de Pucarani: asume su vocación de partero como parte de su servicio a su comunidad. Afirma que hay una diferencia entre parteros y parteras que tienen cercanía con autoridades del gobierno con quienes todavía prestan servicio “desprendido” a sus comunidades.

**Alicia Chenique** (58 años, 41 de experiencia), de la ciudad de El Alto: es la Presidenta del Consejo Departamental de parteras de La Paz. Afirma que su gestión busca impulsar la acreditación profesional y la articulación con los biomédicos, un anhelo casi personal de su parte. También es una experimentada consultora de ONG.

**Paulina Mantilla** (55 años, 40 de experiencia) de la ciudad de El Alto: es otra de las parteras mayores que por necesidad tiene que seguir trabajando. Casualmente atiende en algún hospital pero prefiere la atención a domicilio.

**Lorenza Huanca** (65 años, 50 de experiencia), del Municipio de Patacamaya: es una de las pocas parteras que trabaja permanentemente en un hospital, atendiendo junto a biomédicos. Aparte de eso, es la única que posee 2 consultorios privados y una escuela de parteras, con 11 alumnas con distintos niveles de formación.

**Luis Farfán** (54 años, 36 de experiencia), de la provincia de Los Andes: fue uno de los impulsores de la acreditación, afirma que es mejor no tener ningún tipo de cercanía permanente con las autoridades que provoque fricciones al interior de la organización. Recomienda a sus colegas que una vez que se logre la acreditación se mantenga una relación cordial pero distante con las autoridades.

Como se pudo ver, mi muestra presenta informantes entre los 49 y 53 años, llama la atención que no se ha podido contactar informantes más jóvenes, los parteros de Calamarca, comentaron que a veces los jóvenes atienden pero no quieren hacerse conocer por temor a represalias de parte de la gente mayor y prefieren el anonimato.

#### **5.4 La región que abarcó mi investigación**

La ciudad de El Alto es la segunda ciudad más poblada del departamento de La Paz, se caracteriza principalmente por ser la urbe que acoge constantemente a migrantes provenientes de las zonas rurales aledañas. Siendo muy joven llegó a tener una población de 850 mil hab. en el Censo de 2012 (INE, s.f.).<sup>23</sup> Respecto a su identidad, es importante aclarar que un 75% se autoidentifica como indígena aymara y que mucha de su población posee residencia doble, esto es, que mantiene sus vínculos sociales y otro domicilio en sus comunidades. Estas características hacen de la ciudad un actor más en la investigación, por su dinamicidad ya que, la situación de las parteras y su percepción respecto al sincretismo cultural que experimentan ahí, no sería el mismo.

En cuanto a los datos sobre mortalidad materna, el Estudio Nacional muestra que la mortalidad materna, si bien disminuyó en 7 de los 9 departamentos que ocupan el territorio boliviano, en los departamentos de La Paz y Cochabamba, estas cifras han subido: de 282 a 289 en el primero y de 130 a 188 en el segundo caso. (Ministerio de Salud, 2016, p.14) En el caso del departamento de La Paz es importante observar que en El Alto se registraron 59 de las muertes identificadas. (Ibid., pp. 21-22) Los datos comparan la información de 2000 con 2011.

## **5.5 Técnicas de recolección de la información**

### **5.5.1 La observación participante**

Tal como afirma Vasilachis, los deseos, creencias del o la investigadora influyen en la percepción y la construcción de la realidad que se estudia, lo que convierte al o la propia investigadora en una fuente más de datos. (2006, p. 36) Al momento de mi trabajo de campo yo me encontraba embarazada. Mi curiosidad investigativa estaba muy ligada a mis preocupaciones personales sobre las alternativas y aspectos positivos del parto tradicional o de la posibilidad de que tanto el sistema de salud biomédico como el tradicional se fusionen y en la práctica ¿que significaba eso?.

Fui atendida en dos oportunidades por una partera que vino hasta mi casa. La primera vez me hizo esperar dos horas. Sentí incertidumbre, hasta pensé que no iba a llegar. Cuando llegó había venido de una zona muy alejada de El Alto y luego de atenderme tenía que ir a ver a otra mujer que desde una noche atrás estaba en trabajo de parto. Esta experiencia me ayudó a entender los tiempos flexibles que caracterizan a su profesión y el despliegue físico, pero también cultural que realizan constantemente.

---

<sup>23</sup> Recuperado el 19 de octubre de 2020.

Participé como observadora de eventos varios, como el examen para acceder a la acreditación profesional (29/01/2019), un taller sobre un proyecto de ley en salud a nivel departamental (26/02/2019), el acto de reconocimiento a médicos tradicionales por la Asamblea legislativa (13,08,2019), feria de la medicina tradicional (24-04.2019) e innumerables reuniones de coordinación con autoridades gubernamentales y almuerzos o encuentros informales. En estos encuentros era interesante analizar la puesta en escena respecto a las autoridades, los técnicos del viceministerio y entre ellos mismos. Todos estos encuentros han sido registrados en notas de campo.

### **5.5.2 Las entrevistas**

Se optó por el tipo de entrevista-diálogo que emana de la etnografía y que constituye una herramienta clave para profundizar en la comprensión de los significados y puntos de vista de los actores. (Ameigeiras, 2006, p. 129) Un primer paso fue la elaboración de la guía.<sup>24</sup> Una primera entrevista, con la Presidenta del Consejo Departamental de Parteras, sirvió también para validar y corregir mi guía. Luego se procedió a escoger a los principales informantes. Al momento de realizar las entrevistas, pese a que contaba con una Guía, muchas veces me tocó combinar la misma con preguntas sobre algún acontecimiento importante que había ocurrido recientemente, ya que me interesaba recoger sus percepciones así como sus emociones respecto a estos eventos nuevos.

### **5.5.3 El registro**

Los datos fueron registrados a través de grabaciones, fotografías y notas de campo. Las notas de campo han servido para registrar apreciaciones sobre lo observado, autocrítica sobre la manera en cómo abordé una entrevista, por ejemplo, si omití algún tema o si cometí algunos errores al realizarlas, también servían para registrar, como mencioné antes, encuentros informales, como almuerzos, encuentros casuales, etc.

Las grabaciones estaban destinadas a las entrevistas, que en general, necesitaban ser registradas por su profundidad y extensión. Entre los desafíos encontrados fue el manejo del idioma. En algunos casos, no se comunicaban muy bien el español, por lo que se expresaban con dificultad. Pienso que, en algunos casos, debería haber grabado en aymara y luego hacer traducir, o ir acompañada por un traductor. Finalmente, la fotografía fue utilizada para mostrar sus áreas de trabajo, consultorios, salas de parto y eventos.

---

<sup>24</sup> Ver anexo 2, guía de entrevistas

## 5.6 La sistematización de los datos y la redacción

Para Strauss, citado en Vasilachis, la recolección y análisis de datos debe tener tres requisitos: 1) la interpretación debe estar guiada por interpretaciones sucesivas realizadas durante la investigación; 2) la teoría debe ser densa, con muchos conceptos dialogando entre sí y 3) que la revisión de datos capte la complejidad de lo abordado. (2006, p. 30) Siguiendo los objetivos de mi investigación, la codificación fue estructurada en 5 componentes: las fuentes de formación de las parteras, sus actuales prácticas, las condiciones en las que desarrollan su trabajo, su percepción respecto a las políticas públicas y finalmente sus nociones y análisis respecto a la interculturalidad. Luego se procedió al llenado de tablas en Excel donde fui incorporando, no la cita, sino el dato (en el proceso de redacción recién incorporé las citas si era necesario). Una vez iniciada la sistematización, se ha visto la necesidad de modificar el orden de la codificación por encontrar mayor lógica y algunos códigos iniciales no fueron llenados. También se procedió a hacer algunas entrevistas más para asegurar que todos los componentes tuvieran la información y triangulación suficiente.

El proceso de redacción ha sido interrumpido en reiteradas ocasiones ya sea por circunstancias personales (nacimiento de mi bebé) como por procesos políticos en mi país y finalmente por la emergencia sanitaria y la consecuente cuarentena rígida. Se comenzó con la redacción de los resultados del trabajo de campo, de una manera muy descriptiva y posteriormente se fueron agrupando ideas más generales. Siguiendo el planteamiento de Barragán (2011, p. 221), cuando se refiere a que todo trabajo académico debe tener, entre otras características, correspondencia, unidad articulada y armonía entre sus partes, se elaboraron marcos temáticos para asegurar la coherencia entre las partes que componen la presente tesis.

## Capítulo 6. El análisis

El presente capítulo está dividido en cinco componentes, el primero se refiere a las fuentes de formación de las parteras, el segundo a sus prácticas, el tercero a las condiciones actuales en las que desarrollan su trabajo, la cuarta parte está dedicada al análisis de las parteras sobre las políticas públicas en salud y finalmente se reflexionará con ellas sobre la interculturalidad. También se recogerá la percepción de las parteras sobre cómo mejorar su situación, a partir de las políticas o independientemente de ellas.

### 6.1 Fuentes de formación

La principal forma de adquirir sus conocimientos fue y sigue siendo a través de la transmisión oral. Por lo general, la enseñanza está a cargo de algún familiar. La forma en cómo se aprende es acompañando a sus formadores a atender a una paciente. La edad en la que comienzan este proceso oscila entre los 9 y 14 años. Para luego comenzar a atender solos y solas a partir de los 17 años, hasta los 25. Cuando comienzan a atender solos y solas el parto es por el fallecimiento de su formador o formadora o cuando éste o ésta pierde sus capacidades de atender. Alicia Chenique<sup>25</sup> (partera de la ciudad de El Alto) se refiere al momento en el que su abuela le traspasa, simbólicamente su legado al momento de morir: “de mis manos me ha pegado – ‘te voy a dejar esta mi mano, porque vos sos la única que se ha interesado por lo que yo he hecho’ - me ha dicho”. (A.C.)

El proceso de aprendizaje consistiría en observar reiteradamente, aunque al inicio no se entienda muy bien. Entonces, aprender observando es la manera en cómo se afianzan los conocimientos. Valeria Tilata (partera de Municipio de Ancoraimas), afirma que aprendió en el acompañamiento a su mamá: “¿Cómo hacía? ¿cómo cortaba? Sé mirar, de ahí he aprendido”. (V.T.) Tanto Alicia como Aldo Torres (partero de Municipio de Calamarca) comentaron que al inicio observaban a sus familiares, pero sin entender todo lo que hacían, sin embargo, al momento en el que les tocó atender casos parecidos la comprensión de lo aprendido años atrás, se clarificaba.

La autoatención es otra forma de adquirir conocimientos. Valeria comenta que tuvo 6 hijos y por las condiciones de lejanía de su comunidad, se atendía sola y cuando el bebé estaba cerca de nacer, llamaba a su esposo. Por su parte, Romina Paco (partera de Municipio de Ayo Ayo) comenta haberse atendido sola también, de ahí, en vista de que sus habilidades para atender parto tomaron notoriedad en su entorno, se vio en la necesidad de atender a otras mujeres. También está el caso de los esposos, que aprenden

---

<sup>25</sup> La primera vez que serán nombrados los y las entrevistadas será por su nombre completo (ficticio) y procedencia. Posteriormente sólo figurará su nombre. Si se mencionara alguna cita se utilizarán las iniciales de su nombre.

atendiendo a su esposa, como es el caso de Dionisio Mora (partero de Municipio de Pucarani). Por lo general, la autoatención es la alternativa a las condiciones precarias para movilizarse de su lugar de origen a algún centro de salud.

Tanto Alicia como Yelma Chávez (partera de la ciudad de El Alto) participaron en lo que parece ser el curso de capacitación más serio que hubo en esta región del país. Se llevó a cabo en la ciudad de El Alto, entre 1994 y 1995 y contó con el financiamiento de la cooperación holandesa.<sup>26</sup> Alicia destaca que primero han querido conocer sus prácticas para luego proponerles fortalecer las mismas. Comenzaron el curso 70 parteras y terminaron 50, algunas no sabían leer y/o escribir, por tanto, les costaba la lectura de los textos o hacer anotaciones, entonces traían a sus nietas para que les ayuden y de paso ellas aprendan. Alicia menciona muchas de ellas ya fallecieron.

Por el resto, en su mayoría, también hubo una segunda fuente de aprendizaje (luego de la transmisión oral). Aldo aprendió por un médico que llegó a Collana (un municipio vecino al suyo). Paulina Mantilla (partera de la ciudad de El Alto) menciona que una señora la llevaba como acompañante mientras atendía partos. Lorenza Huanca (partera del Municipio de Patacamaya) se capacitó en los hospitales de Sorata y Warisata. Romina aprendió de los biomédicos que trabajaban en los hospitales y centros de salud donde ella también atendía. Finalmente, Jacinta Tenorio (partera de Municipio de Ayo Ayo) aprendió de una profesora contratada por el cura de Patacamaya. Entonces, aunque hayan tenido fuentes variadas de formación, la transmisión oral ha sido la más relevante, quizás por el hecho de que ha proporcionado las bases para su formación y porque se destaca la experiencia de aprender viendo.

Contrario a la lógica de la biomedicina, donde los médicos van adquiriendo subespecialidades, profundizando los conocimientos de una parte específica o de un tipo de funcionamiento específico del cuerpo, en la medicina tradicional, las y los parteras, van adquiriendo otras habilidades y otros aprendizajes que los combinan con la partería. Algunas elaboran sus propias medicinas ya sea de origen animal como vegetal; otros se dedican también a curar luxaciones o roturas de huesos, gastritis, entre otros. Por ejemplo, Jacinta elabora medicinas de fuente animal, utiliza huesos, grasas, etc. Con ello elabora tés, cataplasmas, etc.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Nose ha podido comprobar si ambos formaban parte del mismo proyecto, pero esta época coincide con el proyecto financiado por la cooperación holandesa, que menciona el texto de Bradby y Murphy: ¿Volveré, no volveré?.

<sup>27</sup>Un dato interesante que salió en la entrevista con Jacinta es la existencia del principio de equilibrio en la elaboración de las medicinas. Si bien pudimos ver en la literatura revisada que este principio se utilizaba principalmente a la temperatura corporal, en el trabajo de campo encontramos que este principio del equilibrio abarca otras lógicas también. Jacinta explica que los productos que provienen de la zona cerca al Salar de Uyuni, son

### 6.1.1 La formación que imparten

Se ha mantenido la transmisión oral, aunque con algunas variaciones. Valeria y Alicia comentan que sus hijas las acompañan, no sin demostrar cierto temor y al mismo tiempo respeto por la profesión de sus progenitoras. En ambos casos manifiestan que no quisieran dedicarse a esa profesión, por el sacrificio y riesgos que implican. En el caso de Alicia, Aldo y Jacinta, sus hijas, influenciadas por ellas, están estudiando ramas relacionadas, en el primer caso, la hija de Alicia está estudiando medicina y la hija de Jacinta está estudiando enfermería y prácticas de las parteras en Rurrenabaque (en la región amazónica del país). Sin embargo, las parteras que todavía son acompañadas por sus hijas o nueras lamentan no poder dejar su legado de la manera en la que hubieran querido. Esto puede deberse a las condiciones actuales, ya que muchas de estas hijas viven en ciudades, con acceso a educación superior y universitaria y buscan alternativas a la profesión de sus madres porque implica mucho sacrificio con poca remuneración.

También existen parteros y parteras que enseñan en cursos organizados por instancias de ONG, es el caso de Aldo, Luis Farfán (partero de la Provincia Los Andes), Alicia y Yelma. Luis da cursos esporádicos organizados por el VMTI. Dionisio afirma que por iniciativa propia está impartiendo talleres sobre cómo preparar pomadas. Sin embargo, en ninguno de estos casos, la capacitación impartida es prolongada o estructurada que permita una formación más completa. Un caso muy particular es el de Lorenza, que junto a su esposo, que es médico tradicional, tienen dos consultorios propios y una escuela de parteras. Ella afirma que en la actualidad tiene 11 alumnas y alumnos, con distinto nivel de aprendizaje, de los cuales 5 ya están ateniendo y 6 le acompañan cuando ella atiende. Es muy eficiente la manera en cómo ella transmite su conocimiento, lo hace mientras atiende, entonces sus alumnos aprenden observando. Ella es muy cotizada y que no le da abasto por la cantidad de pacientes, entonces manda a sus alumnas más avanzadas a atender. Por su parte, para sus alumnos, esta modalidad les es conveniente porque se hacen conocer y pueden tener su propia red de pacientes.

Finalmente, tanto Aldo como Alicia lamentan que no haya una renovación generacional significativa, muchas de las parteras ya están mayores, algunas están dejando de atender y tampoco están transmitiendo sus conocimientos. AC participó en un encuentro de parteras tradicionales, en México en 2017. Basándose en esa experiencia,

---

utilizados para elaborar medicamentos de origen salina, a diferencia de los elaborados en la Amazonía, de origen dulce. Lo mismo sucede con el tratamiento de enfermedades respiratorias, por ejemplo, Jacinta utiliza el borbujo, que es un gusano que vive en los tubérculos, no conoce ni el sol ni el aire, entonces cura enfermedades respiratorias.

plantea que debería haber “cursos de enseñanza a los familiares de las parteras que están mayorcitas” (A.C.), porque gracias a sus familiares mayores, ya tendría una base sobre la que se les puede seguir enseñando. Entonces, desde esta lógica, la transmisión oral es insustituible y estos cursos podrían reforzar los conocimientos ya adquiridos oralmente.

### **6.1.2 Capacitación impartida por el Estado e instituciones**

En la actualidad, ellas asisten a innumerables capacitaciones, en su mayoría cortas y de temas muy variados: violencia contra la familia, alcoholismo, nutrición, etc. Todos ellos auspiciados tanto por el VMTI u ONG. Estos cursos responden a la oferta de las instituciones mencionadas (disponibilidad de recursos y compromisos con sus financiadores) y no a la demanda de las parteras. La manera de comprometer su participación es con la entrega de un diploma de participación, que les servirá para el proceso de acreditación profesional. Son frecuentes también “los encuentros de intercambio de experiencias”, que son una figura ambigua entre capacitaciones (cortas y variadas), coordinación con autoridades (por algún tema específico) y fortalecimiento de su organización (donde abordan aspectos logísticos y de coordinación).

## **6.2 Las prácticas de las parteras**

### **6.2.1 Los cuidados de la partera en el embarazo**

Las parteras y parteros afirman que, mientras más conocen el desarrollo del embarazo, mejor pueden acompañar a su paciente en el parto. Yelma manifiesta que “no es atender por atender”, ella considera importante conocer la situación previa de la paciente: si tiene anemia, presión alta, epilepsia y su alimentación. Inclusive, una partera mencionó (lo que figura en la literatura existente) la clasificación que hacen de las mujeres. Las principales recomendaciones de las parteras hacia las embarazadas siguen siendo cuidar de su alimentación y evitar alzar cosas pesadas. Los datos del trabajo de campo coinciden con los de la literatura revisada: (Dibbits, 2005, p. 39) respecto al principio andino del equilibrio, en el consumo de alimentos frescos y calientes. Sin embargo, algo nuevo en el trabajo de campo es la recomendación de las parteras de mantener el cuerpo abrigado en los últimos meses del embarazo, para que al cuerpo no le cueste dilatarse al momento del parto.<sup>28</sup>

Respecto al sobreesfuerzo que deben evitar hacer las pacientes, Alicia ve como pertinente conversar con el esposo para que ayude a la mujer en las actividades del

---

<sup>28</sup> A mi séptimo mes de embarazo, fui atendida por una partera, al examinarme dijo que tenía el cuerpo frío y que debía mantenerlo caliente desde ahora, usando una mantilla alrededor de la cadera, esto ayudaría a que cuando llegue el parto, mi cuerpo estaría listo para dilatarse con facilidad.

hogar, sus negocios o puestos de venta. Las parteras están conscientes de que las mujeres realizan mucho esfuerzo físico y que éste podría ser aminorado con la ayuda de sus parejas. Entonces, las parteras, abogan por el bienestar de la mujer, recomendando una mejor distribución de las responsabilidades en el hogar, sobre todo en el embarazo.

### **6.2.2 La lectura de la vena y otras técnicas de evaluación**

Las y los parteras están familiarizados con los estudios que se realizan en los controles prenatales, inclusive los utilizan para conocer el estado general de la paciente. Entonces, se procede a la lectura de la vena, una de las prácticas más comunes de la partería tradicional. Los usos de la lectura de la vena pueden ser varios, Alicia afirma que puede confirmar el embarazo, indicar si la matriz se encuentra a un lado y no en el centro, si el bebé está en buena posición y si el cuerpo se encuentra frío. Ella intenta explicarme la técnica: "de la vena es clarito, cuando está acomodado la vena bien igualito a ambos lados, cuando está desacomodado, se siente desigual, varía". Continúa con la explicación: "a veces es medio suave, a veces medio duro, a veces desigual, cuando está bien, encimita no más como si estuviera fluyendo, tranquilo está". (A.C.) Paulina la utiliza para verificar la posición del bebé y si el parto va a demorarse o no. Si la vena le indica que el bebé va a tardar en nacer o habrá alguna complicación, ella prefiere derivar a la paciente al hospital. Ella también intenta explicarme en qué consiste la técnica: "de la vena en mis manos hace 'coj coj'". (P.M.) Finalmente, sirve para detectar infecciones, como sugieren Dionisio, Luis y Alicia. Entre otras formas de evaluación se encuentran la lectura de la coca, de la palma, del ojo y el tacto vaginal. Entonces, si tomamos en cuenta que los y las parteras están familiarizados con las ecografías y demás exámenes médicos, esto da a suponer que los complementan con sus propias formas de evaluación, siendo la lectura de la vena la más común.

### **6.2.3 La técnica de los vapores y los masajes de acomodación**

Volviendo al uso del calor, Alicia menciona que en las zonas rurales las mujeres sufren menos al momento del parto porque han mantenido el cuerpo caliente durante el embarazo. En cambio, en la ciudad, afirma que esta costumbre se ha perdido y que las mujeres ya no se cuidan y se abrigan, lo que dificulta el parto, porque llegan al mismo con el cuerpo frío. Entonces, para calentar el cuerpo recurren a la realización de vapores, que consiste en acomodar a la mujer embarazada, encima de un recipiente con manzanilla recién hervida, desnuda de la cintura para abajo, cubierta de una frazada gruesa para que el calor se concentre y caliente la pelvis y las caderas de la mujer. Una vez calentado el cuerpo proceden a hacer masajes y la acomodación del bebé.

La acomodación del bebé es una técnica, considerada desde la partería tradicional, como indispensable para garantizar un parto natural. No solo es utilizado en el parto domiciliario, inclusive, las mujeres que deciden hacerse atender en los hospitales, recurren primero a la partera, para acomodar el bebé para luego ir al hospital. Esta técnica es utilizada cuando el bebé está “desacomodado” provocando malestar en el embarazo y complicaciones en el parto. También es utilizada en aquellas mujeres que no pueden quedar embarazadas por tener la matriz desacomodada. Una vez más podemos constatar que las técnicas de las parteras se enfocan en el bienestar de la madre, como es el caso de aliviar los malestares durante el embarazo y facilitar un parto sin complicaciones. La acomodación del bebé es una de las técnicas que más enorgullece a las parteras porque la consideran única y por la cual mucha gente las solicita, incluso las que serán atendidas luego en el hospital.

#### **6.2.4 Cuidados en el parto**

Una de las principales nociones que caracteriza la atención de la partera al momento de enfrentar el parto es que no existen tiempos definidos y su desarrollo va a depender de muchos factores como la constitución de las personas, del cuidado que tuvieron en el embarazo, entre otros. Entonces, se toma en cuenta las particularidades de cada paciente y no criterios homogéneos en cuanto al tiempo y procedimientos, por eso la pertinencia de conocer bien a su paciente en el embarazo. Alicia afirma que si el cuerpo está frío puede tardar en dilatar hasta dos o tres días. Lo primero que hace Dionisio al llegar al domicilio es el diagnóstico: solicita ecografía y otros exámenes existentes, hace limpiar y preparar la habitación, se pone sus guantes y dice que hay que esperar hasta el tampón blanco reviente. Luis afirma que cuando llega a la casa de la paciente lo primero que debe hacer es verificar la posición del bebé. Si no está en buena posición, hay que acomodarlo mediante la técnica del manteo (como menciona la literatura revisada). Luis ratifica que pocos conocen la técnica, pocos la saben hacer correctamente. Otra manera de facilitar el parto es mediante masajes y pomadas.

Pocas han mencionado la posición en la que la paciente va a dar a luz, por lo general mencionan que la misma paciente escoge, por lo que muestra que no es un tema a decidir de la partera, sino de la parturienta. Lo que les preocupa a las parteras en ese momento es, más bien, evitar el desgarro de las paredes vaginales, al momento de salir el bebé. Una técnica que menciona Alicia es girar la cabecita del bebé para que salga sin que sus hombros provoquen el desgarre vaginal. Menciona también que aun cuando el bebé sea muy grande todavía se puede evitar el desgarre, haciendo presión con un paño

sobre la parte baja de la vagina o metiendo los dedos un poco para acomodar el bebé. Una de las razones por las que las mujeres temen ser atendidas en hospitales es la episiotomía que consiste en un corte de varias capas de piel en las paredes vaginales. Para aquellas mujeres que cotidianamente realizan esfuerzo físico, este procedimiento les deja secuelas de por vida. Las parteras conociendo esto, buscan evitarles el desgarro.

### **6.2.5 Cuidados en el posparto y tratamiento de la placenta**

Una vez que sale el bebé<sup>29</sup> y se encuentra estable, prosigue la expulsión de la placenta para la cual existen técnicas variadas. Respecto al manejo del cordón, los testimonios se asemejan a lo relatado en la literatura revisada (Loza & Alvarez, 2011, pp. 126-127): agarrar el cordón en dos extremos y corta en medio, algunos inclusive amarran del cordón al pie de la mujer. Sin embargo, Dionisio difiere de esta técnica porque la considera peligrosa: “la señora estaba con dolor y ha estirado su pie... y el cordón ha entrado”. Por su parte, la técnica de Valeria es novedosa, ya que ella agarra el cordón con una pinza y lo envuelve alrededor de ella, evitando que vuelva a ingresar.

En cuanto a la expulsión de la placenta, uno de los mayores riesgos es la retención de la placenta seguido de una hemorragia difícil de controlar. Alicia recuerda haber visto a su abuela realizando un procedimiento riesgoso para salvarle la vida a una mujer. Recuerda que se lavó las manos, se puso alcohol y luego le metió la mano a su matriz, agarró la placenta, la giró suavemente para que se desprege de la matriz y finalmente la sacó. Jacinta comentó un caso parecido.

Una vez extraída la placenta se procede a lavarla. Luis afirma que hay que fijarse que salga completa. Si está incompleta le da a la paciente unos mates y espera hasta 3 horas a que el resto salga. Paulina toma provisiones y lleva sus medicinas elaboradas en caso de retención de placenta. Luego se procede a la lectura de la placenta. Alicia afirma que puede averiguar cómo ha sido su embarazo, si se ha cuidado, si se ha alimentado y si ha tenido alguna pérdida o aborto previos. Según la costumbre de cada familia, luego de lavada la placenta, algunos la bendicen y la entierran o la guardan.<sup>30</sup> También, con el entierro de la placenta se encomienda a la Pachamama, la salud y el porvenir del recién llegado.

<sup>29</sup> Por lo general, casi ninguna de las parteras mencionó sobre los cuidados del bebé, solo Alicia, que afirmó que en sus talleres del 95 recibió capacitación para atender a los bebés. Lo primero que hace es verificar su estado de salud, si llora, si nace callado, si está morado, etc. Tiene que evitar que se enfríe, afirma que se enfrían muy rápido. Entonces, suele pedir con anticipación que tengan lista agua caliente para envolver al bebé y colocarle en medio de sus frazadas bolsas o botellas PET con agua caliente. También debe verificar que sus pulmones estén funcionando adecuadamente.

<sup>30</sup> Entre otros usos de la placenta, Alicia cuenta que antiguamente era utilizado como método anticonceptivo, mientras más lejos se enterraba la placenta más tardaba en embarazarse nuevamente la mujer.

Respecto al periodo posparto, se recomienda que la mujer descansa un mes o como mínimos dos semanas. Paulina lamenta que por la situación precaria de algunas mujeres migrantes, ellas no puedan reposar el tiempo necesario, por no contar con la ayuda, arriesgándose de tener un sobreparto: "como no tienen familia, se levantan no más a atender, a veces hurgan agüita, les da el frio y da el sobreparto". (P.M.)

Figura 1. Parteras participando de una feria de medicina tradicional



Pie de foto: parteras ofreciendo sus servicios y mostrando sus productos en una feria de la medicina tradicional en la ciudad de La Paz

### 6.2.6 Percepción sobre las prácticas biomédicas

Las parteras critican que en los hospitales se hagan procedimientos que ellas consideran nocivos para el bienestar de la madre y, por otro lado, lamentan el rechazo de los biomédicos sobre los beneficios de técnicas como la acomodación del bebé, que da buenos resultados. Como vimos antes, con el acomodo del bebé las parteras pueden viabilizar el parto natural sin complicaciones. En cambio, los biomédicos, si ven que la posición del bebé no es la adecuada derivan a la paciente directamente a cesárea. Las parteras reclaman que, pese a que los médicos no practican este procedimiento, podrían solicitarlo a las parteras, pero sucede lo contrario, la tachan de peligrosa, como lo relata Paulina: "Yo clarito le he visto a la wawa, chueco estaba, (dije) yo puedo frotarle, pero los médicos rápido no más quieren cesárea" (P.M.). Luego agrega: "de esa manera a los doctores les digo que no haya cesárea, que puede nacer normalmente, pueden frotarlo o enrrectarlo a la wawa". La cesárea es muy temida para las mujeres aymaras, primero por ser una intervención quirúrgica y los riesgos que implica y segundo, porque para las

mujeres, que por lo general realizan esfuerzo físico, implicaría secuelas de por vida. Las parteras, conocedoras de esta situación, buscan evitar la cesárea con esta técnica.

Otro elemento que ya mencionamos arriba es el uso de la episiotomía. Las parteras critican que las mujeres tengan que pujar echadas, cuando esta posición no ayuda a que el bebé baje, por otro lado, al no poder expulsar al bebé, los médicos realizan la episiotomía o les obligan a pujar, provocándoles cortes o desgarros innecesarios. Ellas lamentan que tanto el desgarro (producido por obligarles a pujar) como el corte (producido por la episiotomía), a las mujeres del campo, les dificulta la recuperación, porque deben retomar sus actividades pronto o incluso de por vida.

Otro aspecto negativo, identificado por las parteras, es la poca atención que le dan a mantener el cuerpo en la temperatura adecuada, que tiene beneficios no solo al momento del parto, como vimos, sino también para prevenir el sobreparto. Jacinta comenta que en el hospital no hay las condiciones óptimas para que la paciente pueda mantenerse caliente y lo comparan con las prácticas de las parteras: "en el hospital hacen sufrir por el frío, le ponen con una batita, en cambio, la partera se va a su cuarto, prende estufita, braserito, abrigamos, no hacemos pasar frío". Paulina afirma que es peligroso que en el hospital se las despache tan pronto han dado a luz porque en el traslado le puede dar el frío y enfermar de sobreparto.

Respecto al maltrato que sufren las pacientes, Alicia comenta que en los hospitales a las primerizas les meten miedo, en vez de ayudarles a estar más tranquila, perjudicando el proceso natural del parto. Paulina compara este trato con el que ofrecen las parteras: "nosotros no reñimos, con cariño tratamos". Ella plantea que el trato que debería haber en los hospitales es: "(a) las señoras hay que animarlas, usted va a tener, no se preocupe, pero (sin embargo) no dicen nada, esta botada no más".

### **6.3 Condiciones en las que desempeñan su trabajo**

#### **6.3.1 La atención en domicilio**

Todas coinciden en que una de las principales características del parto domiciliario es la participación activa de los familiares. Al momento de llegar, Alicia conversa primero con el esposo (u otro familiar) para indicarle cómo y en qué momento debe ayudarle, sobre todo el agarrar a su mujer cuando ella lo indique. Valeria hace lo mismo, ella comenta: "Siempre llamo a su esposo, cuando ya está cerca la mamá se loquea, clarito está". (V.T.) Ella afirma que el apoyo familiar es de gran ayuda.

Para Alicia, la presencia del marido tiene, además, otro propósito, ella afirma que es muy importante que el esposo esté presente en el parto, acompañando y

compartiendo el sufrimiento de su esposa. Ella afirma que esto será garantía para que el esposo no abandone a su esposa y sus hijos. Valeria lamenta que en los hospitales no puede contar con ese apoyo: "en el hospital a sus familiares no les hacen entrar, yo necesito ese apoyo también". Entonces, para las parteras, el apoyo de los familiares es un recurso a utilizar y no más bien estorbo como en los hospitales. Otro elemento de preferencia por el parto a domicilio para las pacientes, es la confianza de ser atendida por alguien conocido o recomendado por la familia o amigos. Por otro lado, para la partera, existe la seguridad de tener un mejor control del momento. Mantener tranquila y calmada a la paciente también les hace sentir que tienen control sobre la situación. Cuando las parteras llegan a algún domicilio, lo primero que hacen es fijarse con lo que disponen y solicitar a los familiares lo que necesite.

Pero el parto a domicilio también implica potenciales riesgos para las parteras. Cuando son llamadas por primera vez a atender directamente al parto y se requiere de su presencia con urgencia, ellas reconocen que no pueden negar su ayuda pese a sentir cierto temor de llegar a una casa desconocida. A Romina le preocupa tener que trasladarse a la casa de alguna paciente a altas horas de la noche, por miedo a ser atracada o raptada, con preferencia pide que la recojan. Ella comenta que muchas veces debe quedarse hasta la madrugada para atender los partos. Visibilizando otro problema, la no existencia de horarios definidos de trabajo y condiciones en las que corren peligro.

Hubo casos en los que tuvieron que atender a pacientes que se habían rehusado a ir al hospital o se habían escapado del mismo, esto por temor a ser intervenidas por cesárea. Alicia afirma que la colocan en una situación muy delicada, porque deben atender sin conocer los antecedentes y en momentos de estrés. Sin embargo, en otra oportunidad tuvo que derivar a la paciente de nuevo al hospital, por que el bebé iba a nacer prematuro y necesitaba de cuidados especiales. Al llegar recibió el reproche del personal médico: "ustedes las parteras les atienden mal y luego las mandan a nosotros". Recriminación que también figura en las lecturas revisadas.

### **6.3.2 Criterios para derivar a la paciente al centro de salud**

Las circunstancias en las que se considera como necesario derivar a la paciente al hospital, varían de partera en partera, los criterios pueden ser varios: haber intentado la acomodación y no haberlo logrado, cuando el bebé todavía no ha llegado a término y existe el riesgo de que necesite ingresar a la incubadora. De otro lado también hay situaciones en las que, pese a que se considera necesario derivarlas a un centro médico, también se evalúan las complicaciones del traslado y en su lugar deben resolver el parto

complicado en el mismo domicilio. Por ejemplo, Valeria, ante la imposibilidad de llegar a tiempo a un hospital, tuvo que salvar a la paciente en su domicilio. Bernardo Tola, médico rural del Municipio de Ayo Ayo, la experticia de las parteras para salvar partos complicados, él afirma: “en un lugar rural tienes que valerte de ene medios para poder atender, muchas veces, estas señoras juegan un rol primordial”. Pero también puede haber situaciones en los que no se ha valorado adecuadamente. Alicia reconoce que algunas parteras no logran identificar el momento en el que es necesario derivar al paciente al hospital y más bien, comenten errores al tratar de solucionar el problema. Lamenta que esta situación afecta a la imagen de todas las parteras.

Aparte de tomar la decisión: si derivarlas o no a un centro de salud, deben darse modos de convencer a las pacientes. Es interesante evidenciar que para las pacientes la decisión de los médicos no es la última palabra o determinante, lo que no ocurre en otros estratos sociales, por estar muy generalizada la idea de que quienes van a atender a los hospitales en las áreas rurales o periferias de las ciudades, son médicos recién formados y con poca experiencia, tal como lo plantea Dibbits (2013, pp. 88-89). Por otro lado, el otro sistema de salud es igual o más valorado. Las parteras lamentan que a veces los médicos no saben distinguir cuando amerita una cesárea, por lo que les parece comprensible el rechazo de ir al hospital. Parecería que relativizar la opinión del médico es una sensación compartida entre las pacientes y las parteras, que coinciden por el origen étnico y el sistema de creencias.

### **6.3.3 Respecto a la forma de pago**

Es importante partir reflexionando sobre el significado que tiene el oficio de la partería en su entorno social. Por ejemplo, Romina afirma que fue ‘obligada’ por su comunidad a atender. Similar es el caso de Aldo quien afirma: “me han rogado, así que estoy ayudando” (A.T.). Cuando pregunto ¿por qué no les cobran un monto fijo a los pacientes a domicilio?, Valeria afirma: “voluntad me tienen que dar, no puedo exigir, me da vergüenza, lo que me dan acepto” (V.T.). Sin embargo, afirma que reciben entre 50 (8 dólares) y hasta 150 bolivianos (20 dólares aprox.). Algunos reciben en productos agrícolas, papa sobre todo. Dionisio es el único de los parteros entrevistados que afirma que pone un precio fijo de 200 Bs (28 dólares). Es importante rescatar el valor social que tiene la partería como un servicio a la comunidad, a su entorno y también el valor de la reciprocidad que hay entre quien brinda la atención y quien en retorno le reconoce su trabajo. Se establece una relación horizontal. Luis resume esta lógica comunitaria andina, al afirmar que prefiere que la decisión salga de ellos porque así su aporte será

una bendición para él. Quizás si se impondría un monto fijo, se modificaría esta relación, ya no sería considerada un servicio social sino un negocio y, por tanto, ellos perderían el respeto y el reconocimiento de su comunidad o entorno.

El cobro por su trabajo, adquiere otra dimensión y otro significado cuando son las instituciones estatales que les ofrecen reconocer económicamente su trabajo. En todos los niveles de gobierno: central (viceministerio), nivel intermedio (secretaría departamental) o local (municipales), las autoridades se comprometieron a pagarles por su servicio, pero en la mayoría incumplieron su compromiso. Por ejemplo, a Luis le pidieron dar una capacitación, a cambio de un pago que no hicieron efectivo, lamenta no haber tenido un documento que lo respalde, también ocurre que con la rotación constante de personal en los viceministerios, estos compromisos verbales se desvanecen y quedan en nada. Tanto Lorenza, Valeria como Aldo han trabajado en hospitales de su municipio y se les ha ofrecido un monto mensual por su trabajo, sin resultados, en su lugar siguen recibiendo de los aportes de las pacientes que acuden a los hospitales. Lorenza, que trabaja muchos años en el Hospital de Patacamaya, al momento de pedirles a sus pacientes que les reconozcan con algo de dinero por su trabajo, tiene que explicarles que ella no recibe sueldo, algunas no le creen, puesto que ven ilógico que no les pague. Sin embargo, las promesas de las autoridades por reconocerles su trabajo, sigue generando una idealización respecto a trabajar dentro de los hospitales, porque se asume que se les pagará. El esposo de Valeria le presiona para que cobre un monto fijo a sus pacientes y le insiste que vaya a trabajar a un hospital para que reciba plata.

También existen los casos, como Paulina y Romina que son ‘convocadas por los doctores’ a atender en los hospitales, donde les reconocen apenas el pasaje o reciben de los familiares. Romina lamenta esta situación porque ella ve como una obligación de su parte asistir si la convocan, pero tiene 8 hijos que mantener, por lo que ir al hospital, para ella “es una pérdida de tiempo, aunque sienta el compromiso de curar a la gente”. (R.P.) Paulina también lamenta que, aunque ella ve importante coordinar con doctores y trabajar lado a lado, ella considera que es injusto el trato que recibe, ya que cuando atiende en un hospital de El Alto, le regalan 10 Bs (1,5 dólar) para sus pasajes, ella considera que este pago no es suficiente por los esfuerzos que ella debe hacer.

#### **6.3.4 La combinación de la partería con otra actividad**

Dadas las condiciones precarias en las que desarrollan su trabajo están obligadas a combinar la partería con otras actividades. Son pocos los casos en los que se dedican exclusivamente a la partería, como es el caso de Lorenza, puesto que ocupa su

tiempo entre su escuela, las consultas a domicilio, en el Hospital de Patacamaya y sus dos consultorios. Luis y Alicia también se dedican exclusivamente a la partería. También existen los que cuentan con otras subespecialidades o poseen laboratorios como Aldo y Jacinta. Por su parte, Valeria es promotora de salud en 3 comunidades: Corpa, Pocoata y Maquelaya. Más precaria es la situación de Yelma, Romina y Paulina que dependen de trabajos eventuales. Aldo lamenta que no se promueva o se den las condiciones dignas para ejercer la partería. Comenta que las parteras y parteros de su municipio prefieren dedicarse a otros oficios con mayores beneficios. Tampoco cuentan con jubilación, lo que las empuja a seguir trabajando aunque estén mayores.

Entonces, como pudimos ver, el preservar el bienestar de la madre es una de las principales características de la atención de las parteras, ya sea en el embarazo, increpando al marido si no le ayuda, en la acomodación al bebé para alivianar su embarazo y facilitar el parto sin complicaciones, mantener el cuerpo caliente para que éste no sufra, respetar los tiempos de cada mujer y adecuar sus procedimientos a cada caso, darle la autonomía para que elija su posición al momento de dar a luz, son ejemplos del abordaje que poseen las parteras respecto a la salud materna. Desde su percepción, algunas intervenciones médicas en los hospitales pueden provocar efectos negativos a la salud de la mujer, tanto a corto como a largo plazo. Se puede evidenciar la diferencia en la percepción hacia el cuerpo, los cuidados de las parteras estarían enfocadas al cuidado de los cuerpos de las mujeres y el abordaje en los centros de salud, orientado más bien al control y sometimiento sobre los cuerpos.

Respecto a las circunstancias en las que las parteras desempeñan su trabajo es importante volver a la interseccionalidad como herramienta para poder entender mejor situación. En este caso, se pudo encontrar elementos como los horarios en los que desempeñan su trabajo, el poco reconocimiento económico que perciben, la multiactividad a la que deben recurrir, entre otros. Todos estos elementos pueden proporcionar una mejor comprensión de la complejidad de su realidad.

#### **6.4 Las políticas públicas en salud desde la perspectiva de las parteras**

Las políticas públicas a analizar son: el proceso de inclusión de las parteras al Registro Único de la Medicina Tradicional Boliviana (RUMETRAB), las salas de parto con adecuación cultural y la creación del consultorio de medicina tradicional “*Qullañ Uta*”. En el análisis se discutirá el proceso de burocratización en la incorporación de las parteras a los sistemas de salud estatales o la serie de requisitos que se presentan como

obstáculos para su inclusión, también se reflexionará desde la percepción de las parteras la pertinencia del término intercultural en las mencionadas políticas de salud.

#### **6.4.1 La burocratización en el proceso de acreditación a parteras**

La Ley N° 459, de Medicina tradicional, establece la creación del Registro único de la medicina tradicional ancestral boliviana (RUMETRAB), “que tiene como objeto establecer mecanismos de control al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana”. (EPB, 2013, Art. 10, Inc. I). Para formar parte de este Registro Único, las parteras deben contar con una matrícula, otorgada por el Ministerio de Salud, a través de la Secretaría Departamental de Salud (SEDES). En la actualidad, la mayoría de las parteras posee unas credenciales, desde 2013, que les daría el derecho de trabajar en centros de salud y en algunos casos, no todos, emitir certificado de nacido vivo, documento que sirve para vacunar al bebé y recibir los bonos del Estado. Lo que se pretende con esta nueva matriculación es adaptarla a la nueva norma, estableciendo nuevos criterios para definir quienes son los médicos tradicionales, sus especialidades y los requisitos que se deben cumplir para ser parte del RUMETRAB.

En retrospectiva, las parteras y parteros afirman que desde 2008 venían exigiendo la creación de este registro único, como una manera de proteger su profesión. En la actualidad, es interesante ver que las interpretaciones son más variadas. Alicia tiene la esperanza que esta matrícula les permita tener un puesto fijo en el SUS (sistema universal de salud), Aldo espera poder trabajar en otras regiones donde no son tan conocidos, para Luis y Paulina les otorgaría garantías para que los biomédicos no les restrinjan el paso a los hospitales y finalmente, una gran mayoría anhela que su estatus y situación económica mejorase al ser acreditados y reconocido por el Estado.

Los requisitos, según el DS 2436, para matricularse son: a. nacionalidad boliviana; b. certificado de nacimiento; c. cédula de identidad y d. llenado de formulario de RUMETRAB. (EPB, 2015, Art. 5, Inc. I) En el Inc. II del mismo artículo agregan que “el procedimiento y requisitos según especialidades serán reglamentadas por el Ministerio de Salud”. (Art.5, Inc. II, 2015) Pese a que estos reglamentos figuran en la ley, funcionarios del VSTI han agregado otros: REJAP (Registro policial que afirma que no tienen antecedentes penales), otorgado por la Policía Boliviana, el aval de la comunidad, afirmando que conocen a la partera, aval de la posta o centro de salud, que verifiquen si han atendido junto con los doctores, según lo relatado por Jacinta. Desde entonces, los requisitos han crecido, llegando a 13, según Federico Añez, Presidente del Consejo Departamental de Naturistas de La Paz.

Respecto al avance del proceso de matriculación, los y las parteras ven con preocupación su ralentización y las numerosas y crecientes trabas que deben atravesar para adquirir su matrícula. Si bien se acordaron en conjunto los requisitos que plantea la ley, el VMTI de manera unilateral ha ido incorporando cada vez más requisitos, muchos de ellos que no están relacionados con la práctica misma de las parteras como ser el certificado judicial (que afirma que no ha delinquido), en los varones inclusive se pensó en exigirles su libreta de servicio militar. Romina expresa su frustración, ya que cada vez que va al VMTI para ver el avance de su proceso de acreditación, se lleva la sensación de que cada vez le falta más y que está perdiendo el tiempo.

Este hecho muestra un fenómeno muy recurrente en la etapa posconstituyente en Bolivia. La CPE (2009) ha jugado un papel importante en la construcción de un nuevo Estado, por la participación activa de organizaciones sociales para aportar a los contenidos. Alicia reivindica que las conquistas sociales se deben al trabajo y esfuerzo de la organización de los médicos tradicionales y parteras, contraponiendo a la idea de que todos estos avances fueron y son concesiones del Estado: "En base a mucho trabajo nos ha costado también hacer aprobar esa ley y su reglamento... ya formamos parte del viceministerio de medicina tradicional". (A.C.) Sin embargo, las parteras lamentan que luego, los funcionarios públicos se hayan apropiado de estas conquistas y en lugar de impulsarlas, se haya dado un proceso de estancamiento y burocratización.

Para Costas, los funcionarios públicos encargados del posterior desarrollo normativo y la construcción de políticas públicas, no le han dado continuidad a este proceso transformador y más bien han obstaculizado las transformaciones del Estado. (2018, p. 85) Santos denomina a este momento como desconstitucionalismo. Él plantea que los procesos constituyentes solo son "puntos de partida para cambios de época" y que en un primer momento la vieja política puede subsistir disfrazada de nueva, produciendo una serie de boicots para frenar los avances. (2012, p. 14) Entonces, una de las principales consecuencias de la desconstitucionalización y burocratización del proceso fue el muy bajo porcentaje de parteras que están logrando acceder al proceso de matriculación. Tomando en cuenta que el número de afiliadas en el departamento de La Paz, son 60, solo han sido elegibles para acceder a la matriculación, 14 parteras. De las cuales, hasta enero de 2020, sólo 2 parteras obtuvieron su matrícula. Alicia reconoce que el proceso de matriculación es más estricto de lo que se esperaba y ha perjudicado a los propios miembros de su organización por la dificultad de cumplir con los requisitos.

Otro elemento que llama la atención es la concepción de la matriculación, como “algo parecido” a la matriculación de los biomédicos. En enero de 2020, en el acto de entrega de matrículas a prestadores de servicio de la medicina tradicional, el VMTI aseguró que el proceso de matriculación fue elaborado sobre la base de las matrículas profesionales (se refiere a los biomédicos) emitidas por el Ministerio de Salud (El Diario, 2020). Entonces, parecería ser que la concepción sobre la “profesionalización” de los médicos pasa por la homogeneización o igualación a la profesión biomédica. Sin embargo, cuando se revisa los requisitos para obtener la matriculación biomédica o SIREPRO, se encuentran muy pocos requisitos: a) formulario de prerrequisito, título de estudios universitarios, cédula de identidad y el costo de la matrícula (para nivel licenciatura 266 Bs (38 dólares americanos) y para nivel técnico 140 Bs (20 dólares americanos). (Ministerio de Salud, s.f.)

Volviendo a la lectura de las monoculturas y la producción de no existencia. En el caso de la monocultura de la naturalización de las diferencias, en el ejemplo de los requisitos para matriculación de biomédicos y médicos tradicionales y parteras, se puede observar que, aunque discursivamente se habla de igualdad jerárquica, en los hechos se reproducen deliberadamente las jerarquías, poniendo innumerables trabas a las parteras, para mantener la diferencia entre lo superior, la biomedicina e inferior, los otros sistemas médicos.

#### **6.4.1.1 La evaluación de sus conocimientos**

El examen de competencias fue un requisito incorporado tardíamente, con el fin de evaluar los conocimientos que poseen los médicos tradicionales y parteras. Hubo rechazo por parte de ellos, por imponer este requisito sin consenso previo. No les han avisado con tiempo y se han negado a explicar sobre los contenidos de la misma, diciéndoles que si son parteras preparadas van a aprobar el examen (A.C.). La ley establece que, a parte de los 4 requisitos principales se pueden agregar más, de acuerdo a cada especialidad, sin embargo, no está muy claro los criterios por los que se agregó este examen. Quizás, la evaluación fue pensada como un “equivalente” al certificado de formación universitaria que se les pide a los biomédicos.

Esta evaluación fue llevada a cabo el 29 de enero de 2019, participaron 11 parteras y tres parteros. El director de medicina tradicional, que es biomédico elaboró los contenidos y dirigió el examen. Había la opción para hacerlo oral o escrito, se daba la opción de la modalidad oral para las parteras mayores, con menor facilidad de escribir y español. 3 parteras mayores pidieron esta opción. Una jovencita pidió hacer el

examen de forma oral pero no le permitieron, argumentando que ella podía escribir, no necesitaba el oral. Una vez con el examen en mano, fueron muy recurrentes los pedidos para que les aclaren los términos biomédicos. (Nota de campo, N°2) Al final, los organizadores del examen reconocieron que habían usado el mismo examen con el que evaluaron a los naturistas, argumentando que ambos tienen en común el conocimiento de “anatomía”, refiriéndose al cuerpo humano. Según Alicia, todos habían reprobado, pero les informaron que “les harían pasar” a manera de compensación porque el proceso de matriculación estaba demorando y ya estaban perjudicándose bastante.

El examen debía hacerse en español, escrito y con contenidos biomédicos. En ese sentido fue elaborado para reprobado a las parteras y parteros. Desde la monocultura del saber, un tipo de conocimiento es el considerado oficial y válido. Considerando al resto como menos relevantes y complejos, en ese sentido se entendía lógico agruparlos en una misma categoría, al someter tanto a naturistas como a parteras al mismo examen, desconociendo el sistema complejo de especialidades que poseen. Por otro lado, no solo está el desconocimiento a un tipo de conocimiento, sino a sus agentes. La manera en cómo está siendo concebido el proceso de matriculación así como el examen, está claramente identificado quien decide lo que el otro es, o sea se enmarca en la monocultura de la naturalización de las diferencias. Esta división, ubica a un lado de la línea del pensamiento abismal al sujeto, quien determina que es o no conocimiento y del otro, a los evaluados. Entonces, la decisión de “hacerlas pasar” como una manera de demostrar que quienes tienen el poder de decisión sobre su profesionalismo son de los agentes biomédicos, en este caso los funcionarios estatales.

En defensa de las parteras Alicia afirma que ellas saben, conocen de su profesión y que no han tenido la oportunidad de demostrarlo por la manera en cómo fueron evaluadas: "claro ellas entienden, entienden lo que es, saben cómo curarles, como curar y en su idioma, seguramente los médicos tienen sus palabras, de hablar, sus términos". Cuando se le preguntó a Alicia qué tipo de conocimientos se le tendría que haber evaluado, ella respondió que se debería preguntar sobre la manera en cómo las parteras enfrentan las complicaciones que se les presenta: ¿qué hacer si la paciente es anémica?, ¿cómo tratar a una paciente diabética? Lo que plantea Alicia como propuesta se asemeja a una de las características de la traducción intercultural, que se refiere a identificar preocupaciones concretas y las diferentes respuestas que se proporcionan, ósea acercarse al otro y su forma de pensar, como bases para posibles diálogos.

Finalmente, Alicia afirma que el examen ha desanimando a las parteras: "algunas no saben escribir ni leer, si les van a aplazar es para desanimarles". Ella lamenta que las parteras mayores, con mayor experiencia reciban ese trato, porque considera que se las ha humillado. Este requisito ha llevado a algunas parteras a dudar de la necesidad de tramitar su matriculación: "no les interesa tener matrícula porque tienen bastante paciente, trabajan a domicilio". (A.C.) Jacinta afirma que no importaba si la hubiesen aplazado: "esa matriculita (pensaba que) me va a cubrir, pero hasta 35 años no me ha pasado nada". (J.T.) Otro elemento contradictorio del examen fue haber elegido a las personas mayores con más experiencia, pero menos familiarizadas con el español, con la escritura y con términos biomédicos. Por ejemplo, Alicia menciona que las parteras más jóvenes no han podido entrar en la lista de los beneficiarios por falta de experiencia, sin embargo, lo irónico es que quizás ellas sí habrían podido rendir mejor en el examen. Entonces, el examen es un ejemplo de las acciones contradictorias que emanan de funcionarios públicos que todavía responden a la lógica del pensamiento abismal, pese a que la CPE y las leyes hayan avanzado un poco más hacia el respeto mutuo entre diversidad de saberes y prácticas.

## **6.4.2 Relacionamiento jerarquizado entre biomédicos y parteras**

### **6.4.2.1 Las salas de parto con adecuación cultural**

Las salas de parto con adecuación cultural han sido construidas dentro de los centros de salud, con la intención de dar a la parturienta la posibilidad de elegir entre una sala obstétrica y ser atendida por un biomédico o en una sala ambientada dentro de sus prácticas culturales, siendo atendida por un biomédico o partera. Esta política está orientada a institucionalizar el parto, partiendo de la premisa de que el parto domiciliario, en términos generales, es riesgoso. Durante el trabajo de campo se visitó el municipio de Calamarca en dos oportunidades (2018 y 2019), para evaluar el funcionamiento de las salas de parto con adecuación cultural. Calamara forma parte de la red 13 de salud<sup>31</sup> y hasta 2018 contaban con el apoyo de la ONG Médicos del Mundo para implementar estas salas de adecuación cultural, junto al Gobierno Municipal de Calamarca. En dicho municipio existen dos salas de parto con adecuación cultural, uno en el pueblo de Calamarca, capital del municipio y otro en San Antonio de Senkata.

En el caso de San Antonio de Senkata se pudo conversar con el partero Aldo y con Mariela Ulloa, médica general del Centro de Salud, ambos afirmaron que trabajan

---

<sup>31</sup> El territorio nacional está dividido en redes de salud, abarcando cada red, entre 8 y 10 municipios.

coordinadamente. Los y las parteras informan constantemente sobre el estado de sus pacientes y acompañan a las mujeres en el domicilio, hasta que, si el caso lo amerita, son derivados al centro de salud. Una vez ahí, la doctora Mariela explica las ventajas de atender en estas salas de parto con adecuación cultural, resaltando las similitudes con el parto domiciliario, donde las mujeres se sienten seguras ya que acude su esposo o algún otro familiar. Por otro lado, afirma que no se atiende en el modelo biomédico. Ante el temor que manifiestan las mujeres por ser atendidas en el hospital, ella describe cómo las convencen: “Les mostramos que cosas se les va a hacer, que va a tener ahí, que van a venir sus familiares, que va a estar cómoda que no tenga miedo, porque ellos tienen miedo de que lleguen aquí al hospital” (M.U.)

Nuevamente se resaltan los beneficios de las prácticas de la partería tradicional, en el contexto del parto domicilio, incluida la comunicación fluida, la explicación de los procedimientos a realizarse, buscar disipar los temores que se tiene sobre el parto institucionalizado. Un elemento que también garantiza el funcionamiento de la sala de parto en San Antonio de Senkata es la disponibilidad que se tiene de una ambulancia para recoger a las pacientes de sus casas. San Antonio de Senkata es una región con acceso comunicacional muy precario, por tanto, el uso de la ambulancia es muy necesario: “cuando ellos nos avisan a través del (teléfono) corporativo de que ya están con dolores, nosotros acudimos a su domicilio y lo trasladamos y como ya conocen ellos, aceptan venir”. (M.U.) De lo detallado podemos evidenciar que una serie de elementos garantiza la positiva coordinación entre biomédicos y parteras y que, en este caso, la sala de adecuación cultural, más que ser un elemento utilizado para eliminar el parto domiciliario, es funcional al trabajo coordinado entre biomédicos y parteras.

Por su parte, el Centro de Salud de Calamarca también cuenta con una sala de parto con adecuación cultural. En la primera oportunidad que se visitó dicho establecimiento en abril de 2018, con el acompañamiento de la encargada del componente interculturalidad y género de Médicos del Mundo, se pudo evidenciar que la sala de parto funcionaba con la participación de las parteras y parteros del municipio. Una segunda visita fue en agosto de 2019, (Nota de campo N° 4) cuando Médicos del Mundo había terminado el proyecto que tenía en la región, en esta última visita se pudo constatar que, si bien la sala de parto seguía funcionando, el ingreso de las parteras estaba prohibido por no ser “personal calificado para la atención en salas”. Ramiro Galo, médico del Hospital de Calamarca, lo primero que afirmó cuando fue consultado sobre las salas de parto, fue: “usted debe pensar que es un retroceso, pero la ley SAFCI

nos lo exige”. Luego agregó: “Para muchos estudiosos, por ejemplo, la política SAFCI es un retroceso, es incentivar a esto solamente (señalando la sala de parto con adecuación cultural) entonces algunos médicos discrepan, no comparten”. (R.G.)

Figura 2. Sala de parto con adecuación cultural en Calamarca



*Pie de foto arriba izquierda: Entrada del edificio de maternidad del Hospital de Calamarca*

*Pie de foto arriba derecha: Entrada a la sala de adecuación cultural*

*Pie de foto abajo izquierda: Interior de la sala de parto con utensilios de cocina*

*Pie de foto abajo derecha: interior de la sala de parto, cama, mesa y cuna para recién nacido*

Pese al sentido de vergüenza que le provoca las salas de parto, reivindica que el fin principal de las salas de parto es la disminución del parto domiciliario por ser considerado la principal causa de mortalidad materna: “esta política se ha creado con ese objetivo, para que las mamás ya no tengan sus hijos en sus casas, puesto que la tasa de mortalidad estaba alta”. (R.G.) Si bien, en un principio estas salas fueron pensadas para que se trabaje conjuntamente con las parteras, él explica porque se les prohíbe el ingreso: “No es que no le dejamos entrar, sino que es el personal calificado el responsable de la atención del parto. Nadie aquí que no esté titulado con una matrícula, puede trabajar aquí”. (R.G.) Sin embargo, más tarde agrega que cuentan con el apoyo de un interno (estudiante de medicina casi por titularse): “El interno nos colabora, porque éste es también un centro de formación, vienen a capacitarse, generalmente todo el año

tenemos ese apoyo, son personal de salud de apoyo”. (R.G.) Lo contradictorio de esta afirmación es que, por un lado, no se permite que trabajen en la sala a las parteras por ser personal no calificado, sin embargo, cuentan con el apoyo de un practicante, que en realidad tendría menos experiencia que la partera.

Durante el grupo focal realizado con parteras y parteros de Calamarca, fue confirmada la nueva política del centro de salud, de prohibirles el ingreso a dicho establecimiento. Cuando se les preguntó sobre su opinión, ellos consideran que hay poca valoración hacia la partería, por no tener la misma fuente de formación, por otro lado, creen que los médicos sienten recelo de perder pacientes en los centros, porque, ellos afirman, la gente sigue prefiriendo el parto domiciliario atendido por ellos.

Figura 3. Parteras y parteros de Calamarca



*Pie de foto: Grupo focal con parteras y parteros de Calamarca*

Entonces, el funcionamiento de las salas de parto con adecuación cultural va a ser definido por diversos factores, determinados por el respaldo o no de las autoridades municipales, el financiamiento existente o no de la cooperación, la buena voluntad o no de los biomédicos y finalmente, la preferencia o no por el parto domiciliario. Es importante evidenciar acá que la combinación de estos factores puede dar múltiples resultados, como los 2 ejemplos que se dio, en el mismo municipio. En ambos casos se pudo evidencia el poder de decisión que recae sobre los biomédicos para coordinar con las y los parteros. En el caso de Senkata se decidió convocarlos y ante los ojos de la doctora se mostraron resultados favorables. En el caso del centro de Calamarca les prohibieron la entrada al centro de salud, descartando cualquier tipo de coordinación.

Es importante analizar la idea de retroceso con la que explican la incorporación de las prácticas culturales indígenas, alegando además que la SAFCI, nueva política de salud, que incorpora nociones sobre medicina intercultural o el reconocimiento de la

medicina tradicional, son también un retroceso. Este retroceso para los biomédicos es mas bien interpretado como un avance e inclusive un logro de las propias organizaciones de los médicos tradicionales y parteras. Vemos como el pensamiento abismal, también produce la no existencia de otras temporalidades, ósea donde se valorice lo tradicional sin ver visto como algo retrógrado.

#### **6.4.2.2 La relación entre biomédicos y parteras en otros ámbitos**

Otros ejemplos de coordinación entre biomédicos y parteras, demuestran que la decisión que coordinar la tiene el biomédico, Aldo compara la relación que hay entre médicos tradicionales y biomédicos en dos poblados vecinos: Calamarca y Collana: "En el Distrito de Collana, la médica es la Antonia se llama la Jefe médico, ella dice: 'ya, así coordinamos, así vamos a hacer así' -apoya harto, aquí (pueblo de Calamarca) no, totalmente dispersos" (A.T.) Él afirma que en Calamarca (pueblo) el médico de turno ponía trabas y que inclusive había dicho a otros médicos: 'no le des tanta posibilidad porque ellos no más se van a hacer capos<sup>32</sup>'. La esperanza de Aldo es que cuando el citado médico termine su gestión en Calamarca llegue otro médico más colaborador: "a mí me parece que si el doctor Pablo deja de ejercer el cargo o se va a La Paz o a otro lugar, tal vez con otro médico podríamos hacer". Pero puede suceder lo contrario.

Tanto Yelma como Valeria son llamadas regularmente por biomédicos para atender en centros de salud. Sin embargo, como en la mayoría de los casos, no responde a un acuerdo institucional, sino sobre todo a la decisión de determinados biomédicos, que convocan a las parteras, conociendo los beneficios de sus prácticas. El problema es cuando este personal médico cesa sus funciones en dicho establecimiento y se vuelve a la incertidumbre si se podrá o no coordinar con el nuevo personal médico. Entonces, podríamos decir que existe un "sistema de voluntades", donde el poder de decisión recae sobre el biomédicos y que la situación puede ser positiva, si el médico decide que la partera le apoye o negativa, si se niega a coordinar. Esta relación jerarquizada sustituye a una política institucional donde se dé una articulación más equilibrada.

Si bien, Valeria trabaja regularmente con médicos en los dos establecimientos que trabaja, cuando le pregunté si coordinaba con los médicos me dijo que no: "Todavía yo no he trabajado con ellos, con la doctorita nomás estoy". (V.T.) Entonces, parecería que el vínculo que se tiene entre biomédico y la partera no es entendido como

---

<sup>32</sup> Equivalente a experto.

articulación, quizás porque se tiene una idea más equilibrada del mismo, que pueda incluir, inclusive, un reconocimiento económico.

La situación arriba expuesta muestra que la relación entre biomédicos y parteras ya está condicionada a la jerarquización. Cuando Alicia fue consultada sobre la importancia o no de coordinar con los médicos, dijo con contundencia: “necesitamos de los médicos, necesitamos porque siempre se nos presentan casos con riesgos”. Ella afirma que los médicos poseen conocimiento que las parteras no los poseen y cuando se presentan situaciones de riesgos, indudablemente deben intervenir los biomédicos: “no podemos salvar todo, necesitamos de los médicos”. (A.C.) Sin embargo, ella afirma que esa sensación de incompletitud no es correspondida por los biomédicos: “a veces los médicos eso no nos entienden, siempre estoy escuchando, que no se deben hacer atender en domicilio dicen, pese a que siguen viniendo las señoras donde nosotros”. (A.C.) Entonces, desde la percepción de las parteras y médicos tradicionales no solo hay rechazo a ellos sino también una sensación de ser constantemente observados y juzgados. Federico, uno de los promotores de políticas públicas para valorizar la medicina tradicional y pese a la experiencia amplia de haber trabajado con biomédicos llega a la siguiente conclusión: “hay algunos que nos aceptan y otros que no, diciendo: ‘nosotros hemos estudiado 4 años o 5 años, nos hemos quemado las pestañas, para que otro que no ha estudiado venga a trabajar aquí’”. (F.A.) Algunos manifiestan que este rechazo es injustificado dada la experiencia de algunos casos en los que la articulación ha sido efectiva para ambos. Lastimosamente, el seguir bajo “el sistema de voluntades” necesariamente está provocando que la relación jerarquizada se refuerce. Si bien, antes se les prohibía tajantemente atender en los hospitales, ahora se lo hace, bajo la tutela y en los términos del biomédico.

Esta relación jerarquizada se ha replicado en la relación entre parteras. Por lo general, las parteras manifiestan cierto miedo o inseguridad de trabajar con los biomédicos. Sin embargo, existen diferencias entre quienes tienen mayor cercanía o no con ellos, mostrando cierta jerarquía entre ellas. Esto también se traduce en cierta admiración hacia quienes han perdido el miedo y ganado la confianza al trabajo con biomédicos. Como lo expresa Valeria: “La hermana Lorenza está trabajando en el hospital. Pero, bien que las hermanas estén trabajando con los doctores. Ellas ya están acostumbradas, no tienen miedo”. Esta jerarquía de parteras basada en la proximidad con el sistema biomédicos evidencia las desigualdades en las que las parteras deben trabajar con los biomédicos. El miedo y la inseguridad que experimentan es el resultado

de expresiones, verbales o no, de desaprobación y rechazo hacia las parteras, sus prácticas y la remota posibilidad de trabajar con ellas de una manera no jerarquizada.

La actitud de superioridad de parte de los biomédicos respecto a las parteras puede evidenciarse en el relato de Yelma, una de las parteras con más años de experiencia, fue capacitada en 1995 y desde entonces ella reporta<sup>33</sup> a los biomédicos sobre los partos que atiende a domicilio. Ella siente cierto orgullo por ser merecedora de la admiración de los biomédicos y de recibir cumplidos como: “‘No estaba así Yelma, vos tienes magia, qué tienen tus manos’ - ellos me miran y me dicen que tengo que estudiar”. A lo que ella les responde: “‘sinceramente doctor’ -yo les digo- ‘ustedes solo saben teoría, les falta práctica’”. (Y.C.) En el presente testimonio se puede observar la jerarquía que imponen ciertos médicos entre sus conocimientos y el de las parteras. Por un lado, identifican las habilidades de Yelma como magia, como si no fueran fruto, más bien, de más de 50 años de experiencia y por otro lado, le recomiendan estudiar para estar al mismo nivel de ellos, los portadores de un conocimiento más valorado. Por otro lado, la respuesta de YC muestra que ellas consideran sus saberes como totalmente paralelos al conocimiento biomédico y los consideran válidos para su trabajo.

Parecería que mientras más precarias sean las circunstancias, la coordinación entre biomédicos y parteras se hace más necesaria. Bernardo explica: “en la ciudad, en su mayoría, los hospitales cuentan con todo al alcance... en cambio en el área rural obligatoriamente, tienes que valerte con todos los medios posibles”. (B.T.) También se puede ver que hay otro tipo de valoración hacia el trabajo de las parteras. En las zonas urbanas hay mayor rechazo para trabajar conjuntamente, quizás porque está relacionado con lo rural y lo urbano se considera ‘superior’ y permitir prácticas tradicionales en los hospitales sería un retroceso, como lo expresado arriba por otro médico. En el caso de los biomédicos en el ámbito rural, es el ente externo de una red social comunitaria alrededor del parto domiciliario y la partería tradicional. Entonces, es el biomédico el que tiene que adaptarse a esta red y una manera de engranar es incluir a las parteras.

Entonces, la realidad en las zonas rurales, en algunos casos fuerza a biomédicos y parteras a coordinar mejor. En el Centro de Salud de San Antonio de Senkata, los médicos promueven la atención domiciliaria, tanto los controles prenatales como el parto: “vamos a sus casas, se les hace el control porque si o si tienen que contar

---

<sup>33</sup> Al finalizar las capacitaciones de 1995 las parteras se comprometieron a reportar los partos domiciliarios, esto para hacer un seguimiento a su labor y a cambio los médicos les proporcionaban un maletín con material: cortauña, una cinta médica, jaboncillo, gasa, guantes y otros. (A.C.) Y.C. es la única que sigue reportando sus partos.

con sus ecografías para saber si tiene un alto riesgo (su embarazo)”. Más tarde, se refiere a la necesidad del apoyo del partero, como traductor cultural, si las mujeres se resisten a algún procedimiento biomédico: “ahora si no nos quiere entender a nosotros al partero le explicamos y él va a explicarles de por qué es importante que se les realice ecografía”. (M.U.) Por otro lado, decidieron no intervenir en las preferencias de dar a luz en domicilio; más bien optaron por estar alertas si el partero o partera solicita su ayuda: “ellos son los que atienden los partos en domicilio, pero cuando realmente necesitan nuestra ayuda nos llaman, conjuntamente con él ya atendemos el parto” (M.U.). Por tanto, hay una confianza mutua, no solo en las capacidades del otro sino también en la valoración para requerir el apoyo mutuo. Esto no quiere decir, que necesariamente estén de acuerdo sobre todos los procedimientos del otro. Por ejemplo, en San Antonio de Senkata, la doctora no está de acuerdo en el manto (acomodo del bebé haciendo rodar a la mujer embarazada sobre una frazada suspendida) pero en vez de prohibir esta práctica, hace seguimiento para evitar efectos contraproducentes.

Volviendo a Santos, él plantea que una de las primicias para el diálogo intercultural es tomar conciencia de la incompletitud de cada sistema de conocimiento. En ese sentido, la articulación contribuiría a complementarse entre un sistema y otro. Se podría decir que algo muy parecido sucede en algunos centros de salud en las zonas rurales. Bernardo, hace referencia a la falta de personal en su centro de salud: “no somos varios los médicos que trabajamos allá, muchas veces las parteras son las que nos colaboran”. Si bien hace referencia a las parteras como personas que cubrirían la deficiencia numérica de personal médico, también se refiere a la necesidad de mejorar la coordinación entre médicos y parteras. No sucede lo mismo, con lo descrito por Alicia, donde las parteras sí necesitan de los biomédicos porque hay circunstancias en las que ellas no pueden curar, sin embargo, esta afirmación no está secundada por la necesidad de los biomédicos de contar con el apoyo de las parteras, aunque hay excepciones. Del ejemplo de San Antonio, se pudo hablar de la ecología de saber y la producción de conocimientos y prácticas colectivas a partir de la realidad y necesidades locales.

### **6.4.3 Políticas públicas de apoyo a la medicina tradicional**

Crear un consultorio donde los médicos tradicionales y parteras puedan atender solos y preservando sus prácticas, ha sido la manera en que el Gobierno Municipal de La Paz, ha decidido apoyarles. *Qullañ Uta* (casa de la medicina o de curación en aymara) consiste en un consultorio donde atienden dos especialistas por día, uno en la mañana de 9am a 1pm y otro en la tarde de 1pm a 5pm. Los especialistas rotan cada

mes, por ejemplo, un mes les toca en la mañana a un líder espiritual y en la tarde a una partera, el siguiente mes, por la mañana le toca a un médico tradicional y por la tarde a un naturista. Ya lleva funcionando 6 años, fue creado en abril de 2014, el primer consultorio se encuentra en la Plaza Alonso de Mendoza, un segundo consulto fue creado en zona Alto Valle Hermoso, en 2019 y se prevé la creación de otros más.

Desde el punto de vista de las autoridades municipales, la relevancia de la medicina tradicional está en su “capacidad de persistencia y adaptación a la vida urbana” así como la persistencia en el consumo masivo del mismo. (La Paz Culturas, s.f.)<sup>34</sup> Por ejemplo, en una encuesta llevada a cabo entre 2012 y 2013 habrían encontrado que un 72% de los encuestados habría utilizado medicina tradicional más de una vez. 74% de los cuales, habría quedado satisfecho y un 81% está de acuerdo que se habiliten espacio para que los médicos tradicionales ofrezcan sus servicios.

Figura 4. Qullañ Uta



*Pie de foto arriba izquierda: frontis del Qullañ Uta*

*Pie de foto arriba derecha: ritual andino por el 5º aniversario del Qullañ Uta*

*Pie de foto abajo izquierda: entrada al consultorio con el detalle de los especialistas*

*Pie de foto abajo derecha: partera tradicional esperando paciente adentro del consultorio*

<sup>34</sup> Recuperado el 22 de agosto de 2019.

En *Qullañ Uta* la atención es gratuita, solo se deben registrar su visita a la entrada con una funcionaria de la Alcaldía. El prestador de servicio también debe registrarse, poniendo la hora de entrada y de salida en un cuaderno. Al final de mes, recibirá un sueldo de 1400 Bs. (200 dólares) Puede considerarse que hasta la fecha es la única política pública donde se les reconoce económicamente por su trabajo. Su representante, una laboratorista es quien recibe un sueldo mensual que es repartido entre quienes atendieron ese mes. Según Federico, uno de los impulsores, un total de 24 médicos tradicionales y parteras rotan al año. Él identifica como una ventaja el poder trabajar solos y en sus propios términos: “tenemos bastante pacientes y ahí no interfiere, no viene, el médico académico, porque cuando estamos en el Centro de Salud no hay una verdadera articulación, somos vistos como un infiltrado”. Alicia afirma que está dando resultados por la buena coordinación entre ellos, ya que se aseguran que una mayor cantidad de afiliados participen y se beneficien económicamente.

Si bien las parteras se benefician de trabajar en este centro una vez cada cierto tiempo, también les sirve para promocionarse, por ejemplo, Valeria ve como una ventaja de trabajar ahí y hacerse conocer. Afirma que la primera consulta la realiza en *Qullañ Uta*, y lleva y ofrece sus medicinas, pero en la mayoría de las veces continúa el tratamiento en su domicilio y esta vez el paciente debe pagar por la consulta. Alicia afirma: “nos hacemos conocer, saben que venimos solo por el mes y después nos llaman”. Entonces, desde la mirada de los prestadores de la medicina tradicional en general, se valora que se les abra un espacio para que puedan ejercer su profesión sin la mirada permanentemente sospechosa de los biomédicos. En ese sentido, hay un apoyo a la medicina tradicional, en sus propios términos y sus prácticas. Entonces, es una política que se concentra en potenciar las prácticas de los médicos tradicionales y parteras, sin necesidad de incluirlos en los sistemas de salud.

¿De qué manera es vista la interculturalidad en este tipo de políticas? A primera vista parecería que se enfoca principalmente en el apoyo a la medicina tradicional, sin embargo, desde el punto de vista de las autoridades gubernamentales municipales, la interculturalidad está pensada como una manera de “democratizar el acceso a la salud”. (La Razón, 2014) Según el Director de Gobernabilidad del Municipio de La Paz, Pedro Susz, el enfoque intercultural de esta política está en que la población se nutra de información y orientación para que ella pueda elegir alternativas de curación de forma libre y sin ninguna imposición. (Bolivia.com, 2014) En ese sentido, la interculturalidad podría ser entendida como dar la oportunidad al paciente de

tener mejores condiciones para acceder al tipo de consulta que desee. Otro testimonio en la misma nota de prensa refuerza esta idea cuando expresa que, como pacientes ya no estarían a merced de charlatanes, esto es, personas que engañan a sus pacientes haciéndoles creer que son curanderos. Esta afirmación muestra por un lado, que existe todavía cierto prejuicio sobre la práctica de la medicina tradicional, sus practicantes están ante la sospecha constante, pero por otro lado, esta iniciativa les permite a los médicos tradicionales y parteras a salir de la clandestinidad y el anonimato, por tanto, otorgarles mejores condiciones para relacionarse con sus potenciales pacientes.

Entonces, podríamos estar ante un proceso de desandar de la producción de no existencia de sus saberes y prácticas y de sacar de la clandestinidad y sospecha permanente a las prácticas de la medicina tradicional. Esto condicionaría un escenario posabismal, cuya principal condición es la copresencia radical, donde diversas prácticas y sus agentes se desenvolverían en términos iguales. Pero, dada las condiciones en las que trabajan las parteras: solo un mes, cada cierto tiempo, no permitiría la copresencia radical de forma permanente, ni estructurada, porque el Centro de Atención *Qullañ Uta* es un esfuerzo todavía pequeño donde si bien el apoyo económico es importante, significa también un monto muy pequeño comparado con el que se recibiría trabajando a tiempo completo en su propio consultorio.

Inspirados en el *Qullan Uta* algunas parteras proponen la creación de este tipo de espacio, pero al interior de centros de salud, donde la gente puede decidir por quien ser atendidos. O sea, quieren abrirse espacios en la institucionalidad médica pero manteniendo sus prácticas en una esfera diferenciada. En el caso de Alicia se puede entender la preferencia por un consultorio dentro de un centro de salud, por la confianza y tranquilidad que ella siente al estar cerca de los médicos, a quienes, ella afirma, se los necesita. En el caso de otras parteras, quizás habría cierto recelo o inseguridad de tener un consultorio dentro del centro de salud. Pero la propuesta podría resumirse en mantener las esferas separadas, cada uno desplegando sus saberes mientras que al mismo tiempo comparten el espacio físico dando la oportunidad al paciente de escoger con que especialista quiere ser tratado y con la seguridad de contar con biomédicos y médicos tradicionales igualmente confiables.

## **6.5 Los alcances de la interculturalidad**

Al realizar las entrevistas a las y los parteros, esperé hasta el final de la misma para mencionar el concepto de interculturalidad, para saber si aquella noción les era familiar o más bien lejana o inexistente. En la mayoría de los casos, no surgió el tema

hasta que les pregunté qué significaba para ellos la medicina intercultural o la interculturalidad. Hubo varias interpretaciones sobre el término, Alicia y Luis se refieren a la interculturalidad como la estructura gubernamental (el viceministerio, la dirección, etc.) que se enfoca en apoyar a la medicina tradicional. El hecho de que la interculturalidad sea sinónimo de burocracia estatal se evidencia cuando Yelma afirma: “ellos ya controlan lo cultural, antes no había eso, con mi mamá atendíamos tranquilas, nadie te molestaba”. Es decir, para Yelma es sinónimo de intromisión del Estado a las prácticas de la medicina tradicional.

Para otras parteras/os la interculturalidad es algo todavía a construir y lo asimilaban al proceso de articulación con los biomédicos y a la necesidad de potenciar la medicina tradicional desde el Estado. Es pertinente la aclaración que hizo Federico, cuando se le consultó sobre la interculturalidad: “una cosa es la medicina intercultural y otra muy diferente es la medicina tradicional”. Para él la medicina intercultural está siendo concebida como la inclusión de las prácticas de la medicina tradicional pero no así sus actores. En ese sentido parecería que no se sienten identificados con el término.

Al hablar del accionar de las instancias gubernamentales y sus funcionarios, Alicia lamenta que el manejo político esté impidiendo el avance de las políticas ya establecidas por la constitución: “la salud para nosotros no tiene un color (político), sin embargo, estos cargos que llegan a **nuestro** viceministerio y **nuestra** dirección es político”. (A.C.) Nótese la expresión al referirse al viceministerio y a la dirección de medicina intercultural, como algo creado por ellos, pero que ahora es manejado por otros. Esta desconfianza también se retroalimenta por las autoridades que incumplen sus compromisos. Alicia comenta “bien sería que sigan adelante, hacen (se inicia) y se desaparecen (no hay continuidad), no sacan adelante”. A esto hay que agregarle la constante rotación de autoridades y la poca voluntad política. Estamos nuevamente, ante la evidencia de que el proceso que una vez tenía carácter transformador, poco a poco se ha tornado en el reforzamiento de estructuras coloniales y/o la desconstitucionalización.

Para las parteras, pese a la existencia de política públicas interculturales, el Estado, estructuralmente se opone a la partería tradicional. Un ejemplo de esto es la condicionalidad de la atención hospitalaria para recibir bonos y beneficios. Alicia manifiesta que, al no poder lograr la disminución de la partería, recurren a sancionarla. En una oportunidad, una de sus pacientes quiso vacunar a su bebe recién nacido y en su certificado de nacido vivo figuraba que había sido atendida por una partera y le negaron la vacuna además de haber sido tildada de irresponsable, por haber sido atendida por

partera. Otras represalias están dirigidas a negarles los bonos Juana Azurduy, que les permiten recibir insumos alimenticios por el primer año de su bebé.

Las incongruencias del actuar del Estado no terminan ahí, hay quienes por miedo a represalias deciden hacerse atender en los hospitales y llegado el momento les niegan el ingreso. Alicia comenta de otra de sus pacientes: ya le había atendido tres partos y estaba nuevamente embarazada, hizo sus controles en el hospital, dispuesta a hacerse atender el parto ahí para recibir los beneficios. En su último control le habían programado una cesárea porque el bebé estaba en posición transversal. Buscó a Alicia para que le acomode al bebé, en la próxima ecografía, el bebé se mostraba en correcta posición para nacer normalmente. Cuando le comenzaron los dolores, fue al hospital y le dijeron que todavía falta, ella insistió y la internaron, en el siguiente turno el médico entrante la vuelve a despachar a su casa diciendo que falta todavía, al tercer día con dolores fuertes tampoco le han querido aceptar. En ese momento volvió donde Alicia, quien la atendió rápido porque el bebé estaba por nacer. Luego, al querer hacer vacunar a su bebé la amenazan con no hacerlo en represalia por hacerse atender por partera. Entonces, pese a que decidió hacerse atender en el hospital, ha sido rechazada 3 veces, decide hacerse atender por partera y aún así la punen, al negarle atención posterior. Afortunadamente, Alicia, asesoró a su paciente, porque por norma no pueden negarles ni la vacuna ni los bonos. Lastimosamente, no siempre habrá alguien que esté actualizado y pueda asesorar a las madres. Otras parteras tienen que recurrir a otras estrategias, como el caso de Valeria que le pide a la doctora del centro de salud cercano a su domicilio, en El Alto, que emita el certificado de nacido vivo a la madre que Valeria atendió a domicilio, para evitar cualquier represalia. En este caso, la “solución” pasa por invisibilizar la atención de la partera, por lo que se puede decir, que el Estado empuja a las parteras a la clandestinidad. Esto provoca también la infravaloración sobre la atención de las parteras y no muestra los datos reales sobre el parto domiciliario.

Entonces, no solo las condiciones en las que las parteras desarrollan su trabajo son adversas, sino también, el accionar de las autoridades gubernamentales es contradictorio. Realizar compromisos de apoyo a médicos tradicionales y parteras por un lado y por otro criminalizar su profesión, colocando a las parteras en una situación complicada y desventajosa, quizás más de lo que estaban antes, al encontrarse más expuestas.

## 7. Conclusiones

En el análisis de los resultados se ha querido mostrar, no solo la percepción de las parteras sobre las actuales políticas públicas, sino también, el contexto en el que desarrollan su trabajo y las condiciones en las que se encuentran, porque esto último, ayuda y clarifica mejorar su manera de ver y analizar las cosas, al mismo tiempo que permite entender sus expectativas en torno a las políticas y el devenir de su profesión.

La transmisión oral de conocimiento: “aprender mirando” sigue siendo la principal fuente de formación. Algunos cursos llevados a cabo posteriormente han servido para reforzar su formación primaria, la oral. Se puede decir que las fuentes de formación son variadas al igual que los contenidos y éstos, constantemente se van entrecruzando. Esto explica su compleja red de subespecialidades.

La oferta de formación por parte del Estado y las instituciones no reconoce a la transmisión de conocimiento oral como una fuente válida, por tanto, no la fomenta. Por otro lado, los cursos de formación cortos y sin ninguna coherencia entre sí, no responden a las demandas de las parteras, sino más bien a los objetivos que deben cumplir dichas instituciones. En ese sentido, la producción de no existencia de otro tipo de conocimientos que no sea el occidental pasa por producir la no existencia también de la forma en cómo se adquiere este conocimiento. Por tanto, si la transmisión oral no es considerada como un método de aprendizaje, entonces, el conocimiento adquirido por esta fuente no es considerado un conocimiento válido.

Es oportuno destacar la seriedad y pertinencia del curso de capacitación en 1995: en primer lugar, por el tiempo de duración, de 3 meses, ya que, en contraposición, los actuales cursos de capacitación se reducen a uno o dos días. En segundo lugar, por los contenidos (más a profundidad) y la complementariedad entre la teoría y la práctica, ya que atendieron en los hospitales junto a los médicos. Finalmente, se ha tomado en cuenta los saberes y prácticas de las parteras y sus necesidades en cuanto a la capacitación requerida. En la actualidad, la propuesta de Alicia, de crear una escuela de parteras, parte de su experiencia en dicho curso, con la novedad de que se propone preservar y fomentar la transmisión oral y a partir de ahí reforzar estos conocimientos con cursos especializados.

Así como las parteras, poseen un bagaje formativo muy variado, pudimos ver que sus prácticas también lo son. También se ha visto que están muy familiarizadas con el diagnóstico biomédico (exámenes, ecografías, etc) y que inclusive son incorporadas a su propia evaluación sobre la paciente. La forma de determinar el normal o crítico

avance del embarazo, el determinar los tiempos y las condiciones de cada parto, son fruto de la experiencia acumulada, que les permite, adecuar un abordaje específico para cada caso, en vez de regirse sobre parámetros estrictos e impersonales. El abordaje puede enmarcarse en la ecología de las trans-escalas, donde se reivindica la producción de conocimiento a partir de lo local y lo concreto.

Una de las principales características de la atención de las parteras, es abogar por el bienestar y el cuidado del cuerpo de la mujer. Esto pudo evidenciarse en el embarazo, increpando al marido si no le ayuda, en la acomodación al bebé en el vientre para minimizar las incomodidades del embarazo y facilitar el parto sin complicaciones, mantener el cuerpo caliente para una mejor dilatación, respetar los tiempos de cada mujer y adecuar a cada caso, darle la autonomía para que elija su posición en el parto, entre otros, son ejemplos del abordaje de las parteras respecto a la salud materna. En ese sentido, la atención de la partera, como se dijo anteriormente no pasa por tomar el control sino facilitar y acompañar a la mujer en su parto, sin enajenárselo.

Desde su percepción, algunas prácticas biomédicas, como la episiotomía o la cesárea (cuando se la puede evitar con técnicas como el manto o los masajes) pueden provocar efectos negativos a la salud de la mujer, tanto a corto como a largo plazo. La atención en los hospitales, como vimos en el marco teórico, se enfoca en el control de los cuerpos, donde el abuso que se haga de los mismos está naturalizado. Se ha visto también que, para que la institucionalidad médica obtenga el monopolio de la obstetricia, han tenido que producir la no existencia de otro tipo de sistema de conocimientos y con ello, sus beneficios, en este caso, en favor de las mujeres y el cuidado de sus cuerpos. En la actualidad, la propia OMS considera a la episiotomía y la cesárea innecesaria, procedimientos nocivos para la salud materna y más bien recomienda implementar un abordaje holístico donde se valore el cuidado integral de la madre, también propone replantear el papel y el abordaje del sector biomédico.

Si bien las parteras, al atender a domicilio, deben adecuarse a las condiciones particulares de cada hogar. esta modalidad les proporciona un mejor manejo de la situación. Para ello, no solo permiten, sino que promueven la participación de la familia, principalmente la del esposo. Existe un aprovechamiento de este recurso puesto que da mejores resultados, como por ejemplo, tranquilizar a la madre, contar con ayuda para agarrar a la mujer al momento del parto y, una vez terminado el proceso, poder contar con ayuda para proporcionar alimentos y bebidas a la mamá.

Los criterios para derivar a la paciente a un centro de salud pueden ser muy variados, depende de los parámetros de cada partera, sin embargo, el criterio principal es resguardar la salud de la madre y el bebé, aunque ellas, las parteras, se expongan, potencialmente, al reproche por parte de los biomédicos. Esto evidencia mucho prejuicio de parte de los biomédicos que las acusan de mandar a los pacientes para que ellos “solucionen los errores de ellas”, cuando en realidad es la noción de complementariedad, de reconocer que en algunas circunstancias se necesita de un biomédico, que las impulsa a tomar la decisión de derivar a las pacientes a los hospitales. En el trabajo de campo se ha visto el proceso inverso, en el que las parteras tuvieron que recibir a pacientes que escaparon de los hospitales. Hemos visto que, dudar de la capacidad resolutoria de la biomedicina, en algunos casos, es una noción compartida entre la paciente y la partera, por tanto, estas últimas se ven en la obligación de recibir a quienes “escapan” del sistema biomédico.

Respecto a las condiciones actuales de las parteras, desde el enfoque de la interseccionalidad es necesario comprender la complejidad del ejercicio de su profesión. Se ha podido ver que si bien mantiene muchas de las prácticas tradicionales de atención al embarazo, parto y posparto, constantemente buscan adecuarse a nuevos contextos, como la atención a domicilio en el contexto urbano, la atención en los centros de salud, entre otros. Respecto a las prácticas novedosas que se han encontrado, sería interesante indagar, en futuras investigaciones sobre las continuidades, en sus prácticas, pero también sobre estas novedades. Esta constante renovación hace parte de la ecología de saberes referido a la producción constante de conocimiento, a partir de la experiencia y en busca de solucionar o satisfacer necesidades concretas.

Los tiempos en la partería son muy variados, no todos los días se atiende, deben acudir a cualquier hora del día y por tiempo ilimitado. En ese sentido, conocer estas dinámicas conduciría a que las políticas públicas de fomento a la atención de las parteras en centros de salud sean planteadas en otro sentido, tomando en cuenta estos aspectos. Otro elemento es la multi actividad de las parteras, debido a que no generan los suficientes ingresos para mantener a su familia, deben repartir sus tiempos con otras actividades.

Las parteras se exponen a situaciones de riesgo, esto es, atender cuando no han conocido previamente a la paciente, ir con miedo hacia hogares de gente desconocida. Estas condiciones hacen que la partería sea una profesión de mucho sacrificio y poco reconocimiento. Entonces, ¿qué quieren las parteras? Dada su situación, se ha podido

identificar algunas inquietudes y anhelos como ser: la expectativa de mejorar sus ingresos económicos, los deseos de contar con formación mejor estructurada y que se les proporcione mejores condiciones para ejercer su profesión independientemente.

En su mayoría, los y las parteras, prefieren trabajar independientemente, atendiendo partos en domicilio, sin embargo, parece que hay cierta idealización respecto a la atención en los hospitales, debido a las constantes promesas de ser reconocidos económicamente. Pero esta idealización parecería estar muy lejana de la realidad, ya que, inclusive, en el caso de las parteras más experimentadas y de reconocimiento (no solo entre las parteras sino, de parte de biomédicos), esta distinción no se traduce necesariamente en el reconocimiento monetario que ellas esperan. Entonces, el reconocimiento económico es deseado por las parteras, porque es interpretado como un reconocimiento real a su trabajo por parte del Estado, quizás por la misma razón, este reconocimiento a las parteras es rechazado por los biomédicos y las autoridades al ver disminuir sus privilegios. Esto evidenciaría la persistencia del pensamiento abismal por parte de algunos operadores del sistema biomédico.

En cuanto a las actuales políticas públicas en salud, desde la experiencia de las parteras se ha podido evidenciar dos características. Un primer elemento es el persistente monopolio del aparato biomédico en el ámbito de la obstetricia. Las políticas públicas siguen bajo las lógicas del sector privilegiado que ejerce la medicina “oficial” y que su relación con los y las parteras sigue enmarcado en una serie de prejuicios que impide considerarlas como pares o rechazan sus prácticas, aunque se haya evidenciado las ventajas de combinarlas con sus propias prácticas. Esta jerarquización está haciendo del “sistema de voluntades” un sustituto de la política pública, o está resultando ser la “política vigente”, donde la coordinación se da solo a voluntad del biomédico y en sus propias condiciones, por lo que, están sujetos a decisiones aleatorias. En la lógica de producción de no existencia, no solo se descalifican las prácticas, sino también se descalifica a los agentes, en este caso a quienes practican la partería tradicional. En ese sentido, la desaprobación sobre los agentes será estructural, desaprobando también, y principalmente su origen étnico.

Un segundo elemento, entonces, es que las actuales políticas públicas en salud, más que enmarcarse en el enfoque intercultural (si lo entendiéramos como la complementariedad de saberes o de prácticas), se enmarcan en lo multicultural, donde otras prácticas culturales no oficiales pueden compartir el escenario con las prácticas de la cultura hegemónica, sin alterar la relación jerarquizada entre ambas. Desde la lógica

del pensamiento abismal habría una línea divisoria bien marcada entre lo oficial y los otros tipos de conocimientos y sus agentes. Esto evidencia la existencia de mundos paralelos que se desarrollan simultáneamente. En ambos lados se encuentran la formación, el conocimiento, las prácticas y capacidades resolutorias sobre un mismo fenómeno. O sea, tanto los biomédicos como las parteras tienen una manera muy diferenciada de confrontar situaciones similares. Pensando en las posibilidades de diálogo intercultural, Santos plantea que una de las primicias es el reconocimiento de incompletitud de cierto sistema de conocimientos, dispuestos a enriquecerse de otro. De acuerdo a lo observado, este tipo de acercamiento solo se da a través del “sistema de voluntades”, o sea de manera jerarquizada y no de manera estructural o institucional.

Relacionado a la lectura revisada, se mantiene el accionar contradictorio de las autoridades ya que, por un lado afirman promover la inclusión de las parteras a los sistemas estatales de salud, pero en el proceso ponen trabas, limitando este acceso de una manera más bien periférica y condicionada. Por otro lado, continúan reprochando el uso de las prácticas tradicionales a sus pacientes. Entonces, la igualdad jerárquica que profesan quienes promueven estas políticas y cuya filosofía emana de la CPE y posteriores normas, solo se da en el nivel discursivo. Resultado de este accionar contradictorio es la marginalidad en la que desempeñan su trabajo y la posición subordinada respecto a los biomédicos.

Se ha podido constatar la vigencia e importancia del parto domiciliario. Por tanto, adquiere relevancia la necesidad de plantearse políticas públicas que apoyen a las parteras y sus prácticas, comenzando por descriminalizar el parto domiciliario. Parte del mismo problema se encuentra la concepción de que todo parto institucional será mejor que el parto domiciliario. Se ha visto que el porcentaje de defunciones maternas en centros de salud está cerca del porcentaje de defunciones en partos domiciliarios. Entonces, querer disminuir el parto domiciliario, sin mejorar las condiciones en la atención en los centros de salud es dejar sin atención médica a muchas mujeres, que tienen como única opción a la partera. Los conocimientos de las parteras, como el acomodo del bebé, permitir a la parturienta escoger la posición para dar a luz, evitarle intervenciones como la episiotomía y las cesáreas, todo esto orientado al cuidado del cuerpo de la mujer, no son tomados en cuenta por biomédicos o el sistema estatal de salud. En lugar de reconocer esto, identifican a la partera como parte del problema, amenazando a pacientes con frases como: “no te hagas tocar con la partera”.

Estos resultados demuestran que mejorar las condiciones del ejercicio de la partería tradicional contribuiría a mejorar la salud materna. Se ha visto cómo, a través de sus prácticas, las parteras otorgan tranquilidad y seguridad a las mujeres, evitan que ellas puedan arrastrar secuelas en el parto y el posparto. Por otro lado, también es importante revalorizar el cuidado del cuerpo de las mujeres, que emana de las prácticas de las parteras, incorporando la sororidad que se crea en torno a las mujeres (parteras y pacientes) para mejorar cualitativamente la atención de la salud materna. Volviendo a los debates actuales sobre el parto humanizado, es importante incorporar las prácticas de las parteras y su enfoque respecto al cuidado de los cuerpos como una manera de implementar el parto humanizado utilizando los recursos valiosos que se tiene disponible en lo local.

Una política de apoyo a las parteras no debe tergiversar este enfoque o proporcionar capacitaciones con contenidos biomédicos, que vaya reemplazando estos conocimientos y estos enfoques importantes del cuidado de las parteras. Una política de apoyo a las parteras que beneficie a la salud materna debe preservar la transmisión de saberes via oral, manteniendo el vínculo intergeneracional en el que las abuelas dejan su legado a hijas y nietas. Desde la mirada sesgada de las políticas públicas llamadas interculturales hemos visto que esta transmisión oral puede verse sustituida por capacitaciones de temas varios sin profundizar en contenidos y rompiendo la oralidad.

Finalmente, es importante plantearse que promover políticas públicas de apoyo a la partería tradicional puede contribuir al fortalecimiento del diálogo intercultural, ya que otorga a las parteras mejores condiciones para entablar un diálogo horizontal. En ese sentido, es válida la aclaración de un médico tradicional cuando afirma que “una cosa es la medicina tradicional y otro es lo intercultural” porque se asume que las políticas llamadas interculturales de por sí, están dando “un espacio” en el sistema oficial de salud, sin puntualizar el tipo de posición que se les otorga, mayormente de tipo marginal y desventajoso. Si se tomarían en cuenta las propuestas e inquietudes vertidas por las parteras, se podrían promover políticas públicas que mejoren la situación de las parteras, en vez de reproducir la histórica exclusión de la que son objeto. Esto les permitiría trabajar independientemente en mejores condiciones, pero también posibilitaría la construcción de políticas públicas integrales que respondan mejor a las necesidades y realidad de la población boliviana, al proporcionarles un mejor acceso a los diversos sistemas médicos coexistentes en Bolivia.

## Referencias

- Almaguer, J., García, H., & Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras, vol.10, n°2/3*, (pp. 44-59).
- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-152). Barcelona: Gedisa.
- Araya, M. (2011). *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Arnold, D., Murphy-Lawless, J., & Yapita, J. d. (2001). *Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano*. La Paz: ILCA.
- Barragán, R. (Coord.) (2011). Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación. La Paz: Plural Editores - serie PIEB formación.
- Bolivia.com. (26 de 04 de 2014). *Bolivia.com*. Obtenido de La Paz cuenta con un Centro de Medicina Tradicional: <https://www.bolivia.com/vida-sana/noticias/sdi/87370/la-paz-cuenta-con-un-centro-de-medicina-tradicional>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bradby, B., & Murphy-Lawless, J. (2005). *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: Grupo Design.
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: FHCSyS - UNSE/Barco Edita.
- Citarella, L. (2009). Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas de salud. En L. Citarella, & A. (. Zangari,

*Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 3-30). Bolivia: Gente Común.

Costas, P. (2018). "Pedir permiso". *Autonomías indígenas y Estado boliviano*. En P. López, & L. (. García, *Movimientos indígenas y autonomías en América Latina: escenarios de disputa y horizontes de posibilidad* (pp. 69-88). Buenos Aires: CLACSO-GERGEMSAL-Editorial El Colectivo.

De la Galvez Murillo, A. (2017). *Mortalidad materna: un análisis a profundidad y sus dimensiones para la política pública*. La Paz: CIDES-UMSA.

Dibbits, I. (2005). *Guías de interculturalidad: comunicación interpersonal y atención humanizada del parto*. La Paz: Proyecto de Reforma de Salud/Proyecto Nacional EXTENSA. Ministerio de Salud y Deportes.

Dibbits, I. (2007). *El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: un avance para las políticas públicas de salud*. La Paz: Ministerio de salud - PROHISABA.

Dibbits, I. (2013). Población aymara. En M. R. (coordinadora), *Salud materna en contextos de interculturalidad* (págs. 73-108). La Paz: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA.

Dibbits, I., & Terrazas, M. (2003). *Uno de dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal*. La Paz - Bolivia: Garza Azul.

Ehrenreich, B., & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*. Barcelona: La Sal.

El Diario. (08 de 01 de 2020). *Entregan matrículas a 22 prestadores de medicina tradicional*. *El Diario*.

Estado Plurinacional de Bolivia. (9 de 04 de 1987). *Derechoteca*. Obtenido de <https://www.derechoteca.com/gacetabolivia/ley-928-del-09-abril-1987/>

Estado Plurinacional de Bolivia (2009). *Constitución política del Estado plurinacional*, Gaceta oficial de Bolivia

Estado Plurinacional de Bolivia (2013). Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, Gaceta oficial de Bolivia

Estado Plurinacional de Bolivia (2015). Decreto Supremo N° 2436 Reglamentario de la Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, Gaceta oficial de Bolivia

Federici, S. (2019). Calibán y la bruja. Cochabamba: La Libre - Mujeres, territorios y resistencias - Excepción - Tinta Limón - Traficantes de sueños.

Frías, C. (2016). Planificación social, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional. La gestión y la evaluación de políticas de equidad de género. Hipertexto. Recuperado del Programa Regional de Formación de Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

García, E. (2017). Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, (pp. 87-106).

Guzman, V. (2016) Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género. Hipertexto. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

INE. (s.f.). *Ficha Resumen Censo de Población y Vivienda 2012*. Obtenido de [http://censosbolivia.ine.gob.bo/censofichacomunidad/c\\_listadof/listar\\_comunidades](http://censosbolivia.ine.gob.bo/censofichacomunidad/c_listadof/listar_comunidades)

INE. (2017). *Encuesta de Demografía y Salud*. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.

La Paz Culturas. (s.f.). *Espacios interculturales*. Obtenido de Centro de Información y Orientación de Medicina Tradicional “Qullañ Uta”:

<https://www.lapaz.bo/culturas/espaciosinterculturales/>

La Razón. (25 de 04 de 2014). Abren en La Paz el primer centro de medicina tradicional de Bolivia. *La Razón*. Obtenido de [http://la-razon.com/sociedad/Iniciativa-abren-La\\_Paz-medicina-tradicional-Bolivia\\_0\\_2040395968.html](http://la-razon.com/sociedad/Iniciativa-abren-La_Paz-medicina-tradicional-Bolivia_0_2040395968.html)

Loza, C., & Alvarez, W. (2011). *Sobrepardo de la mujer indígena. Saberes y prácticas para reducir la muerte materna*. La Paz: Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya.

Mesa Gisbert, C. (2014). *Breve historia de las políticas públicas en Bolivia*. La Paz: Editorial Gisbert .

Ministerio de salud y deportes. (2013). *Salud familiar comunitaria intercultural*. La Paz: Serie: documento técnico-normativo; publicación N° 304. Ministerio de Salud.

Ministerio de salud y deportes (2015). *Guía de procedimientos de la gestión participativa municipal en salud*. La Paz: Serie: documento técnico-normativo; publicación N° 382. Ministerio de Salud.

Ministerio de salud y deportes (2016). *Estudio nacional de mortalidad materna*. Resumen Ejecutivo. La Paz: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (s.f.). *Bono Juana Azurduy*. Obtenido de ¿Qué es el Bono Juana Azurduy?: <https://www.bja.gob.bo/index.php/el-bono/que-es-el-bono>

Ministerio de Salud. (s.f.). *Registro de profesionales* . Obtenido de [https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/RegistroProf/REQUISITOS\\_REGISTRO\\_PROFESIONAL2405.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/RegistroProf/REQUISITOS_REGISTRO_PROFESIONAL2405.pdf)

- Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Panam Salud Pública* 26(4), (pp. 368-376).
- Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal. (2018). *La mortalidad materna, una problemática de impacto social y vulneración de derechos humanos*. La Paz: CIDES-UMSA & UNICEF.
- OPS-OMS. (2019). *Salud universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. Washington, D.C.: OPS-OMS.
- OPS-OMS. (2019a). *Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: OPS-OMS.
- OPS-OMS. (19 de 09 de 2019b). *Mortalidad materna*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Pérez, C., Nazar, G., & Cova, F. (2016). Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Panam Salud Pública*, 39(2), (pp.122-127).
- Rance, S., & Tellería, J. (2004). Saliendo del anonimato: el mapeo de actores/as sociales como instrumento para el diseño de políticas. En C. Cáceres, T. Frasca, M. Pecheny, & V. Terto, *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate* (pp. 91-108). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Roosta, M. (2013). Salud materna e interculturalidad en el horizonte de sociedades más inclusivas . En M. R. (coordinadora), *Salud materna en contextos de interculturalida* (pp. 325-353). La Paz: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA.
- Santos, B. (2006). *Conocer desde el Sur. Para una cultura política emancipatoria*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales - UNMSM.

- Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Santos, B. (2012). Cuando los excluidos tienen derechos: justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad. En B. d. Santos, & J. L. Exeni, Justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad en Bolivia (pp. 11-48). La Paz: Abya Yala - Fundación Rosa Luxemburgo
- Socolow, S. (2016). *Las mujeres en la América Latina colonial*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Symington, A. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. *Derechos de las mujeres y cambio económico, No. 9, Awid*, (pp.1-8).
- Vargas Quiroga, Y. (2013). Salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI). En M. (. Roosta, *Salud materna en contextos de interculturalidad* (pp. 35-72). La Paz: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS & UNFPA.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. (. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa.
- Yon Leau, C. (2017). La interculturalidad realmente existente. *Argumentos, Edición N°3, Año 11, Instituto de estudios peruanos*, (pp. 36-41).
- Zuazo Arana, S. (2014). Sistematización del proceso de implementación de la estrategia para la atención del parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya. La Paz: Serie: documentos de investigación; publicación N° 29. Ministerio de Salud.

## ANEXOS

### Anexo 1. Listado de especialidades

- Naturistas: Se caracterizan por el uso de plantas medicinales y otros remedios empíricos, se dedican a combatir las causas naturales de la enfermedad. Por lo general tienen "consultorios", curan a través de la alimentación, mates y masajes.
- Kallawayas: Desde la época precolombina se dedican a la recolección de plantas en los varios pisos ecológicos, desde el Altiplano hasta la selva amazónica entre Bolivia y Perú. Al ser conocedores de una amplia gama de plantas curan con mates, cataplasmas y combinan estas curaciones con la "terapia simbólica" o mesas rituales.
- Jampiris: Diagnostican mediante la lectura de la coca, de los naipes o de las venas; tratan a los enfermos con frotamientos de objetos o animales, con sahumeros. Atienden partos y son médicos comunitarios muy vinculados a sus comunidades.
- Los curanderos -a menudo una denominación genérica de los médicos tradicionales o naturistas- que usan mesas rituales y "limpias".
- Los yatiris, consagrados por el rayo, practican ceremonias rituales.
- Los hueseros, que curan fracturas, dislocaduras de los huesos, desgarres, torceduras o lastimaduras. Existe, además, una rica categoría de yerberos o conocedores de plantas -relativamente fácil encontrarlos en las ciudades y en los pueblos- venden plantas, conocen sus posologías y ofrecen mates curativos.

Hay que agregar que cada especialidad a su vez tiene sus especialidades, por otro lado, un médico tradicional puede tener más de una especialidad a la vez, por ejemplo ser partero y huesero. No incluimos en la lista a la partería porque está desarrollada ampliamente en la tesis.

Fuente: Citarella, L. (2009). Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas de salud. En L. Citarella, & A. (. Zangari, *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (págs. 3-30).

Bolivia: Gente Común

## Anexo 2. GUÍA DE ENTREVISTAS

1. Sobre su formación
  - a. ¿Cómo aprendió su oficio de partera?
  - b. ¿Cuándo y cómo comenzó a atender?
  - c. ¿Combina su trabajo con alguna otra actividad? ¿Lo hizo alguna vez?
  - d. ¿Recibió alguna vez una capacitación? ¿Sobre qué contenidos?
  - e. ¿Le ha sido útil la capacitación?
  - f. ¿Sobre qué temas le hubiera gustado recibir capacitación y porque?
2. Sobre sus prácticas
  - a. ¿A qué etapa te dedicas? (embarazo, parto, posparto, todas)
  - b. ¿Cómo atiende a una mujer embarazada?
  - c. ¿Cuántas visitas hace? ¿Qué hace en cada visita?
  - d. ¿Qué prácticas se utilizan para evaluar su salud?
  - e. ¿Cuándo te llaman para atender un parto que es lo primero que haces al llegar a la casa?
  - f. ¿En qué posición les haces dar a luz a la señora?
  - g. ¿Cómo evitas el desgarro?
  - h. ¿Qué cuidados tomas para la expulsión de la placenta?
  - i. ¿Qué tipo de emergencias puede ocurrir?
  - j. ¿Nos puede contar algún caso complicado y cómo resolvió el problema?
  - k. ¿Cuántos años tienes de experiencia?
3. El contexto familiar y comunal
  - a. ¿Cuáles son las diferencias entre atender a domicilio y en centros de salud?
  - b. ¿Por qué algunas mujeres tienen miedo de ir al hospital?
  - c. Si surge una emergencia ¿Cuándo y en qué contexto se decide llevar a la paciente al hospital?
  - d. ¿Quién mayormente toma la decisión? (partera, la madre, familiares) o ¿cómo les convences?
  - e. ¿Cómo se valora a las parteras en la comunidad o en su barrio? ¿habrá cambiado en el tiempo?
  - f. ¿Por qué no se cobra por su trabajo?
  - g. ¿Hay no mas trabajo para las parteras?
4. Su percepción sobre los centros de salud y los médicos

- a. ¿Qué opina sobre la inclusión de las parteras en los centros de salud?  
(preguntar si atiende en una sala de parto con adecuación cultural o en un centro de salud normal)
  - b. ¿Cómo evalúa la relación con el personal médico?
  - c. ¿Cómo cree que ustedes son percibidas por ellos?
  - d. ¿Puede mencionar algunas ventajas de trabajar en los centros de salud? ¿y algunas desventajas?
5. La acreditación y el examen
- a. ¿Qué opina sobre el actual proceso matriculación?
  - b. ¿Cómo le ha ido en su examen? ¿Qué opina del mismo?
  - c. ¿En qué le va a beneficiar esta matrícula?
6. El centro Qullañ Uta
- a. ¿Usted ha atendido alguna vez en el Qullañ Uta?
  - b. ¿Qué opina del consultorio que abrió la Alcaldía?
  - c. ¿Cómo se sienten atendiendo en estos consultorios?
7. La asociatividad
- a. ¿Cómo y cuándo decidieron organizarse como Consejo de Parteras?
  - b. ¿Había alguna organización previa?
  - c. ¿Están en coordinación con otras organizaciones, en Bolivia o en el exterior?
  - d. ¿Cuáles son sus principales objetivos como organización?
  - e. ¿Qué tipo de actividades realizan como Consejo?
  - f. ¿Cómo evalúa su relación con otras instancias? (dependiendo puede ser el viceministerio, la gobernación, gobiernos municipales)
  - g. ¿Anteriormente, hubo algún intercambio o coordinación con estas instancias? (antes de las actuales políticas)
8. La interculturalidad
- a. ¿Qué entiende usted por medicina intercultural?
  - b. ¿Cómo cree que se la está implementando?
  - c. ¿Cuál cree que es el papel de las parteras en la implementación de la medicina intercultural?
  - d. ¿Cómo se podría mejorar dicha implementación?
  - e. ¿Cómo definiría usted la medicina tradicional?
  - f. ¿Las nuevas políticas mejoraron su situación? ¿sus prácticas?
  - g. ¿Cree que la articulación con los médicos mejorará con estas políticas?

### **Anexo 3. Listado de personas entrevistadas**

#### Parteras y parteros

Aldo Torrez, 13 de marzo de 2018

Alicia Chenique, 24 de enero de 2019 y 20 de febrero de 2019

Jacinta Tenorio, 29 de enero de 2019

Luis Farfán, 6 de marzo de 2019

Valeria Tilata, 11 de marzo de 2019

Romina Paco, 18 de marzo de 2019

Dionisio Mora, 25 de marzo de 2019

Lorenza Huanca, 25 de marzo de 2019

Yelma Chavez, 23 de abril de 2019

Paulina Mantilla, 24 de abril de 2019

Grupo focal en Calamarca (20 de agosto de 2019)

- Amalia Colque de Mamani
- Patricia Cumara Rojas
- Valeria Uchani de Choque
- Victoria Mamani Patzi
- Venenciano Choque Juli
- Aldo Torrez

#### Médicos tradicionales, biomédicos y otros

- Andrea Monrroy, Encargada de género e interculturalidad de Médicos del Mundo, 3 de febrero de 2018 y 26 de marzo de 2019
- Federico Añez, Presidente del Consejo Departamental de Naturistas de La Paz, 25 de febrero de 2019
- Bernado Tola, médico rural del Municipio de Ayo Ayo, 4 de mayo de 2019
- Mariela Ulloa, médica general del Centro de Salud de San Antonio de Senkata, municipio de Calamarca, 4 de mayo de 2019
- Ramiro Galo, médico de planta del Municipio de Calamarca, 20 de agosto de 2019