

DESARROLLISMO Y SALUD REPRODUCTIVA: LA INTERVENCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS EN LOS CUERPOS FEMENINOS AYMARAS, EN EL NORTE DE CHILE*

DEVELOPMENTALISM AND REPRODUCTIVE HEALTH: THE INTERVENTION OF BIO-MEDICAL APPARATUS ON AYMARAS WOMEN BODIES, IN NORTHERN CHILE

*Andrea Álvarez Díaz** y Claudio Aguirre Munizaga****

A partir de la década de 1950, nos encontramos frente a un proceso de modernización de las sociedades latinoamericanas bajo la ideología del “desarrollo”; fenómeno que no solo tiene un alcance económico sino también uno sociocultural. Ello se visualiza a partir de la implementación de políticas sociales y de salud en la década de 1960, que apuntan especialmente al cuerpo femenino y su capacidad reproductiva, porque el “exceso de hijos” era visto como una causal importante de reproducción de la pobreza, particularmente en sectores rurales e indígenas. Se revisaron fuentes documentales, y se realizaron diez entrevistas en profundidad a informantes locales para comprender las prácticas biomédicas que se instalaron en los cuerpos femeninos, bajo la lógica imperante de la época, cuya finalidad era la de hegemonizar, normar y controlar la vida misma (productiva y reproductiva) de las mujeres aymaras en el contexto de espacios tarapaqueños.

Palabras claves: Partería, desarrollismo, biomedicina, aymaras, género.

Since the 1950s, we find ourselves facing a process of modernization of Latin American societies under the ideology of “development”; phenomenon that not only has an economic but also a socio-cultural scope. This process can be seen in the implementation of social and health policies in the 1960s, which especially target on women bodies and its reproductive capacity, since the “excess of children” was seen as an important cause of reproduction of the poverty, especially in rural and indigenous sectors. Documentary sources were reviewed, and ten in-depth interviews were conducted with local informants to understand bio-medical practices installed on women bodies under this prevailing logic, whose purpose was to hegemonize, regulate and control the whole life (productive and reproductive) of women, which we will analyze in Tarapaca Aymara spaces.

Key words: Midwifery, developmentalism, biomedicina, aymara, gender.

Introducción

A partir de los años 1930, producto de la crisis económica del capitalismo, y el deterioro paulatino de la economía nacional, se propiciaron profundas transformaciones en las políticas económicas y sociales de los gobiernos de la época que impulsaron la industrialización y diversificación productiva nacional bajo el modelo del “desarrollo hacia adentro” y de la sustitución de importaciones, cuya finalidad era la modernización económica y social del país (Aguirre *et al.*, 2018). Bajo esta nueva perspectiva, la lucha contra la pobreza fue considerada clave para el proceso desarrollista, generándose nuevas

estructuras de apoyo estatal hacia los sectores más desposeídos del país. En ese contexto, para el año 1952, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) cuyo objetivo apuntaba a la ampliación de la cobertura médica de los sectores populares urbanos y rurales y, en forma específica, buscaba disminuir la tasa de mortalidad infantil de la población, con programas de salud materno-infantil. De acuerdo con ello, la intervención de los dispositivos biomédicos para las poblaciones indígenas (aymaras), en especial en los cuerpos femeninos, se centraron en la erradicación de prácticas culturales consideradas inadecuadas, improductivas, peligrosas y opuestas al principio de progreso y desarrollo de la época (Aguirre

* Producto de los proyectos Fondecyt Iniciación N° 11201128 y Postdoctoral N° 3130507.

** Departamento de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá. Iquique, Chile.
Correo electrónico: aalvarez@uta.cl

*** Universidad de Tarapacá. Iquique, Chile. Correo electrónico: caguirre@uta.cl

et al., 2018). Todas estas acciones nos remiten al concepto de seguridad social como gestión dentro de la racionalidad modernizadora, la que buscaba la normalización y homogenización (Foucault, 1991) de los cuerpos femeninos indígenas como regulación que se expresaba para hacer vivir y dejar morir. Estos discursos ideológicos operaban como verdades absolutas de los conceptos de desarrollo y progreso. De acuerdo con lo presentado, este artículo se propone analizar la intervención de los dispositivos biomédicos en los cuerpos femeninos de las poblaciones aymaras en el norte de Chile entre 1950 y 1970¹. Para ello nos centramos en los discursos de desarrollo y progreso de la época y su materialización mediante políticas públicas de salud, que tenían como objetivo la homogeneización y control de la vida de estas poblaciones, en pos de desarrollos económicos. La hipótesis de trabajo sostiene que las prácticas biomédicas hacia las mujeres aymaras en los espacios tarapaqueños, entre esos años, fueron posibilitadas mediante el discurso desarrollista que guió el modelo de salud pública, el que vio en las condiciones económicas y socioculturales de estas poblaciones la justificación para planificar, intervenir y controlar, y a la vez favorecer la valorización económica de la vida misma de las mujeres indígenas en el norte de Chile.

Metodología

La metodología de investigación utilizó un enfoque cualitativo desarrollando un proceso etnográfico, orientado a describir las prácticas institucionales y políticas públicas implementadas en el campo de la salud reproductiva. La información recabada que sustenta este artículo se nutre de datos primarios y secundarios. Estos últimos, de carácter eminentemente histórico, remiten a escalas local, regional y nacional y fueron recogidos y revisados en documentos oficiales de planificación y evaluación de la política institucional sanitaria, en el ámbito público. Para recolectar la información primaria se implementó un diseño metodológico de corte etnográfico multisituado (Dumont, 2012; Perret, 2011; Santos-Fraile, 2017) que nos permitió articular en el análisis diferentes espacios georreferenciados a escala regional, vinculados entre sí. Efectivamente, optar por una metodología multilocal se vuelve relevante en un contexto fronterizo ante procesos de alta movilidad regional y translocalización de sus habitantes, en el que los flujos culturales

globales y regionales recobran alta intensidad. Así, el trabajo de campo se llevó a cabo en visitas recurrentes a las localidades andinas de Isluga, Enquelga, Cariquima, Chulluncane, y a las ciudades costeras: Alto Hospicio e Iquique, en dos períodos diferentes (entre 2013 y 2015 y luego entre 2019 y 2020) que permitió observar diferentes contextos de ocurrencia y la toma de contacto con los entrevistados (Guber, 2011). El diseño muestral incluyó actores sociales aymaras vinculados al ejercicio de la partería aymara y actores sociales ligados a la implementación o diseño de políticas públicas reproductivas con población aymara en la Región de Tarapacá. De este modo, se realizaron entrevistas en profundidad a tres parteras aymaras y tres familiares de estas, originarias de localidades del interior y de la pampa, en su mayoría residentes habituales de espacios urbanos de la región. Asimismo, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas a funcionarios del Servicio de Salud Iquique que desempeñaron funciones vinculadas a la aplicación de políticas de salud con pueblos originarios. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para ser sometidas a análisis de contenido (Guber, 2011), lo que nos permitió analizar las prácticas institucionales que se instalaron en la región en pos del cuidado de la salud materno-infantil de la población andina tarapaqueña, así como la forma en que las mujeres aymaras fueron resistiendo y asimilando las nuevas lógicas de salud reproductiva. De este modo, la rigurosidad del proceso de investigación cualitativo responde a criterios de densidad, profundidad y triangulación de fuentes de información (Krause, 1995), en un largo período de inmersión en diferentes contextos multiescala. En términos éticos, asumimos que la investigación con pueblos indígenas está atravesada por lógicas colonizadoras, por lo que la búsqueda de un proyecto y utopía descolonizadora, nos interpela a establecer una solidaridad que tienda lazos de colaboración con los actores sociales investigados, y a repensar formas de producción de conocimiento, jerarquías del conocimiento y las propias instituciones del conocimiento (Tuhiwai, 2015).

El Estado desarrollista y las políticas reproductivas en pos de lo productivo

Como parte del proceso de transición demográfica, la fecundidad empezó a disminuir desde 1965 en los países latinoamericanos. Así, en un período

de 30 años se pasó de una tasa global de fecundidad de seis hijos por mujer, a una tasa cercana a los tres hijos (CEPAL, 2010). Entre los pueblos originarios, la tasa de fecundidad ha sido sistemáticamente más alta respecto del promedio nacional (CEPAL, 2007). Por su parte, Chile se ubica en el rango de tasas de fecundidad más bajas para las mujeres indígenas (2,5 hijos como promedio) y con las menores diferencias entre población indígena y no indígena al respecto (CEPAL, 2010). Estas tendencias son atribuibles a la implementación de políticas sociales y de salud en la década del sesenta, lo que aumentó la cobertura de los programas de planificación familiar en áreas rurales. Estos programas fueron propiciados en Latinoamérica por una idea de modernización asociada al crecimiento económico y al combate contra la pobreza, en la que el “exceso de hijos” era visto como una causal importante de reproducción de la pobreza. Efectivamente, las políticas públicas reproductivas respecto del control de la fertilidad, la planificación familiar, la profesionalización e institucionalización del parto nacieron al calor del debate médico y político respecto de las estadísticas demográficas tales como: crecimiento poblacional, mortalidad materna e infantil, tasa de natalidad, entre otros. En esa discusión, los planteamientos de la medicina reproductiva fueron determinantes y ampliamente difundidos en los sectores urbanos y rurales (Zárate y González, 2015; Pieper, 2008). Viel (1966), uno de sus principales referentes, sostenía que para salvaguardar las “virtudes de la civilización” era necesaria la planificación familiar por medio del control de la natalidad. Así, en el período que sigue a la Segunda Guerra Mundial, los defensores modernos del control de la población atribuían la causa del subdesarrollo económico a la sobrepoblación y, por tanto, promovían familias pequeñas como uno de los caminos hacia la modernidad (Pieper, 2008). Esta representación del desarrollo asociada a un prototipo específico de familia que fuera capaz de promoverlo, se instaló más que como mecanismo de represión (aunque también lo será), como “mecanismo de producción de verdad” (Escobar, 2007). Ello se condice con las principales creencias del pensamiento economicista, reduccionista y malthusiano del modelo desarrollista (Escobar, 2007) que establecerá las bases científicas, empíricas, basadas en la evidencia necesaria para legitimar determinadas políticas sanitarias de control de la natalidad, de profesionalización del parto y de su institucionalización.

Efectivamente, al analizar históricamente el desarrollo del sistema sanitario en Chile se aprecia que

“el rol de la salud pública se ha de comprender en el marco de un sistema capitalista que, en esta fase de su producción histórica, se sustenta trágicamente en el consumo fisiológico de la vida de la fuerza de trabajo. Ante esta disyuntiva, agudamente contradictoria, la ciencia biológica y el estamento médico hubieron de intervenir a través de una estrategia y acción biopolítica de amplio alcance social” (Illanes, 2010: 18).

De este modo, las autoridades sanitarias y políticas de la época fueron asumiendo esta visión malthusiana, en donde las familias numerosas constituían un riesgo para el bienestar y progreso del país: tener muchos hijos ponía en entredicho la capacidad del país de alimentarlos, vestirlos y educarlos de manera adecuada. Por eso el modelo de la familia nuclear y con una cantidad limitada de hijos se instaló como una vía para el logro de una nación supuestamente saludable, pudiente y sobre todo moderna. Así, “los interesados en el control demográfico, entendieron que la adhesión femenina a la planificación familiar tenía una relación con el desarrollo nacional y no podía ser dejada al ámbito privado de las mujeres o a sus preferencias personales” (Pieper, 2008: 213). Esta representación evolutiva del desarrollo se expresaba, por ejemplo, en el Boletín del SNS del año 1957: “El nivel cultural de nuestro pueblo todavía no le hace desear a la madre embarazada la supervisión médica del desarrollo de este proceso biológico” (Zárate y Godoy, 2011: 132). Por lo demás, el enfoque científico que sustentaba la planificación familiar no se enfocaba en la voluntad que pudiesen tener las propias mujeres de limitar el grupo familiar. Los tratantes de las parturientas no dialogaban acerca de las eventuales dificultades a las que las mujeres se podrían enfrentar al utilizar las acciones profilácticas, ni tampoco acerca de los detalles o alternativas más apropiadas para ellas entre los diferentes métodos anticonceptivos. Al contrario, “la falta de equidad de género respecto de las decisiones reproductivas se mantuvo como el centro de los mayores desafíos de salud” (Pieper, 2008: 198). Esta falta de reconocimiento del protagonismo de las mujeres en las decisiones reproductivas se acompañó de una construcción simbólica de las

mujeres del Tercer Mundo funcional al discurso del desarrollismo. La imagen de las mujeres de los países subdesarrollados se construyó en torno a una vida esencialmente frustrada y sexualmente restringida debido a su condición de género femenino. Esa imagen homogénea de “la mujer tercermundista” se asoció, en el discurso desarrollista, a una condición de ignorancia, pobreza, falta de educación, de carácter tradicionalista, doméstica, con gran apego a la familia y victimizada de sí misma. En el relato del desarrollismo, esta representación contrastaba con su contracara implícita de “mujer primermundista” como emancipada sexualmente, con control y autonomía sobre su cuerpo, empoderada en la toma de decisiones, educada y moderna (Mohanty, 2008).

Asimismo, la necesidad que tuvieron las instituciones nacionales de salud pública de frenar las altas tasas de mortalidad materno-infantil, estableció un criterio de urgencia en el establecimiento de relaciones de colaboración con EE.UU. Ello se materializó, como veremos, por medio de redes científicas, fundaciones y ONG que contribuirían a la reproducción del paradigma del desarrollismo en el país (Castro, 2015). De este modo, proyectos de alcance nacional como la Reforma Agraria y el control de la natalidad daban cuenta de intervenciones asociadas a un importante grado de cooperación internacional, orientadas a transformar “campesinos tradicionales en ciudadanos modernos, capaces de producir –supuestamente– más recursos, a la vez que deseaban tener menos hijos” (Castro, 2015: 104). El Banco Mundial, principal impulsor de las políticas desarrollistas, sostenía que la masa de gente de áreas rurales de los países en desarrollo enfrentaba diversos grados de pobreza, que podrían empeorar si la población seguía creciendo desenfrenadamente y que “más que cualquier otro factor (que separa los países ricos de los pobres), la explosión demográfica es la que, al frenar el progreso de los pobres, aumenta la distancia que existe entre los ricos y los pobres y profundiza aún más el peligroso abismo que ya media entre ellos” (Banco Mundial, 1969: 309). Así, “se dirigía la palabra al estamento médico, para asumir la histórica responsabilidad biopolítica de la salvaguardia de la salud del pueblo para el progreso y la felicidad de la humanidad” (Illanes, 2010: 377).

En términos de producción de conocimiento, desde la Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública se estableció una relación de cooperación con el Centro Latinoamericano y Caribeño de

Demografía para desarrollar estudios acerca de fecundidad en zonas rurales del país. Al respecto, algunos resultados concluían que las razones del crecimiento de la población no solo eran atribuibles a las altas tasas de fecundidad y las bajas tasas de mortalidad, sino que se relacionaban específicamente con una menor tasa de mortalidad y de fecundidad proporcionalmente en zonas urbanas respecto de las rurales (Zárate y González, 2015). Ello fue nutriendo el discurso desarrollista en su argumento civilizatorio, en la medida en que el cambio cultural de los sectores campesinos aseguraría el ingreso del país a la modernidad y a la bonanza. Como lo hemos señalado, el hecho de tener “demasiados hijos” era entonces una desgracia que los y las campesinos se imponían a sí mismos al mantener un cierto modo de vida cultural (Escobar, 2007). En términos discursivos, se expresará entonces una tensión entre la noción de derecho como elemento legitimador de las políticas vinculadas a la reproducción y sexualidad, y un intento de control demográfico en países subdesarrollados.

De este modo, para poder comprender el sentido y las implicaciones que las políticas públicas en salud reproductiva tuvieron en la vida cotidiana de las mujeres aymaras de los espacios tarapaqueños, es necesario analizar, desde una perspectiva histórica, la racionalidad que sustenta las acciones y programas en el campo de la salud reproductiva desde mediados del siglo pasado. La razón civilizatoria impuso un modelo médico que integró a las mujeres en una lógica de subordinación en términos de género, de clase y de etnia: médico varón, matrona “educada” y la partera pobre y “no letrada”, junto con la partera indígena y rural. Mejorar y manejar los acontecimientos en torno a la maternidad fue una estrategia determinante para la modernización del país (Zárate, 2008). Con todo, la aparición de las matronas no significó la desaparición inmediata de la partería empírica, sino que coexistieron matronas y parteras, y el Estado chileno fue tolerante hacia estas últimas por la falta de recursos para atender a toda la población hasta las primeras décadas del siglo XX. En espacios fronterizos de zonas extremas del país, la coexistencia de diferentes prácticas en torno al alumbramiento se mantuvo al menos hasta la segunda mitad del siglo XX, por el abandono del Estado hacia los rincones más alejados del territorio nacional. Ahora bien, aunque la mayor parte de las mujeres siguieron atendándose con parteras durante las primeras tres décadas del siglo XX, el imaginario

colectivo chileno ya se estaba modificando, en la medida en que la atención del parto en manos de médicos varones o de matronas con entrenamiento profesional era valorado como científicamente superior, y por ello legitimada y moralmente preferible ante las formas más empíricas o tradicionales (Zárate, 2008).

La primera acción institucionalizada de atención del parto para las esposas de trabajadores se garantizó en 1924 mediante la Caja del Seguro Obrero (Faúndez, 1987), resguardando la atención profesional durante el embarazo, parto y puerperio, junto con beneficios económicos pre y postparto (Zárate y Godoy, 2011). En 1925, se estableció el derecho a la salud y el deber del Estado de proveerla como un fenómeno colectivo, lo que hasta entonces había estado en manos de la filantropía y el voluntariado de entidades religiosas (Castro, 2003). Ello cambiaría con la implantación del modelo de “Estado de Bienestar” al implementar importantes transformaciones institucionales (Faúndez, 1987) con el propósito de “preservación de la raza y la mantención y resguardo de la paz social” (Illanes, 2010). En efecto, para 1939 los indicadores en el campo de la salud eran dramáticos: la mortinatalidad equivalía al 50,5% de los nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil era de 250 por cada 1.000 nacidos vivos. Por cada 10 nacidos vivos, moría uno antes del primer mes de vida, el 25% antes del primer año y cerca del 50% antes de cumplir 9 años (Allende, 1939).

A partir de la creación en 1952 del SNS, las actividades que se llevaban a cabo, hasta ese entonces de manera dispersa, pasaron a formar parte de programas nacionales orientados a toda la población. Los diversos programas de carácter masivo, uniforme y sistemático representaron el pensamiento de la medicina social propuesto ya a fines de los años treinta. En el plano de la obstetricia, ello significó llevar el parto desde el hogar a los hospitales, y aplicar conceptos y prácticas orientados a la atención de personas enfermas, ahora hacia parturientas y recién nacidos (Castro, 2003). El proceso social del parto y puerperio, anteriormente compartido por la familia y los amigos cercanos, pasó a estar en manos de la medicina y sus practicantes. Entre 1962 y 1964 se estableció la Política Nacional de Regulación de la Fertilidad, se creó la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) y se promulgó la primera Política de Planificación Familiar centrada en la sexualidad de las mujeres.

A los pocos años, en 1967, se consolidaría esta tendencia sanitaria con la Política de Población y de Salud Pública², que rige hasta la actualidad las actividades de regulación de la fertilidad (MINSAL, 2008). Todas estas políticas orientadas hacia la disminución de la muerte materna y control de la fecundidad (Illanes, 2010) fueron gestadas al amparo de la Alianza para el Progreso (Faúndez, 1987), desde 1968. Por consiguiente APROFA fue el intermediario de la donación de insumos anticonceptivos por parte de la Agencia Internacional para el Desarrollo y agente capacitador de médicos y matronas en torno a la prescripción y control de los métodos anticonceptivos (MINSAL, 2008). Mediante un convenio con el SNS, la Asociación entregó en forma gratuita el 100% de los anticonceptivos requeridos en el sistema de salud hasta el término del acuerdo de cooperación internacional³ (Faúndez, 1987).

De esta naturaleza, la institucionalización del parto, en la segunda mitad del siglo XX, se consolidó en diferentes zonas del país para apoyar el esfuerzo orientado a reducir las muertes maternas y neonatales asociadas a los embarazos y partos patológicos. No obstante, al institucionalizar los procesos reproductivos dejó de considerarse a las mujeres como protagónicas en el proceso de dar a luz. Las mujeres fueron desplazadas por la autoridad del saber médico, y solo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología podrían tocar y fundamentalmente controlar el cuerpo y el comportamiento de la mujer parturienta. El tacto realizado por médicos y matronas se constituyó en un evento significativo en la relación “mujer/autoridad médica”, en tanto dispositivo de poder del saber biomédico (Camacaro, 2009).

En el espacio regional, la fuerza del discurso desarrollista reproducido por el Estado chileno se hizo presente de manera transversal en la política pública en el plano cultural, productivo y económico de la agenda pública (Ruz, Galdames y Díaz, 2015). Así se expresó, por ejemplo, en la política de la Junta de Adelanto de Arica (JAA)–1958-1976–entonces provincia de Tarapacá, marcada por una visión desarrollista que consideraba a los pueblos del interior como subdesarrollados, en estado de pobreza o déficit. La perspectiva de la JAA enfatizó la mirada económica y social orientada a promover, de manera jerárquica y externa, un impulso civilizador que elevara las condiciones de vida de la población que se percibía como homogénea,

sin tomar en consideración su cultura e historia propias (Galdames y Ruz, 2010). Efectivamente, los programas impulsados se orientaron al aumento de la producción agrícola de la población indígena rural, reorganizando su sistema tradicional de subsistencia agrario por uno de generación de divisas (Quiroz *et al.*, 2015).

El cuerpo femenino y su control en el espacio andino tarapaqueño

Como veremos a continuación, el análisis de las políticas públicas en salud reproductiva implementadas por parte del Estado, nos permite comprender y cuestionar la forma en que las sexualidades y los cuerpos de las mujeres aymaras son construidos socialmente, a costa del “buen vivir” y de la reproducción sociocultural de sus comunidades. Durante la primera mitad del siglo XX, el parto y los cuidados de este, comenzó a escribirse/inscribirse en el imaginario del cuerpo de las aymaras de manera diferente. La profesionalización de la atención del alumbramiento y su institucionalización generaría profundas transformaciones en las prácticas socioculturales asociadas al parto y sus cuidados. Efectivamente, testimonios biográficos de varones y mujeres, cuyas madres nacieron en las primeras décadas del siglo pasado, reportan que las *wawas* seguían llegando al mundo en los hogares, bajo el cuidado de mujeres parturientas o de parteras especialistas:

Mi mamá nació en 1924. Dice ella que se acostumbró a tenerla sola a una. La veía ya sea con la suegra o una partera. Pero una vez que nacía la *wawa*, ella se atendía sola. Ella veía y aprendería a cortar el cordón. A veces la ayudaba un poco mi papá, pero en cuidarla que no entre arena, en cerrar bien las puertas, tenerle su caldito, algo caliente después de que tiene la *wawa*. Una tía podía ayudarla a recibir, pero no el esposo, no habían esas costumbres. Así nacimos nosotros. Yo nací en 1945, soy la segunda de diez (DC, partera aymara).

Este testimonio coincide con lo reportado por otras investigaciones en contextos aymaras (Carraso, 2003; Carrasco y Gavilán, 2009; Moscoso *et al.*, 2021) y collas (Rodríguez y Duarte, 2020) que describen los nacimientos de sus hijos en sus casas con apoyo de partera o de alguna familiar.

La realidad regional también da cuenta de una importante presencia de la partería tradicional como forma de recibir el alumbramiento. En consecuencia, en las oficinas salitreras (ubicadas en la pampa), las mujeres se atendían en los establecimientos de salud habilitados en los centros urbanos de manera complementaria con los cuidados caseros de las parteras (González y Sossa, 2011; Escobar Guic, 2013). En la medida que en las oficinas la presencia del médico no era permanente, parteras, curanderas y yerbateras gozaron de gran prestigio (González y Ovando, 2002). Así también lo describe un expampino de Cala Cala en los años cincuenta:

No había policlínico... existía una Enfermería en cada campamento con un practicante... que ayudaban a los doctores, que ponían inyecciones: un enfermero. Y los practicantes atendían los accidentes... porque habían muchos accidentes. Los doctores pasaban una vez a la semana y a veces aparecían menos seguido. En las salitreras más grandes había permanentemente médico y hospital también, pero no en todos los campamentos. Los partos los atendían los practicantes, pero muchas mujeres no querían atenderse ahí y buscaban partera (LC, pampino, Cala Cala).

Debido al deficiente servicio de atención en salud hacia el final del ciclo del nitrato, ya se registraban numerosas muertes de mujeres (Cerdeira y Rojas, 2021). Algunas de ellas por exceso de trabajo, otras afectadas por enfermedades como la peste bubónica, y muchas a l momento de parir, por infección o por la tardanza en la atención por parte del médico o partera (González, 2006). Este tipo de muertes en el alumbramiento siguieron reportándose entre 1950 y 1960:

[A las parteras] la gente las cuidaba porque sabían que eran necesarias. Saludablemente que ayudaban sí. Las personas que llegaban con mi mamá le decían: ‘Fíjate que la señora que atendió a la niña, a la que la atendieron, está mal’. Y ella partía. Una vez eso ocurrió, que la otra persona no hizo el trabajo de limpieza de la placenta. Ella sabía ese trabajo y atendía a esas personas con fiebre (LC, hijo de partera, campamento Cala-Cala).

Por ello, ante las dificultades estructurales del sistema de salud en territorios fronterizos, la complementariedad entre sistemas médicos fue una práctica recurrente, a veces por iniciativa de los propios funcionarios de salud que se desempeñaban en los campamentos más empobrecidos:

Para ser partera era muy clandestino todo. Pero al último, en las salitreras a veces el practicante si sentía que ayudaba, igual la mandaba a buscar. Decía: ‘Bueno hay que llamar a doña Julia no más’. Había un señor practicante de apellido Pérez y yo veía que él llegaba a la casa: ‘Doña Julia, Doña Julia, necesito que me ayude, la necesito’ y la llevaba al lugar y examinaba a la mujer. Era solamente cuando se trataba de traer niños al mundo no más. Si tenía un problema, la iba a buscar porque no había otro doctor... Así que el practicante estaba ahí, y mi mamá también (LC, pampino, hijo de partera).

La práctica empírica al asistir el nacimiento de los bebés en los campamentos salitreros mantuvo un carácter colectivo y no remunerado, a pesar de la alta exigencia que podía significar para las parteras, como lo recuerda un expampino, cuya madre ofició de partera en la década de los años cincuenta, en diversas salitreras ubicadas cerca de Santa Rosa de Huara y Pozo Almonte:

Ella me llevaba a los campamentos; varias veces la acompañé. A veces eran las diez de la noche y llegaban las personas y venían a buscarla, en burro de otras partes y se la llevaban. Entonces ella pescaba generitos y decía: ‘allá tuvimos agua caliente’. Y se iba. Siempre llevaba géneros cortados y llevaba limón y pichones. Los metía en la jaula y partíamos. Mientras ella estaba haciendo su trabajo de atender el parto, las personas de la casa le ayudaban preparando el caldo. En casi todas las casas tenían gallinero y a veces de ahí sacaban la gallina para preparar el caldo. Nosotros llegábamos y la estaban esperando. Nos recibían y le decían: ‘Tengo agua caliente, tenemos todas las cosas, en caso que necesite’. A veces mi mamá no llegaba por la noche y llegaba al otro día. Me explicaban que estaba atendiendo y

después llegaba ella, cerca del mediodía. Y a veces mi mamá no aparecía. Estaba en otros campamentos, donde la llamaban... a Iris... iba en góndola, en ‘mixto’, pagando el pasaje. Yo nunca le vi pago, plata, pero siempre llegaba con muchas cosas (LC, pampino, hijo de partera).

Asimismo, en los pueblos andinos del interior, las políticas de salud reproductiva empezaron a afectar de manera más directa la vida de las mujeres aymaras en torno a los años sesenta. Se instalaron postas rurales en la cordillera y la atención en salud biomédica comenzó a ser más accesible. No obstante, se trató de un acceso muy precario, en la medida que la ronda médica solo subía a los pueblos andinos cada mes y medio, y solo por un día. Durante ese período de instalación de la acción sanitaria, las mujeres aymaras opusieron fuertes resistencias ante los esfuerzos de los equipos de salud rural que las instaban a controlar su embarazo en la posta y “bajar” a la ciudad para el nacimiento de su bebé:

Se escondían en sus casas cuando venía la ronda médica a visitarlas y no salían a abrir la puerta. Una vez que la *wawa* había nacido, ya sea con el apoyo de partera o atendidas por ellas mismas, solitas, fingían ante la matrona no haberse dado cuenta que el parto ya venía (JA, funcionaria de posta rural).

Además, algunas mujeres acudían a los controles con cierta irregularidad, aunque no siempre recibían un servicio de calidad y el trato del equipo de salud denotaba maltrato y descalificaciones hacia las usuarias. Así lo reporta una mujer oriunda de Cariquima cuando acompañaba a su madre al control de niño sano de sus hermanos, a fines de los años setenta:

Somos 11 hijos nosotros; soy la mayor, nací en 1967. Mi mamá nos tuvo natural, ninguno tuvo en el hospital. Un día me pidió si yo llevaba a los controles a los niños allá a la ronda médica. Tendría yo mis 11 años y me acuerdo que los carnets [de control del sistema de salud] estaban todos rotos, sucios. Mi mamá los dejaba por donde sea. Yo traté de ordenar los carnets, limpiarlos y los llevé. Llegué al

control y estaba la matrona, la enfermera y todos los que controlan, retándome: ‘¿Y Usted? Pero dígame a su mamá que así no se cuida el carnet, que esto está roto, que esto no se nota ni la letra de cual es cual, y los nombres están borrándose.’ Luego subí a mi hermano a la pesa, y tenía los pies cochinitos. ‘¡Ni siquiera lo bañaste!, me decía. ¡Me retaban de una manera! Nunca más fui a control (SM, mujer aymara Alto Hospicio).

Efectivamente, la atención dada al papel de las mujeres en la regulación de la fertilidad, en ningún caso significó un aumento del poder en la toma de decisiones en el hogar ni en el país (Pieper, 2008). La dinámica del programa de planificación familiar siguió reproduciendo las jerarquías de género coloniales que limitaba la autonomía de las mujeres aymaras respecto de las decisiones sobre su cuerpo. Además, las acciones programáticas carecían de pertinencia cultural, y no consideraban las valoraciones de las mujeres respecto de las formas de anticoncepción, ni los conocimientos propios en salud tradicional aymara. Así, la decisión en torno a los métodos anticonceptivos era impuesta por los profesionales, más que una decisión de las propias mujeres aymara sobre sus cuerpos:

Los médicos deberían saber trabajar en el campo. A mí la matrona (me) decía: ‘Ya, pasa a la cama. Tírate a la cama. Tiene que cuidarse, va a tomar pastilla o va a ponerse la T de cobre’. El anticonceptivo que le llaman. Uno decía: - ‘No, no quiero nada’. - ‘No, pero tiene que cuidarse. Ud. tiene seis niños, ya!’ Y ahí las mujeres iban tomando decisiones, según ellos: era la T de cobre o las pastillas. Y así uno alcanzaba a tener cinco, seis hijos. No más (CC, Mujer aymara de Cariquima).

Ante estas formas de relacionamiento y de falta de comprensión por los elementos culturales asociados al cuidado de la salud y al alumbramiento, la relación que se establecía entre el personal de salud y las mujeres de los pueblos andinos, a fines de los años setenta, era de mutua desconfianza:

En esos años el porcentaje de partos en domicilio era alto, sobre todo en Colchane

y Camiña que son las más lejanas. De cincuenta mujeres embarazadas más menos, en el año, más de la mitad se atendía en domicilio; no bajaban al hospital. Era muy escasa la relación entre las parteras y el Servicio de Salud, ya que no había confianza. No había confianza por parte del equipo de salud hacia las parteras, como de las parteras hacia el equipo de salud. Muchas veces incluso no las identificaban no daban el nombre de la partera que las había atendido (DR, matrona de postas rurales).

Frente a las resistencias con las que se encontraban los equipos de salud rural para poder atender las parturientas en el espacio hospitalario, el Servicio de Salud implementó, a nivel regional, una política de fomento de la institucionalización del parto:

Como a fines de los setenta, como una forma de poder facilitarle al acercamiento al Hospital [en Iquique] existía un Hogar de la Madre Rural, que administraba CEMA-Chile. El gobierno [militar] le pagaba una subvención a CEMA para que las mujeres pudieran llegar ahí, se les otorgaba alojamiento y alimentación. A partir de las treinta y ocho semanas se les mantenía en el Hogar cuando ya estaban por tener su bebé. Las personas que trabajan ahí eran como auxiliares acompañaban a las mujeres al médico, a los últimos controles, a la maternidad cuando empezaba el trabajo de parto y después la iban a buscar al alta. Además, se le daba algunos regalos, ropa de bebé (DR, matrona de SSI).

Para esos años, con la Junta militar en el gobierno, el sistema de salud había sufrido una profunda reforma, bajo una lógica privatizadora y jibarizadora de la acción pública (Goic y Armas, 2003), que desincentivó la planificación familiar producto de la instalación del “pensamiento cristiano de la vida” y de la revalorización del rol de madre en el discurso oficial por sobre los roles socioproductivos para las mujeres (ODEPLAN, 1979). Los Servicios de Salud, ahora descentralizados, tendrían mayor capacidad de control y se aplicaría de manera sistemática la normativa del Código sanitario en los territorios más alejados de los centros de poder político⁴. En

particular, respecto de la exclusión de las parteras en la atención del parto, en tres décadas se puede observar, a nivel nacional, un aumento exponencial en la profesionalización del mismo: mientras en 1960 el 66,9% de los partos era atendido por atención médica especializada (Donoso y Carvajal, 2012), para 1970 la cifra había aumentado a 81,1%, para superar el 90% en la década de 1980 (Castro y Camacho, 2005).

Comentarios finales

En un contexto de intensa translocalización⁵ de la sociedad aymara (Gavilán, 1993; Gundermann y González, 2008; Álvarez, 2017; Moscoso *et al.*, 2021), desde los años sesenta se aplicó de manera coercitiva programas de planificación familiar y de profesionalización del parto que fueron presionando a las parturientas aymaras a atenderse de manera institucionalizada en la ciudad. Para ello, el Estado utilizó diferentes estrategias de promoción de hábitos de salud basados en la biomedicina y en la lógica desarrollista, instaladas de modo hegemónico en toda Latinoamérica. Efectivamente, en el discurso desarrollista los campesinos y los indígenas solo figuraban como “masa indiferenciada y algo molesta, de rostro casi invisible ‘población excedente’ que, tarde o temprano, sería absorbida por una economía urbana floreciente” (Escobar, 2007: 268). Es oportuno recordar que los orígenes de diversas problemáticas actuales (pobreza, marginalidad y procesos de exclusión social) radican en procesos culturales, económicos y sociales que se asientan en las primeras etapas del colonialismo. Efectivamente, el capitalismo operó globalmente en contextos nacionales y regionales construidos a partir de categorías étnicas y raciales procedentes de la Europa colonial, para organizar la sociedad

productiva. Así, las categorías coloniales fueron reapropiadas, producidas y reproducidas por las elites intelectuales y gubernamentales con el fin de jerarquizar y organizar la sociedad, instalando un colonialismo interno (Rodríguez, 2012). Como vimos, las prácticas sociales y políticas públicas en salud no han estado ausentes de esta forma de reproducción del orden colonial. De esta forma, con este trabajo se contribuye a la visualización del sentido político del nacimiento y al cuestionamiento del negocio naturalizado y dominante de los partos hospitalarios, altamente medicalizados (Laako, 2015). Ello nos permite revisitarse la historia de una cara del proyecto civilizador del continente, obsesionado por la ausencia de higiene en la población, con el cuidado de la conducta pública, con la educación eurocentrada y el control sobre el cuerpo y los instintos (Zárate, 2008). Como contracara, las microhistorias de mujeres aymaras denotan diversas formas de resistencia cultural y de adaptación forzosa al modelo dominante, lo que conllevó una importante pérdida de conocimientos y prácticas patrimoniales en torno a la salud reproductiva. Ante este y otros procesos modernizadores, las mujeres han tenido que generar resistencias desde los espacios micropolíticos, instaladas en el cuerpo-territorio donde se materializa la vigencia y reproducción de saberes ancestrales y prácticas tradicionales acerca del embarazo, parto y puerperio de generación en generación (Rodríguez y Duarte, 2020).

Agradecimientos

Se agradece a los proyectos Fondecyt-Iniciación N° 11201128 y Fondecyt-postdoctoral N° 3130507, así como al Grupo Interdisciplinario de Investigación en Género de la Universidad de Tarapacá. Se agradece la revisión de los/as evaluadores/as del manuscrito.

Referencias Citadas

- Alarcón, A.M. y Nahuelcheo, Y.
2008 Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungará* 40 (2): 193-202.
- Allende, S.
1939 *Realidad Médico Social Chilena*. Ministerio de Salubridad, Santiago.
- Alvarez, A.
2017 Nuevos escenarios de género entre los Aymara. *Interciencia* 42 (7): 408-416.
- Aguirre, C.; Mondaca, C. y Muñoz, W.
2018 Desarrollismo y capitalismo en espacios marinos. La industrialización de la pesca en Iquique, norte de Chile. *Interciencia* 43 (9): 611-618.
- Banco Mundial
1969 Discurso de Robert S. Mc Namara, *El Trimestre Económico*, Vol. 36, 142 (2): 301-310.
- Camacaro, M.
2009 Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32).

- Carrasco, A.M.
2003 Llegando al mundo terrenal: embarazo y nacimiento entre los aymara del norte de Chile. En *Mujeres, Espejos y Fragmentos*, editado por S. Montecino, R. Castro y M. A. De la Parra, pp. 70-84. Catalonia, Santiago.
- Carrasco, A.M y Gavilán, V.
2009 Representaciones del cuerpo, sexo y género entre los aymara del norte de Chile. *Chungará* 41(1): 83-100.
- Carrasco, A.M. y Gavilán, V.
2014a Género y etnicidad. Ser hombre y ser mujer entre los aymara del altiplano chileno. *Diálogo Andino* 45: 169-180.
- Carrasco, A.M. y Gavilán, V.
2014b Significados y prácticas de la sexualidad en tres generaciones de mujeres aymara del norte de Chile. *Interiencia*. 39 (7): 468-475.
- Castro, J.
2015 Estados Unidos y la guerra por el desarrollo: El control de la natalidad en Chile, 1960-1970. *Revista Complutense de Historia de América* 41: 95-120.
- Castro, R.
2003 La gestación. En *Mujeres, Espejos y Fragmentos*, editado por S. Montecino, R. Castro y M. A. De la Parra, pp. 53-68. Catalonia, Santiago.
- Castro R. y Camacho V.
2005 *Reducción de la Mortalidad Materna en Chile 1950-2000*. PAHO/WHO, Washington.
- Cerda, K. y Rojas, C.
2021 Inserción laboral de mujeres en Iquique durante el ciclo del salitre: División sexual de trabajo y relaciones sociales de género (1890-1920). *Diálogo Andino* 65: 429-445.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe
2007 *Panorama Social de América Latina 2006*. Naciones Unidas-UNFPA, Santiago.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe
2010 *Salud Materno Infantil de Pueblos Indígenas y Afro-Descendientes de América Latina*. ONU, Santiago.
- Dides, C. y Pérez, S.
2007 Investigaciones en salud sexual y reproductiva de Pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. *Acta Bioética* 13 (2): 216-222.
- Donoso, E. y Carvajal, J.
2012 El cambio de perfil epidemiológico de mortalidad materna dificultará el cumplimiento Objetivo del Milenio. *Revista Médica de Chile* 140 (10): 1253-1262.
- Dumont, G.
2012 Multiplicidades móviles, dibujo de una pluralidad situacional. *Encrucijadas Revista crítica en Ciencias Sociales* 4. Disponible en: <http://www.encrucijadas.org/index.php/ojs/issue/view/10> (Revisado el 7 febrero 2018).
- Escobar, A.
2007 *La Invención del Tercer Mundo. Construcción y Deconstrucción del Desarrollo*. Ed. El perro y la rana, Caracas.
- Escobar Güic, D.
2013 El mercado laboral femenino e infantil en Antofagasta 1880-1930. *Historia* 46 (2): 343-394.
- Faúndez, A.
1987 Género, Salud y Políticas Públicas. Del Binomio Madre-Hijo a la Mujer Integral. *Serie Estudios de Casos*. Universidad de Chile, Santiago.
- Foucault, Michel
1991 *Historia de la sexualidad*. Vol. I Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galdames, L. y Ruz, R.
2010 La Junta de Adelanto de Arica y John V. Murra. Dos lecturas sobre el desarrollo andino en el norte de Chile. *Chungará* 42 (1): 257-270.
- Gavilán, V.
1993 Relaciones de género en la cultura aymara. En *Huellas. Seminario Mujer y Antropología*, editado por S. Montecino y M.E. Boisier, pp. 87-93. CEDEM, Santiago.
- Gavilán, V.
2005 Representaciones del cuerpo e identidad de género y étnica en la población indígena del norte de Chile. *Estudios Atacameños* (30): 135-148.
- Gavilán, V.
2008 Representaciones de lo femenino en la población aymara. En *Mujeres Chilenas, Fragmentos de una Historia*, compilado por S. Montecino, pp. 457-469. Catalonia, Santiago.
- Gavilán, V.; Cabezas, R.; Madariaga, V. y Viguera, P.
2006 *Recuperación de la Experiencia Red de Parto Aymara, Informe de investigación*. CIDHE/UNAP, Iquique.
- Gavilán, V.; Viguera, P.; Parra, M.; Madariaga, C.; Morales, N.; Arratia, A. y Andrade, R.
2011 La sociedad y la cultura andina contemporánea. *Revista de Indias LXXI* (252): 571-600.
- Goic, A. y Armas, R.
2003 Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena. *Revista Médica de Chile*, 131(7): 788-798.
- González, S.
2002 *Hombres y Mujeres de la Pampa: Tarapacá en el Ciclo de Expansión del Salitre*. LOM Eds., Santiago.
- González, S.
2006 *Pampa Escrita. Cartas y Fragmentos del Desierto Salitrero*. DIBAM, Santiago.
- González, S. y Sossa Rojas, A.
2011 La vida privada de dos campamentos salitreros del Cantón Bolivia durante la administración Lautaro Nitrate C° Ltda. *Diálogo Andino* 83: 93-110.
- Guber, Rosana
2011 *La Etnografía. Método, Campo y Reflexividad*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Gundermann, H.
2002 *Sociedad Aymara y Procesos de Modernización durante la Segunda Mitad del Siglo XX*. Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato, Santiago.
- Gundermann, H. y González, H.
2008 Pautas de integración regional, migración, movilidad y redes sociales en los pueblos Indígenas de Chile. *Universum* 23 (1): 82-115.
- Illanes, M.A.
2010 *En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la Salud Pública en Chile 1880/1973*. Ministerio de Salud de Chile, Santiago.
- INE, Instituto Nacional de Estadísticas
2003 *Censo 2002. Síntesis de Resultados XII Censo de Población y VI de Vivienda*. INE, Santiago.
- Krause, M.
1995 La investigación cualitativa. Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* 7: 19-39.

- Laako H.
2015 La política del nacimiento, la política de la transformación. En *Imagen Instantánea de la Partería*, editado por G. Sánchez, pp. 85-110. ECOSUR, Ciudad de México.
- Langdon-Embry
2009 El rol de la partera en la Provincia de Parinacota. *ISP Collection*. SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad, Bradel Boro.
- ODEPLAN
1979 *Plan Nacional Indicativo de Desarrollo* (1978-1983). Gob. de Chile, Santiago.
- Manos
2008 *Como Mujer... Yo Decido. El Derecho de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Aymara de Putre*, Chile. SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad, Oberlin.
- MINSAL, Ministerio de Salud
2008 *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*. MINSAL-ICMER-APROFA, Santiago.
- Moscoso, A.; Vásquez, M. y Pulido, C.
2021 Relaciones sociales de mujeres aymaras translocales: Una explicación desde la presencia/ausencia del *Suma Qamaña*. *Diálogo Andino* 65: 321-331.
- Mohanty, C.
2008 Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales. En *Descolonizando el Feminismo*, editado por L. Suárez y A. Hernández, pp. 117-163. Cátedra, Madrid.
- Perret, G.
2011. Territorialidad y práctica antropológica: desafíos epistemológicos de una antropología multisituada/ multilocal. *KULA Antropólogos del Atlántico Sur* 4: 52-60.
- Pieper, J.
2008 Salvar vidas y gestar modernidad. En *La Salud del Cuerpo. Historia y Políticas Sanitarias en Chile*, compilado por M. Zárate, pp. 189-227. Universidad Alberto Hurtado, Santiago.
- Quiroz, D., Díaz, A., Galdames L. y Ruz R.
2015 Campesinos andinos y políticas agrarias durante la Junta de Adelanto de Arica. En *La Junta de Adelanto de Arica (1958-1976)*, compilado por R. Ruz, L. Galdames y A. Díaz. pp. 105-127. Eds. Universidad de Tarapacá, Arica.
- Rodríguez, J.
2012 Los sinuosos caminos del racismo. El racismo ambiental en Argentina. *Revista de Antropología experimental* 12 (4): 43-59.
- Rodríguez, V. y Duarte, C.
2020 Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: Embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la Región de Atacama. *Diálogo Andino* 63: 113-122.
- Santos-Fraile, S.
2017 Etnografías multisituadas y multilocalizadas. *Antropología Experimental* 17: 19-34.
- Tuhiwai, L.
2015 *A descolonizar las metodologías. Investigación y Pueblos Indígenas*. Eds. LOM, Santiago.
- Valdebenito, C.; Rodríguez, M.; Hidalgo, A.; Cárdenas, U. y Lolás, F.
2006 Salud intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aimaras. *Acta Bioética* 12 (2): 185-191.
- Viel, B.
1966 *La Explosión Demográfica*. Universidad de Chile, Santiago.
- Zárate, M. S.
2008 *Por la Salud del Cuerpo. Historia y Políticas Sanitarias en Chile*. Eds. Universidad Alberto Hurtado, Santiago.
- Zárate, M. S. y Godoy, L.
2011 Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde* 18 (1): 131-151.
- Zárate, M.S. y González, M.
2015 Planificación familiar en la *Guerra fría chilena*: Política sanitaria y cooperación internacional. *Historia crítica* 55: 207-230.

Notas

- ¹ Las investigaciones realizadas a nivel nacional con pueblos indígenas en el campo de la salud reproductiva han carecido de pertinencia cultural. La mayoría se ha realizado desde una perspectiva biomédica y una menor parte considera las concepciones y prácticas respecto de sexualidad y salud reproductiva en el marco de relaciones de género con el pueblo mapuche (Alarcón y Nahuelcheo, 2008), con el pueblo colla (Rodríguez y Duarte, 2020) y con el pueblo aymara (Carrasco, 2004; Gavilán, 2005 y 2008; Gavilán *et al.*, 2006; Valdebenito *et al.*, 2006; Manos, 2008; Langdon-Embry, 2009; Carrasco y Gavilán, 2009; 2014a y 2014b; Gavilán *et al.*, 2011). Estos últimos estudios han abordado principalmente la realidad sociocultural de mujeres aymaras en contextos rurales, pese a su alta concentración en ciudades (Dides y Pérez, 2007).
- ² Los objetivos principales de la Política de Población y de Salud Pública fueron los de reducir la tasa de mortalidad materna, reducir la tasa de mortalidad infantil

(relacionada con el bajo nivel de vida en sectores de población de alta fecundidad) y promover el bienestar de la familia, favoreciendo una procreación responsable que permitiese el ejercicio y el derecho a una paternidad consciente (MINSAL, 2008).

- ³ En 1995, la Agencia Internacional de Desarrollo puso término a la donación de insumos anticonceptivos por considerar que Chile ya no era un país prioritario para recibir esta ayuda, ya que había alcanzado un nivel de estabilidad política y económica y un grado satisfactorio respecto de la salud materno-infantil (MINSAL, 2008).

⁴ El Código sanitario no prohíbe la atención del parto en el domicilio, pero define que la persona facultada para atender partos es responsabilidad exclusiva de profesionales médicos o matronas.

- ⁵ Las economías domésticas dejaron de ser exclusivamente agrícolas y pasaron a depender de ingresos extraprediales (Gavilán, 1993). La economía andina se mercantilizó

extensivamente, perdiendo la orientación de economías domésticas de base comunitaria. La mejoría de medios de comunicación, vías de transporte y de abastecimiento

alimenticio generó importantes cambios demográficos (Gundermann, 2002).