



LA TECNOCRACIA BIOMÉDICA VESTIDA DE HUMANISMO. LA ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL EN EL CHILE CONTEMPORÁNEO

Michelle Sadler Spencer

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



La tecnocracia biomédica vestida de humanismo.

La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo.

MICHELLE SADLER SPENCER



TESIS DOCTORAL

2021

Michelle Sadler Spencer

La tecnocracia biomédica vestida de humanismo.
La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo.

Tesis Doctoral

Dirigida por el Dr. Ángel Martínez-Hernández

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social



Tarragona, 2021



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

Avinguda de Catalunya, 35
43002 Tarragona
Tel. +34 977 55 9748

e-mail: sdantro@urv.es
web: <http://dafits.urv.es>

HAGO CONSTAR que el presente trabajo titulado “La tecnocracia biomédica vestida de humanismo. La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo”, que presenta Michelle Sadler Spencer para la obtención del título de Doctora por la Universitat Rovira i Virgili, ha sido realizado bajo mi dirección en el Programa de Doctorado de Antropología y Comunicación de esta universidad.

Tarragona, 14 de mayo de 2021

El director de la tesis

Ángel Martínez Hernández, PhD

Catedrático de Antropología

Universitat Rovira i Virgili

Dedicatoria:

A mis hijas Eleni y Sofía, por permitirme gestarlas,
parirlas y acompañarlas en esta aventura.

A Ion, compañero de viaje, por regalarme el compromiso
y la libertad para volar alto.

Agradecimientos:

A cada persona con quien hemos construido este
trabajo colectivo de experiencias vividas, sentidas, sufridas, gozadas.

ÍNDICE

APERTURA.....	7
I. APROXIMACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	14
I.1. Marco teórico-conceptual	14
I.1.1. Medicalización, cuerpo y género	14
I.1.1.1. Medicalización	14
I.1.1.2. El cuerpo en las ciencias sociales.....	17
I.1.1.3. Cuerpo, género y poder.....	21
I.1.2. El poder en el parir, ¿o el poder parir?	23
I.1.2.1. La “obstetrificación” del parto en la medicina moderna	24
I.1.2.2. El parto desde las ciencias sociales	28
I.1.2.3. Violencia obstétrica: las dimensiones estructurales del abuso	33
I.1.3. “Modelos” de atención de nacimiento: aclaraciones conceptuales.....	37
I.1.3.1. Modelos médicos	37
I.1.3.2. Atención del nacimiento: modelos y conceptos en uso.....	39
I.1.3.3. Los peligros de los conceptos confusos	47
I.2. El camino desde una antropología implicada	53
I.2.1. Así me nacieron a mi hija.....	54
I.2.2. Así nació a mis hijas	65
I.3. Consideraciones metodológicas.....	72
I.3.1. Introduciendo el campo de estudio.....	72
II.3.2. Supuestos y objetivos de investigación	73
II.3.3. Proyectos de investigación	76
I.3.3.1. Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea, 2013-2016 (Proyecto FONIS SA13I20259)	77
1.3.3.2. Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile	83
II. ANTECEDENTES	92
II.1. La historia de la atención del parto en Chile.....	92

II.1.1. La institucionalización de la atención del nacimiento	92
II.1.2. Las reformas en salud.....	102
II.1.2.1. De la salud materna-infantil a los derechos sexuales y reproductivos.....	102
II.1.2.2. La reforma de salud del nuevo milenio y su impacto en la atención del parto.....	105
II.1.3. El parto “personalizado”	108
II.2. Activismo por los derechos en el nacimiento	117
II.2.1. La “humanización” del nacimiento.....	118
II.2.2. La violencia obstétrica se toma la agenda activista.....	125
II.2.3. Proyectos de Ley sobre parto y derechos ginecobstétricos	130
II.2.4. Encuesta OVO Chile y activismo basado en la evidencia	134
II.3. Las políticas mundo: de la tecnocracia al humanismo	139
III. DAR A LUZ EN EL CHILE DE HOY	146
III.1. El diagnóstico “grueso”	146
III.1.1. El componente relacional	149
III.1.2. El componente técnico	152
III.1.3. Una breve reflexión metodológica para analizar los datos disponibles	157
III.2. El territorio del parto.....	159
III.2.1. El territorio del poder obstétrico.....	160
III.2.1.1. Las profesiones de atención del parto	166
III.2.1.2. Algunas dimensiones centrales del currículum y la práctica obstétrica.....	171
III.2.2. Los sectores de atención: público y privado	189
III.2.2.1. Fonasa, Isapres y Bono PAD Parto.....	190
III.2.2.2. Incentivos organizacionales y económicos “perversos”	195
III.3. Opciones y trayectorias institucionales de atención	206
III.3.1. Preferencia por vías de parto	206
III.3.2. Salud pública	214
III.3.2.1. “A la suerte de la olla”	214
III.3.2.2. En otra comuna y/o a última hora.....	216
III.3.2.3. Buscando a la matrona respetuosa	220
III.3.2.3. Portarse “bien” y otras opciones	222
III.3.2.4. La cesárea	224

III.3.3. Salud privada	227
III.3.3.1. Elegir entre alternativas disponibles	228
III.3.3.2. El engaño	230
III.3.3.3. La cesárea.....	235
III.4. El parto en escena	242
III.4.1. El (con)tacto.....	243
III.4.2. El movimiento y posición	254
III.4.3. La epidural.....	266
III.4.4. La episiotomía	286
III.4.5. La compañía.....	299
III.4.5.1. El acompañamiento de personas significativas.....	301
III.4.5.2. El contacto piel con piel inmediato.....	304
III.4.6. De la falacia de la elección a la culpa	311
III.5. Los cuerpos vivos: de la violencia a la justicia epistémica	329
III.5.1. Relatos encarnados	331
III.5.1.1. Rosa y el cuerpo muerto de miedo.....	331
III.5.1.2. Carmen y el cuerpo que no quiere sufrir	335
III.5.1.3. Macarena y el cuerpo silenciado.....	343
III.5.1.4. Alicia y el cuerpo que retiene.....	351
III.5.1.5. Los cuerpos que dan a luz.....	357
III.5.2. De la violencia a la justicia epistémica.....	359
III.5.2.1. La violencia epistémica	359
III.5.2.2. La justicia epistémica.....	373
IV. DE LA APARIENCIA A LA ESTRUCTURA.....	384
IV.1. Un cambio superficial.....	384
IV.2. ¿“Autonomía” o cuidado colectivo?	388
IV.3. La estructura del cambio.....	391
CODA	397
BIBLIOGRAFÍA	399

APERTURA

La problematización de la medicalización de la vida ha sido uno de los temas de interés centrales de la antropología médica durante las últimas décadas. Fueron autores como Foucault (2001) e Illich (1975) quienes pusieron al centro de sus reflexiones la extensión de la jurisdicción de la medicina moderna hacia diversos ámbitos de la sociedad; temática que desde la segunda mitad de la década de los '70 fue permeando la agenda de la antropología para criticar las formas de dominio que la biomedicina ejerce sobre colectivos e individuos. Antropólogos médicos contemporáneos como Menéndez (1983) han definido la medicalización como un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización.

Este trabajo se inserta en dicha tradición, poniendo el foco en la medicalización de procesos del ciclo vital femenino, en este caso, específicamente en el parto. La atención del parto ha sido uno de los ejemplos paradigmáticos de la medicalización de la vida, tanto en un sentido de dominio profesional como de expansión de la jurisdicción médica (Conrad, 2005; Lock y Nguyen, 2010). Ha sido además una temática privilegiada para mostrar cómo la biomedicina reproduce estereotipos y violencias de género presentes en las sociedades mayores en que se inserta, definiendo a los cuerpos femeninos como patológicos por naturaleza y en constante necesidad de intervención médica, y a las mujeres como incapaces de lidiar con sus procesos reproductivos por su supuesta debilidad psíquica y física (E. Martin, 1987). Y, por otra parte, los estudios comparativos del parto han permitido exponer la naturaleza cultural de la biomedicina, por cuanto esta toma formas particulares en los distintos contextos en los que se aplica. En esta línea, la antropología médica ha sido enfática en cuestionar la supuesta neutralidad de la biomedicina para definirla como un sistema cultural que, como tal, refleja normas y valores específicos de la cultura que le da forma (Gaines y Davis-Floyd, 2003; Hahn y Gaines, 1982; Hahn y Kleinman, 1983). La biomedicina sería entonces una “etnomedicina fisiológicamente orientada” (Comelles y Martínez-Hernández, 1993), etnomedicina en tanto es un sistema médico culturalmente configurado, y fisiológicamente orientada debido a que su rasgo estructural dominante “es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención” (Menéndez, 2003, p. 193). Y si bien comparte ciertos principios comunes en todo el mundo, su aplicación local toma formas particulares, dadas por las características de los contextos donde se pone en práctica. Si nos detenemos, por ejemplo, en la práctica de cesáreas, las variaciones entre distintos países son enormes, desde tasas superiores al 50% a las más bajas de alrededor del 15% (Davis-Floyd y Cheyney, 2019). Además, dentro de cada país, las tasas de cesáreas son más altas en los sistemas

privados que públicos de atención. Como ejemplo, esta diferencia fue de un 28% en Chile en 2015 (INDH, 2016). Nos encontramos, entonces, con que:

Existen vastas diferencias culturales en la atención del nacimiento que revelan los valores fundamentales más profundos de una sociedad o comunidad determinada; es la cultura y sus creencias y valores concomitantes la que da forma a las prácticas de nacimiento, no un sistema científico libre de valores que de alguna manera trasciende cultura y creencias (Davis-Floyd y Cheyney, 2019, p. 3, *traducción propia*).

Son este tipo de configuraciones culturales las que me interesa analizar, para situar el foco de este trabajo en un contexto y momento particular: el Chile de la segunda década del siglo XXI. Chile se caracteriza por una casi completa institucionalización de la atención del nacimiento, de 99,6% en 2017 (INE, 2019), y altísimos indicadores de intervenciones obstétricas (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018), como se evidencia en una de las tasas de cesáreas más altas del mundo, de alrededor de 50% (INDH, 2016). Se trata de uno de los países que se encuentran en el extremo de “mucho, muy pronto” (*too much, too soon*) en la atención obstétrica, los cuales se caracterizan por una sobre-medicalización de la gestación y parto, con uso excesivo y rutinario de intervenciones obstétricas, costos excesivos para los sistemas de salud, y que se asocia habitualmente al abuso y falta de respeto sistemáticos de las mujeres usuarias de dichos sistemas (Miller et al., 2016). En el país, además, se dan grandes diferencias en la configuración de la atención entre los sectores público, privado, y mixto (mediante el pago del bono PAD Parto, que permite a afiliadas de salud pública atenderse con las dinámicas de salud privada).

En Chile, como respuesta a los problemas derivados del modelo en extremo intervencionista y abusivo hacia las mujeres, al que vamos a referirnos como “tecnocrático” (Davis-Floyd, 2001); en el 2007 se comenzaron a implementar políticas y programas de salud tendientes a instalar el modelo de atención de nacimiento “personalizado” (MINSAL, 2008; Ley N°20.379, 2009; ChCC, 2015). Este modelo, al que también me voy a referir como “humanista” (Davis-Floyd, 2001), busca reducir el intervencionismo obstétrico excesivo e innecesario, relevar las dimensiones psicosociales del cuidado, y entregar herramientas a las mujeres y sus familias para ser partícipes del proceso en una relación más horizontal con el personal de salud (MINSAL, 2008). Durante la última década, además, se ha ido fortaleciendo un movimiento de la sociedad civil que denuncia las intervenciones obstétricas innecesarias y malos tratos (OVO Chile, 2018); todo lo cual se ha traducido en que las mujeres usuarias cuenten con mayor información y demanden, cada vez con mayor fuerza, la entrega de una atención personalizada. Pero, a más de una década desde su implementación, el modelo personalizado no ha logrado permear el paradigma de atención, que continúa siendo fundamentalmente tecnocrático (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018).

De todo esto trata la presente tesis, en un intento por identificar y comprender los factores involucrados en la dificultad de cambio de modelo de atención. Con el fin de poder analizar estos factores de forma integral, articulo ciertas dimensiones estructurales en las que se enmarca la atención -políticas y normativas, organización de los sectores público y privado de salud y de las(os) profesionales de atención de salud, seguros de salud y financiamiento- con el campo de la atención obstétrica misma, en el cual se ponen en escena las interacciones entre las mujeres y sus familias, y las(os) profesionales de atención. Ambos planos confluyen en la generación de un habitus, en el sentido de Bourdieu (1991), en el cual las prácticas son estructuradas y a la vez estructurantes.

Como supuesto de investigación, planteo que, tras una década de esfuerzos por implementar el modelo personalizado de atención, se han producido cambios más bien superficiales y no a nivel del paradigma de atención. Los principios del modelo tecnocrático seguirían vigentes, pero “vistiéndose” de humanismo, lo cual les ha permitido mantener su hegemonía. Es en este contexto que una aparente mayor posibilidad de elección y capacidad de ejercer “autonomía” en la toma de decisiones respecto al nacimiento por parte de las mujeres usuarias puede esconder algunas formas de subordinación y coerción que mantienen y hasta profundizan la hegemonía del modelo tecnocrático y el sexismo en la atención.

Para describir y analizar la configuración de la atención institucional de parto en Chile en la actualidad, me propongo como objetivos específicos: caracterizar los territorios institucionales de atención del parto y las trayectorias de atención que siguen las usuarias en el marco de las opciones que el sistema de salud les ofrece; indagar en experiencias vividas de atención de parto de usuarias de los sistemas de salud pública y privada del país y analizar si se condicen con los lineamientos de atención vigentes en el país; e identificar y analizar los elementos, procesos y/o estrategias que se despliegan en el tránsito del modelo tecnocrático al personalizado (humanista) de atención que pueden estar obstaculizando el cambio. Esto, desde las voces de las usuarias de salud pública y privada del país, de matronas y obstetras de ambos subsistemas de salud; así como desde la revisión documental de todo tipo de fuentes afines, y de mi propia experiencia participando en los procesos descritos desde mis posiciones de investigadora y activista.

Con respecto a la organización del trabajo, hago una inversión de la estructura más tradicional, que comienza por los antecedentes del problema para continuar con el marco teórico y metodológico. Elijo comenzar por las “Aproximaciones teórico-metodológicas”: primero presento los debates principales que enmarcan el tema de estudio, abordando las temáticas de medicalización, estudios sociales sobre el cuerpo, cuerpo y género; y todo lo anterior aplicado al estudio del nacimiento; para luego exponer discusiones conceptuales en torno a los modelos de atención de nacimiento y los descriptores que se utilizan para caracterizarlos, que son importantes para comprender el lenguaje de la investigación en torno al tema. Le sigue un breve acápite que llamo “El camino desde una antropología implicada”, en el cual describo mi

trayectoria personal y académica en esta temática, que considero central para situarme -y situar a quien lea estas páginas- en el contexto de vida en que estas páginas se escriben. Concluyo el capítulo con el detalle metodológico de los dos estudios que dan origen al corpus principal del trabajo.

En el segundo capítulo, de “Antecedentes”, presento: la historia de la atención del parto en Chile y de las políticas públicas vinculadas al tema hasta la actualidad; la historia del activismo por los derechos en el nacimiento en Latinoamérica y Chile; y las discusiones y lineamientos de agencias internacionales con respecto a la atención del nacimiento biomédico de las últimas décadas. Ubico este capítulo inmediatamente antes del de resultados, donde caracterizo la atención contemporánea del parto, con el fin de privilegiar una lectura más fluida entre lo que ha sucedido en el país en materia de atención del nacimiento en términos históricos y en la actualidad.

El gran capítulo de resultados se titula “Dar a luz en el Chile de hoy” y se compone de cinco sub-capítulos, que detallo a continuación:

1. En “El diagnóstico ‘grueso”” presento la información cuantitativa y cualitativa sobre atención del parto en instituciones biomédicas en el país en los últimos años, para situar a grandes rasgos todo el desarrollo que sigue.
2. En “El territorio del parto” indago en los elementos centrales del currículum de formación universitaria de los principales profesionales encargados de la atención, a saber, matronas y obstetras, y caracterizo las formas de organización de la atención en los sectores públicos y privados de salud, develando incentivos económicos y organizacionales centrales para comprender cómo se configura el modelo de atención en el país.
3. En “Opciones y trayectorias institucionales de atención” describo las formas en que las mujeres utilizan y circulan a través del sistema oficial de salud según sus diversas posiciones en el entramado social.
4. En “El parto en escena” entro a la sala de atención -desde el parto hasta el puerperio inmediato- a partir de las experiencias encarnadas de miles de mujeres, organizando la información en torno a ciertas prácticas o intervenciones obstétricas que aparecen en los relatos como centrales: el tacto vaginal, el movimiento durante el trabajo de parto y posición de parto, la analgesia epidural, la episiotomía, el acompañamiento de personas significativas y el contacto con la(el) recién nacida(o). En cada uno de estos temas intento presentar un recorrido desde experiencias vividas en términos negativos y abusivos, hasta experiencias de cuidado y respeto integral. El acápite concluye cuestionando la supuesta mayor posibilidad de elección de las usuarias a la luz de sus experiencias.
5. En “Los cuerpos vividos: de la violencia a la justicia epistémica”, y desde un enfoque teórico más fenomenológico ligado al *embodiment*, profundizo primero en los relatos de parto de cuatro mujeres que encarnan y/o resisten de distintas formas los mandatos

hegemónicos del modelo tecnocrático de atención. Se trata de: “Rosa y el cuerpo muerto de miedo”, “Carmen y el cuerpo que no quiere sufrir”, “Macarena y el cuerpo silenciado”, y “Alicia y el cuerpo que retiene”; cuatro manifestaciones de las formas dinámicas y múltiples en que las mujeres *vivimos* el parto en contextos institucionales de atención. Luego me sitúo en los dos extremos de las experiencias de parto: por una parte, en vivencias que podrían denominarse como de silenciamiento y de violencia epistémica, donde las mujeres son negadas de cualquier agencia y saber; y por otra, en experiencias satisfactorias en las cuales se sintieron protagonistas y agentes activos cuyos saberes fueron tomados en consideración en el proceso. Con el fin de ilustrar una experiencia de cuidado y agencia en un sentido integral, en la última sección de este apartado me desvío del territorio biomédico institucional para describir el parto de Olga, que ocurrió en su hogar.

Si bien en todos estos sub-capítulos analizo factores estructurales involucrados en la atención, cada uno presenta ciertos tintes o énfasis particulares en términos teórico-epistemológicos. Con fines analíticos y de organización del material, al aplicar las tres dimensiones corporales que identificaron Scheper-Hughes y Lock (1987) de cuerpo individual (fenomenológico), social (simbólico-estructuralista), y político (postestructuralista); presento un desarrollo que va de lo post-estructuralista a lo fenomenológico. Tanto en los apartados de “El territorio del parto” como de “Opciones y trayectorias institucionales de atención”, expongo factores estructurales de la organización del cuidado en el país, incluyendo modelos normativos de la educación médica y factores político-económicos que inciden en la atención. En “El parto en escena”, el protagonismo lo toman los sentidos simbólicos de las prácticas e intervenciones obstétricas; y en “Los cuerpos vividos” el foco se posa en las experiencias fenomenológicamente encarnadas de las mujeres. Digo “tintes” o “énfasis”, pues no es posible fragmentar el cuerpo en estas dimensiones y ninguna de estas teorías o epistemologías niega los tres niveles corporales (Martínez-Hernández, 2008).

En el cuarto capítulo de cierre, titulado “De la apariencia a la estructura”, presento un breve resumen de todo lo expuesto anteriormente y busco articular algunas reflexiones sobre las dificultades y posibilidades de cambio de modelo de atención.

Ya explicados los contenidos del texto, me detengo ahora brevemente a mencionar algunas cuestiones relativas al estilo y formato que toma esta tesis. Con respecto al formato, confieso que trabajé alrededor de dos años pensando en un compendio de artículos, para finalmente decidirme por la estructura de una tesis tradicional. Debido a los avances que había hecho en el primer formato, es que buena parte de los capítulos funcionan como trabajos articulados en sí mismos y no requieren de mayores elementos externos para su comprensión acabada. Además, esto llevó a que haya una continua conversación entre los hallazgos del trabajo de terreno y los

aportes teórico-conceptuales. Estos últimos, si bien son esbozados en el capítulo de “Antecedentes teórico-metodológico”, van siendo profundizados a lo largo de todo el texto.

Con respecto a la posición que tomo en el texto, escribo principalmente desde la primera persona singular, pasando a ratos a la primera personas plural con la intención de aludir al colectivo de personas que plantea ideas similares. También tomo diversas distancias del material de campo: en ocasiones hablo desde un lugar muy íntimo, expresando cómo me sentía en las situaciones descritas o al momento de encontrarme escribiendo -casi a modo de un diario de vida-, mientras en otras tomo cierta distancia del material de campo para plantear articulaciones más analíticas.

Con el fin de incorporar un lenguaje inclusivo de género, de las opciones disponibles en la escritura, opto por utilizar términos colectivos toda vez que se pueda y de utilizar las terminaciones “as” y “os” entre paréntesis cuando me esté refiriendo tanto a mujeres como hombres. Invierto el orden más habitual de poner el sustantivo completo en masculino y el femenino en paréntesis, como por ejemplo “profesor(a)”; para usar el femenino en la palabra principal y el masculino entre paréntesis, por ejemplo “trabajadoras(es)”, “recién nacida(o)”. Ello, en línea con la importancia de visibilizar los prejuicios sexistas que operan en la construcción del conocimiento, tema al que me refiero a lo largo de todo este trabajo. En el caso de las profesiones de atención del parto, hago lo siguiente: al referirme a matronas, opto por usar siempre el femenino debido a que se trata de una profesión ejercida principalmente por mujeres (a excepción de casos puntuales en que me esté refiriendo a un matron varón). En el caso de médicos ginecobstetras, hago lo contrario: me refiero a ellos en masculino por ser una profesión ejercida principalmente por hombres (a excepción de casos en que me refiera a una obstetra).¹ Por último, para referirme a las mujeres usuarias del sistema de salud utilizo -en la mayoría de los casos- nombres propios (seudónimos), mientras en el caso de profesionales de salud hablo de “matronas(es)” y de “obstetras” sin asignarles un nombre propio. Esto, con el fin de alterar las posiciones de poder que habitualmente se dan en las interacciones de salud, en las cuales son los(as) profesionales de salud quienes se nombran, y las mujeres quienes son tratadas con descriptores que las homogeneizan (como “pacientes” o “mamitas”).

Y, por último, adelanto algunos lugares incómodos y relatos muy crudos. Un médico obstetra de un país vecino, en una cadena de correos personales en los cuales me invitaba a participar de un encuentro en su ciudad natal, se refería a mis publicaciones como “urticantes”. Buscando el significado de la palabra en el diccionario de la Real Academia de la Lengua, comprendí que se refería a textos que “producen comezón semejante a las picaduras de ortiga”. Y, claro, el develar las formas perversas y abusivas que puede tomar la atención de salud puede resultar urticante

¹ Esto último está cambiando y la matrícula de estudiantes mujeres que ingresan a la especialidad de ginecobstetricia ha aumentando considerablemente en los últimos años, sin embargo, no es el caso de las generaciones de profesionales entrevistados(as) para esta tesis.

en este sentido, siendo que en la mayoría de los casos se origina en una genuina intención de ayudar a las personas (o al menos en dicha declaración de principios). Lo que les pido a ustedes, como lectoras(es), es que consideren que en este trabajo no hay intención de recriminar al personal de salud en un sentido individual, sino más bien de levantar una discusión sobre los factores estructurales que permiten que las situaciones de abuso sucedan y que las personas puedan comportarse de esos modos. Parafraseando a Jewkes y Penn-Kekana (2015), si se busca avanzar en un compromiso colectivo por mejorar las formas que toma la atención, es importante evitar culpar a los equipos de salud. En lugar de ello, proponen analizar las formas en que las normas socioculturales impactan en las prácticas individuales.

Lo que me interesa develar es el campo de atención obstétrica como uno de relaciones de poder; poder de la biomedicina sobre las usuarias, poder masculino sobre femenino; ejercicio de poder que muchas veces se manifiesta en formas abusivas de atención, como veremos a lo largo de las páginas que siguen. Como plantea Martínez-Hernández,

Es ya un consenso en las ciencias sociales contemporáneas que toda relación de saber es también una relación de poder. Si trasladamos esta aseveración al ámbito sanitario, no resulta difícil argumentar que la atribución por parte de un sistema experto como la biomedicina de características de imprecisión, error y superstición a los discursos populares encierra una forma más o menos sutil de dominación. La asignación de posiciones de saber y no-saber en el juego comunicativo es también una justificación para la acción verticalista y unidireccional... (Martínez-Hernández, 2008, p. 181)

La invitación es entonces a acompañarme en el recorrido que sigue, por un camino pedregoso que a ratos puede ser urticante e incómodo, y en otros tremendamente gozoso.

I. APROXIMACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

I.1. Marco teórico-conceptual

A modo de antecedentes teórico-conceptuales que enmarcan el problema de estudio, presento los temas de medicalización, cuerpo y género, las formas en que estos se aplican al análisis de los modelos de nacimiento, así como discusiones sobre los conceptos que se utilizan para describir dichos modelos. Busco situar a grandes rasgos las problemáticas centrales de estudio, las cuales serán profundizadas a lo largo de todo el texto que conforma esta tesis; en un intento de ir conversando entre hallazgos y teoría a lo largo de todo el trabajo.

I.1.1. Medicalización, cuerpo y género

I.1.1.1. Medicalización

Durante el siglo XVII se sentaron los fundamentos de la medicina moderna, que se fue consolidando durante el siglo XVIII al amparo del Estado que le garantizaba el monopolio sobre la gestión de la salud, junto con el papel de “mediador en procesos culturales, sociales e ideológico-políticos, que iban más allá de los propósitos de su propia práctica” (Comelles, 1996, p. 303). La medicina se fue transformando desde una práctica clínica individual, hacia una práctica social, esto es, una salud a cargo del Estado y de las políticas de salud pública.

Foucault plantea que, hasta la primera mitad del siglo XVIII, la actividad médica se concentraba en la demanda de los enfermos y sus enfermedades. Desde entonces se fue interesando y abarcando campos distintos a las enfermedades, dejando de ser esencialmente clínica para empezar a ser social. El autor distingue cuatro grandes procesos que caracterizan a la medicina del siglo XVIII: aparición de una autoridad médica, definida como autoridad social que puede tomar decisiones relativas a una ciudad, un barrio, una institución, un reglamento; aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades (el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, los desagües, etc.); introducción de un aparato de medicalización colectiva, a saber, el hospital (que hasta entonces era sitio de asistencia a los pobres en espera de la muerte); e introducción de mecanismos de administración médica (como registro de datos, comparación, establecimiento de estadísticas, entre otros). Mediante estos procesos, la medicina pasó de ser una práctica individual a una social, dedicándose a campos más allá de las enfermedades (Foucault, 1996, p. 50).

A este proceso de expansión de lo médico se le denominó “medicalización” (Zolá, 1972; Foucault, 1996; Illich, 1975). En palabras de Foucault: “la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada

vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina” (Foucault, 1996, p. 55). Pero a pesar de que el dominio de lo médico se iba extendiendo, hasta el siglo XIX aún se mantenía un cierto “campo exterior” que la medicina no había penetrado:

En el siglo XIX la medicina había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, pero todavía existían cosas que seguían siendo no médicas y que no parecían “medicalizables”. La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., no controladas ni codificadas por la medicina (Foucault, 1996, p. 50).

Sin embargo, dicho campo exterior se tornó más difuso a partir del siglo XIX. Como plantean Lock y Nguyen (2010), los intereses médicos se extendieron en diversas direcciones durante dicho siglo. A un mayor involucramiento en las patologías individuales lo acompañó la medicalización de los ciclos vitales, a saber, parto y nacimiento, adolescencia, menopausia, envejecimiento y muerte, sumando la infancia en las primeras décadas del siglo XX.² Se produjo también un proceso de “estandarización”: a través de la aplicación racional de la ciencia a la vida cotidiana, la medicina fue gradualmente integrada en una red extendida de prácticas formales cuya función fue la de regular tanto la salud como el comportamiento moral de la población. Estas “disciplinas de vigilancia” operaron de dos formas. Por una parte, los comportamientos cotidianos fueron normalizados, para que, por ejemplo, las emociones y la sexualidad fueran transformadas en blanco de tecnologías médicas, dando como resultado que la reproducción humana se llevara al alcance de la salud pública. Por otra parte, otras actividades como la lactancia, higiene, ejercicio, y otros numerosos aspectos de la vida cotidiana, quedaron también sujetos a esta vigilancia.

Es así como Foucault planteaba en 1974 que “cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina, hallamos que ya ha sido medicalizado”, o, en otras palabras, que “la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior” (Foucault, 1996, p. 50).³

El proceso de medicalización de las sociedades fue materia de gran interés de las ciencias sociales a partir de la década del 70. Conrad (2005) identifica tres factores que predominaron en los estudios sociales en torno a la medicalización de las décadas de los 70 y 80: primero, el poder y la autoridad de la profesión médica, tanto como dominio profesional y como expansión de la jurisdicción médica. En esta dimensión, el autor pone como ejemplo la colonización del parto como campo de acción médica. Segundo: la medicalización como resultado de actividades de

² Agregan que, hasta mediados del siglo XX, grandes segmentos de la población permanecían sin ser afectados por estos procesos (Lock y Nguyen, 2010).

³ Si bien la edición utilizada en español es del año 1996, el texto original es de una conferencia dictada por Foucault en 1974 en el marco del curso sobre medicina social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, titulada publicadas “¿Crisis de la medicina o crisis de la anti-medicina?”

movimientos sociales y grupos de interés, que despliegan esfuerzos organizados para conseguir una definición médica para un problema (por ejemplo, el movimiento de personas alcohólicas para que el alcoholismo fuera definido como enfermedad). En paralelo, el autor identifica que los movimientos sociales también han criticado los procesos medicalizadores, sin embargo, con menor éxito que los primeros. Tercero: actividades organizativas profesionales que propiciaron la medicalización, como fue el caso de los obstetras y la desaparición de las parteras.

A partir de 1980 y con fuerza durante los 90', Conrad (2005) observa transformaciones profundas en la organización de la medicina que han generado un cambio en los motores que impulsan la medicalización en las sociedades occidentales. Se refiere primero a una erosión de la autoridad médica, influida por el traspaso de parte de su autoridad a prestadores de salud (administración centralizada del acceso a la salud y a los médicos, con capacidad para contratarlos y despedirlos). En paralelo, la expansión de la medicina corporatizada cambió la organización de la atención médica, dando lugar a un sistema cada vez más impulsado por el cliente/consumidor, en el que la oferta se puede ir ajustando a la demanda. Todo ello en el marco de nuevas arenas de conocimiento médico, como la biotecnología. Es así como el autor concluye que los procesos de medicalización están transitando desde la profesión médica y movimientos sociales; hacia los consumidores, atención médica administrada y biotecnología. Si bien los médicos son aún guardianes del tratamiento médico, su rol ha ido perdiendo protagonismo frente a los intereses comerciales y de mercado (Conrad, 2005).⁴

Si bien hay autores que han cuestionado la pertinencia del uso del concepto de medicalización en la actualidad (por ejemplo, Clarke, Shim, Mamo, Fosket y Fishman, 2003), se trata de un concepto que sigue siendo de gran utilidad para hablar del proceso de expansión de la biomedicina. Al respecto, Menéndez planteaba hace más de dos décadas que:

Si bien respecto del proceso de medicalización existe actualmente una concepción menos unilateral y mecanicista que la dominante en los 60' y 70', que inclusive ha conducido a algunos autores a negar dicho proceso, no cabe duda que el mismo no sólo existió, sino que sigue vigente. Lo que las investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado es la visión omnipotente y unilateral con que eran -y todavía son observados por algunos autores- estos procesos, según la cual la biomedicina podía imponer casi sin modificaciones y oposiciones sus maneras de explicar y atender los padeceres, y sin tomar en cuenta las resignificaciones, reacciones y acciones de los sujetos y grupos sobre los cuales actuaba. (Menéndez 2003, p. 193)

⁴ Esto va a ser central para entender el aumento de la cesárea en Chile, en especial las elevadas cifras que alcanza cuando las mujeres utilizan el Bono de Pago Asociado al Diagnóstico (PAD Parto); como explicaré en el subcapítulo de "Incentivos organizacionales y económicos 'perversos'".

El concepto de medicalización ha sido y sigue siendo muy utilizado por académicas feministas para dar cuenta tanto de los procesos de apropiación de la medicina de los ciclos vitales y reproductivos femeninos, como de la resistencia y agencia femenina en transformaciones al modelo médico hegemónico. En este sentido, el cuerpo femenino ha sido caracterizado como sitio privilegiado donde se ha ejercido el control médico. Veremos a continuación cómo se ha analizado el cuerpo como sitio de vigilancia y control social, para luego detenernos en el cuerpo femenino en particular.

I.1.1.2. El cuerpo en las ciencias sociales

Durante la Ilustración se reemplazó la antigua escolástica, definida como *scientia contemplativa* y orientada a la contemplación de la creación divina (sin posibilidad de modificarla), por la nueva filosofía experimental, *scientia activa*, cuyo fin fue la intervención del hombre sobre la naturaleza (Le Breton, 2004). René Descartes introdujo la duda metódica del “cogito, ergo sum” (pienso, luego existo) planteando que la existencia del ser humano se sitúa en su parte pensante. Esa parte pensante, la superior del ser humano, la *res cogitans*, se separaba tajantemente de la *res extensa* o sustancia material, siendo la extensión todo aquello que tiene longitud, latitud y profundidad (Descartes, 2005). La posición de Descartes era que el cuerpo es simplemente una “cosa extendida” (materia irracional, mecánica, sensible) y que no hay nada en común entre dicha extensión y el pensamiento (la mente racional y no material) (Farnell, 2018). Y fue esta distinción entre cuerpo y mente la que permitió a la ciencia moderna centrarse en el cuerpo físico (y el mundo material), facilitando así el surgimiento de la idea del cuerpo anatómico. De hecho, la tradicional separación de la materia del espíritu se convirtió en una separación del cuerpo de la persona (Le Breton, 2004). Y si bien no era la primera vez que se esbozaba la dicotomía entre cuerpo y mente - filósofos tan antiguos como Platón ya lo habían planteado⁵-, Descartes la llevó a la forma de un radical individualismo moderno (Farnell, 2018).

Esta idea general de dos grandes dominios, uno racional y otro natural, fue reproducida por las nascentes ciencias sociales del siglo XIX. A inicios del siglo XX, Emile Durkheim planteaba que el hombre es doble, siendo posible distinguir entre un cuerpo socializado y moralmente imbuido, y un cuerpo físico universal, este último común a los seres humanos e inferior al primero:

No es debido a no se sabe qué virtud mística sino simplemente al hecho de que en concordancia con una formulación conocida, el hombre es doble, en él hay dos seres: un ser individual, que tiene sus raíces en el organismo y cuyo círculo de acción se encuentra,

⁵ Para Platón, el cuerpo era concebido como sitio de deseo e imperfección que contaminaba los esfuerzos filosóficos para encontrar la verdad y el conocimiento a través del pensamiento (Farnell, 2018).

por esta razón, estrechamente limitado, y un ser social que en nosotros representa la más elevada realidad, sea en el orden intelectual que en el moral, que nos es dado conocer por medio de la observación: me refiero a la sociedad. (Durkheim, 1982, p. 14)

Varios de los discípulos de Durkheim, incluido su sobrino Marcel Mauss, continuaron con esta idea hasta que el último amplió el campo de análisis en su ensayo *Técnicas y movimientos corporales* publicado en 1936. El autor se enfocó en lo que denominó “técnicas del cuerpo”, aludiendo a las formas en que las personas saben cómo utilizar sus cuerpos. Se refirió al cuerpo en tanto primer instrumento del ser humano, su primer objeto y medio técnico para habitar el mundo. Un adecuado análisis del cuerpo, en su opinión, requería ampliar la consideración de que el cuerpo es por una parte mecánico y físico, y por la otra sociológico; para incorporar una tercera dimensión psicológica como mediadora entre ambas. “Y concluí que no era posible tener una idea clara de todos estos hechos sobre el correr, nadar, etc., si uno no introducía una triple consideración [...] Es el triple punto de vista, el del “hombre total”, el que se requiere” (Mauss, 1979, p. 101, *traducción propia*). Mauss se refiere a que en todas partes participamos de “ensamblajes fisio-psico-sociológicos de series de acciones” (Mauss, 1979, p. 121, *traducción propia*), con lo cual posibilita un espacio para el análisis de un individuo intencionado que puede resistir al orden social normativo.

Una década más tarde, el filósofo Maurice Merleau-Ponty fue otro pensador que criticó las consecuencias que la dicotomía cartesiana había provocado, al enfrentar a una forma de ser en cuanto conciencia con otra en cuanto cuerpo físico. Su *Fenomenología de la Percepción*, publicada en francés en 1945, se embarcó en un proyecto filosófico que buscó un compromiso reflexivo con la experiencia sensorial del cuerpo. Concibió al cuerpo como una condición permanente de la existencia, constitutiva tanto de la apertura perceptiva al mundo como de la creación del mismo (Merleau-Ponty, 1975). Para el autor, las acciones encarnadas se basan en hábitos, los cuales derivan -al menos en parte- de un habitus social. Es la interacción encarnada e intencional con el mundo, mediada por la percepción, la que precede a la producción de conocimiento (Firenze, 2016). En este sentido, Merleau-Ponty consideraba que el cuerpo debía concebirse como portador de conductas socio-históricas. Y es en este punto que coincidía con Foucault, por cuanto ambos autores plantearon que el cuerpo debe ser considerado en términos de sus conductas o comportamientos, además de como un organismo fisiológico. Es decir, en ambos autores, el comportamiento encarnado es irreductiblemente histórico (Crossley, 1996). Pero, a diferencia de Merleau-Ponty, Foucault destacó la variabilidad histórica de las formas de conducta, e identificó una política en la adquisición de dichas conductas (Crossley, 1996). En *Vigilar y Castigar*, Foucault (2015) detalló la emergencia histórica de prácticas sociales complejas que impactan en la conducta humana, moldeándola y obligando a las personas a responsabilizarse por dichas conductas. El autor puso foco en la regulación y control de los cuerpos individuales y colectivos; el cuerpo comprendido como lugar de inscripción y producción

de discursos sociales, atravesado por dispositivos de disciplinamiento, normalización, vigilancia y control con el fin de convertirlos en un cuerpo dócil (Foucault, 2015). El cuerpo emergía, así, como sitio clave para ejercer la vigilancia, convirtiéndose en un instrumento clave a disciplinar.

Para Foucault, el poder no es solo una forma de coerción que se impone sobre el sujeto desde afuera; el poder disciplinario opera a través de la normalización, de la creación de jerarquías y mecanismos de vigilancia y visibilidad que se naturalizan. El poder disciplinario opera en toda su extensión cuando se internaliza en formas de auto-disciplina; no solo opera para reducir, constreñir, restringir, pero también para generar, posibilitar, crear deseos, impulsar acciones y construir identidades (Chadwick, 2018; Foucault, 2015). De ahí que uno de los lugares privilegiados para observar las relaciones de poder como son descritas por este autor sea en las interacciones que se generan en la medicina moderna, que, lejos de ser el fruto de la terapéutica individual o de la relación clínica, se desarrolla como una práctica social cuyo objeto es el control del cuerpo del individuo. En la interacción clínica se ejerce simbólicamente y normativamente el poder a través de la modelación de comportamientos, cuerpos y saberes. Es en este sentido que el autor concibe a la biomedicina como un campo de disciplinamiento corporal:

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1996, p. 56)

Como plantea Arthur Frank (1990), Foucault fue uno de los principales referentes del movimiento que, a partir de la década de los 80, buscó “traer el cuerpo de vuelta” a la teorización social. Además de la influencia de dicho autor, Frank (1990) identifica la importancia del feminismo como praxis, que se enfocó en los efectos de la política en las prácticas sobre los cuerpos. Fue el feminismo el que estuvo dispuesto a nombrar toda violencia sobre el cuerpo como opresión de género; estableciendo el nexo entre cuerpo, política y violencia, y sentando así una de las bases para una sociología del cuerpo.

Entre las razones de la emergencia del cuerpo como problema central en la teoría social, el sociólogo Bryan Turner también identificaba a la teoría feminista, que sometió a “un examen crítico la noción de que biología es igual a destino [...] La erupción del feminismo ha reorientado el pensamiento social hacia el problema del cuerpo, el problema de los cuerpos diferentes y el problema de la sexualidad” (1989, p. 17). En segundo lugar, describió la influencia del mercado de consumo masivo que toma al cuerpo como su objetivo; se trata de un cuerpo transformado en mercancía que pasa a ser medio primordial para la manufactura y producción de bienes. Ello, de la mano con una secularización del cuerpo que vuelve más eficaz y fluida la mercantilización y comercialismo. Luego, planteó que la medicina “técnica” (aludiendo a la biomedicina), ya no da respuesta a las afecciones peculiares del siglo XX. Para concluir con la “crisis total de la

modernidad, la que ha vuelto central al cuerpo. [...] La cuestión fundamental de la sociedad moderna es: ¿sobreviviremos, y bajo qué condiciones? El hecho de nuestra corporificación es, por lo tanto, fundamental para el conjunto del proceso político” (p.18).

Para el antropólogo Terence Turner (1994), como menciona Ángel Martínez-Hernández, la centralidad que adquiere el cuerpo podría entenderse como una consecuencia de la importancia que este guarda en la cultura de nuestro capitalismo tardío:

[E]l énfasis en el cuerpo es sobre todo un producto de la hipertrofia de la mercantilización del capitalismo tardío que ha generado una acentuación de la plasticidad de la identidad personal del consumidor-ciudadano y una mayor centralidad de los agentes individuales sobre los sociales [...]. Como una paradoja o ironía de la historia del capitalismo, este triunfo del individualismo consumista habría producido una especie de espacio personal socialmente sagrado en el cual el sujeto es libre de producir sus propias identidades (Martínez-Hernández, 2008, p. 116).

Como parte de los esfuerzos por recuperar el cuerpo en los estudios sociales, Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock plantearon el concepto de un “cuerpo consciente” (*mindful body*). Las autoras propusieron una deconstrucción de los conceptos construidos en occidente sobre el cuerpo en *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, de 1987, relevando la importancia de superar el dualismo cartesiano con su gran influencia en la medicina moderna. Para ello examinaron tres perspectivas desde las que se puede comprender el cuerpo: primero, como una experiencia fenomenológicamente individual de cuerpo (*body-self*) en el cual las experiencias vividas por este son el foco de interés. Segundo, con influencias del simbolismo y estructuralismo, como cuerpo social, donde este emerge como símbolo natural para pensar las relaciones entre naturaleza, sociedad y cultura. Y, por último, como cuerpo político en sentido postestructuralista, haciendo referencia a las regulaciones sociales, políticas y económicas que operan sobre los cuerpos, incluyendo en este campo las regulaciones que impone la biomedicina. Martínez-Hernández (2008) sugiere que en la propuesta de estas autoras parece haber una confusión entre las tres dimensiones del cuerpo y sus respectivas teorías y epistemologías, debido a que en las tres aproximaciones se incorporan todos los niveles corporales. No obstante lo anterior, continúa este autor, “su planteamiento introduce elementos sugerentes, como el papel de la emocionalidad como mediadora entre los niveles individuales, sociales y políticos del cuerpo” (p. 118), y “su proyecto de superación de la dualidad cartesiana entre mente y cuerpo” (p. 119).

La aproximación fenomenológica del cuerpo de Thomas Csordas ha sido otro de los referentes en los estudios sociales del cuerpo de las últimas décadas. Por *embodiment* (hacerse cuerpo), el autor alude a la perspectiva de ser/estar en el mundo, ya que posibilita hablar de una experiencia vivida, permitiendo captar el sentido de la existencia inmediata, es decir, como presencia

temporal e histórica y con un depósito de significados (1990). La teoría de referencia de Csordas es la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty y su tentativa la de delinear una fenomenología cultural donde el *embodiment* pueda entenderse como la base existencial de la cultura. El autor plantea una interesante trilogía de análisis de la corporalidad en la que destaca tres posibles aproximaciones; la primera, surgida de la teoría de Merleau-Ponty, es la que se orienta desde el cuerpo hacia el mundo; la segunda, inspirada en la teoría de Bourdieu, supondría una reciprocidad entre cuerpo y mundo que cristaliza en la noción de habitus; y finalmente, la tercera sería aquella en la que la agencia recae en el mundo mismo a partir de las lógicas de dominación imponiéndose sobre el cuerpo. En palabras de Martínez-Hernández, el paradigma de la “corporalización” de Csordas tiene el objetivo de:

[E]nriquecer las aproximaciones centradas en el significado introduciendo un nuevo concepto en escena que, desde el punto de vista de Csordas, y probablemente inspirado por los intentos desafortunadamente inacabados de Merleau-Ponty de vincular la fenomenología con el marxismo, pueden establecer puentes entre la experiencia humana y el mundo material y simbólico de la existencia. (Martínez-Hernández, 2008, p. 121)

Lo que los estudios socio-antropológicos en torno al cuerpo de las últimas décadas hicieron emerger, como plantean Margaret Lock y Judith Farquhar (2007), fue un nuevo territorio híbrido, aquel de los “cuerpos vivos” (*lived bodies*), comprendidos como formaciones contingentes de espacio, tiempo y materialidad; como conjuntos de prácticas, discursos, imágenes y arreglos institucionales en torno a los sujetos. Estos trabajos deconstruyen la posibilidad de existencia de un cuerpo puramente biológico y lo presentan como una construcción sociocultural, como parte del campo de la cultura, es decir, como un proceso social de interacción. Como plantea Martínez-Hernández (2008), en esta proliferación de estudios que se enfocaron en el cuerpo desde las ciencias sociales, el cuerpo asume “una especial contemporaneidad como locus de la individualidad y como representación tanto en la vida social como en su intelectualización en la teoría cultural” (p. 117).

1.1.1.3. Cuerpo, género y poder

Uno de las influencias importantes para explicar la centralidad que ocupó el cuerpo en los estudios sociales desde los 80 fue la teoría feminista, como plantearon Arthur Frank (1990) y Bryan Turner (1989). En efecto, fueron académicas feministas quienes impulsaron una antropología política del cuerpo que visibilizó el carácter sociocultural del mismo y el protagonismo del género en su conformación. En este breve acápite me interesa repasar algunos aportes para la comprensión del cuerpo desde la categoría de género, por ser un cruce central cuando hablamos de cuerpos gestantes y cuerpos que dan a luz.

Un referente importante del análisis del cuerpo desde el género es la historiadora Joan Scott (1994), quien recuperó la categoría de experiencia desde las especulaciones filosóficas para introducirla en el estudio de la historia (Lock y Farquhar, 2007). Esto tuvo:

Importantes implicaciones metodológicas para las ciencias humanas [...]. En lugar de tomar cuerpos (aparentemente) empíricos y experiencias (aparentemente) internas como punto de partida, los estudios comparativos en antropología, historia y humanidades muestran que el problema del cuerpo puede ser leído desde muchos tipos de discursos, prácticas mundanas, tecnologías y redes relacionales. Los cuerpos que nacen dentro de estas formaciones colectivas son sociales, políticos, subjetivos, objetivos, discursivos, narrativos y materiales a la vez. Son también cultural e históricamente específicos, al mismo tiempo que son mutables, ofreciendo muchos desafíos tanto a la academia como a la política cotidiana de un mundo comprimido en el tiempo y el espacio. (Lock y Farquhar, 2007, p. 9, *traducción propia*)

Dentro de estas formaciones colectivas, es central el reconocimiento de que, como plantea Mari Luz Esteban, nos identificamos en relación al género, “dentro y a partir de una determinada corporalidad, desde una vivencia y una percepción determinada de nosotros(as) mismos(as) como seres carnales; una corporalidad que es además absolutamente dinámica. Por tanto, las prácticas de género son consideradas como prácticas físicas, sensoriales, motrices, emocionales” (Esteban, 2004, p. 11). Y es esta idea de corporalidad situada la que permite visibilizar que la biomedicina, en tanto sistema médico también situado, es uno androcéntrico que reproduce las desigualdades de género tanto en la jerarquización de sus practicantes como en su visión – degradada y patológica- de los cuerpos femeninos. Foucault había planteado que los discursos científicos de la medicina y psiquiatría del siglo XIX fueron parte importante de lo que denominó dispositivos de sexualidad; un conjunto de procedimientos de poder tendientes a crear y controlar el sexo de los individuos. Estos discursos promovieron la idea de la histerización del cuerpo femenino, por el cual pasó a considerarse totalmente saturado de sexualidad (Foucault, 1998). Se concebía la existencia de una sexualidad femenina desbordada y peligrosa para el orden social, que justificaba que el cuerpo de las mujeres pudiera ser sometido al control médico, único medio capaz de contenerla. Esto, de la mano de otras premisas sobre lo femenino que circulaban desde la Antigüedad clásica y que la biomedicina simplemente perpetuó: por una parte, la inferioridad de lo femenino frente a lo masculino, y por otra, su perpetua y constitutiva enfermedad (Ehrenreich y English, 1988).

En esta línea, el trabajo de diversas antropólogas fue clave en mostrar cómo los modelos y lenguaje biomédico permean la sociedad y construyen cuerpos femeninos sociales e individuales despersonalizados y cargados de riesgo y patología. Emily Martin (1987) y Robbie Davis-Floyd (1993), entre otras, han mostrado cómo las metáforas mecánicas de producción en masa – propias de sociedades capitalistas- dominan el lenguaje médico para referirse a los procesos

reproductivos femeninos, en las cuales el valor se sitúa en cantidades y eficiencia de escala. El análisis de Martin pretende mostrar que las formas en que se interpreta culturalmente la ciencia están cargadas de sesgos sexistas, reforzando las inequidades de género presentes en la sociedad. De ahí que para Martin un importante desafío feminista sea el de despertar las metáforas que duermen en la ciencia, quitándoles su poder de naturalizar nuestras convenciones sociales acerca del género (E. Martin, 1991).

Otro aporte contemporáneo a las ciencias sociales y la teoría sobre cuerpo que me interesa destacar es el de Judith Butler, autora postfeminista que retoma a Foucault para plantear que no se puede distinguir entre las categorías de sexo (biológico) y género (construido). Para la autora, no habría posibilidad de un sexo *natural* debido a que todo acercamiento teórico, conceptual o cotidiano a la categoría de sexo se hace primero a través de ciertos parámetros culturales determinados. Por lo tanto, no habría posibilidad de un acceso a lo *natural* como si fuera algo originario e independiente de nuestras concepciones culturales de aquello que denominamos naturaleza. Butler utiliza entonces el continuo sexo/género para dar cuenta de que los cuerpos están ya culturalmente contruidos desde que accedemos a ellos. De la misma forma en que no habría forma de acceder a sexo *natural* –sino sólo al sexo como cada cultura lo ha construido– no habría algo como un cuerpo *natural* (Butler, 2002; Femenías, 2003). El proceso de construcción sería para la autora uno de reiteración a través del cual emergen los sujetos y los actos, y a partir de ahí su noción de performatividad hace referencia a la capacidad que tiene el discurso de producir lo que nombra a través de dicha reiteración. Butler plantea que las normas de género no son causas sino efectos de una serie de actos performativos que, a partir de su reiteración, de su recurrencia sistemática, se constituyen como *naturales* dentro del discurso de poder. Afirma que mediante la visibilización de estas normas de género a través de actos performativos se puede lograr subvertir el discurso hegemónico dominante (Butler, 1998).

No me extenderé más en este desarrollo, pues, como comenté al inicio de este capítulo, continuaré desarrollando aportes a esta discusión en los capítulos que siguen.

1.1.2. El poder en el parir, ¿o el poder parir?

Los aportes de las ciencias sociales en torno a la medicalización, el cuerpo y el género, nos entregan los elementos necesarios para hacer una lectura social crítica del proceso de atención del parto en las sociedades modernas. Para hacer dicha lectura, en este acápite comienzo relatando una breve historia de lo que llamaré la “obstetrificación” del parto, forzando el lenguaje para expresar cómo los procesos de gestación y nacimiento fueron paulatinamente siendo colonizados por la obstetricia, rama de la medicina moderna que se ocupa de los procesos reproductivos. Luego, presento un breve recorrido de las aproximaciones que desde las ciencias sociales se han centrado en el estudio del nacimiento, para concluir este punto con una

descripción y reflexión de los conceptos de “abuso y falta de respeto” y de “maltrato” en la atención del parto, y de “violencia obstétrica”.

I.1.2.1. La “obstetrificación” del parto en la medicina moderna

Durante los últimos cuatro siglos, y con mayor fuerza desde mediados del siglo XIX en adelante, los modelos de atención del nacimiento vivieron profundas transformaciones a lo largo del mundo que redefinieron por completo lo que significa nacer y dar a luz. De un evento comunitario centrado en la mujer gestante-parturienta y su círculo familiar cercano, pasó a ser definido como un evento médico centrado en la experticia profesional biomédica, y dependiente del uso de una cada vez más sofisticada tecnología obstétrica. A continuación, contextualizo brevemente este proceso, a saber, el desarrollo de la obstetricia moderna y, a su paso, la deslegitimación de la partería empírica como modelo de atención del nacimiento, para luego pasar a hablar de las formas que este proceso tomó en Chile.

La partería, desde tiempos inmemoriales hasta la Edad Media, fue territorio indiscutido de mujeres sanadoras, conocidas como parteras empíricas o comadronas.⁶ Como plantean Ehrenreich y English:

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. (1988, p. 7)

Los conocimientos que estas mujeres poseían sobre la salud implicaban poder sobre la vida y muerte: acompañaban los procesos sexuales y reproductivos, acompañaban el nacer y el morir. Este poder las habría condenado a ser cazadas “como un animal salvaje, perseguida en las encrucijadas, execrada, despedazada, lapidada, sentada sobre carbones ardientes” (Michelet, 1989, p. 8). Fue así que, en Europa, a lo largo de la Edad Media sucedió una degradación de la figura de la mujer sanadora en el símbolo de la bruja; la mayor parte de las mujeres condenadas

⁶ Se denominan “empíricas” en oposición a lo “científico”. En Latinoamérica se conocieron como “parteras”, “comadres”, “comadronas”, “recibidoras” y hasta “matronas” (pese a no contar con entrenamiento) (Plath, 1981; citado en Zárate, 2007). En algunos casos también se encuentran los vocablos “meicas” o “médicas”; mujeres sanadoras de comunidades indígenas (Zárate, 2007).

como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población, y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina.

La eliminación de las brujas como curanderas tuvo su contraparte en la creación de una nueva profesión médica masculina, al alero de las primeras universidades fundadas durante la Edad Media a lo largo de Europa, a las cuales solo accedían varones bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes. En este ámbito, la Inquisición constituyó uno de los primeros ejemplos de cómo se produjo el desplazamiento de las prácticas artesanales por las profesionales, y de cómo los cuidados de la salud pasaron desde las manos de mujeres hacia las de varones educados en las nascentes ciencias médicas (Ehrenreich y English, 1988).

Europa se urbanizaba rápidamente, y mientras más personas migraban a las ciudades, alejándose de los cuidados personalizados de las curanderas rurales, se comenzaron a construir hospitales en los cuales los practicantes masculinos de las nascentes carreras médicas podían observar miles de pacientes al año. Esta transformación tomó algunos siglos: entre los siglos XVI y XIX, y hasta entrado el siglo XX (por supuesto, con variaciones regionales), parteras empíricas convivían en el cuidado del nacimiento con practicantes biomédicos.⁷ Hasta el siglo XVIII, en paralelo al ejercicio de la partería y al desarrollo de la medicina “científica”, fueron barberos-cirujanos quienes comenzaron a apropiarse del territorio de las primeras. Estos poseían conocimientos empíricos, eran reconocidos legalmente y desde fines de la Edad Media estaban organizados gremialmente en Europa. Eran considerados como de clase inferior a la de los médicos (que atendían principalmente a la corte y clases acomodadas), pues no se formaban en la universidad ni hablaban latín. Cirujanos y barberos realizaban una práctica itinerante, los primeros realizaban pequeñas intervenciones de hernias, fracturas o cataratas; los segundos cortaban el cabello, extraían dientes, ponían enemas y distribuían ungüentos de diverso tipo (Martínez y Chamorro, 2011). Como ejemplo, en Inglaterra, bajo el sistema gremial que se desarrolló en el siglo XIII, el derecho de usar instrumentos quirúrgicos pertenecía oficialmente solo a los cirujanos. Cuando un parto se hacía imposible, las parteras llamaban a los cirujanos-barberos para hacer una embriotomía; aplastando el cráneo fetal y desmembrándolo en el útero para su posterior extracción; o para remover el feto por cesárea tras una muerte materna (Rothman, 1982, 2016).

Esto cambió con el desarrollo del fórceps a inicios del siglo XVII, mediante el cual se pudieron comenzar a extraer fetos vivos de madres vivas, lo cual iba excediendo las competencias de los barberos-cirujanos. Una versión primitiva de los fórceps obstétricos fue desarrollada por los hermanos Chamberlain (hijos de un cirujano hugonote), quienes lo utilizaban en su práctica en

⁷ Si bien las recomendaciones de los organismos internacionales de salud desde mediados del siglo XX en adelante impulsan la atención profesional –biomédica– del parto, la partería empírica se sigue practicando en diversos contextos del mundo donde no hay cobertura alópata para cubrir la totalidad de los nacimientos.

Londres. Se mantuvo como un secreto de familia, celosamente guardado por cinco generaciones (Dunn, 1999).⁸ Resulta relevante mencionar que estos hermanos, miembros de la “Barber Surgeons Company” (que existía en Inglaterra desde 1461), apoyaron la petición de las matronas de Londres para formar una Sociedad. La petición fue enviada a Sir Francis Bacon (canciller de Inglaterra y miembro de la Sociedad Real de Londres) y al rey, quien luego la remitió al Colegio de Médicos para su consideración. El Colegio reconoció la necesidad de mejorar la habilidad de las parteras, a quienes consideraba como muy ignorantes, sin embargo, respondió negativamente a la petición, planteando que no sería conveniente ni necesario que las parteras pudieran gobernarse a sí mismas. Dicho Colegio agregó que sus médicos podían instruir a las parteras en su arte, y que asimismo podían aconsejar al Obispo sobre cuáles parteras podían ser autorizadas a ejercer su oficio. Amonestaron a uno de los hermanos Chamberlain por abogar por la causa de las parteras, y por insinuar que él o cualquier cirujano (refiriéndose a los cirujanos barberos sin formación universitaria) pudieran saber más que los médicos (Dunn, 1999).

La Sociedad Real de Londres para el Avance de la Ciencia Natural, aquella que negó la petición de las parteras, se fundó oficialmente en 1662, sin embargo, sus miembros se reunían desde hacía casi dos décadas. Su foco era debatir sobre lo que se conocía como la “nueva filosofía”, o “filosofía experimental”. Bacon hacía un llamado a incorporar una nueva aproximación a la investigación de la naturaleza; creía en una aproximación metódica y mecanicista que en cierta medida equiparaba el conocimiento de la naturaleza con la capacidad de analizarla y reconstituirla (Iliffe, 2000). Esta sociedad afirmó que su labor era erigir una filosofía masculina; Joseph Glanvill, uno de sus fundadores, planteaba que la verdad no tiene posibilidad cuando las afecciones predominan y lo femenino es norma, insistiendo en que el ideal científico debía desligarse de lo emocional, debido a que sus herramientas eran la lógica y el análisis (Sheperd, 1993). Como expone Linda Jean Sheperd, Bacon llamaba a utilizar esta nueva filosofía experimental para inaugurar: “El verdadero nacimiento masculino del tiempo, para guiar a los hombres a la naturaleza, con todos sus hijos, para llevarla a su servicio, y hacerla su esclava, para conquistarla y dominarla, para sacudirla hasta sus cimientos” (Sheperd, 2003, p. 19-20; *traducción propia*). Se trataba entonces de lo masculino, asociado a la ciencia, razón y objetividad; dominando y controlando a lo femenino, asociado a la naturaleza, emociones y subjetividad. De ahí la negativa de la Sociedad Real de Londres a la petición de las parteras de formar su propia sociedad; ellas sólo podían acceder al conocimiento si era entregado por médicos hombres, y si su práctica era supervisada y autorizada por aquellos.

⁸ Relatos de la época describen que llegaban a la casa de la mujer parturienta en un carro especial, con una enorme caja de madera que era cargada entre dos hombres, dando la idea de que contenía una máquina enorme y muy complicada. La mujer tenía los ojos vendados para no poder de qué se trataba, y solo se permitía la presencia de personas que conocían el secreto en la habitación donde ocurría el parto (Graham 1950; citado en Dunn, 1999).

Volvamos a la historia de los hermanos Chamberlain y el fórceps obstétrico, instrumento que ilustra el poder que iba adquiriendo la tecnología y su manejo. Durante la primera mitad del siglo XVIII el secreto de los Chamberlain se escabulló, a la vez que otros médicos ya habían desarrollado versiones similares del instrumento, y su uso se popularizó. Esto contribuyó a la creciente popularidad de médicos para atender partos complicados, a la vez que su creciente prestigio se asociaba también a los mayores honorarios que cobraban (Rothman, 2016). La atención del nacimiento comenzó así a verse como una actividad “potencialmente lucrativa y que podía ser fuente de prestigio y poder social. Así fue como se inició el desplazamiento de las mujeres por parte de los hombres en esta función” (Ruiz-Berdún y Martín Alcaide, 2018, p. 192). Este nuevo interés de los médicos por el área obstétrica se refleja en los primeros tratados sobre la atención médica del parto (Tezanos, 1987).⁹

Como plantea Barbara Katz Rothman, no se puede asumir que las matronas no tuvieran competencias para utilizar las nuevas tecnologías obstétricas, más bien, su experiencia empírica en la atención de partos probablemente las hiciera más capaces que a los inexpertos médicos.

Era una batalla de poder en la cual los hombres ganaron, las mujeres perdieron. Mientras los médicos ganaban un ascenso casi completo, la matrona era redefinida desde ser una competidora del médico-cirujano a ser, en su nuevo rol, su asistente. Las matronas perdieron la autonomía de su práctica a través de la mayor parte de Europa e Inglaterra. [...] Una vez que los médicos fueron *definidos socialmente* como teniendo experticia en el manejo de partos difíciles o anormales, la matronería efectivamente perdió control incluso sobre el parto normal. (Rothman, 2016, p. 73, *traducción propia*)

En la época hubo críticas a este proceso, mostrando los peligros de la instrumentalización del parto y analizándolo como una campaña sistemática de desprestigio de las parteras y patologización del proceso, con el fin de que los hombres tomaran control del mismo.¹⁰ Pero las críticas no fueron suficientes para detener un movimiento que ya no podría desacelerarse: el traslado de la atención del nacimiento desde las manos de la partería empírica hacia las de la

⁹ En esta época se escribieron los primeros tratados que se refieren a la atención médica del parto: en Francia, Francois Mauriceau publicó el *Tratado sobre las Enfermedades de las Mujeres Embarazadas y de las que Paren*; en Alemania, Hendrid von Deventer escribió sobre la mecánica del parto y las deformidades de la pelvis. En Inglaterra, William Smellie publicó en 1752 su *Treatise on Midwifery*. Su sucesor, William Hunter, publicó *The Anatomy of the Human Gravid Uterus* en 1774 (Tezanos, 1987, p. 138).

¹⁰ La matrona Sarah Stone, que durante el s. XVIII publicó *The Complete Practice of Midwifery*, planteaba que más mujeres y bebés habían muerto en manos de barberos-cirujanos que en aquellas de la más ignorante de las parteras. Elizabeth Nihell, autora de *A Treatise on the Art of the Midwife* de 1760, alertaba sobre los riesgos de la instrumentalización del parto, y un periodista de la época, Philip Thicknesse, planteaba que la popularidad creciente del barbero-cirujano y sus instrumentos no respondía a mejores habilidades sino al poder de hombres de convencer a las mujeres de los peligros del parto y la incompetencia de las parteras (Rothman, 2016).

obstetricia moderna; y dentro de la obstetricia, la subordinación de las matronas profesionales a los médicos obstetras.

El conocimiento “autoritativo” (Jordan, 1993) del parto pasó a ser así el de la obstetricia, fundada en los mismos principios de la medicina y de la ciencia moderna; racionalismo científico, separación tajante entre mente y cuerpo físico, ciencia sobre naturaleza, masculino sobre femenino (Sheperd, 1993). Y, de gran relevancia, un foco en la naturaleza (potencialmente) patológica del proceso de nacimiento impulsado por la obstetricia, a diferencia de su anterior concepción como proceso fisiológico normal del ciclo vital. Este nuevo conocimiento fue producido por médicos hombres en el marco de la comprensión de los procesos fisiológicos femeninos como “desviados” de la norma masculina y, por ende, patológicos por naturaleza. En palabras de Davis-Floyd (1993), los hombres que establecieron la idea del cuerpo como máquina también establecieron firmemente el cuerpo masculino como el prototipo de esta máquina. A medida que se apartaba del estándar masculino, se consideró que el cuerpo femenino era anormal, inherentemente defectuoso y que estaba peligrosamente bajo la influencia de la naturaleza. Debido al carácter imprevisible de la naturaleza -y a sus monstruosidades ocasionales- se le consideraba como intrínsecamente defectuosa; por tanto, requería ser manipulada para mantenerla bajo control.

La desaparición de la partera y el creciente número de partos manipulados mecánicamente por médicos contó con la aceptación cultural de la metáfora del cuerpo femenino como máquina defectuosa, una metáfora que finalmente constituyó la base filosófica de la obstetricia moderna. Así pues, a causa de sus propios orígenes conceptuales, la obstetricia desarrolló herramientas y tecnologías para manipular y mejorar un proceso que era concebido como intrínsecamente defectuoso y, por tanto, anómalo y peligroso (Davis-Floyd, 1993; Rothman, 1989). La obstetricia logró esta manipulación del parto mediante la adopción del modelo de la cadena de montaje industrial, como su metáfora de base para el parto hospitalario: el hospital como fábrica, el cuerpo femenino como máquina, y el bebé como producto del proceso. En la cadena de montaje, el trabajo de parto de cada mujer perdió su especificidad y pasaron todos a tratarse con un set estándar de intervenciones obstétricas para “manejar” el riesgo inherente al proceso (Davis-Floyd, 1993). Este modelo industrial del parto, o “tecnocrático” (Davis-Floyd, 2001), se fue popularizando y expandiendo con fuerza durante los siglos XIX y XX, siendo hasta la actualidad el modelo de atención hegemónico en muchos contextos del mundo, incluido Chile.

1.1.2.2. El parto desde las ciencias sociales

Desde la década del ‘60 del siglo XX, fue paulatinamente aumentando un corpus de investigación en torno al parto desde las ciencias sociales, historia, enfermería-matronería y salud pública, problematizando aspectos como la medicalización del proceso, el enfoque de riesgo, el problema

de la elección y control, entre otros. Desde entonces, las experiencias de las mujeres en el parto han sido documentadas en diversos contextos del mundo, con un renovado y cuantioso impulso desde que organismos internacionales de salud y de derechos de las mujeres pusieran al “abuso”, “falta de respeto”, y “maltrato” en la agenda (Bohren et al., 2015; Bowser y Hill, 2010; OMS, 2014; White Ribbon Alliance, 2011), y que en Latinoamérica se acuñara y popularizara el concepto de “violencia obstétrica” (República Bolivariana de Venezuela, 2007; Sadler et al., 2016; Savage y Castro, 2017).

En el apartado anterior mencioné a diversas de las autoras pioneras que durante las últimas décadas han estudiado el fenómeno de la medicalización del nacimiento desde las ciencias sociales. Y es que el estudio cultural del nacimiento, como fenómeno que condensa ciertos valores estructurales de las sociedades, fue tomando forma como campo desde la década de los ‘60,¹¹ para afianzarse a fines de los ‘70 con la publicación de *Birth in Four Cultures* de Brigitte Jordan (1993). En la década de los ‘80, varios de los trabajos antropológicos en la materia concordaron en la estrechez y sesgo etnocéntrico de la tecno-medicina occidental; un sistema de salud que objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo, y privilegia a sus practicantes por sobre los pacientes en un status jerárquico que le atribuye conocimiento autorizado y considerado como válido sólo a quienes saben cómo manipular la tecnología y decodificar su información (Davis-Floyd y Sargent, 1997). Durante dicha década, la antropología del nacimiento se vio enriquecida por un corpus también creciente de escritos influidos por el feminismo y los estudios de género, que pusieron el foco en los sesgos patriarcales de la biomedicina, deconstruyendo el androcentrismo de sus bases conceptuales y mostrando cómo permea las formas en que la sociedad concibe los procesos fisiológicos femeninos y cómo se tratan los cuerpos de las mujeres en las prestaciones de salud. Algunos de los trabajos fundamentales en esta materia en el mundo del “norte” fueron los de Emily Martin (1987, 1991), Barbara Katz Rothman (1982, 1989) y Robbie Davis-Floyd (1993), que ya he mencionado. Desde fines de los ‘90 continúan una serie de trabajos en los cuales iré profundizando más adelante en este marco teórico y en el capítulo de resultados.

La socióloga Rachele Chadwick (2018) plantea que los trabajos en torno a las experiencias de parto de las mujeres se han enfocado principalmente en contextos europeos y norteamericanos; no obstante, discuto dicha afirmación pues en Latinoamérica ha habido una rica producción de investigación desde los 80’s, que desde sus inicios incluye el análisis de la violencia estructural y de género involucrada en el fenómeno.¹² Esta producción, que en esta región ha ido de la mano del activismo en la materia,¹³ desembocó en el nacimiento del concepto de violencia obstétrica,

¹¹ Por ejemplo: Mead y Newton, 1967; Kitzinger, 1962, 1978; Newman, 1965; Raphael, 1975.

¹² Como en muchos ámbitos del saber, la producción latinoamericana ha sido escasamente publicada en inglés, por lo cual ha quedado excluida de muchas revisiones realizadas desde la academia anglo-parlante.

¹³ Que desarrollo en profundidad en el apartado “Activismo por los derechos en el nacimiento”.

como una violencia de género gestada en y amparada por la medicina tecnocrática patriarcal y por un sistema social de opresión de género (Sadler et al., 2016), como se muestra en un reciente volumen compilado sobre violencia obstétrica en la región (Quattrocchi y Magnone, 2020).

Un completo “mapa” de estudios que han trabajado el tema de la gestación y parto desde las ciencias sociales en Hispanoamérica es el que presenta la socióloga argentina Belén Castrillo (2019) en su tesis doctoral; revisión que devela un “campo de saber emergente y en amplio desarrollo en el último lustro” (p. 33). En esta revisión, Castrillo identifica tres grandes conjuntos temáticos: medicalización y patologización del proceso de embarazo y parto; género y derechos sexuales y reproductivos; y el aspecto relacional de la atención médica del parto, los cuales se presentan en muchos de los trabajos en forma superpuesta. En la primera línea de los procesos de medicalización, institucionalización y patologización del parto, la autora identifica que se han abordado cuestiones relativas a la construcción de discursos, saberes y poderes médicos, la relación médico-paciente en tanto relación de dominación y violencia simbólica, la constitución hegemónica de la medicina, vinculada a la biopolítica y autonomía del campo médico; con una relevante influencia de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericanas. La autora describe como gran parte de los trabajos discuten la institucionalización y medicalización de la atención reproductiva, que supuso la pérdida de protagonismo de las mujeres en la atención de salud, atención que se trasladó desde las comunidades hacia los hospitales. Autoras como Marbella Camacaro Cuevas (2008) profundizaron en la despersonalización de la mujer convertida en paciente y en la des-sexualización del parto. A su vez, autoras como Natalia Magnone (2010) establecieron vínculos entre la dominación de la biomedicina en el parto y las condiciones de sostenimiento del sistema patriarcal, identificando un discurso científico médico asociado a un discurso moral. Por su parte, Gabriela Arguedas (2014, 2020), ha propuesto la categoría de “poder obstétrico” como un poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista de género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad. Dicho poder se enmarca en el ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres, y se ejerce sobre los cuerpos gestantes y que dan a luz; y su objetivo es el de producir cuerpos dóciles femeninos, a través del despliegue de ciertas tecnologías disciplinarias como la vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que establece una cierta normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto.

Castrillo (2019) identifica un segundo eje temático, que sitúa todas las discusiones anteriores en un marco explícito de género, de derechos sexuales y reproductivos, y de derechos humanos. Y como tercer eje, identifica un amplio campo de investigación que se enfoca en los aspectos relacionales de la atención de la gestación y parto, en especial en los abusos que ejerce el personal médico sobre las mujeres y en el concepto de violencia obstétrica, estableciendo aproximaciones conceptuales e identificando tipos de abusos. Estos trabajos han analizado el saber médico

vinculado a las nociones de patriarcado y a un conocimiento autoritativo, la exclusión de saberes no-científicos; las características del discurso médico, la formación del personal médico entendida como una socialización instructiva y generadora de un habitus médico autoritario.¹⁴ Como plantea la autora, en estos trabajos se describe el poder obstétrico como campo difícil de disputar, pues el cuerpo médico manipula sus conocimientos de forma tal de mantener su posición de dominio.

En Chile, si bien se pueden identificar trabajos desde las ciencias sociales y la antropología en el campo de la salud sexual y reproductiva desde décadas anteriores, fue a inicios del siglo XXI que se produjeron los primeros trabajos específicos en torno al nacimiento. Durante la década de los 90's se recuperó la enseñanza de ciencias sociales en las universidades tras una dictadura de casi dos décadas, y se introdujeron cátedras de género y de antropología médica en algunas carreras del país, lo que dio como resultado una nueva generación de investigadoras que contaban con estos enfoques en su formación, entre las cuales yo me encontraba. Mi tesis de título de la carrera de antropología, titulada "*Así me Nacieron a mi Hija*": *Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario* (Sadler, 2003) se transformó en el primer estudio social de la atención del nacimiento en el país. Como modelo analítico trabajé en base a los conceptos de violencia simbólica de Pierre Bourdieu (2000a), de conocimiento autoritativo (*authoritative knowledge*) de la antropóloga Brigitte Jordan (1993), junto con la idea de los mecanismos sobre los que se montan las violaciones a los derechos de las mujeres en el parto de Castro y Erviti (2003a), para hablar de los mecanismos de desautorización de las mujeres parturientas. Bourdieu, con influencia foucaultiana, se refiere la violencia simbólica como a aquella amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que es ejercida esencialmente a través de los caminos simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento. En este sentido, los sometidos aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los opresores, haciéndolas aparecer como naturales, lo que puede llevar a una especie de autodenigración sistemática, generalmente visible en la adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer (Bourdieu, 2000a). El concepto de conocimiento autoritativo de Jordan alude a al poder que detentan algunos sistemas de conocimiento por sobre otros, ya sea porque explican el estado de las cosas de un modo más eficaz, o porque están asociados a una base de poder más fuerte, y usualmente ambos a la vez. La legitimación de estos sistemas lleva usualmente a la devaluación de los otros; en un proceso en el cual los participantes llegan a comprender el orden social así construido como el natural. Sostiene así que el conocimiento autoritativo es persuasivo porque parece natural, razonable, y construido consensualmente; por tanto, su poder radica no en que sea el conocimiento correcto, sino el que cuenta (1993).

¹⁴ Los procesos de formación médica se desarrollan en profundidad en el apartado "El territorio del poder obstétrico".

En el trabajo, identifiqué una serie de mecanismos que se conjugan para expropiar a las mujeres y sus redes de apoyo de la autoridad para conducir el proceso de parto, y que en muchos casos ellas introyectan como lo normal y adecuado. Los llamé mecanismos de: *homogeneización*, como el despojo de las identidades particulares de las usuarias; *patologización*, marcando el carácter de riesgo y de enfermedad que se impone sobre el proceso de parto; *fragmentación*, aludiendo a la disección de la integralidad de la experiencia de parto a la mera atención de trozos de cuerpo físico; *naturalización*, a través de la cual las mujeres se conciben como cuerpos biológicos a-culturales; *contaminación*, concibiendo a la mujer como estorbo a la atención, debiendo ser emocional y cognitivamente suprimida a través de la imposición de conductas de sometimiento; y de *culpabilización*, mediante el cual se transfiere a las mujeres la responsabilidad por diversas complicaciones debido a su “mal” comportamiento (Sadler, 2003).

En los años que siguieron, estas reflexiones se aplicaron al análisis del proceso de cambio de modelo de atención de nacimiento en el sector público del país, de uno tecnocrático a uno humanista (Sadler, 2009), mostrando las múltiples resistencias de equipos de salud y de la población usuaria para implementar dicho cambio. Si bien se identificaron casos exitosos, mostraron ser muy dependientes de personas comprometidas con dicha transformación, más que tratarse de procesos instalados a niveles institucionales o programáticos. Diversas tesis de carreras y maestrías de ciencias sociales en los años siguientes profundizaron en: el sistema privado de atención, para mostrar que presenta formas similares de despersonalización y hegemonía tecnomédica que el sector público (Dudman, 2009; Rivera, 2016); en el parto en casa, develando cómo se posiciona como una creciente opción para quienes buscan recuperar el protagonismo de la mujer, su pareja/familia y la(el) bebé que nace en el marco de un territorio que garantiza que sus necesidades y saberes sean respetados (Márquez, 2019; Ramírez, 2015); y en las valoraciones sobre lo viviente que entran en juego en los diferentes modos y sistemas de atención obstétrica, proponiendo que en el modelo humanista de atención ya no solo se espera un binomio sano y productivo, sino mejorado en sus condiciones inmunitarias, psico-emocionales y afectivas (Vergara, 2018). Estos trabajos confirman además los hallazgos de la región y mundo en el sentido de que la hegemonía tecnomédica permea muchas de los imaginarios en torno a la gestación y nacimiento, representándolos como procesos riesgosos y que requieren necesariamente de vigilancia continua y de intervenciones médicas para un adecuado desenlace. A esto, se suma la entrega de información no basada en la evidencia y la culpabilización que se realiza hacia los cuerpos “potencialmente patológicos” de las mujeres. Lo que genera el despojo de la confianza en el cuerpo (sumado a la desautorización de las experiencias corporales femeninas versus la tecnología) y el surgimiento de un sentimiento de miedo que merma la seguridad al momento de enfrentar el proceso (Rivera, 2016).

Esta breve revisión muestra que, si bien las grandes temáticas analizadas en países anglo e hispanoparlantes son similares, han tenido matices diferentes, y que ha ido ganando terreno a

nivel mundial una lectura más ligada a las estructuras de poder de la biomedicina y del género. En opinión de Chadwich (2018), en el “norte” (y contextos de privilegio del “sur”), los debates en torno al parto usualmente circulan en torno a las tensiones entre la valorización de la elección individual, la idealización del parto “normal” y la crítica a la medicalización. En cambio, en países del sur, la investigación y activismo en torno al parto usualmente incluyen preguntas sobre derechos humanos, justicia reproductiva, parto seguro y mejoras en la atención médica; junto con el tema del maltrato y violencia, incluyendo la violencia obstétrica, que desarrollo en el siguiente apartado.

I.1.2.3. Violencia obstétrica: las dimensiones estructurales del abuso

En forma similar a lo que ocurría en el mundo angloparlante, en Latinoamérica la discusión crítica de los efectos negativos de la medicalización del parto se remonta a los ‘80. Pero, a diferencia de los trabajos del “norte”, en América Latina los conceptos de abuso y violencia fueron centrales en el debate desde su articulación. A modo de ejemplos, menciono algunos de los trabajos pioneros que son citados en el trabajo de Diniz et al. (2015). En Brasil, en 1981, el Grupo Ceres realizó una etnografía en torno a las experiencias femeninas de atención de salud, describiendo explícitamente al parto institucional como violento (Grupo Ceres, 1981). En el año 1992, un proyecto de investigación-acción en torno a la violencia en salud, mostraba cómo la experiencia de parto en instituciones de salud era descrita como una de violencia, en la cual los proveedores tenían actitudes agresivas e intimidantes, humillando a las usuarias (Souza, Michaliszyn y Cunha, 1992). En 1998, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer publicó el reporte *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Salud de Servicios Públicos en el Perú*, documentando los abusos vividos por las mujeres en la atención del nacimiento, abusos aplicables al resto del continente (CLADEM y CRLP, 1998). En 2002, las autoras brasileñas D’Oliveira, Diniz y Schraiber denunciaron la violencia contra la mujer en los servicios de salud en un importante artículo en *The Lancet*; mientras un año más tarde, en México, Roberto Castro y Joaquina Erviti publicaban los resultados de un estudio sobre la violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto, en el cual se constataba la existencia de:

[F]ormas elementales de abuso y violación de derechos de las mujeres, y que contemplan a todas esas formas de maltrato que al no estar tipificadas como delito no son trasladables a los tribunales, y que al no traducirse en un daño evaluable de la salud física de las mujeres tampoco se pueden reclamar al interior de la propia institución de salud. (2003a, p. 261)

Estos y muchos otros insumos en la región fueron dando fuerza a un movimiento de visibilización de la violencia ejercida en la atención, hasta que, en 2007, en la Ley Orgánica sobre el Derecho

de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, se tipificó la violencia obstétrica como una de las 19 formas punibles de violencia contra la mujer. En el Artículo 15 de la Ley se encuentra su definición:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

En la investigación del “norte”, el tópico fue también cobrando mayor relevancia y visibilidad, con apoyo de organismos internacionales de salud, sin embargo, utilizando los conceptos de abuso y falta de respeto (*abuse and disrespect*, utilizado también con el acrónimo A&D), y de maltrato (*mistreatment*), y con reticencia a utilizar el concepto de violencia. En 2010 se publicó el primer reporte de síntesis de la investigación disponible sobre la falta de respeto y abuso en la atención institucional del parto, proponiendo siete categorías para organizar las formas de abuso: abuso físico, atención no consentida, atención carente de confidencialidad, atención que vulnera la dignidad, discriminación basada en atributos específicos, abandono durante la atención, y detención en instituciones de salud (Bowser y Hill, 2010). Si bien estas categorías marcaron un hito, otros equipos de investigación fueron mostrando ciertas limitaciones de la propuesta y proponiendo nuevos modelos analíticos. Freedman y colegas argumentaron que dichas categorías no diferenciaban adecuadamente entre las formas de abuso que emanan de conductas individuales y aquellas que derivan de deficiencias de los sistemas de salud. Propusieron un modelo para evaluar las interacciones a nivel individual, estructural y político que dan forma al problema, tomando además en consideración la normalización o naturalización de ciertas prácticas irrespetuosas y abusivas (Freedman et al., 2014). Definieron la falta de respeto y el abuso en la atención del parto como las “interacciones o condiciones en los establecimientos de salud, que el consenso local considera humillantes o poco dignas, y aquellas interacciones o condiciones que las usuarias experimentan como humillantes o poco dignas, o que tienen la intención de serlo” (Freedman et al., 2014, p. 916, *traducción propia*), reconociendo sus vínculos con las dinámicas sociales más amplias de poder desigual entre los grupos que interactúan en la atención. Así, una definición completa del problema debe integrar la relación compleja entre las expectativas, la normalización, y los derechos, al mismo tiempo que reconociendo el vínculo entre la acción individual y las condiciones sistémicas que lo sostienen (Freedman y Kruk, 2014, p. e43).

Una nueva revisión sistemática de los estudios disponibles en torno al abuso en la atención de nacimiento, realizado para la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio origen al texto publicado en 2015 por Bohren y colegas, que reorganizaron y profundizaron las siete categorías

originales propuestas por Bowser y Hill (2010), y prefirieron hablar de maltrato (*mistreatment*) en lugar de abuso y falta de respeto, considerándolo un concepto más abarcativo.¹⁵ Estas siete categorías fueron formuladas como: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, incumplimiento de los estándares profesionales de atención (por ejemplo, falta de consentimiento informado y confidencialidad, realización de exámenes y procedimientos dolorosos, negligencia y abandono), relación deficiente entre usuarias y proveedores de salud, y condiciones y limitaciones de los sistemas de salud (Bohren et al., 2015). Respondiendo a esta última publicación, Jewkes y Penn-Kekana plantearon que algunas de las categorías identificadas se superponían y que presentaban un rango de actos demasiado extenso para una adecuada operacionalización. Por ello, argumentaron que la tipología podría beneficiarse distinguiendo entre uso intencional de violencia (abuso verbal, abuso físico, retención negligente de entrega de atención); y abusos estructurales, reflejados por ejemplo en infraestructura, personal, o equipamiento y suministros por debajo de los estándares necesarios para brindar atención, así como en intervenciones innecesarias o solicitud de pagos ilegales (Jewkes y Penn-Kekana, 2015). Estas autoras relevaron que el maltrato en el parto es un componente de la violencia hacia la mujer (como lo llevaba planteando hacía años el movimiento latinoamericano contra la violencia obstétrica), destacando que:

El rasgo esencial de la violencia contra las mujeres es que deriva de la desigualdad estructural de género, es decir, de la posición subordinada de las mujeres en la sociedad en comparación con los hombres. Esto sistemáticamente devalúa las vidas de mujeres y niñas y, por tanto, permite la asignación inadecuadamente baja de recursos para la atención de maternidad que se encuentran en muchos países. También desempodera a las mujeres y permite el uso de violencia contra ellas. (Jewkes y Penn-Kekana, 2015, p. 1, *traducción propia*).

El mismo año, una editorial del prestigioso *International Journal of Gynecology and Obstetrics* titulado “La agenda inconclusa de la salud reproductiva de las mujeres”, afirmaba que a medida que mejoran los indicadores clínicos de salud materna, el foco se ha desplazado a la calidad de la atención y esto ha visibilizado el problema relacionado al género de la falta de respeto y abuso que las mujeres tienden a sufrir en el parto a manos del personal de salud (Purandare y Adanu, 2015). Estos comentarios mostraban quizás la mayor falencia de los conceptos anglosajones para referirse al tema: el hecho de no abordarlo como un problema de género, lo cual sí fue eje central en los estudios latinoamericanos.

La violencia obstétrica, como ha sido conceptualizada desde América Latina, es una violencia de género, que toma formas particulares –y distintas a las de otras prestaciones de salud- por

¹⁵ Revisión que incluyó 65 estudios cualitativos, cuantitativos y de métodos mixtos publicados en inglés, español, francés y portugués.

ejercerse sobre mujeres y en un ámbito de riguroso control ideológico/valórico sobre los cuerpos femeninos como es el de la sexualidad. Por ello hemos argumentado que a pesar de que en ocasiones en la literatura se utilizan indistintamente los conceptos de “abuso y falta de respeto”, “maltrato” o “violencia obstétrica”; es solo el último el que tiene el potencial de abordar las dimensiones estructurales de la violencia dentro de las múltiples formas que la falta de respeto y el abuso pueden tomar (Sadler et al., 2016). Como ejemplo, en la sistematización de Bohren y colegas (2015), la categoría de “condiciones y limitaciones de los sistemas de salud”, que podrían contener importantes dimensiones estructurales del problema, se descompone en: falta de recursos, falta de políticas, y cultura de la organización. Hay una breve referencia a la pérdida de autonomía de las mujeres impulsada por las culturas institucionales y las dinámicas de poder como factores que contribuyen al maltrato, sin embargo, el foco del problema se sitúa más en el nivel interpersonal, prestando menor atención a las dimensiones estructurales e ideológicas involucradas. En este sentido, los conceptos de abuso y falta de respeto, así como el de maltrato, han situado la problemática principalmente en niveles medios o micro de las prestaciones de salud –instituciones, funcionarios y profesionales de salud que no cumplen con estándares mínimos de cuidado-, pero prestando menor atención a las estructuras de poder y de género que enmarcan dicha falta de cuidado y ejercicio de violencia, así como el rol que la biomedicina juega en las interacciones de poder (Sadler et al., 2016; Sesia, 2020).

Paola Sesia (2020) plantea que la preferencia de los conceptos de abuso, falta de respeto y de maltrato en los círculos de salud global se relaciona “con una actitud pragmática de promover la mejora institucional de la atención materna sin antagonizar a la profesión médica, y para poder contar con el apoyo de las autoridades de salud a nivel nacional e internacional” (p. 13). Argumenta que el evitar el uso del concepto, “reduce la magnitud, extensión y profundidad de la problemática, le quita su carácter sistémico y evita cuestionar a fondo la ideología y praxis de la ginecología y la obstetricia hegemónicas” (p. 21). La autora plantea que el concepto de violencia obstétrica contiene poder como categoría epistémica al ser capaz de englobar “un argumento convincente de que este tipo de violencia es sistémica en naturaleza, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y al mismo tiempo de violencia institucional” (p. 4).

Este tipo de argumentos, en torno al carácter estructural y sistémico de la violencia obstétrica, han ido permeando la investigación, y en los últimos años se identifica un creciente uso del concepto de “obstetric violence” en publicaciones en inglés escritas por autoras(es) del mundo angloparlante. A lo largo de la presente tesis profundizaremos en este concepto y sus usos, por tanto dejo hasta aquí esta discusión, que retomaré en varias ocasiones.

Planteados ya los elementos teórico-conceptuales que nos permiten situar el problema de estudio en las discusiones en torno a la medicalización de los procesos femeninos reproductivos, el cuerpo como campo de creación e inscripción sociocultural, y el género como marcador de las

formas que toman los modelos de atención de salud, paso ahora a discutir los diversos conceptos que se utilizan en la literatura para aludir a los modelos de atención del nacimiento.

I.1.3. “Modelos” de atención de nacimiento: aclaraciones conceptuales

Esta tesis se enfoca en la atención del parto institucional en Chile, y, por tanto, aborda el campo de la biomedicina, que es el modelo médico oficial en el país. En este apartado me interesa definir y distinguir ciertos conceptos que voy a utilizar a lo largo de este trabajo. Me voy a referir a modelos médicos, Modelo Médico Hegemónico (MMH), modelo tecnocrático y humanista de atención del parto, y abordar una serie de descriptores que se utilizan para identificar los enfoques que toma dicha atención, que en muchos casos son confusos y pueden superponerse, como: intervencionista, medicalizado, natural, normal, fisiológico, respetado, y humanizado.

I.1.3.1. Modelos médicos

Para comenzar, es necesario definir lo que se entiende por modelo médico. Según Eduardo Menéndez, un “modelo” es: “un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico” (Menéndez, 1983, p. 4). Al referirse a modelos médicos, el autor alude a construcciones metodológicas manejadas en un alto nivel de abstracción, explicitando que, como tales, “constituyen un instrumento heurístico para la indagación de la realidad, pero no constituyen la realidad” (2003, p.193). En este sentido, la discriminación de los modelos es tipológica, cumple funciones de ordenamiento, pero no ignora que los modelos son construcciones y que solamente la dinámica histórica y social es la que da cuenta de los procesos de transformación operados (Menéndez, 1983).

Para Menéndez, además, los modelos están planteados a partir de una perspectiva metodológica relacional, que supone procesos de hegemonía y subalternidad entre los mismos; y es mediante el concepto de “transacciones” que se puede describir y explicar al conjunto de relaciones que operan; en este sentido, suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos. El autor destaca que los modelos médicos están en relaciones dinámicas de modo tal que se dan relaciones de fuerza que configuran posiciones movibles a medida que las correlaciones van cambiando (1981).

La medicina alópata -a la que Menéndez se refiere como Modelo Médico Hegemónico (MMH)- es la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes. A nivel de construcción metodológica, considera que:

[L]as principales características del MMH son las siguientes: biologicismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2003, p. 193).

Para este autor, el rasgo estructural dominante del MMH es el biologicismo, “por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención” (Menéndez, 2003, p. 193). Al relacionarse con otras formas de atención, el MMH tiende a excluirlas, ignorarlas o a estigmatizarlas, aunque también puede producirse una aceptación crítica, apropiación o uso complementarios de algunas técnicas, pero siempre con carácter subordinado (Menéndez, 2003).

En función de sus rasgos estructurales, Menéndez construye los Modelos Médicos distinguiendo tres: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, y Modelo de Autoatención. En el modelo que llama alternativo subordinado, incluye las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales”, que incluyen diversas tradiciones del pasado, prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas al margen del sistema biomédico (como la medicina ayurvédica y china). Si bien esta categoría incluye prácticas de características no homogeneizables, el eje de esta agrupación radica en que estas constituyen alternativas que el MMH tiende a subordinar ideológicamente (Menéndez, 1983). Por último, la autoatención corresponde al modelo “basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en cual no actúa directamente un curador profesional” (Menéndez, 1983, p. 104).

Si llevamos estos tres modelos a la atención del parto, el MMH lo constituye el parto en instituciones biomédicas y atendido por profesionales de la salud alópata, el Modelo Alternativo Subordinado lo constituye la partería empírica y/o indígena de diversas culturas del mundo, y el Modelo de Autoatención correspondería a aquellos nacimientos que ocurren en la comunidad y hogar de la mujer, atendidos por personas de la comunidad y/o parientes y sin la figura de una persona especialista (como sería una partera).

El presente trabajo se inscribe en la atención biomédica del parto, por tanto, en lo que Menéndez denomina el MMH. Ahora bien, dentro de la misma biomedicina -tanto a nivel mundial como nacional- se viene propiciando hace un par décadas un cambio desde un modelo biologicista, despersonalizado y autoritario, hacia uno biopsicosocial y centrado en las personas, en el cual la población usuaria participe más activamente de sus propios procesos de cuidado. Esto implica que ciertas características que eran atribuidas a otros sistemas médicos se están incorporando

en el paradigma hegemónico en un proceso dinámico de transformación, a través de la inclusión de una serie de enfoques que apuntan a un cuidado de salud menos reduccionista. Como ejemplo, la reforma de salud que se impulsó en Chile a inicios del presente siglo, impulsó un “modelo de atención integral de salud”, integrando enfoques de: salud familiar, intersectorialidad, promoción y prevención de salud, educación comunitaria, participación y control social; en un intento por superar el modelo “tradicional” focalizado en la salud-enfermedad, cuyo énfasis era principalmente curativo (MINSAL, 2005).¹⁶ Esta transformación apuntaría a conseguir lo que se ha llamado una “atención centrada en las personas” (*person-centred care*) (Summer et al., 2020). En la atención del nacimiento en Chile, este modelo se ha denominado “modelo personalizado de atención” (MINSAL, 2008), que vendría a reemplazar a un modelo que se nombra como “intervencionista”, “deshumanizado” o “medicalizado”.

De lo que trata esta tesis es de analizar si en Chile se ha logrado implementar este modelo “personalizado”. Y para comprender el contexto, es importante relevar que se trata de un proceso de tránsito entre enfoques de atención al interior de la biomedicina, y no de la contraposición de los MMH y Modelo Alternativo Subordinado (como son definidos por Menéndez; debido a que el modelo “personalizado” está situado dentro de la biomedicina, y no al margen, como el concepto de Modelo Alternativo Subordinado del autor). Con este punto de partida, en los apartados que siguen me detengo a describir los conceptos -confusos y contradictorios- que se utilizan en la literatura y políticas referidas a la atención del nacimiento.

I.1.3.2. Atención del nacimiento: modelos y conceptos en uso

En la creciente reflexión académica sobre los modelos de nacimiento en los últimos años circulan muchos conceptos e ideas, que en muchos casos están en disputa. Walsh (2010) ha planteado que algunos de los debates dominantes han circulado en torno a los conceptos de medicalización, modelos androcéntricos, modelos centrados en la mujer, y parto natural. Chadwick (2018), por su parte, identifica una diversidad de ideas sobre los aspectos que son centrales en la atención del nacimiento, que muchas veces están en disputa: resultados obstétricos, seguridad, éxtasis y espiritualidad, derechos humanos, elección personal, autonomía, ausencia de medicalización, entre otros. La autora argumenta que al centro de estas tensiones se encuentran “volátiles discusiones ideológicas, políticas y conceptuales, u ‘ontologías políticas’ en torno a la feminidad, cuerpos femeninos, maternidad y geopolítica” (Chadwick, 2018, p. 34, *traducción propia*).

¹⁶ El detalle del desarrollo de las políticas de salud en el país se presenta más adelante, en el apartado “Las reformas en salud” dentro del capítulo de “Antecedentes”.

Si bien, como plantea Walsh (2010), estas discusiones se dan principalmente en un nivel teórico y en la literatura académica, no se puede negar que reflejan y a su vez influyen las discusiones “legas” sobre estas temáticas. Los discursos de las mujeres usuarias de los sistemas de salud, así como los programas y políticas de salud, usan estos mismos conceptos, pero, como expone el autor, de formas más imprecisas y borrosas.

De lo que no hay duda es que tanto a nivel teórico-académico, a nivel de programas y políticas de salud, y en los imaginarios de la población usuaria, todos estos conceptos complejos y polifónicos tienen a reducirse a una dicotomía, a dos modelos que compiten por ganar territorio como la forma de nacimiento más segura y más satisfactoria. A un lado, estaría el parto “biomédico”, “intervencionista”, “medicalizado”; al otro el parto “normal”, “natural”, “integral”, “humanizado”. Tanto las usuarias como los profesionales de salud estarían sufriendo los efectos negativos y el peso de versiones cuasi esencialistas y polarizadas de “buenos” y “malos” nacimientos (Walsh, 2010). Pero, a pesar de esta aparente dicotomía, en la gran mayoría de las experiencias de parto de las mujeres se dan interacciones entre elementos de ambos modelos (como son descritos en forma ideal). Por ello me interesa situarme en lugares fluidos y complejos, donde no sea el uso de tecnología/intervenciones o la vía de parto el eje que distinga los modelos de atención, sino el lugar epistémico en que se posicionan -y se les permite posicionarse- las mujeres en sus experiencias de parto.

El modelo que ha predominado en la atención obstétrica es referido muchas veces como “biomédico” e “intervencionista”. Estos apelativos son problemáticos: hablar de modelo “**biomédico**” implica homogeneizar la medicina alópata, cuya práctica muestra una gran diversidad. Como planteé un poco más arriba, es dentro de la misma medicina alópata que se está intentando transitar hacia un modelo “personalizado”. Por otra parte, hablar de “**intervencionista**” alude a la práctica de intervenciones médicas, que son un elemento importante de la atención de salud, por lo cual no es suficientemente explicativo, en el sentido de que la realización o no de intervenciones no constituye un modelo de atención (y puede además llevar a la falsa idea de que el uso de tecnología o intervenciones obstétricas es inherentemente dañino).

Dentro de los conceptos que actualmente se utilizan en la literatura, considero que el “**modelo tecnocrático del parto**”, acuñado por la antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001, 2003), es el más preciso, pues a las características del MMH como es definido por Menéndez (2003), le agrega un enfoque de género. Así, se suma a las características ya descritas para el MMH (biologismo, despersonalización, ahistoricidad, relaciones jerárquicas, entre otras), el reconocimiento de que se trata de un modelo de base androcéntrica para el cual los cuerpos femeninos son patológicos y desviados por naturaleza. Para esta autora, el modelo tecnocrático refleja los valores centrales de las sociedades occidentales modernas: una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder

patriarcal (Davis-Floyd, 2001). En la atención de nacimiento, esto se traduce en la desconfianza y patologización de los procesos fisiológicos femeninos -que siempre se pueden salir de “control” y por lo cual requieren del uso intensivo de tecnología e intervenciones-, en una organización jerárquica de la atención en la cual las usuarias son despojadas del conocimiento autorizado sobre el proceso que están viviendo.

Ahora paso a describir el modelo que vendría a reemplazar al “tecnocrático”, que se nombra con una diversidad de conceptos. Por una parte, a veces se describe simplemente como parto “natural”, “normal” o “fisiológico”, conceptos que destacan la idea de una naturaleza (fisiología) femenina que habría que cuidar y proteger en el proceso de atención -como oposición a la intervención obstétrica-. Por otra parte, se identifican una serie de conceptos que enfatizan un enfoque biopsicosocial y sitúan a los sujetos -en un sentido agencial- en el centro del cuidado: parto “respetado”, “integral”, “personalizado”, “humanizado” y “humanista”. A continuación, voy a discutir estos dos sets de conceptos por separado.

-El parto “normal”, “natural” y “fisiológico”

Los conceptos de “normal” y “natural” ponen énfasis en que se promueva la vía de parto vaginal y que en la atención se privilegie el desarrollo del proceso fisiológico, sin intervenciones innecesarias. Se trata de conceptos cuyo uso puede llevar a una esencialización de una naturaleza femenina (que podría distinguirse y operar en forma aislada de sus dimensiones socioculturales).

El “**parto normal**” es ampliamente utilizado como concepto tanto en el sector salud como en la literatura académica. Se trata de un concepto problemático por diversas razones. En primer lugar, lo “normal” es siempre construido en relación a algo “anormal”; se trata de una construcción ideológica en torno a un determinado ideal y es usado frecuentemente en proyectos de opresión (Foucault, 2015). Se trata por tanto de un constructo que puede ir mutando de sentido: ¿por qué no llamar “parto normal” a la cesárea, por ejemplo, en países donde es la vía más habitual de parto? Los parámetros de lo “normal” están definidos por la obstetricia, y se van estrechando progresivamente mientras más terreno ganan los discursos de riesgo (Scamell, 2011). En el *Mundo Feliz* de Aldous Huxley (1932), lo “normal” es nacer de probetas, y solo las salvajes -recluidas en reservas separadas del resto de la sociedad- dan a luz a sus hijas(os) por vía vaginal.

En la práctica obstétrica, además, el parto “normal” es una categoría retrospectiva; todos los partos se suponen normales hasta que se pruebe otra cosa; además, en la literatura de salud usualmente se describe el parto normal como caracterizado por una ausencia “relativa” de intervenciones médicas (Chadwick, 2018). Lo que subyace a la idea de “parto normal”, plantea esta autora, es el supuesto de que el cuerpo parturiento es principalmente un organismo

fisiológico que puede ser separado de relaciones socio-materiales, sistemas y prácticas médicas. También implica que el parto sin intervenciones es lo ideal, y que la tecnología es problemática y “anormal” (Chadwick, 2018). Estas reflexiones llevan a poner en duda los análisis que apuntan a la tecnología como causante de la insatisfacción de muchas mujeres con respecto a sus experiencias de parto. Autoras como Lyster (2006) han enfatizado la necesidad de distinguir entre la calidad de la experiencia del parto y el uso de tecnología, para plantear que no es la tecnología per se, sino su aplicación sensible, la que puede promover o no experiencias satisfactorias de parto.

El concepto de “**natural**” se usa habitualmente como sinónimo de “normal”, en los mismos sentidos recién señalados. Pero si bien el parto “normal” usualmente acepta en su definición algún grado de intervención obstétrica, el de “natural” se refiere más a menudo a un proceso que sucede sin dichas intervenciones, y en especial se utiliza para referirse a partos sin analgesia farmacológica. Al igual que con el concepto de “normal”, como ya planteé, el uso de parto “natural” sitúa al proceso en un lugar opuesto a la tecnología, como si esta fuera inherentemente dañina. Esto profundiza el pensamiento dualista en el cual biomedicina y naturaleza son conceptualizados como opuestos binarios. Además, si bien el concepto de “natural” se posiciona como crítica al intervencionismo excesivo de la biomedicina y su foco en el cuerpo físico; al usar el descriptor de “natural”, se pone justamente el énfasis en la corporalidad biológica, es decir, en la capacidad fisiológica de la mujer de dar a luz sin intervenciones y por vía vaginal.

El concepto de “**parto fisiológico**” puede compartir estos usos de lo “normal” y/o “natural”. En esta discusión, puede ser útil mencionar la revisión que hizo Robert Hahn de las 17 ediciones del *Williams Obstetrics* entre 1903 y 1985, considerado el texto de referencia de la medicina obstétrica estadounidense (Hahn, 1987). El autor identifica que tanto Williams como los otros editores del texto utilizaron el término “fisiológico” denotando a la vez eventos no patológicos del cuerpo y eventos que ocurren sin intervención médica. Asimismo, lo fisiológico en estos textos se refiere al funcionamiento físico, químico y biológico del cuerpo humano femenino, sin influencias o fuerzas de otro orden. Hahn muestra cómo en muy pocas ocasiones se alude al impacto de la mente o de las emociones, y que en los textos no se considera que la sociedad tenga una conexión significativa con los eventos obstétricos.

Es así como en muchos casos se afirma la existencia de una “fisiología” femenina del parto que excluye las influencias y narrativas socioculturales que inciden en el proceso. Pero, como expone Martínez-Hernández, “la cultura difícilmente puede entenderse como una dimensión epifenómica en los procesos de salud/enfermedad, pues adquiere un carácter codeterminativo que desafía la interpretación del reduccionismo biológico a la vez que abre las puertas a una visión dialéctica y holística” (2008, p. 73-74). En este sentido, la tensión entre biología y cultura se disuelve al comprender que existe una inscripción social que produce efectos fisiológicos en el cuerpo, como

los modelos culturales de parto, los contextos en que ocurra el proceso, y las actitudes de los profesionales de atención (Davis y Walker, 2010).

-El parto respetado, integral, personalizado, humanista

Acá tenemos otro set de conceptos que se usan la mayoría de las veces como sinónimos. La idea de un parto “**respetado**”, que pone énfasis en el buen trato, presenta el mismo problema de los conceptos de “maltrato” y “abuso y falta de respeto” que ya discutí; enfatiza un nivel interaccional del cuidado que se puede corregir en buena medida con intervenciones a nivel de los equipos de salud, dejando desatendidos los niveles estructurales que configuran la atención. Por su parte, “**integral**” enfatiza que el proceso de gestación y parto debe ser concebido y tratado en términos biopsicosociales. Como comenté más arriba, en la reforma de salud implementada en Chile a partir de 2005, se planteó la necesidad de instalar un nuevo “modelo de atención integral”, proceso descrito como un cambio hacia un paradigma biopsicosocial que ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad. Se definió este modelo como:

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (MINSAL, 2005, p. 9)

Como se ve en esta definición, el concepto de “integral” aparece como respuesta al reduccionismo biologicista, poniendo énfasis en integrar las diversas dimensiones de lo humano. En la cita que presento a continuación, se usa el concepto de “integral” aludiendo al modelo de atención de nacimiento que se propone implementar a nivel nacional, y se le da el mismo énfasis que en la cita anterior (integración de factores psicosociales), utilizándolo a la vez como sinónimo de “humanizado” y de “personalizado”:

Los avances van en la línea de la implementación de modelos o modalidades “humanizadas”, “personalizadas” o “integrales” que dan visibilidad del nacimiento, como un suceso fisiológico y de naturaleza social-afectiva, al que sólo se guía, se acompaña, y al cual se interviene y se conduce justificadamente, si presenta riesgo o se complica. En ambos casos, la asistencia y cuidado debe considerar la comprensión de los factores psicosociales en torno al evento. (Uribe, 2018, p. 551)

En esta última cita, además del énfasis en lo biopsicosocial, se integran elementos que ponen el foco en lo fisiológico y en la limitación de intervenciones, describiendo al parto “integral” o “personalizado” como un “suceso fisiológico y de naturaleza social-afectiva, al que sólo se guía,

se acompaña”. Vemos que se pone, por un lado, al suceso fisiológico, que, además, tiene una naturaleza socio-afectiva. La clásica propuesta bio-social de la antropóloga Brigitte Jordan para comprender el proceso de nacimiento lo describía como un fenómeno que es producido conjunta y reflexivamente por una biología universal y una cultura particular (Jordan, 1993). Como iré desarrollando a lo largo de este trabajo, se trata de una suma de elementos que limita la comprensión del fenómeno. Pues ocurre que la biología “universal” sigue dominando los imaginarios y prácticas en torno al nacimiento, y la cultura “particular” aparece como una especie de anexo de menor relevancia. Uribe (2018) menciona que al suceso del parto “sólo” se le “guía, se acompaña”, y “se interviene y se conduce justificadamente, si presenta riesgo o se complica”. Son límites confusos: ¿el guiar, el acompañar, no implican ya cierta “intervención”? ¿Qué se considera una “intervención”? Habitualmente en la literatura sobre esta temática se utiliza para aludir a procedimientos obstétricas como inducción oxitócica artificial, rotura artificial de membranas, monitoreo fetal electrónico continuo, entre otros. El cuándo estas intervenciones son o no justificadas es difícil de establecer, en especial en un modelo médico en el cual tanto la educación como la praxis se enfocan justamente en dichas intervenciones. Hago estas preguntas a modo de provocación, pues la literatura ad hoc está llena de fronteras resbaladizas: un paso más allá y es “intervención”, un paso más y dejó de ser “integral” o “respetuoso”.

Ahora vuelvo a la distinción entre los conceptos de “integral”, “humanizado” y “respetado”. Como recién expuse, “integral” pone el acento en lo bio-psico-social, y usualmente está contenido como elemento esencial en los otros dos. Y los conceptos de “**humanizado**” y/o “**personalizado**”, podemos analizarlos en términos de sus usos en los movimientos y políticas de parto en Latinoamérica y en Chile. Habitualmente, estos últimos conceptos integran un nuevo elemento respecto a los anteriores; el de la posición de la mujer como sujeto activo y protagonista del proceso de parto. Si bien el detalle de los movimientos sociales, programas y políticas que integran estos conceptos se presenta más adelante en este texto,¹⁷ adelanto que “humanización” se utilizó con fuerza en Latinoamérica durante la primera década del siglo XXI, a partir del impulso de organizaciones de la sociedad civil, que luego encontraron eco en programas y políticas de salud. En Chile, en el año 2000 se realizó el “Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo”, en el cual especialistas del país se reunieron por primera vez a reflexionar sobre la temática, recogiendo las reflexiones e inquietudes de profesionales de la salud de distintas instituciones, así como la incorporación del mejoramiento de la calidad en la atención obstétrica como parte de los Objetivos Sanitarios establecidos para la Década 2000-2010 (Muñoz, Kaempffer, Castro y Valenzuela, 2001). En dicho encuentro, el concepto de humanización se definió como el de:

¹⁷ En el apartado de “Activismo por los derechos en el nacimiento”.

Orientar los servicios a la satisfacción plena de las necesidades de salud de la mujer, la pareja y el grupo familiar, en los aspectos físicos, psíquicos y sociales, a través de una atención más humanitaria integrada al desarrollo tecnológico alcanzado, definiendo la misión en la atención integral de la mujer y su entorno familiar en el proceso reproductivo. (Muñoz, 2001, p. 233).

También en el año 2000, en Brasil tuvo lugar la “Primera Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento”, que se constituyó en un hito en la región para instalar una agenda en torno al nacimiento “humanizado”, que busca “disminuir las intervenciones innecesarias y promover cuidados del proceso de embarazo-parto-nacimiento y lactancia comprendido como un proceso natural y fisiológico basado en conocimientos científicos” (Rattner, Leitte dos Santos, Lessa y Diniz, 2010, p. 216). El énfasis del modelo está puesto en que la mujer como sujeto y en su sentido humano sea puesto al centro del cuidado, en oposición a ser tratada como un cuerpo-objeto-máquina (Rattner, 2008; Wagner, 2001).

En estas últimas citas, vemos que el énfasis va transitando hacia el lugar que ocupa la mujer y su familia en el proceso de cuidado, que es también el foco del término de “personalización”. En Chile, en la nueva política de atención del nacimiento de 2008 (ChCC, 2015; MINSAL, 2008), se privilegió este último concepto, pues el de “humanización” generaba rechazo desde la comunidad médica por aludir a un lugar “deshumanizado” al que se habría llegado (Sadler, 2009). En un intento estratégico de acercar a la comunidad médica, el modelo “personalizado” de atención en el proceso reproductivo se caracterizó como aquel que promueve una visión de la gestación, parto y nacimiento como acontecimientos normales que deben ser intervenidos sólo si presentan complicaciones, considerando factores psicosociales y emocionales al momento de la atención y a las mujeres y sus familias como sujetos activos dentro del proceso, otorgándoles las herramientas necesarias para enfrentar la gestación y parto de manera informada, anteponiendo sus necesidades a las del personal de salud (MINSAL, 2008).

En esta última caracterización del modelo, lo que se agrega a lo que ya habíamos visto - promoción de fisiología, reducción de intervenciones de rutina, integralidad de lo humano- es la posición central de la mujer y su familia en el proceso como sujetos activos, cuyas necesidades se antepone a las de los equipos de salud, y que cuentan con herramientas para enfrentar el proceso de forma informada. Y esto es justamente lo que quiere relevar el concepto de “personalización”. Este énfasis se enmarca en un movimiento global que busca poner el cuidado en las personas, llamado de atención o cuidado basado en las personas (*person centered-care*), que ha recibido creciente atención desde la primera década de este nuevo siglo. Como plantean Summer y colegas (2020) en una revisión de literatura sobre el tema, se trata de un enfoque que en la actualidad se considera esencial a la provisión de cuidados de salud y se considera parte de una atención de calidad. Destaca la importancia de ver y respetar a quienes reciben atención médica como personas, como seres humanos capaces, con recursos y necesidades, y como sujetos

que tiene la capacidad de ser conscientes de sí mismos. Ubica a las personas que reciben atención médica en el centro del cuidado, respetando sus contextos socioculturales de origen, su historia y sus circunstancias familiares (Summer et al., 2020).

Este foco en las personas, y especialmente en la mujer gestante y parturienta, es lo que los programas de parto personalizado buscaron potenciar, en un intento de superación del modelo tecnocrático. A continuación, expongo una tabla resumen de los principios del modelo personalizado, en contraposición al tecnocrático que se busca superar, como fueron presentados en un texto de apoyo al proceso de cambio de modelo de atención del nacimiento en Chile, dirigido a personal de salud de las maternidades del país.

Tabla N°1: Modelos de atención del nacimiento en transición*

Modelo tecnocrático de atención de salud	Modelo personalizado de atención de salud
Separación entre cuerpo y emociones	Integración cuerpo y emociones
Cuerpo entendido como máquina	Cuerpo entendido como organismo integral
El(la) paciente como objeto	Las familias usuarias como sujeto activo en la atención
Estandarización del cuidado, autoridad y responsabilidad en el(la) practicante	Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicantes y usuarios(as)
Separación del(la) practicante del paciente	Conexión y cuidado entre practicantes y usuarios(as)
Trato impersonal hacia pacientes	Cuidado personalizado y empático de usuarios(as)
Sobrevaloración del uso de tecnología	Uso de tecnología solo si es necesaria
Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo	Énfasis en prevención a largo plazo
Intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud	Apertura hacia modelos complementarios de atención de salud
Atención del nacimiento	
Proceso de gestación-parto-nacimiento se concibe como un proceso patológico que siempre debe ser intervenido	Proceso de gestación-parto-nacimiento como proceso fisiológico normal que solo debe ser intervenido si presenta complicaciones

Foco de la atención está puesto en entregar prestaciones técnicamente adecuadas	La entrega de prestaciones técnicamente adecuadas va acompañada de la comprensión de los factores psicosociales involucrados en la atención
Atención brindada a las mujeres y familias es despersonalizada, la información especializada es manejada por el personal de salud	Las mujeres y familias atendidas pasan a ser las protagonistas, se les entregan las herramientas necesarias para enfrentar el proceso informadamente, y sus necesidades se anteponen a las de los equipos de salud.

* Sadler, 2009, p. 7 (adaptado de Davis-Floyd, 2001).

En la tabla recién presentada, utilicé el concepto de “personalizado” pues se trató de un texto dirigido a personal de salud y que utilizó el lenguaje que se estaba promoviendo en las políticas y programas de salud. Sin embargo, corresponde al modelo “humanista” como es definido por Robbie Davis-Floyd (2001). De todos los conceptos en uso, me inclino por utilizar el de “**modelo humanista**”, como es utilizado por esta autora: en la base del modelo se encuentran dimensiones relacionales y compasivas del cuidado. Este modelo está guiado por principios como la integralidad de lo humano (enfoque biopsicosocial), la comprensión de las personas usuarias como agentes activos en los procesos de atención, y el cuidado entendido en términos recíprocos entre quienes participan en dichos procesos (Davis-Floyd, 2001). Habitualmente se utiliza en sentido casi idéntico al de personalizado, pero puede ocurrir que este último tome un cariz menos estructural que el primero (foco en la persona, pero sin atender a matrices socioculturales que configuran la atención). A lo largo de este trabajo, utilizaré los conceptos de humanista y personalizado indistintamente, atendiendo a que el segundo es el término utilizado por los programas de salud en Chile.

I.1.3.3. Los peligros de los conceptos confusos

A modo de ilustrar las formas superpuestas y confusas en que se utilizan los conceptos recién revisados, me detengo a continuación en dos artículos escritos por profesionales de salud chilenas(os) en torno a formas/modelos de nacimiento, para luego reflexionar sobre los peligros de estos usos.

-Parto natural: ¿versus atención médica del parto?, ¿experiencia transformadora?

En el artículo “Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia?” escrito por profesionales de la División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (Carvajal, Martinovic y Fernández, 2017), sus autores plantean que:

El parto natural, ha sido propuesto como una opción para mejorar la satisfacción de las mujeres con el proceso del parto. Sin embargo, no existen definiciones serias respecto a qué es el parto natural, introduciendo dificultades en la atención de mujeres que solicitan un parto natural. (p. 49)

Los autores describen al parto natural como “una nueva corriente en relación al parto” (p. 49), que crece cada día en Chile y representa una consulta habitual en el contexto del control prenatal, “producto de una gran promoción mediática, y la presión de los grupos interesados” (p. 50). La solicitud de dicho parto, continúan, “muchas veces contrasta con la práctica obstétrica habitual, generando tensión en la relación médico-paciente, pues con frecuencia el médico estima que la mujer se expone a riesgos innecesarios” (p. 50). Estos riesgos vendrían dados por la solicitud de evitar algunas medidas específicas “que han demostrado científicamente ser útiles en asegurar bienestar” (p. 50). Plantean que, “desafortunadamente ninguna organización internacional prestigiosa relacionada con la Obstetricia y Ginecología ha consensuado una definición de lo que debemos entender por parto natural” (p. 49). Lo caracterizan como un parto sin intervención médica, que:

[D]e acuerdo a páginas de divulgación no científica sobre el tema, una modalidad de nacimiento íntimo, acompañado de la familia y en algunas ocasiones con la participación de doulas, siendo estas últimas mujeres que acompañan y animan a la paciente durante el trabajo de parto para hacerla sentir más contenida y empoderada. Muchas veces se busca que los Partos Naturales ocurran en recintos no hospitalarios, tales como el domicilio o “casas de parto”, con el fin de evitar intervenciones médicas frecuentemente utilizadas durante el trabajo de parto tales como el uso de anestesia, oxitocina, o la monitorización fetal continua, y que los defensores del Parto Natural consideran como innecesarias o francamente nocivas. (Carvajal et al., 2017, p.50)

Luego plantean que el “Parto Natural” tiene fundamentos psicosociales como el “favorecimiento de la conexión inicial con el recién nacido, estimulando el apego, la relación madre e hijo y la lactancia materna” (p. 50). Agregan que quienes lo defienden también utilizan el argumento de que se asocia a una menor tasa de depresión postparto.

Este conjunto de ideas se presenta en las dos primeras planas del texto, y muestran muchas imprecisiones. Por los fundamentos psicosociales que describen, se están refiriendo al parto “personalizado” o “humanizado” como ha sido descrito y promovido por los organismos de salud. Si además constituye una consulta habitual de parte de las usuarias, sería extraño que se tratara solo de partos fuera de recintos hospitalarios, pues en Chile el parto en casa no es una opción oficial y sus números son muy bajos; fueron de 0,4% en 2017 (INE, 2019). Además, en el país no existen casas de parto independientes de hospitales.

Los autores no mencionan si esta “nueva corriente” cuenta con la participación de profesionales de salud, sí menciona la presencia de familiares y doulas, que ocurre en territorios diferentes a los hospitalarios, y que se limitan las intervenciones obstétricas. Con estos elementos, la definición que entregan de parto natural, bien puede corresponder a modelos de atención de parto en casa o en casas de parto que se implementan en diversos países del mundo, que sí han sido ampliamente definidos y cuentan además con cuantiosa evidencia científica de respaldo. Por ello parece debatible su afirmación de que en el mundo existe una “falta de estudios de buen diseño que comparen los resultados maternos y perinatales del Parto Natural, respecto a la atención médica habitual del parto” (Carvajal et al. 2017, p. 50), ignorando la rica y rigurosa literatura que compara resultados de partos en casa con hospitalarios en países de Norte América y Europa (de Jonge et al., 2009; Johnson y Daviss 2005; NICE, 2014).

El artículo titula una sección como “parto natural versus la atención médica del parto” (Carvajal et al., p. 50), como si fueran opciones excluyentes, última que se caracteriza como “cuidados obstétricos habituales en la maternidad” (p. 50). Podemos preguntar, ¿qué sería lo “habitual”? (¿En este caso, entonces, el parto “normal” sería el que hemos definido como tecnocrático?) Con el tipo de afirmaciones que los autores hacen a lo largo del artículo, el “parto natural”, que sucede por vía vaginal, sin o con mínimas intervenciones obstétricas, se ubica en un extremo del continuum de opciones de atención, caricaturizado como una nueva tendencia a la que muchas mujeres aspiran, respondiendo a una especie de moda, sin contar con evidencia que la respalde.

Como los autores plantean no haber encontrado “estudios de buen diseño que comparen los resultados maternos y perinatales del Parto Natural” (p. 56), optan por revisar el impacto de diversas intervenciones obstétricas (cesáreas vs parto vaginal, manejo activo del trabajo de parto, amniotomía de rutina precoz, aceleración oxitócica, entre otras), concluyendo que:

La atención del parto en escenarios alternativos a la clásica sala de parto hospitalaria, resultan seguros para la madre y el feto, y reducen significativamente las intervenciones médicas, por lo que parecen ser una opción razonable para aquellas mujeres que buscan el Parto Natural. (p. 56)

Llegan a la conclusión que los escenarios “alternativos” son seguros y pueden ser una opción razonable, sin embargo, nunca se aclara en el texto que esta opción segura y razonable puede ocurrir también en instituciones biomédicas de alta complejidad. Sus afirmaciones resultan a lo menos confusas; primero, plantean que no hay estudios de calidad que evalúen el parto “natural”, pero luego describen los componentes de dicho parto y sí encuentran evidencia para concluir que es seguro. Y si bien el artículo presenta los problemas de enfoque descritos, cierra con conclusiones interesantes, alertando sobre los peligros de las estrategias de marketing de clínicas y médicos para atraer clientas ofertando servicios de “parto natural” (que pueden no ser tales), y

llamando a la comunidad médica a discutir con las usuarias los sentidos del concepto de “natural”, los riesgos y beneficios de las intervenciones obstétricas.

Ahora paso a un segundo artículo que también incurre en dicotomías problemáticas. En “Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado”, un grupo de profesionales del Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile, exploran las vivencias de mujeres que optaron por un parto personalizado en la provincia de Concepción (Muñoz-Dueñas, Contreras-García y Manríquez-Vidal, 2018). En el primer párrafo de la introducción, plantean que:

El parto es un proceso natural que ha evolucionado a través de la historia, desde ser asistido por mujeres parteras y matronas, a la incorporación e interés de los hombres y médicos. Fue llevado a hospitales bajo la lógica de disminuir las tasas de mortalidad materna, aplicando prácticas clínicas, a veces innecesarias, interfiriendo con la capacidad de la mujer de dar a luz y con la experiencia del parto. (p. 587)

Se trata de un párrafo que deja abiertas muchas dudas. Se comienza afirmando que el parto es un evento natural que ha evolucionado, y en dicha evolución mencionan el cambio desde una atención por mujeres-matronas a hombres-médicos, incorporando además “el interés” de estos últimos. ¿Evolución en qué sentidos? ¿Interés de/para qué? Luego aparecen las ideas de que el parto hospitalario se instauró para reducir la mortalidad materna, y que se aplicaron prácticas clínicas “a veces innecesarias” que interfieren con la capacidad de la mujer de dar a luz y con su experiencia de parto. ¿Son las prácticas clínicas innecesarias en sí mismas que interfieren con dicha capacidad? Como se aprecia, en la apertura del texto se incurre en las dicotomías que hemos mencionado anteriormente, insinuando que las prácticas clínicas son las que interfieren con la capacidad y experiencia de la mujer en el parto (¿y el interés de hombres-médicos?; pero no queda claro).

A continuación, se refieren a cambios en la población usuaria, mencionando que las mujeres “retardan la maternidad, tienen mayor nivel de educación y acceden a información del proceso de gestación y parto por cuenta propia. Exigen ser protagonista en la toma de decisiones, ser escuchadas, orientadas y a elegir la forma de parir” (p. 587). Tras ello, mencionan los esfuerzos de organizaciones internacionales de salud y de organizaciones de mujeres y de profesionales que:

[B]uscan mejorar las opciones para la atención del parto, desde el resguardo legal hasta la atención directa del evento. Esto pasa por entender no solo el concepto de parto natural, centrado en la mínima intervención; sino también el concepto de personalización del proceso de parto, centrado en las necesidades maternas. (p. 587)

Entonces, en la búsqueda de mejores opciones de parto, aparece el concepto de parto natural, como “mínima intervención” y de “personalización del proceso de parto” como “centrado en las necesidades maternas”. Acá parto “natural” y “personalizado” van de la mano (unidos por un “también”), como si la experiencia personalizada de parto requiriera de mínimas intervenciones por definición. Además de este fragmento, en el resumen se plantea que “el parto personalizado, centrado en la mujer y sus necesidades, es una tendencia de atención sanitaria que propone un complemento de calidad al modelo biomédico” (p. 586). Hablan de “tendencia”, en sentido similar a la “nueva corriente” que señalaban los autores del artículo revisado anteriormente; ambos conceptos que aluden a la vigencia actual de una modalidad de parto (pero que no necesariamente implican un cambio sistémico o paradigmático).

El artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo, en el cual se realizaron 12 entrevistas semi-estructuradas a mujeres que vivieron la experiencia de un parto personalizado, previo plan de parto, asistido en clínicas privadas o en casa durante los años 2016 y 2017 en la provincia de Concepción, calificadas de bajo riesgo obstétrico. Se trató de mujeres que fueron atendidas durante ese periodo por dos equipos profesionales que “ofertan este tipo de atención en la zona” (p. 587). No hay más detalle de dichos partos, de cómo entienden el concepto de “parto personalizado” o de qué significa que estos equipos oferten dicho tipo de atención: ¿qué deseaban esas mujeres?, ¿qué elementos comunes permiten catalogarlos como de “personalizados”? Ya que las autoras planteaban que eran partos con mínima intervención, ¿hubo intervenciones obstétricas?, ¿de qué tipo? Por los resultados presentados, probablemente el foco de esta atención estuvo puesto en la satisfacción de las necesidades maternas, en la integralidad del proceso (como revisamos en las definiciones de parto integral, humanista y personalizado), en la capacidad de las mujeres de sentirse como sujetas-activas en el proceso; sin embargo, eso no se explicita en el trabajo.

En los resultados, encontramos afirmaciones como: “la experiencia de parto personalizado da cuenta de una vivencia que en definitiva transforma a la mujer respecto del sentido de vida, de su desarrollo como ser femenino y de la maternidad. Es un evento inolvidable y más cuando tiene protagonismo” (p. 591); “las mujeres con parto personalizado, valoran su protagonismo, la presencia de personas significativas, las relaciones con profesionales y la mínima aplicación de intervenciones” (p. 591). Estas afirmaciones resultan complejas si no se las contextualiza, pues queda la impresión de que un parto “personalizado” siempre conduciría a una experiencia transformativa, inolvidable (en un sentido positivo), “de desarrollo como ser femenino y de la maternidad”, que además esencializa el rol de la maternidad y de lo que significa ser mujer. Además, vincula todo lo anterior con “la mínima aplicación de intervenciones”, lo cual ignora el deseo de muchas mujeres de contar con intervenciones obstétricas, a la vez que vivir el proceso desde una posición de protagonismo. Se instalan asociaciones complejas entre “mejor” experiencia, mínimas intervenciones y protagonismo.

Con esto estoy intentando aportar a la precisión conceptual, debido a que, con muy buenas intenciones, mucha de la literatura académica sobre el tema sirve para fortalecer dicotomías problemáticas entre “tipos” de parto y “bandos” por una u otra modalidad, en lugar de poner el foco en la matriz del problema. De los elementos presentados en este último artículo, considero que los ejes en el “protagonismo” de la mujer, en la presencia de personas significativas para ellas y la relación (más) horizontal con los profesionales de salud son clave. Pero poner como criterio la cantidad de intervenciones y lo transformadora o no de la experiencia, me parece muy complejo y cuestionable. Y, sin dudar de que en esta muestra específica de mujeres todas hayan podido sentir una experiencia transformadora y vivido pocas intervenciones obstétricas, en ningún caso son condiciones mutuamente necesarias, y esa es una reflexión/discusión que hay que poner en voz alta.

Al finalizar el artículo, las autoras concluyen que “existe una concepción de parto personalizado considerándolo como aquel que responde a las necesidades particulares de cada mujer relacionado con sus cuidados” (p. 589). Agregan que “se comprende el proceso de parto como un proceso fisiológico, que sólo debe ser intervenido frente a complicaciones, por lo que involucra el concepto de parto natural” (p. 589). En lo de necesidades particulares estoy de acuerdo; pero en la segunda parte de la cita aparecen todas las dudas ya mencionadas: ¿es un proceso solo fisiológico? ¿Sólo debe ser intervenido frente a complicaciones? (¿Qué sucede si una necesidad particular de una mujer es desear una cesárea?) ¿Involucra necesariamente el concepto de parto natural?

-Idealizaciones dañinas

Tomo las discusiones recién planteadas para insistir en los problemas que acarrear ciertos estereotipos sobre “modelos” o “tipos” de parto. Como ya vimos, los conceptos de parto “normal”, “natural”, y/o “fisiológico” pueden asociarse a la idea de que un parto que se aleja de las intervenciones y/o tecnología es “mejor”. Por otra parte, la idealización que se reporta en muchos estudios y textos del parto “desmedicalizado”, puede llevar a la reificación del proceso como uno que debe ser intrínsecamente positivo y transformativo. La relación que se hace entre el parto “normal” o “natural” con experiencias dichosas, transformativas o de empoderamiento femenino, puede conducir a falsas expectativas sobre el proceso y a frustración en las mujeres que no consiguen dichas experiencias.

La idealización del parto normal también se relaciona con mensajes moralistas sobre la “buena” madre y mitos en torno a una feminidad esencialista basada en experiencias corporales “auténticas”. En contraposición a los mensajes tecnocráticos del cuerpo como máquina defectuosa, estos nuevos ideales de parto promueven idearios de los cuerpos como fuentes transformativas de dicha y autenticidad. Para lograr esta experiencia, las mujeres solo deben confiar en su cuerpo y hormonas (en sentido fisiológico) y dejarse llevar por su naturaleza

(Chadwick, 2018). Un ejemplo de estos imaginarios es la propuesta de mamiferación del parto del obstetra francés Michel Odent (2009), que ha tenido gran impacto en el movimiento latinoamericano de parto humanizado. La llamada “crítica del parto idealizado” (Jones, 2012), se ha hecho cargo de cuestionar los supuestos de estos últimos enfoques, advirtiendo sobre los peligros de algunas corrientes defensoras del parto *natural* que romantizan el parto sin intervenciones, insisten en la existencia de una fisiología universal (mamífera) del parto –aquella que es justamente *natural*- y en el camino nuevamente esencializan nociones de género, por ejemplo, planteando que las mujeres están preparadas *naturalmente* para dar a luz (Reiger y Dempsey, 2006; Walsh, 2010). Como sugiere Jones, esta retórica con frecuencia se cruza con una idealización de la maternidad que sirve para perniciosos propósitos disciplinarios. La filósofa Virginia Held (1989) ha sugerido que la tradición de describir el nacimiento como un evento natural que ubica a las mujeres “esencialmente” cerca de la naturaleza, ha cumplido el propósito normativo de descontar el valor de sus experiencias y actividades. La maternidad humana se ve, así, como una especie de extensión del evento biológico “natural” del parto.

Por último, en contextos de privilegio socioeconómico, el parto “normal” y/o “natural” interactúa con bio-economías neoliberales que lo transforman en un bien de consumo que las mujeres pueden conseguir con la preparación y parafernalia adecuada, y donde la responsabilidad de lograr dicho parto le corresponde a la mujer (Chadwick, 2018). Por último, estas idealizaciones subestiman el poder de los discursos de riesgo médico y sobreestiman la capacidad de las mujeres de “empoderarse” como agentes individuales frente a una poderosa industria médica.

A modo de cierre de este apartado, tomo las palabras de Jane Claire Jones, quien considera que, a pesar de los peligros recién expuestos, es teóricamente posible distinguir entre la idealización perniciosa del parto y los aportes que ha hecho la crítica feminista para visibilizar “la forma en que el deseo obstétrico y los imperativos industriales se coluden para alienar a las mujeres de su experiencia de parto” (Jones, 2012, p. 113, *traducción propia*). Nuestro interés es precisamente el de visibilizar esta alienación, evitando caer en esencialismos de cualquier índole.

I.2. El camino desde una antropología implicada

A modo de puente entre las discusiones teóricas recién presentadas y el acápite metodológico que sigue, presento un texto en primera persona en el cual recorro el camino personal que he seguido en los territorios del parto. Este texto enmarca las discusiones que luego se presentarán en los capítulos de análisis y conclusiones y sirve para mostrar el “lugar” reflexivo en que me encontraba al momento de iniciar los proyectos que dan forma a esta tesis, en el año 2013.

I.2.1. Así me nacieron a mi hija

A mis 18 años, cursaba el primer año de la carrera de arte, y tras varias semanas de entregas de composiciones abstractas sobre soportes de cartón piedra que se exponían frente a todo el curso, un compañero comentó en voz alta que yo sólo hacía vaginas. “¿Vaginas?”, me pregunté asombrada. Y esa escena dio espacio para que reconociera una serie de dibujos y pinturas que había hecho en años anteriores como úteros, y, por supuesto, vaginas. Y ni cuenta me había dado. Siguió otro año en que me dediqué a cavar hoyos en los patios de la universidad, y a transformarlos en muy realistas heridas –que mis compañeros nuevamente llamaban vaginas– en la tierra. Las heridas luego pasaron a estar situadas bajo árboles, de cuyas ramas colgaban frascos con fetos de arcilla embotellados. Han pasado 27 años, y ya no soy capaz de distinguir qué me motivaba en aquella época a hacer ese trabajo, de todo el bagaje que ahora me acompaña. Pero, sin duda, la esencia era la misma que me sigue movilizándolo: la visibilización de las heridas de nuestros propios nacimientos y la de aquellos por venir.

Si hablamos desde una antropología encarnada, siguiendo a Mari Luz Esteban (2004), encuentro a una niña que tempranamente se hizo cargo del cuidado de su familia, que tuvo que crecer muy rápido. Linaje paterno y materno desde el cual heredaba profundos abandonos y abusos. Madre y padre presentes y muy cariñosos, pero de pocos recursos emocionales para sostener a otras. Una niña a la que nunca se le habló de sexualidad, que recorrió a tientas las primeras experiencias amorosas, bajo los temores maternos de que no fuera la “puta” que su padre la había acusado a ella de ser. Adolescencia insegura, tímida, marcada por trastornos alimenticios, con una feminidad de pelo largo y vestido floreado construida en base a la importancia de la belleza, del cuerpo delgado y esbelto, del recato y la delicadeza. Pelo largo que corté en un cerro con un cuchillo a la edad de 22, para permitir mi encuentro con una mujer que yo construyera, fuerte, poderosa, atrevida, sexuada. Edad en la cual ya estudiaba antropología e iba llenando todo aquello que me pasaba de contenido teórico.

Las composiciones de vaginas y heridas en la tierra dieron paso desde el inicio de mis estudios en antropología a ejercicios etnográficos en los ámbitos de la salud y sexualidad, y más específicamente en los del parto y nacimiento, a través de los cuales me fui re-leyendo y reconstruyendo. Desde entonces comprendí la importancia de “hacer consciente y explícita la interconexión entre la experiencia corporal propia y la investigación” (Esteban, 2004, p.3), aquello que Esteban denomina antropología encarnada. Se trata, como plantea la autora, de reivindicar una doble dimensión del ejercicio antropológico en el cual converge la pertinencia de partir de una misma para comprender a las(os) demás, con el “análisis desde el concepto de embodiment, de corporización, conflictual, interactiva y resistente de los ideales sociales y culturales, un concepto que integra muy bien la tensión entre el cuerpo individual, social y político” (2004, p. 3-4).

Aprendí que se observa y se conoce desde un determinado lugar y posición. Y la epistemología feminista fue la que lo puso en palabras: se trataría, en palabras de Haraway, de una objetividad corporizada y feminista, que “significa, sencillamente, conocimientos situados” (1995, p. 324). No había cabida en lo que iba descubriendo para las ansiedades objetivistas de la antropología de la primera mitad del siglo XX, que claramente expone Geertz en *El Antropólogo como Autor* (1989). Refiriéndose al texto clásico *We the Tikopia*, de Raymond Firth (publicado por primera vez en 1936), Geertz alude a la ansiedad de dicho autor por lograr que:

“[T]an turbulento material humano” pueda “someterse alguna vez a estudio científico” [...] Hasta la última línea, Firth lucha con su relación respecto de lo que ha escrito, viéndolo aún en términos de puro estudio de campo. “La mayor necesidad —dice en esa última línea— que tienen hoy las ciencias sociales es la de una metodología más refinada, tan objetiva y desapasionada como sea posible, en la que, aunque los presupuestos debidos a los condicionamientos e intereses personales del investigador llegue a influir en sus resultados, dicho sesgo pueda asumirse conscientemente, y la posibilidad de otros supuestos iniciales tomarse igualmente en cuenta, descontándose así las implicaciones de cada uno en el curso del análisis”. (Firth, 1936, p. 488; citado en Geertz, 1989, p. 23).

Con la intención de mostrar la “incomodidad autorial que surge del hecho de tener que producir textos científicos a partir de experiencias biográficas” (Geertz, 1989, p.23), Geertz luego toma fragmentos de *The Death Rituals of Rural Greece*, de Loring Danforth. Este autor plantea que la brecha entre el “nosotros” y el “otro” se transforma en un obstáculo para la comprensión significativa del otro, que solo se puede superar a través de la participación en el mundo de ese otro. Dice:

El mantenimiento de esta distancia etnográfica ha dado como resultado... la parroquialización o la folclorización de la investigación antropológica sobre la muerte. En vez de abordar el significado universal de la muerte, los antropólogos la han trivializado con frecuencia, interesándose sobre todo por las prácticas rituales exóticas, curiosas, y a veces violentas que acompañan a la muerte en muchas sociedades... Si, no obstante, resultara posible reducir la distancia entre el antropólogo y el Otro, superar la brecha entre “nosotros” y “ellos”, podría culminarse la meta de una antropología verdaderamente humanista... [El] deseo de superar la distancia entre el Uno mismo y el Otro que urgió [mi] adopción de este [tipo de enfoque] surge de mi propia experiencia de campo. Cada vez que observaba los rituales funerarios en la Grecia rural, tomaba aguda conciencia de la paradójica y simultánea distancia y cercanía, otredad y mismidad... A mis ojos, los lamentos funerarios, la ropa de luto y los ritos de inhumación eran exóticos. Y sin embargo... era consciente en todos los casos de que no solamente los Otros mueren. Era consciente de que mis amigos y familiares tienen que morir, que yo moriré, que la

muerte llega para todos, propios y extraños por igual (Danforth, 1982, p.5-7; citado en Geertz, 1998, p. 24).

Así como la muerte llega para todos; todos quienes estamos vivos hemos nacido. Estas reflexiones de Danforth en torno a la etnografía de la muerte, por llamarla de algún modo, cobran el mismo sentido en la etnografía del nacer. Nada se aleja más de mi propósito que la “parroquialización o folclorización” que el autor denuncia. Comparto la búsqueda por una antropología “verdaderamente humanista”. Por muy locales que puedan parecer las experiencias de parto que se presentan en estas páginas, comparten similitudes con la experiencia humana del nacer en un sentido más amplio. Y cobran especial sentido y cercanía a la luz de las experiencias de parto en el modelo tecnocrático en distintos rincones del mundo, que, como han mostrado diversas revisiones sistemáticas de literatura, presentan similares dimensiones de abusos (Bohren et al., 2015; Bowser y Hill, 2010).

El “modelo tecnocrático” del parto, como había sido descrito por Davis-Floyd en el contexto de Estados Unidos (1993) se presentaba de forma muy similar en las maternidades públicas de la ciudad de Santiago, Chile, en las cuales comencé mi trabajo etnográfico en 1999. Ahí estaba la radical separación cuerpo-mente, el cuerpo femenino tratado como una máquina defectuosa, la paciente-objeto, la estandarización de las intervenciones, la autoridad situada en el personal de salud, la organización jerárquica de la atención, la supervaloración de la tecnología. Si bien era en parte lo que había esperado encontrar, excedía con creces lo que había leído y escuchado en sus dimensiones de maltrato, recriminación, humillación. Tras mis dos primeras visitas, un jueves 18 y lunes 22 de noviembre, tuve que retirarme del “campo” por unos meses a reflexionar sobre el sentido del trabajo antropológico en general y de mi trabajo en particular.

Aquel primer jueves, una mujer, que había tenido una cesárea en la misma maternidad hacía algo más de dos semanas, muere en la sala de pre-parto, atendida de emergencia tras ingresar en estado crítico (debido a una golpiza de su pareja). Por más de una hora, decenas de profesionales médicos intentan reanimarla, en el mismo espacio físico –una gran sala común– donde varias mujeres están en trabajo de parto. El rumor de una “emergencia” llega a la sala de espera, donde están los familiares de todas estas mujeres, pensando que su esposa, hija, hermana, puede ser la emergencia. Con ojos llorosos piden a las enfermeras que pasan que les expliquen lo que sucede, para no recibir respuesta. Soy yo quien les explica lo ocurrido. Ese mismo jueves, cada mujer a la que me acerco a saludar en su camilla de pre-parto, con la intención de explicar lo que estoy haciendo y pedir su permiso para hacerlo, nota que no soy una trabajadora de salud antes de yo explicarlo. Al preguntarles cómo lo saben, me responden que nadie más las ha saludado, preguntado cómo se sienten, ni menos pedido permiso para acercarse o tocarlas. Ese jueves, una joven mujer me dice que se siente avergonzada, que la “han manoseado toda la mañana”, que la “han tratado tan mal.” Ese jueves, observo cómo las matronas le dicen a una mujer que no se queje porque asusta a las demás; y a una joven mujer

que se queja de dolor que no alegue, que nadie se muere, que eso le hace mal a su bebé, que así no está ayudando.

El lunes siguiente muere una mujer mientras le practican una cesárea; la anestesia administrada le provocó un paro cardíaco. La recién nacida está sola, llorando, en la cuna de enfermería, mientras todas las personas que ahí trabajan observan la emergencia. La tomo en brazos para calmarla; apoyada sobre el pecho, busca el pezón chupando la piel. Entra una auxiliar con los ojos llorosos, y por su mirada entiendo que la mujer murió. En eso, la recién nacida se pone a llorar con más fuerza. “Ella sabe”, dice. Tras un largo rato, la bebé se calma un poco en mis brazos. Entra una nueva auxiliar para llamarme la atención porque la estoy malcriando, “después no se la va a poder dejar sola, si tiene que acostumbrarse, es huacha, seguro va en adopción.”

Durante esos primeros dos días, observé ocho partos, en los cuales el ritual de parto tecnocrático se repitió con algunas variaciones de forma, pero no de fondo. La naturalización de los abusos era para mí lo más intrigante: ¿cómo podían tomarse como naturales y legítimos esos tratos? ¿Cómo era posible que trabajadoras(es) de la salud y mujeres describieran como “buena” la atención que a mis ojos estaba cargada de violencia? ¿Qué iba a hacer yo con todo esto? ¿Cuál iba a ser mi rol como antropóloga? Me hacía preguntas muy similares a las que años más tarde leería en un texto de Nancy Scheper-Hughes:

Como escritores y productores de imágenes y textos, ¿qué queremos de nuestros lectores? ¿Generar shock? ¿Evocar lástima? ¿Crear nuevas formas de narrativa, una “estética” de la miseria, una antropología del sufrimiento, una teodicea antropológica? ¿Y qué hay de las personas cuyo sufrimiento y terribles adaptaciones se transforman en un espectáculo público? ¿Cuál es nuestra obligación con ellas? Quienes nos ganamos la vida observando y registrando la miseria del mundo tenemos la obligación particular de reflexionar críticamente sobre el impacto que las duras imágenes del sufrimiento humano que imponemos en el público. (Scheper-Hughes, 1995, p. 416, *traducción propia*)

Tras algunas semanas de “retirada” del campo, podía aventurarme a intentar responder algunas de estas preguntas. Sí, quería provocar shock, quería desnaturalizar las relaciones de poder y subordinación instaladas en las maternidades (aquellas donde predomina el modelo tecnocrático de atención), esperaba contribuir para que las personas involucradas fueran capaces de ver esos abusos que yo veía, buscaba que a la luz de todo aquello se propiciaran cambios y mejores experiencias de nacimiento para las personas involucradas. Como lo han expresado Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer:

[E]l desafío era el de usar el poder de la narrativa etnográfica para mostrar la importancia de ver la violencia que les ocurre a otros, sin importar cuán lejana nos pueda parecer; que es posible desenmarañar las razones que llevan a la violencia y al sufrimiento

innecesario; y que ello requiere de la exposición de los procesos que hacen que algunos tipos de violencia sean más fácilmente invisibilizados. (2009, p. 5, *traducción propia*)

En los dos años siguientes, esos primeros ocho partos llegaron a ser 62. Fue el material que dio cuerpo a mi tesis de título de antropología social, que titulé “Así me nacieron a mi hija”, frase con que una de mis entrevistadas, Clara, cerró el relato de su parto. En mi análisis, el “así me la nacieron” expresaba que ella no hizo (o más bien no pudo) hacer nada, que no hubo espacio para que expresara sus necesidades o lo que sentía. A Clara le dijeron todo lo que tenía que hacer: cómo comportarse, cómo moverse, cuándo y cómo pujar. Clara incluso relató que “puse harto de mi parte, traté de no llorar nada, ni siquiera en el último momento, para que nada se echara a perder”. ¿Para que no se echara a perder qué? Aquel territorio donde ella era extraña, invitada, que no era propio, donde ella podía contaminar. Y en el cual todo lo que se hizo, se hizo por su *bien* (Sadler, 2003).

Para entonces yo había participado en el año 2000 de la fundación de la RELACAHUPAN –Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento- y era parte activa de la red en Chile. Estaba en contacto con una comunidad de activistas latinoamericanas que buscaban promover cambios en el modelo de atención tecnocrático del nacimiento; hegemónico en la región.

Me definí entonces como una antropóloga-activista desde el inicio de mi trabajo en los territorios del nacimiento. Y, a diferencia de lo que activistas de otras disciplinas aportaban al movimiento que llamábamos en ese entonces de “parto humanizado”, yo aportaba con aquel “poder de la narrativa etnográfica” (Rylko-Bauer et al., 2009). ¿A qué me refiero con “activista”? Se trata de una posición activa y comprometida con el contexto de estudio, de una antropología éticamente fundamentada, como plantea Scheper-Hughes (1995) al hablar de una antropología militante. Para la autora, la posición de la antropología es una de compromiso moral; en el acto de “escribir cultura” emerge siempre un texto subjetivo, parcial y profundamente personal de vidas humanas. Y allí radica la utilidad de la disciplina: “Si no podemos empezar a pensar en instituciones y prácticas sociales en términos morales o éticos, entonces la antropología me parece bastante débil e inútil” (p. 410). Yo veía este claro compromiso ético en mi trabajo, ahí, frente a mis ojos: veía abusos que había que visibilizar, nombrar, para luego poder hacer algo al respecto. Asumía que, una vez nombrado, habría un consenso en torno al “mal” que observaba y al “bien” al que había que aspirar, lo cual resultó más que falaz.

Desde las mismas maternidades donde realizaba el trabajo de campo, comenzaron a llegar invitaciones para presentar los avances de mi trabajo. Las primeras fueron en reuniones clínicas de algunas maternidades de la ciudad de Santiago, donde problematizaba el excesivo intervencionismo en la atención del nacimiento y mostraba las formas de abuso que había observado. La respuesta de la mayoría de los obstetras fue hostil, por decirlo de un modo sutil, y

de la mayoría de las matronas fue de silencio.¹⁸ Y comprendí que mi idea de “bien” no era compartida. El “bien” médico se definía por sobre todo como la entrega de prestaciones técnicamente adecuadas de las cuales saliera como resultado una(un) bebé y una madre vivas(os), donde los indicadores de mortalidad neonatal y materna eran protagonistas absolutos.

Luego fui invitada a presentar en el Congreso Nacional de Matronas del año 2001, que se realizó en la ciudad de Viña del Mar. Tras mis anteriores experiencias “hostiles”, opté por otro formato de presentación: en lugar de presentar modelos analíticos para abordar el problema, leí fragmentos de mis notas de campo, casi sin mediar análisis. Quería simplemente transmitir lo que una observadora externa había visto durante algunas horas de un día cualquiera en una maternidad pública. La presentación se tituló “Una inyección de realidad: extracto de observaciones en un hospital público de Santiago”. Mientras leía, en la sala había al principio un silencio que me llegaba a incomodar. Luego, se escuchaban breves suspiros, que en algunos casos derivaron en llanto. Cada vez me resultó más difícil ir conectando mi mirada con la audiencia, viendo matronas a quienes les rodaban las lágrimas por las mejillas, y a la vez sintiendo que yo misma iba a estallar en llanto y que no iba a poder continuar. Le respondo a Scheper-Hughes: ¿ese fue un momento de generar shock! La escritura antropológica puede ser un lugar de resistencia (Scheper-Hughes, 1995, p. 420). Y me vestí del rol de salvadora de estas almas que se encontraban perdidas en las aguas de la normalización de los abusos cometidos en la atención de nacimiento, con el optimismo de una joven antropóloga que había logrado mostrar algo que, al menos para mí, era importante.¹⁹ En este auditorio de matronas –a diferencia de los anteriores donde también había obstetras- parecía que había algo más de consenso en torno a mi idea de “bien”.²⁰

Siguieron presentaciones a lo largo de Chile mientras diseñábamos con un grupo de profesionales de salud el proyecto para la primera casa de partos extra-hospitalaria en el país, ubicada en la ciudad de Santiago y separada por una calle de la maternidad pública más grande de la ciudad. Aquel proyecto no llegó a ver la luz, en apariencia por argumentos de corte logístico –como que no se contemplaba una ambulancia para trasladar a las mujeres de un lado al otro de la calle- pero que en fondo ocultaban las diferencias paradigmáticas con las que uno y otro bando concebíamos el proceso de nacimiento. El año 2003 mi tesis de título de la carrera de

¹⁸ El silencio podría ser interpretado como de complicidad con la opinión de los obstetras –y sin duda que había de aquello- o como forma de evitar el conflicto (debido al lugar de poder superior que ostentan obstetras sobre matronas).

¹⁹ A fines del 2017, tras dictar una conferencia en el sur de Chile, se me acercó una matrona ya jubilada a comentarme que había estado presente aquel día en el Congreso de Matronas del 2001, y relatarme el “shock” que le causó. Confieso que me conecté con ese optimismo iniciático que me llevaba a creer –mucho más que ahora- en el poder de la etnografía como estrategia de resistencia.

²⁰ Y, agrego, al no haber obstetras presentes, se podían permitir mostrarlo y expresarlo.

antropología vio la luz: *“Así me Nacieron a mi Hija”*: *Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*.

Mi trabajo etnográfico se había situado hasta entonces en mi propio país, Chile, y en el contexto del sistema médico que me era más familiar, a saber, el biomédico de orientación tecnocrática. Lo había realizado comunicándome a través de mi lengua materna y códigos culturales y corporales bastante similares a los de las personas con las cuales interactuaba. Me iba a enfrentar a una experiencia radicalmente diferente gracias a una beca de la Fundación Nippon para desarrollar trabajo de campo en Japón. Estuve allí un mes, a inicios del año 2004, realizando trabajo de campo en casas de parto extra-hospitalarias (un modelo de atención que no existía en Chile).²¹ A pesar de la gran distancia cultural, tanto en Japón como en Chile la historia de la atención obstétrica se caracterizaba por la influencia de la obstetricia tecnocrática estadounidense durante la segunda mitad del siglo XX, que condujo a la expansión del modelo biomédico como el hegemónico (D. Cordero, 1997). En ambos países, los nacimientos en casa disminuyeron drásticamente desde la década de 1950 en adelante, mientras que la atención médica en hospitales y clínicas aumentó a casi el 100% a fines de siglo. Sin embargo, una gran diferencia es que en Japón se conservaron o fundaron centros y casas de parto (*birth centers*) como respuesta a la hegemonía tecnomédica, en los cuales se atienden partos con poco uso de tecnología biomédica –y se cuenta con un protocolo de traslado a hospitales en caso de requerirse intervenciones-. Al momento de mi viaje, los nacimientos en casas de parto representaban solo el 1% de todos los partos en Japón, sin embargo, existía la oferta de un modelo extra-hospitalario y basado en un paradigma diferente al tecnocrático.

Durante mi estadía fui residente en cuatro centros de parto en distintas ciudades del país, presenciando y participando –incluso atendiendo- nacimientos. Visité además universidades, hospitales, me reuní con académicas y educadoras prenatales buscando comprender las formas en que los diversos modelos de atención interactuaban. Aquella experiencia fue de absoluto asombro. Me encontraba en una cultura lejana con códigos muy distantes de todo lo que antes había vivido, interactuando de continuo con personas con las cuales no compartía idioma ni lenguaje corporal común. Fueron mis primeras experiencias de nacimientos sin mediar medicación ni compleja tecnología. Partos que se describirían como naturales o fisiológicos en la jerga del movimiento de parto humanizado, en oposición a lo patológico, que como tal justifica su excesiva medicalización.

Además del asombro por la distancia cultural que me separaba de aquel contexto, me impresionó mi propia desconfianza en la posibilidad de que un nacimiento sucediera sin complejas

²¹ Había sido becaria de la Fundación Nippon –a través de su programa de becas SYLFF- para cursar el Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención en Ciencias Sociales, en la Universidad de Chile; lo cual me permitió postular al programa Visit Japan de la organización.

intervenciones médicas. Había sido testigo de decenas de partos en hospitales donde el proceso se concebía y trataba como una amenaza constante a la integridad del feto primero, y de la madre después; con intervenciones obstétricas continuas para manejar el riesgo. Donde la mujer se limitaba a seguir instrucciones y órdenes. Y ahora me encontraba en el escenario opuesto: mujeres presentes, activas, agentes, protagonistas; matronas que seguían silenciosamente los ritmos de las mujeres en trabajo de parto, susurrando en caso de ser necesario hablar, esperando pacientemente que los procesos siguieran su curso; apoyando con compresas calientes, masajes, aromaterapia, abrazos. Mujeres que se sostenían y aunaban fuerzas, matronas que hacían sentir a la mujer dando a luz poderosa y capaz, en lugar de disminuida y humillada. Me encontré con un modelo en el cual se invertían las jerarquías con respecto a lo que yo había observado en el modelo tecnocrático; acá eran las mujeres y sus familias las absolutas protagonistas, y todo lo que sucedía durante el parto se orquestaba en torno a ellas y sus necesidades, en un ambiente de profundo respeto e intimidad. Se trataba de un modelo de cuidado basado en el soporte emocional, en el cual se concibe que el nacimiento tiene poderosas dimensiones emocionales y espirituales. Los tiempos eran otros, tiempos de silenciosa y paciente espera, en lugar de la constante actividad, intervención y conversación que era habitual en los hospitales chilenos que yo había observado. Podría resumir aquella experiencia con la respuesta que me dio la fundadora de una de las casas de parto a la pregunta de por qué había creado dicho centro: “para *cuidar* a las mujeres con el corazón”. Ese corazón que no había visto en las maternidades públicas de mi ciudad natal. Era testigo del “modelo humanista” de atención del nacimiento (Davis-Floyd, 2001): conexión cuerpo-mente, cuerpo como organismo, persona como sujeto relacional, conexión y cuidado entre practicantes y usuarios, procesos de decisión compartidos, apertura hacia otras tradiciones de salud, y la tecnología al servicio de estos principios humanistas.

Y fue en aquellos nacimientos, observando a aquellas mujeres dar a luz, que ya no me hizo sentido la distinción entre el proceso fisiológico del parto y su configuración cultural, como si hubiera algo que primero es biología, a lo cual se le superponen interpretaciones culturales particulares. Desde mi mera observación, los procesos biológicos que se desencadenaron en las mujeres que observé en las maternidades de Santiago y las casas de nacimiento de Japón eran diferentes. Las culturas de nacimiento que esas mujeres habían encarnado y ponían en escena en el momento de dar a luz configuraban cuerpos diferentes. Me hacía más sentido la noción de “biologías locales” que desarrollara Margaret Lock (1991, 1993) para dar cuenta de los diferentes síntomas que reportan las mujeres en torno a la menopausia. Comparando los síntomas de mujeres en etapa de menopausia en Japón y Norte América, concluía que “cualquier esfuerzo por divorciar la biología de la menopausia de los significados, tanto ideológicos como individuales, que se atribuyen a la transición social asociada, al menos en circunstancias clínicas, está intrínsecamente cargada de peligro” (Lock, 1991, p. 1272, *traducción propia*). El concepto de biologías locales alude así a la forma en que los procesos biológicos y sociales están

inseparablemente vinculados y comprometidos a través del tiempo, resultando en diferencias biológicas (Lock y Nguyen, 2010).

De regreso en Chile, haciendo uso del mismo material de campo de mi tesis de título, entregué la tesis del Magíster en Estudios de Género y Cultura, titulada *Los hombres también se emocionan*, en la cual describí el proceso de inclusión de los padres en el nacimiento de sus hijas e hijos en maternidades públicas, que recién se estaba implementando en el país (Sadler, 2004, 2007). Pude observar el proceso de comenzar a concebir a los hombres como actores relevantes en el proceso de parto en salud pública y todas las resistencias que conllevaba, lo que me llevó a notar lo ausente que habían estado los hombres en las reflexiones de género sobre salud sexual y reproductiva. Se trataba de una de aquellas “lagunas” de la investigación social a las que Malinowski se había referido en sus *Confesiones de Ignorancia y Fracaso*²² hacía casi siete décadas:

Quizás la mayor dificultad que ofrece el manejo de un archivo de trabajo de campo, para el estudiante teórico, consista en formarse un juicio sobre la naturaleza de las lagunas en que cualquier archivo abunda de forma natural. ¿Se deben a negligencia? ¿O a falta de posibilidades? ¿O al hecho de que realmente no hay “nada que decir” sobre el asunto? [...] El principio “nada que decir al respecto” tal vez sea la causa principal de que la antropología no haya progresado como es debido en su aspecto empírico; y es obligación del investigador de campo rendir cuidadosas y sinceras cuentas de sus fracasos e inexactitudes. (Malinowski, 1975, p. 130)

Habían sido académicas feministas las que primero visibilizaron la laguna –que llamaron “invisibilidad analítica” (Moore, 1988)- en que se encontraba el género femenino, dando origen a los estudios de la mujer. Estos estudios pronto mostraron limitaciones al universalizar y esencializar la categoría de mujer, por lo que se pasó a hablar de estudios de género. Si bien estos estudios superaron en parte las limitaciones de los anteriores, siguieron reproduciendo una visión donde el género aparecía en la mayoría de los casos como sinónimo de mujeres, y en muy pocos casos vinculado a lo masculino. La investigación fue luego dando cuenta de la importancia de incluir a los varones, en lo que se llamaron “estudios de masculinidades”. Y en esta línea, se había generado un interesante foco de investigación en América Latina en torno a las identidades paternas; sin embargo, muchos de los primeros trabajos se quedaban entrampados en la misma definición de masculinidad hegemónica que buscaban traspasar. Es decir, una investigación que como planteara Mara Viveros (2002), abordaba el tema de la paternidad desde una perspectiva más negativa que positiva, desde los problemas que genera la ausencia del padre y no planteando una reflexión en torno a su presencia. Aquella tesis marcó el inicio de una serie de trabajos y estudios en los que me propuse indagar en significaciones de la presencia masculina en procesos

²² El texto es uno de los apéndices al volumen I de *Coral Gardens and Their Magic*, publicado el año 1935.

de salud sexual y reproductiva.²³ No obstante lo anterior, en la presente tesis no traigo a los hombres como padres o como participantes de la atención del nacimiento al análisis, por haber privilegiado las experiencias encarnadas de mujeres como foco de análisis.

Tras concluir el Magíster en Estudios de Género, comenzó una estadía en Inglaterra para cursar un Master of Science en Antropología Médica, cuya tesis consistió en una discusión teórica del concepto de “epidemiología sociocultural”. Al volver a Chile, vino la inserción académica, y de ahí en adelante la docencia en cursos de Antropología del Género, Antropología Médica y Metodologías Cualitativas de Investigación Social, en diversas universidades del país, junto con proyectos de investigación en diversas áreas en el cruce entre género y salud, de los cuales describiré brevemente los que se vinculan más directamente con el tema de la presente tesis.

Entre los años 2007 y 2009 dirigí un proyecto de investigación financiado por el Fondo Nacional para la Investigación y Desarrollo en Salud (Proyecto FONIS N°SA06I20034), titulado “Oportunidades y resistencias en el sistema público de salud frente a la implementación de modelos de atención humanizados de la atención del embarazo y parto”. Se trató de un estudio etnográfico en el cual identificamos, describimos y analizamos experiencias en salud pública en diversas regiones del país de transición entre los modelos de atención de nacimiento tecnocrático y humanista. En aquel entonces, se contaban pocas experiencias de implementación del modelo humanista de atención en el país, la mayoría de las cuales enfrentaba grandes dificultades para ser validada y reconocida por la comunidad médica.²⁴ El mismo concepto de “humanización”, que se había popularizado en Latinoamérica para nombrar al modelo, generaba resistencias, pues podía ser interpretado por el personal de salud como una crítica al trabajo que realizaban, como si lo que hicieran fuera “deshumanizado”. Un obstetra lo expresaba así: “Es como que lo hubiéramos estado haciendo estuvo mal, que es el gran error que tiene esto que se llama humanización, que se lee como que si fuéramos inhumanos. Es un pésimo nombre.” Una matrona planteaba que: “Cuando a mí me hablan de parto humanizado me da la sensación que lo que nosotros hemos estado haciendo hasta ahora ha sido deshumanizado y la verdad es que la tecnificación de la medicina, en cierta medida, ha pretendido favorecer a nuestros usuarios”.

Habiendo sido educadas(os) en el modelo tecnocrático de atención, un modelo que propusiera reducir el uso de la tecnología era visto por buena parte de las(os) profesionales de salud entrevistadas(os) como un retroceso, un “volver atrás” que podía comprometer los buenos indicadores de mortalidad materna y neonatal alcanzados en el país: “¿Por qué vamos a cambiar

²³ Ejemplos en Aguayo y Sadler (2011); Aguayo, Sadler, Obach y Kimelman (2013); Obach, Sadler y Aguayo (2011); Obach, Sadler, Aguayo y Bernales (2018).

²⁴ Proyecto FONIS SA06I20034 (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Chile) titulado “Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento” (2007-2009), del cual fui investigadora responsable. Los extractos de entrevistas que se presentan no han sido publicados; se extrajeron del cuarto informe de avance que se entregó a FONIS, conteniendo el análisis del trabajo de terreno realizado en el marco del proyecto.

si lo hemos hecho tan bien y hemos mejorado los índices?” (matrona); “Nosotros nos sentimos [...] como retrocediendo, un poco poniendo en duda que todas esas cosas no vayan a afectar los índices” (obstetra). La idea de retroceso fue continuamente mencionada por el personal de salud entrevistado durante dicho estudio: la reducción de intervenciones y por ende menor uso de tecnología era contradictoria con los principios fundantes de la medicina que les había sido enseñada, y según esa concepción derivaba en mayores riesgos. Así lo planteaba una matrona entrevistada: “Ponemos en riesgo a la paciente [...], estaríamos volviendo hacia atrás en el parto humanizado, no poner esto, no poner esto otro”.

Las entrevistas con usuarias de maternidades públicas a lo largo del país mostraron resistencias similares; primaba la percepción de que, a más tecnología utilizada, mejor era la atención, y más segura en cuanto a los resultados perinatales. La cesárea en algunos casos aparecía como una intervención deseada, al representar la máxima expresión de la tecnología disponible. De ahí que al igual que en el personal de salud, el uso de menos tecnología (o en forma menos intensiva o continua) fuera visto en algunos casos como riesgoso, y generara desconfianza. Estos hallazgos fueron consistentes con lo que Robbie Davis-Floyd (1992) había descrito para el caso de mujeres de clase media en Estados Unidos, en el cual la mayoría de sus entrevistadas comulgaba con los principios tecnocráticos de atención. Se identificaron también resistencias del personal de salud en cuanto al cambio en las posiciones de poder que implica el cambio de modelo de atención: “Tenemos que cambiar eso de que somos amos y señores del servicio público” (matrona); “Somos reyes todavía en el parto; dejar de reinar es una cosa tremenda, no es cosa fácil” (obstetra). El obstetra promotor de una de las experiencias de parto respetado expresó que para el personal de salud: “No es cómodo, es un cambio. Un cambio de actitudes, un cambio de posiciones, un cambio de todo y en realidad cuesta”.

El estudio concluyó con recomendaciones para las políticas públicas en la materia y con la publicación de una guía titulada *Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile* (Sadler, 2009), que buscó sistematizar la información recogida y procesos/prácticas que sirvieran como ejemplo para las instituciones y equipos de atención de salud a lo largo del país. Siguió viajes por varias regiones del país invitada por el recientemente creado Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo presentando los resultados del estudio y animando a los equipos de salud a transitar hacia el modelo personalizado. Me sentía optimista: a pesar de las grandes resistencias para el cambio, varias maternidades del país estaban avanzando en una transformación, y esto incluso desde antes que el gobierno los impulsara a través del Chile Crece Contigo y del *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* del Ministerio de Salud (MINSAL, 2008).

I.2.2. Así nació a mis hijas

En mayo de 2010, con algo más de 7 meses de gestación, viajé junto a mi pareja a Grecia, su país natal, a prepararnos para el nacimiento de nuestra primera hija. En Grecia, al igual que en Chile, el modelo imperante de nacimiento era extremadamente medicalizado y con una oferta incluso más restringida de matronas y obstetras que acompañaran nacimientos humanistas. Con respecto al territorio de parto, las opciones eran la maternidad de una clínica de corte tecnocrático (donde a este equipo se “le permitía” atender con sus condiciones) o un centro de parto que no contaba con equipamiento para emergencias médicas y se encontraba a más de 45 minutos de distancia de un hospital. Decidimos atendernos en la clínica, sin prever la magnitud del modelo industrializado de parto con que nos encontraríamos. Pude hacer una visita para conocer el lugar: el piso de atención de partos consistía en una serie de boxs pequeños donde las mujeres estaban en cama, conectadas a monitoreo fetal continuo y eran inducidas artificialmente en forma rutinaria. Al lado de la cama, una mesa con el monitor y una pequeña silla para un acompañante. Al centro del espacio, los pabellones de nacimiento, donde se atendía la fase expulsiva.

Nuestro equipo médico nos aseguró que el trabajo de parto podría ocurrir en la habitación-dormitorio y no en el área de prepartos, y que solo bajaríamos a dicha sección para la fase final del proceso. Lo cual de hecho sucedió, pero en clara afronta al protocolo clínico: cerrando la puerta con cerrojo, y sin atender a los constantes golpes de puerta con los que nos llamaban la atención y pedían mi traslado. Traslado que ocurrió pocos minutos antes del nacimiento de mi hija. El trabajo de parto transcurrió estando yo acompañada de dos matronas, de mi pareja, y solo al final, del obstetra y todo el equipo de pabellón. Lo viví en su mayor parte como un proceso respetuoso y de gran cuidado. Sin embargo, tuvo su cuota de tensión ante la constante amenaza de ser invadida por el modelo tecnocrático. De hecho, cuando ingresé a la maternidad, tras casi 30 horas de trabajo de parto que había pasado junto a mi pareja en un lugar a orillas del mar - caminando, comiendo, masajando, frotando, abrazando-, mi matrona me dejó unos minutos sola para ir a llenar formularios y fui literalmente secuestrada. Entre tres enfermeras o matronas me ingresaron a una sala, sacaron la ropa, pusieron una bata, subieron a una camilla, intentaron hacer un tacto mientras yo reclamaba y exigía que llamaran a mi matrona, y todo esto sin lograr mayor comunicación debido a mi poco manejo del idioma griego. Llamaron a una obstetra quien vino a explicarme en inglés –mientras me apuntaba con el dedo índice en actitud amenazante- que era obligatorio que me hiciera varios exámenes, incluyendo tacto vaginal y un examen cardíaco, para ingresar al parto. Yo me negué y comencé a llorar desconsoladamente, sin recibir contención sino miradas desaprobatorias como respuesta a mi conducta. Llegó mi matrona, quien no sé con qué argumentos me llevó a una habitación privada en otro piso del edificio. Tras el parto de mi hija, la próxima vez que ella llegó a trabajar a aquella clínica, se

encontró con una notificación en la puerta de entrada del personal de maternidad que le prohibía el ingreso.

Un año y medio más tarde nacía mi segunda hija en una maternidad privada de la ciudad de Santiago, Chile. Esta vez el territorio no se sentía amenazante, estábamos acompañados de un equipo de atención que se manejaba fluidamente en el territorio institucional y protegió nuestro parto. En este parto me sentí más libre, sin inhibiciones, grité y gruñí a antojo sintiendo que había transmutado en mujer-tigre.

Mis propias experiencias de parto abrieron una nueva dimensión analítica y emocional para enmarcar esto que me apasionaba tanto. Ahora tenía la experiencia encarnada de haber parido a dos seres humanos desde mis entrañas, me sentía fuerte y capaz y todopoderosa.²⁵ Había sentido en carne propia esa necesidad imperiosa de sentirme protegida, cuidada, libre para moverme, expresarme, hacer ruido, llorar, gritar. En contraste a mi experiencia, cobraban mayor gravedad mis reflexiones sobre la violencia de género ejercida en muchos de los nacimientos que había observado. Podía comprender desde un nuevo lugar lo dañino y amenazante de un ambiente o una palabra hostil, y veía claramente cómo la violencia ejercida en la atención del nacimiento era mucho más que el reflejo de un sistema médico que objetiviza y minimiza la agencia del “paciente”. Esto era sobre todo un sistema androcéntrico y patriarcal que objetiviza y minimiza la agencia y poder femenino. La violencia obstétrica, como desarrolla la filósofa Sara Cohen Shabot (2016), aparecía, así como una herramienta para domesticar a un cuerpo rebelde, para poner al cuerpo femenino en su lugar si desafía su condición de objeto, a través de una encarnada subjetividad subversiva. Plantea la autora que:

El trabajo de parto es totalmente incongruente con los mitos sobre la feminidad delicada y débil. El cuerpo parturiente es por tanto casi un oxímoron: el “cuerpo femenino” en el sentido más alto (dando a luz, cumpliendo la tarea de la feminidad, revelando la “esencia misteriosa” de las mujeres), pero también un cuerpo fuerte, activo y creativo, capaz de resistir y recuperarse de la escisión de su carne. Esto es lo que lo hace peligroso, propenso a la domesticación y al control. (Cohen Shabot, 2016, p. 241, *traducción propia*)

La violencia, sigue la autora, es necesaria para domesticar a estos cuerpos, para hacerlos nuevamente “femeninos”. Y puede que las mismas mujeres intenten evitar la violencia aproximándose al parto mediante un cuerpo ya inseguro, dócil, silencioso (Cohen Shabot, 2016). Recuerdo a las protagonistas de mi trabajo de campo iniciático: a Gema, quien recalca que lo

²⁵ Aclaro que esto no quiere decir que considere que todas las mujeres se sientan así, ni que sea un resultado de un cierto tipo de parto o experiencia, como desarrollé en el acápite de “Modelos de atención de nacimiento”. Concordando con Cohen Shabot (2016), no hay aquí ninguna intención de esencializar la experiencia de parto ni los cuerpos parturientos.

más importante durante el trabajo de parto era “portarse bien, así a uno la atienden”; y a Clara, a quien la matrona le dijo que la “iba a ayudar” (administrándole anestesia), porque se había “portado muy bien”. Clara explicaba que:

Lo típico que te dicen es que si gritas, que si tú lloras, que no te toman en cuenta. Siempre se ha dicho lo mismo, y yo creo que es verdad porque escuchaba a unas niñas gritar y no las tomaban mucho en cuenta. Así que yo creo que debe ser verdad. Pero yo estaba tranquila no por eso, sino que porque la doctora [matrona] me lo recomendó. Me dijo que si yo me desesperaba, los latidos bajaban, en cambio si yo estaba tranquila fui ayudando al bebé y por eso yo me quedé tranquila, porque si yo hubiese podido gritar, me hubiese gustado gritar. (Sadler, 2003, p. 98-99)

Este nuevo conocimiento encarnado hizo crecer en mí la necesidad de desarrollar una nueva dimensión de mi trabajo, donde me involucrara más activamente en el acompañamiento y en la educación. Dimensión que venía tomando forma desde hacía un tiempo. En julio de 2011, gestando a mi segunda hija, escribía en mi diario que:

Se me está viniendo el proceso de “volcamiento hacia el interior” que parece que (me) pasa en las gestaciones. Aquí está de nuevo, ese mundo interno, sueños, necesidad de revisar lo que estoy haciendo. [...] Ahora me está sucediendo una revisión “vocacional”, de mi misión. Siento la necesidad de trabajar más cerca de las personas en esto de la gestación y el nacimiento, que es mi gran tema en esta vida. Ha habido mucha escritura y reflexión, mucha “cabeza” y poco “cuerpo”. Me está llamando el cuerpo, y esta vocación de algo así como el “acompañamiento amoroso” de las personas. Creo que está tomando forma.

Durante 2009 había tomado un curso para acompañar partos como doula, y tuve mis primeras experiencias desde este lugar nuevo de compañera emocional del proceso. Las primeras, que ocurrieron en clínicas privadas, fueron de desilusión, para darme cuenta de que en algunos casos se “vendía” la opción de un parto respetado que poco tenía de aquello. Uno de los partos “respetados” que presencié fue de una sucesión de intervenciones innecesarias. Llegamos cuando la mujer tenía dilatación total y estaba lista para dar a luz, no había condiciones de riesgo ni justificaciones para todo lo que sucedió. Pero era la mitad de la noche y el personal que atendía enfatizaba que querían “sacarlo pronto” para irse a casa. En medios de media hora se le administró anestesia epidural tras lo cual bajaron algo los latidos (siendo aquello normal tras la administración de anestesia); con el argumento de baja de latidos y por ello la urgencia de sacar al bebé se realizó una extensa episiotomía (que ella había solicitado no realizar, se le realizó sin darle aviso), mientras traían el fórceps la matrona practicó la maniobra de Kristeller y nació el bebé antes de que el médico alcanzara a introducir el instrumento. Ante toda esta “emergencia”, no me permitieron quedarme al lado de la mujer y estuve acucillada en una esquina observando

toda esta sucesión de eventos. Yo me afirmaba el vientre, como queriendo proteger algo que había sido puesto en peligro, sin saber todavía que estaba gestando a mi primera hija.

Otros partos que pude acompañar fueron de profundo respeto, donde el personal de salud seguía silenciosamente los movimientos y necesidades de la mujer; muy en línea con lo que había presenciado en las casas de parto en Japón. Estas experiencias confirmaron lo que ya había observado en el estudio de experiencias de implementación de parto respetado en el país: que el respeto provenía mucho menos de la abstracta “institución”, que de las personas que participaban del proceso. En distintas maternidades públicas y privadas, fui observando que a pesar de ciertas restricciones institucionales o derivadas de la infraestructura, era el enfoque del personal de atención –por supuesto que enmarcado en un contexto que les permitiera desplegar dicho enfoque- lo que hacía la mayor diferencia. El argumento que tanto escuchaba de que no se podía cambiar el modelo por protocolos clínicos, enfoques de las jefaturas, o infraestructura, iba perdiendo fuerza a la luz del trabajo que equipos de profesionales de salud lograban hacer en los más diversos – y muchas veces hostiles- contextos. Siguió la formación y práctica de educación prenatal y varios años de apoyar a parejas gestantes, el ejercicio esporádico de doula de parto, de mano del trabajo académico de docencia e investigación.

Para esta época, en el movimiento de parto humanizado a nivel latinoamericano ya se estaba instalando con fuerza el concepto de violencia obstétrica, que en Chile comenzamos a utilizar desde el año 2012 en reuniones, conferencias y publicaciones. Durante esos años, RELACAHUPAN Chile se fue desagregando en una serie de organizaciones de la sociedad civil, y pasé a formar parte del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, del cual soy directora hasta la actualidad.²⁶ Lo que sucedió al comenzar a utilizar este concepto podría ser identificado como otro de esos momentos de “shock”. Era muy diferente hablar de “respeto”, incluso de “humanización” (con todas las resistencias que ese concepto ya generaba), que de “violencia”. Yo ya había vivido infinidad de respuestas de enojo ante la exposición de los mecanismos de abuso o de desautorización de la mujer en la atención del parto; pero la “violencia” generó toda una nueva ola de reacciones, y de parte de nuevas audiencias. Esto, en especial cuando se presentó en 2015 un primer proyecto de ley sobre violencia obstétrica.²⁷ Fue así que vino una serie de invitaciones de obstetras –a diferencia de las anteriores a 2015, que emanaban principalmente de matronas- a hablar de este nuevo concepto.

Voy a relatar uno de aquellos encuentros, a fines de 2015, en un auditorio casi exclusivamente constituido por obstetras. Tras mi presentación, un médico comentó que, en sus más de 30 años

²⁶ Si bien de estos procesos se dará cuenta acabada en apartado de “Activismo por los derechos en el nacimiento”, lo menciono para dar cuenta de cómo influyó en mi proceso de trabajo y reflexión en la temática.

²⁷ Proyecto de Ley que “Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el Código Penal para sancionar la violencia obstétrica”; Boletín N° 9902-11. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=10323&prmBoletin=9902-11

de ejercicio profesional en todos los rincones del país, *nunca* había presenciado un evento que se pudiera describir como de violencia hacia la mujer. Luego, otro obstetra discutió lo inapropiado de utilizar el concepto en la atención de salud, planteando que hablar de violencia obstétrica en el parto sería tan ridículo como hablar de violencia odontológica en el caso que un paciente sufriera de dolor en una extracción molar, y luego decidiera denunciar al dentista (esto, solo por elegir dos comentarios de muchos). ¿De qué nos hablan estos comentarios? De una absoluta falta de reconocimiento de que la práctica obstétrica pueda ser vivida como abusiva por las usuarias, de la posibilidad de disociar las prestaciones médicas de sus fundamentos paradigmáticos. Esto implica una falta de reconocimiento del sufrimiento humano que pueden causar las prácticas obstétricas, y una absoluta minimización de sus efectos.²⁸ Los comentarios también nos muestran la crudeza del reduccionismo biológico al que se someten procesos profundamente significativos y trascendentales como el dar a luz y el nacer, al compararlos con una extracción dental. Agreguemos que tanto en esa como en muchas otras oportunidades, la reacción de profesionales de la salud es más o menos la siguiente: “Esto nos violenta profundamente a nosotros como profesionales de la salud”. ¿Y si hablamos de posiciones de poder? ¿De cómo se vive y se puede contestar a la violencia desde el lugar subordinado de “paciente” y de “mujer” y desde el lugar privilegiado de profesional de salud, en especial de obstetra? ¿Quiénes son más vulnerables en esos escenarios a situaciones de violencia? Lo complejo es que se trata de un tipo de violencia que ocurre al amparo de instituciones y profesionales de la biomedicina, que se han vestido de una supuesta asepsia ideológica y que trabajan por el “bien” de sus “pacientes”. La idea de prestaciones médicas basadas en necesidades dictadas por procesos fisiológicos “puros”, libres de cultura, es bastante compartida. Y así la idea de “bien” se puede disociar de la experiencia de las usuarias. El bien de conseguir una(un) bebé sana(o) y una mujer viva oculta la cultura que objetualiza y que abusa.

Y me queda ir cerrando el camino que me lleva a la escritura de esta tesis. Entre 2013 y 2016 dirigí un nuevo proyecto FONIS (SA13I20259), titulado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio en salud pública y privada para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile”, del cual emana parte de esta tesis. En 2017, desde el Observatorio de Violencia Obstétrica, diseñamos y aplicamos una encuesta online de alcance nacional sobre experiencias de parto en el país, material que seguimos analizando hasta la actualidad. De dicho material también emana parte de esta tesis.

²⁸ Lo cual tiene un claro paralelo en la minimización que muchas veces se hace de las experiencias de abuso sexual reportadas por mujeres; de hecho, la violencia vivida en el parto ha sido descrito por diversas autoras en términos de violación (Kitzinger, 2006; Thomson y Downe, 2008).

A partir del 2015 me integré a los equipos internacionales de trabajo de diversos proyectos con coordinaciones en Canadá, Inglaterra, España e India,²⁹ lo cual me ha permitido compartir e intercambiar visiones con expertas(os) y profesionales de diversas disciplinas en torno al eje de parto respetado, y del cual han emanado diversas publicaciones.³⁰ Estos proyectos me han permitido comprender, por una parte, las similitudes que el modelo tecnocrático de atención y los abusos cometidos en la atención presentan en diversos contextos del mundo; y a la vez las diferencias que toma a la luz de ciertas configuraciones locales, como el género. De esto hablaré en profundidad en los siguientes capítulos.

Si trato de ponerme en el lugar de la joven estudiante que observó por primera vez un parto en una maternidad pública en 1999, veo con algo de tristeza como hoy soy menos optimista de la posibilidad y velocidad de que ocurra un cambio profundo de paradigma. Observo que prevalece una especie de caricaturización del parto “humanista” o “respetado”, como si se buscara que ocurriera sin uso alguno de tecnología. Y recuerdo el comentario del obstetra jefe de una maternidad privada, tras la presentación de mi trabajo en la reunión clínica del servicio: tras agradecerme por lograr “incomodarlo” (ya que muy pocos tópicos lograban ponerlo en dicha situación), me solicitó que tuviera cuidado, pues mi discurso estaba claramente “contaminado por grupos radicales”. Al preguntarle a qué grupos radicales se refería, me respondió “a las hippies, veganas y doulas”. Miré estupefacta a la audiencia médica para encontrar alguna mirada de complicidad ante tamaña afirmación, pero mi sorpresa fue mayor ante la venia de quienes agregaban “¡y las anti-vacuna!”; “¡sí, las hippies!; “¡sí, las doulas!” En un artículo de mi autoría, reflexionaba sobre esto:

En los debates sobre el tema, el problema se reduce habitualmente a dos polos: parto natural / sin asistencia médica / pachamámico /fuera de instituciones médicas / doloroso / riesgoso; versus parto intervenido / con asistencia médica / tecnológico / en instituciones médicas / indoloro / seguro: “si usted quiere hacerlo en forma natural, aténgase a los riesgos que conlleva, mire el National Geographic y vea como una gran parte de los animalitos que tienen a sus crías en la naturaleza mueren o tienen complicaciones severas. No se puede pedir todo en la vida, tener un parto románticamente natural y sin riesgos [...] Me parece irresponsable el proponer que las mujeres vayan a parir libres por los campos y en forma natural. Si usted quiere parir como los humanos antiguos en la naturaleza

²⁹ Proyectos: “Cross-cultural differences in birth attitudes in university students” (coordinación en Universidad de Columbia Británica, Canadá y Hannover Medical School, Alemania); “Building intrapartum research through health – an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth” (Proyecto europeo COST Action IS1405, coordinación en University of Central Lancashire); “Filosofía del nacimiento: repensar el origen desde las humanidades médicas” (Proyecto I+D+I FFI2016-77755-R del Ministerio de Economía Gobierno Español, coordinación en Universidad de Alcalá, Madrid); grupo de trabajo sobre salud reproductiva y materna de COPASAH -Community of Practitioners on Accountability and Social Action in Health- (<https://www.copasah.net/thematic-hub-1-reproductive-health.html>).

³⁰ Sadler et al., 2016; Stoll et al., 2019; Weeks, Sadler y Stoll, 2020; Stoll et al., 2020.

entonces hágase responsable de que se arriesga a las mismas tasas de mortalidad de dichos humanos primitivos”.³¹

Y no queda, o queda muy poco espacio para discutir la posibilidad contemporánea de tener partos seguros y respetados, con las características que las mujeres y sus familias decidan como su ideal. En los partos de mis dos hijas buscamos equipos de atención que nos escucharan, en un ambiente de profundo respeto. Fuimos protagonistas. No cargo con cicatrices de episiotomías ni de cesáreas, ni yo ni mi pareja ni mis hijas cargamos con traumas de maltrato. No me considero salvaje en los términos peyorativos en que el concepto se usa en el reino de la medicina tecnocrática. Sí me considero salvaje por desafiar al orden hegemónico, por querer sentir mi cuerpo y mis emociones, por exigir que no me separaran de mis hijas recién nacidas, por llevarlas piel a piel y amamantarlas por meses y años. Eso no me hace mejor ni peor madre, mejor ni peor mujer (para quienes digan que todo esto es una forma de neosexismo). Simplemente me hace sentido, me hace feliz. Ese es mi Mundo Feliz.

Todos(as) nacimos, y las generaciones que vienen lo van a seguir haciendo. ¿Por el bien de qué? ¿Por el bien de quiénes? (Sadler, 2016, p. 54-55)

No creo en “mejores” formas de dar a luz. Comprendo que hay diversidad de contextos e historias personales que hacen que las mujeres quieran y tengan el derecho a optar a una diversidad de territorios y configuraciones de parto. Eso sí, en un marco de información completa y transparente sobre las opciones disponibles y sus implicancias; y libre de coerción de cualquier tipo.

¿Por qué abrir este capítulo con este acápite? Pues me parece imprescindible comenzar desde este yo encarnado, activista, sintiente, que ha parido, que tiene una posición sobre el tema de estudio. Y tomo prestadas unas palabras de Robbie Davis-Floyd:

Soy una mejor activista porque soy antropóloga, y por lo tanto puedo tener una visión más amplia, explicar el otro lado y hacer que lo invisible se vea. Y soy una mejor antropóloga porque mi activismo me lleva a ocuparme profunda y apasionadamente por hacer las cosas bien y me mantiene involucrado en la investigación del parto a largo plazo, de modo que pueda rastrear cambios y tendencias, notar los matices y detectar las implicaciones de los eventos a medida que se desarrollan. Ha sido una gran aventura, y el viaje continúa. (2011, p.8, *traducción propia*)

³¹ Comentario on-line de un profesional de salud al artículo de Viñals (2014).

I.3. Consideraciones metodológicas

I.3.1. Introduciendo el campo de estudio

Me resulta difícil situar el trabajo de campo que da forma a esta tesis en un lugar y tiempo definidos. Si bien el corpus principal que analizo en este texto proviene de dos estudios realizados entre los años 2013 y 2018 (que detallaré más adelante), parte importante del material que presento proviene de mi trabajo de 20 años en los territorios fluidos de la gestación, nacimiento y cuidado; de cada parto, interacción, conversación, encuentro, proyecto, seminario; de lugares físicos y virtuales; de distintas localidades de Chile y del mundo. Como planteaba en el apartado anterior, el trabajo antropológico que da forma a esta tesis lo describo como implicado (Ortiz, 1998), militante (Scheper-Hughes, 1995), activista (Davis-Floyd, 2011), y encarnado (Esteban, 2004).

Es así como la presente tesis nace de un proceso de investigación que comenzó en 1999, el primer día que observé un parto en una maternidad pública de la ciudad de Santiago, Chile. Si bien durante el texto aludo a lugares variados de esta trayectoria, el material que más utilicé proviene de dos estudios recientes, pues busco entregar un panorama actualizado de la atención de parto en instituciones de salud del país. Y, aunque dichos estudios no fueron formulados específicamente para informar esta tesis, entregaron una cantidad de información que sobrepasó con creces los objetivos de dichos estudios y que no había sido analizada hasta ahora. Tomo por tanto material inédito de aquellos proyectos para esta tesis, con el objetivo de analizar la atención de parto en el país desde las diversas dimensiones que lo configuran.

En términos de método, me sitúo desde una etnografía multisituada, en la cual se alteran las convenciones antropológicas fundacionales del “estar ahí”, para encontrar la cosa trazada “dentro del ámbito del discurso y de las modalidades de pensamiento, la circulación de signos, símbolos y metáforas” (Marcus, 2001, p. 119). Se supera así aquella lógica convencional que enfocaba la mirada en lugares y situaciones locales, para reorientarla hacia la circulación de significados, objetos e identidades culturales en un tiempo-espacio difusos. Para Marcus, la etnografía multisituada es más que meramente móvil, siguiendo procesos a través de sitios, sino que “evoca a la etnografía en sí misma, compuesta de procesos de conocimiento conectados, rizomáticos y víricos. Consiste en seguir conexiones y relaciones de ideas y mapas o topologías que no están dadas, sino que son encontradas” (Marcus, 2008, p. 33). En este sentido, permite recrear el efecto de simultaneidad de los fenómenos propios de las sociedades complejas y atender a las transformaciones de los sitios de producción cultural, puesto que las lógicas culturales son siempre producidas de manera múltiple. De este modo:

[L]a investigación multilocal está diseñada alrededor de cadenas, sendas, tramas, conjunciones o yuxtaposiciones de locaciones en las cuales el etnógrafo establece alguna

forma de presencia, literal o física, con una lógica explícita de asociación o conexión entre sitios que de hecho definen el argumento de la etnografía. (Marcus 2001: 118).

Teniendo como foco esta idea de etnografía multisituada, se visitará una diversidad de fuentes y territorios para hablar de cada tema, siguiendo aquellas tramas a las que alude Marcus. Detallo a continuación el material principal desde el cual emana la tesis:

- Revisión documental: normativas nacionales e internacionales de atención de salud; boletines, comunicados y publicaciones de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temáticas afines al parto respetado; reportajes y notas de prensa que abordan las temáticas de estudio (y las reacciones que generan en las plataformas donde son publicados y/o en redes sociales); publicaciones y comentarios de usuarias en páginas abiertas vinculadas al tema de estudio.
- Cuadernos de campo de mi trayectoria profesional: observaciones de contextos de atención de salud; cursos, encuentros y seminarios de diverso orden donde se generan discusiones en torno a los temas de estudio; notas que acompañan los procesos etnográficos de estudio.
- Entrevistas abiertas y grupos de discusión: realizadas con obstetras, matronas(es) y usuarias de los servicios de salud público y privado en el marco del estudio FONIS SA13I20259 (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Chile) titulado *Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea (2013-2016)*
- Encuesta online sobre nacimiento en Chile (aplicada en 2017) respondida por mujeres cuyos partos fueron atendidos en el país entre la década del '70 y hasta mayo del año 2017.

Antes de describir en detalle los estudios y técnicas utilizadas, presento los supuestos y objetivos de la tesis, con el fin de enmarcar el alcance del presente trabajo.

II.3.2. Supuestos y objetivos de investigación

Como adelanté en la “Apertura” a este texto, Chile se caracteriza por una casi completa institucionalización y profesionalización de la atención del nacimiento, con un exceso de intervenciones obstétricas de rutina y una creciente visibilización de prácticas de abuso y falta de respeto hacia las mujeres durante la atención (Binfa, 2016; INDH, 2016; OVO Chile, 2018; Sadler, 2003). Como respuesta a estos problemas, hace algo más de diez años se comenzaron a implementar políticas y programas de salud tendientes a instalar el modelo de atención de nacimiento “personalizado” (ChCC, 2015; Ley N°20.379, 2009; MINSAL, 2008), para el cual la población usuaria recibe cada vez más información y preparación: en salud pública a través de

las prestaciones del Programa Chile Crece Contigo (ChCC, 2018), y en salud privada con una oferta creciente de cursos y programas afines tanto de clínicas como de grupos o profesionales independientes. Además, se ha ido generando un creciente movimiento de la sociedad civil que denuncia las intervenciones obstétricas innecesarias y malos tratos (OVO Chile, 2018); todo lo cual se ha traducido en que las mujeres usuarias cuenten con mayor información y demanden, cada vez con mayor fuerza, la entrega de una atención personalizada y humanista.³² No obstante lo anterior, el modelo “personalizado” no ha logrado permear el paradigma de atención, que permanece siendo fundamentalmente tecnocrático (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018).

En los capítulos que siguen describiré la configuración de la atención de parto en los años recientes en el país. Con el fin de comprender de forma integral los factores que inciden en el problema, considero fundamental articular diversos niveles de análisis. Por una parte, las dimensiones en las que se enmarca la atención -políticas y normativas, organización de los sectores público y privado de salud, seguros de salud y financiamiento, habitus médico/obstétrico-; y por otra, el campo de la atención obstétrica misma. Como planteamos en Sadler et al. (2016), buena parte de los recientes análisis de atención obstétrica en el mundo ponen el principal foco en los problemas de atención que se generan en la interacción entre el personal de salud y la población usuaria, sin analizar -o incorporando muy someramente- los factores estructurales que la condicionan, con la consecuencia de que las medidas de mejora se enfocan asimismo en niveles interaccionales que poco cambian el sistema en su conjunto.

Es así como las **preguntas de investigación** se formulan como sigue:

- ¿Cómo se configuran los “territorios” institucionales a los que ingresan las mujeres a la atención del parto en Chile? ¿Qué opciones de atención están disponibles y cómo configuran las mujeres sus trayectorias de atención a la luz de dichas opciones? ¿Cómo describen mujeres, matronas(es) y obstetras el escenario de atención del nacimiento en la actualidad?
- ¿Cómo describen las mujeres su experiencia de atención del parto en instituciones públicas y privadas en años recientes (2013 - 2017)? A partir de dichas experiencias, ¿se están cumpliendo las recomendaciones emanadas desde el gobierno para la atención personalizada del nacimiento en el país?
- ¿Qué elementos, procesos o estrategias pueden estar dificultando el tránsito entre el modelo tecnocrático y el personalizado (humanista)? O, puesto de otra forma, ¿por qué cuesta tanto este cambio?

³² Como expliqué en la “Apertura”, el modelo ha sido denominado como “personalizado” por el Ministerio de Salud de Chile (2008), sin embargo, a lo largo del presente trabajo me referiré a él principalmente como “humanista”. En esta sección dejo ambos conceptos pues refieren tanto a la forma en que está formulado en las políticas públicas como a los fundamentos que lo sustentan.

Como **supuesto de investigación**, planteo que tras una década de esfuerzos por implementar el modelo “personalizado” de atención, se han producido cambios más bien superficiales y no a nivel del paradigma de atención, que sigue siendo predominantemente tecnocrático. Los principios del modelo tecnocrático seguirían vigentes, pero “vistiéndose” de humanismo, lo cual le permite mantener su hegemonía. Es en este contexto que una aparente mayor posibilidad de elección y capacidad de ejercer “autonomía” en la toma de decisiones respecto al nacimiento por parte de la población usuaria, puede esconder formas de subordinación y coerción que mantienen y hasta profundizan la hegemonía del modelo tecnocrático y sexista de atención.

Es así que el **objetivo general** que me propongo es el de:

- Describir y analizar la configuración de la atención institucional de parto en Chile en la actualidad desde las voces de mujeres usuarias de salud pública y privada del país, y de matronas(es) y obstetras de ambos subsistemas de salud; así como el proceso de tránsito desde un modelo de atención tecnocrático a uno personalizado (o humanista).

Los **objetivos específicos** que se plantean son:

1. Caracterizar los territorios institucionales de atención del parto y las trayectorias de atención que siguen las mujeres en el marco de las opciones que el sistema de salud les ofrece, desde las voces de usuarias, matronas(es) y obstetras.
2. Indagar en experiencias vividas de atención de parto de mujeres usuarias de los sistemas de salud pública y privada del país y analizar si se condicen con los lineamientos de atención vigentes en el país.
3. Identificar y analizar los elementos, procesos y/o estrategias que se despliegan en el tránsito del modelo tecnocrático al personalizado (humanista) de atención que pueden estar obstaculizando el cambio.

Antes de pasar a la descripción de los proyectos, explico algunas decisiones que me llevaron a delimitar los objetivos específicos recién expuestos:

-Me enfoco en la descripción y análisis de partos institucionales, es decir, ocurridos en instituciones de salud de los sectores público y privado del país, por constituir casi la totalidad de los nacimientos en el país, de 99,6% en 2017 (INE, 2019). El 0,4 restante corresponde a partos en casa, que se producen con dinámicas muy diferentes de los ocurridos en instituciones y escapan a los objetivos de esta investigación. No obstante lo anterior, hago alusiones al parto en casa en algunos apartados, e integro un caso de análisis de un parto en casa que consideré adecuado para hablar del cuidado en un sentido integral.

-Incluyo los testimonios de mujeres usuarias de los sistemas público y privado de salud, así como la de profesionales de atención matronas(es) y obstetras como foco principal de análisis, por ser actores principales en el proceso de dar a luz y de brindar atención obstétrica. Excluyo a las parejas de las mujeres y/o padres de los bebés que nacen, que si bien participan del proceso, no constituyen los “cuerpos” fundamentales de la atención. A lo largo del trabajo, aparecen desde la experiencia de las mujeres (como ellas los representan en sus relatos), y solo en contadas ocasiones desde su propia voz (en dos casos casos en que participaron de las entrevistas). Esta decisión obedece al interés de focalizar el análisis en los cuerpos vividos del parto, donde el cuerpo femenino es el lienzo principal de la atención obstétrica.

-En este trabajo privilegio un análisis transversal de usuarias del sistema de salud chileno, que distingo a grandes rasgos entre sistema público y privado, que corresponde a personas ubicadas en segmentos socioeconómicos bajo a medio, y medio a alto. Si bien en diversos apartados se hace alusión a marcadores sociales más específicos como los años de educación y el tramo de edad, además de otras características específicas de algunos casos que se desarrollan en mayor profundidad, el foco de este trabajo no es de profundizar en los cruces específicos entre dichos marcadores y el tipo de atención recibida, más allá de la distinción pública-privada ya mencionada. Esto, debido a que un trabajo que además focalizara en marcadores como etnicidad, estatus migratorio, identidad de género, entre muchos otros, resultaba demasiado ambicioso. Con respecto a las mujeres participantes, se identificaban como mujeres cisgénero; no incluí casos de personas transexuales -que también pueden vivir gestaciones y partos- debido a que incorpora dimensiones del cuidado en las que no profundicé.

II.3.3. Proyectos de investigación

Para enmarcar este acápite, empiezo por explicar que si bien los estudios centrales de los cuales emana el material que da forma a esta tesis –realizados entre 2013 y 2018- no fueron formulados para la construcción de esta, entregaron una cantidad inmensa de material de campo que aún no se había analizado. Por ello es que decidí utilizar el material disponible con el fin de responder a nuevos objetivos que me permitieran construir un panorama más completo de la atención del parto en Chile en la actualidad.

El primero fue el Proyecto FONIS SA13I20259 (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Chile) titulado *Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea*, del cual fui investigadora responsable. Se trata de un fondo concursable del Gobierno de Chile, administrado por el Ministerio de Salud y por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). El proyecto fue desarrollado al alero institucional de Fundación CulturaSalud, en la cual me desempeñaba como directora e investigadora. Fue estratégicamente pensado con el foco puesto en la cesárea, debido al reconocimiento creciente del exceso de esta intervención como

un problema de salud pública. Ello, a pesar de que el estudio no se limitó al estudio de la cesárea; se trató de indagar en los imaginarios de profesionales de salud y usuarias respecto a las vías de parto, al uso de intervenciones obstétricas, y en sus experiencias respecto al parto. Si bien se utilizó tanto metodología cuantitativa como cualitativa, el grueso del estudio fue del segundo orden y es el material que se utiliza en la presente tesis. Por tratarse de un estudio aplicado para entregar lineamientos para políticas públicas, los resultados fueron principalmente recomendaciones para el Ministerio de Salud para reducir las cesáreas en el país, pero sin profundizar en las experiencias e imaginarios de atención del nacimiento (lo cual hago en la presente tesis).

El segundo proyecto se trató de una encuesta online dirigida a mujeres que hubieran dado a luz en Chile, en torno a sus experiencias de nacimiento, titulada *Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile*. Este estudio fue realizado desde la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile), de la cual participo, y no contó con financiamiento. Si bien en el país ya contábamos con varios estudios cualitativos que hablaban de la atención del nacimiento y mostraban el problema del exceso de intervenciones obstétricas de rutina y tratos abusivos durante la atención, estos resultados eran minimizados por sectores de salud que planteaban que se trataba de situaciones excepcionales y que no constituían un problema relevante de salud pública (a excepción del exceso de cesáreas, que sí es reconocida como un problema). Por ello es que el objetivo fue el de generar información cuantitativa sobre las percepciones de mujeres de la atención obstétrica. La encuesta superó todas nuestras expectativas, siendo respondida (en forma parcial o total) por alrededor de 18.000 mujeres. Algunos resultados fueron publicados en OVO Chile (2018), pero el grueso de la información no había sido analizada debido a falta de recursos, y se presenta en esta tesis.³³

Detalle a continuación estos dos estudios y mi participación en ellos.

1.3.3.1. Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea, 2013-2016 (Proyecto FONIS SA13I20259)

-Antecedentes, objetivos y técnicas de recolección de información

En Chile, los estudios realizados hasta la primera década del siglo XXI sobre el parto provenían principalmente de profesionales del ámbito biomédico y discutían aspectos epidemiológicos como de beneficios o riesgos asociados a las vías de parto. Muy pocos estudios consideraban los discursos y percepciones de los actores involucrados con el fin de analizar los procesos de toma

³³ La encuesta no contó con financiamiento, y las(os) profesionales de OVO Chile trabajamos en la fundación en forma ad-honorem, por lo cual nuestra dedicación a labores de la fundación es bastante limitada en tiempo. El análisis lo realizamos con el apoyo de estudiantes en práctica profesional, como se detallará más adelante.

de decisión, el análisis de dinámicas culturales y organizacionales presentes en las prácticas, el tipo de información que reciben las usuarias, entre otros factores. Aquellos pocos estudios que lo habían hecho consideraban principalmente las percepciones de las usuarias, y no así las de los equipos médicos. En este sentido, se asumía tácitamente que el ámbito de las percepciones y significados culturales estarían más relacionado con las usuarias de los sistemas de salud y existía un vacío importante de información en cuanto a profesionales de atención. Esto es coherente con la idea socialmente compartida de que la biomedicina operaría a partir de un conjunto de conocimientos objetivos y neutrales que no dependen del contexto cultural e histórico en el que se insertan (Rhodes, 1996), mientras que el ámbito de las creencias y lo “cultural” correspondería al conocimiento lego de las usuarias.

Se propuso entonces la realización de un estudio cualitativo en la Región Metropolitana del país, que incluyera tanto a los servicios de salud pública como privada, con el objetivo de indagar en las percepciones en torno a las vías de parto, y las experiencias de atención de parto en usuarias y equipos de atención de salud de los sistemas público y privado.³⁴

Como técnica de producción de datos se utilizó principalmente la entrevista abierta, también llamada antropológica o no dirigida por Guber (2011), en la cual si bien se cuenta con algunas preguntas generales que guían la investigación, estas no se formulan de forma directiva sino que se presentan sólo como “nexos provisionales, guías entre paréntesis que serán dejadas de lado o reformuladas en el curso del trabajo” (p.75). Se buscan así temas y conceptos que las personas entrevistadas expresan por asociación libre, introduciendo sus propias prioridades y revelando “los nudos problemáticos de su realidad social tal como la perciben desde su universo cultural” (p. 75). Además, se realizaron grupos de discusión, los cuales consisten en una técnica de conversación grupal en la cual la investigadora(or) estimula activamente la discusión de grupo (Barbour, 2013), que sirve para investigar los tópicos y lugares comunes que recorren la intersubjetividad y en las que esta se reproduce (Canales y Binimelis, 1994).

-Composición y selección de la muestra

Con respecto a las(os) **profesionales de atención de salud**, se incluyó a aquellas(os) más directamente involucrados en la atención de gestación y parto, a saber, obstetras y matronas(es). Reconociendo que en la atención del parto participan otros funcionarios(as) y profesionales de la salud, se optó por poner foco en obstetras y matronas(es) por ser quienes están facultados

³⁴ Si bien el estudio FONIS fue concebido como cualitativo, durante el curso del trabajo de campo surgió la iniciativa de incluir además una encuesta a mujeres que hubieran tenido cesáreas sobre razones de la realización de la cesárea y preferencia de vía de parto. He decidido no incorporar el componente cuantitativo en la descripción metodológica debido a que no realizaré ningún análisis adicional de esa información para la presente tesis. El análisis del componente cuantitativo fue publicado en Sadler, Leiva, Perello y Schorr (2018).

para tomar las decisiones sobre los cursos de acción y procedimientos a seguir en el proceso de atención de gestación y parto-nacimiento.

Con respecto a **mujeres** atendidas en instituciones de salud privada y pública, se consideró la participación de mujeres mayores de edad (18 años en adelante) que estuvieran dentro del tercer trimestre de gestación hasta un año tras el parto, debido a tratarse de un periodo en el cual están inmersas en procesos de atención de salud vinculadas al nacimiento. Se excluyeron mujeres categorizadas por el sistema de salud como de alto riesgo obstétrico.

Las estrategias de aproximación a la muestra fueron las siguientes:

-En el caso de **salud pública**, se optó por una aproximación a la muestra desde las instituciones de salud en que las(os) profesionales se desempeñaban y las mujeres usuarias se atendían. En este sentido, cada institución nos facilitó el contacto con sus profesionales de atención y bases de datos de usuarias y/o permiso para desarrollar el trabajo de terreno y los contactos en las dependencias hospitalarias. Se seleccionaron tres hospitales de la Región Metropolitana buscando una heterogeneidad de comunas de origen de la población usuaria y de algunas características que pudieran mostrar variaciones en el fenómeno de estudio, como se detalla a continuación:

- Hospital 1 Pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Oriente; hospital de mediana complejidad que atiende población de comunas urbanas. Al momento del trabajo de terreno presentaba la tasa de cesárea más baja de la Región Metropolitana.

- Hospital 2 Pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Norte; hospital de alta complejidad que recibe población de comunas urbanas y rurales. Se trata de la maternidad del sector público que más nacimientos atiende al año en el país, con una tasa de cesáreas intermedia entre las más bajas y más altas de la Región Metropolitana.

- Hospital 3 Pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Occidente; hospital de alta complejidad que recibe población de comunas urbanas y rurales. Al momento del trabajo de terreno se trataba de la institución con la segunda tasa de cesárea más alta de la Región Metropolitana.

En estos tres hospitales y los centros de atención primaria que operan en red con ellos, se realizó la selección de casos de obstetras, matronas y usuarias. Si bien las personas entrevistadas se vinculaban a esos hospitales, las experiencias relatadas se situaron en una diversidad de maternidades debido a que los profesionales se habían desempeñado o desempeñaban en diversas instituciones, y asimismo las mujeres incluyeron en sus relatos sus experiencias de parto en otros centros de atención.

-En el caso de **salud privada**, tras intentos infructuosos de contar con el apoyo de instituciones, se optó por un acercamiento a profesionales de salud y mujeres usuarias desde las redes de contacto del equipo de investigación, mediante las cuales se contactaron casos para ser entrevistados. Utilizando un muestreo de bola de nieve, a las personas contactadas por esta vía se les fue pidiendo que sugirieran nombres de otras(os) posibles entrevistadas(os).

Tanto en salud privada como pública, para la selección de casos sucesivos se utilizó el muestreo por conveniencia, que, como indica su nombre, alude a la selección de casos que más convienen a la investigación. En el marco de dicho muestreo, se privilegió una selección de casos: a) oportunista, es decir, la muestra se fue escogiendo según la disponibilidad de casos y siguiendo los temas nuevos que fueron emergiendo durante la investigación, sacando ventaja de lo inesperado y enfatizando lo inductivo (Miles y Huberman, 1994); y b) de máxima variación, que tiene como propósito capturar y describir los temas centrales o las principales características que tipifican una realidad humana relativamente estable (Sandoval, 1996).

Así, en el caso de mujeres gestantes y puérperas, se incluyeron mujeres que adhirieran a diversos enfoques de parto y que hubieran tenido una diversidad de experiencias de parto. A medida que se fueron reclutando casos, se fue intencionado la selección de nuevos casos según la heterogeneidad de perfiles y experiencias que se presentaran, siendo de interés incluir a: primíparas y multíparas, con partos anteriores por vía vaginal y cesárea, que hubieran sido atendidas en distintas instituciones y comunas, y que describieran sus vivencias en un rango desde lo muy negativo a lo muy positivo. Con respecto a las(os) profesionales de atención de salud, la selección de casos fue intencionada para incluir a hombres y mujeres, con una diversidad de años de experiencia en atención de salud, que contaran con experiencia en salud privada y/o pública, con experiencia en distintas instituciones de salud privada y/o pública, que adhirieran explícitamente a un modelo de atención (tecnocrática o humanista), o bien que no explicitaran preferencia.

-Fases de la investigación

a) *Levantamiento de información*: el trabajo de campo se desarrolló entre los años 2014 y 2015. El primer paso consistió en la realización de 4 entrevistas abiertas a personas identificadas como informantes clave en materia de políticas de atención del parto (jefes de servicios de ginecología y obstetricia, formuladores de políticas públicas) y de las primeras entrevistas a mujeres usuarias y profesionales de atención. Este momento de investigación podría llamarse como de “apertura”, en el cual se descubren las preguntas relevantes y se definen las primeras directrices para orientar el proceso general de estudio; que fue luego seguido de una fase de focalización y profundización donde se plantearon preguntas más incisivas de ampliación y sistematización (McCracken, 1988; citado en Guber, 2011, p.78). En la fase de profundización se continuó con la aplicación de entrevistas abiertas a obstetras, matronas y usuarias, y se realizaron además grupos

de discusión con matronas. Esto se realizó como un proceso gradual durante el cual se fue transcribiendo y analizando el material a medida que se iba recolectando, lo cual permitió ir tomando decisiones sobre cómo orientar los casos siguientes de la muestra, y agregando temáticas de interés a los guiones.

En las entrevistas con usuarias se trataron los siguientes temas: historia respecto a salud sexual y salud reproductiva, socialización respecto al parto, percepción en torno a tipos y vías de parto, expectativas con respecto a su propio proceso de parto, y experiencia de su reciente parto. Por su parte, las entrevistas/grupos con profesionales de atención de salud trataron los siguientes temas: trayectoria profesional, percepciones sobre vías de parto, razones de exceso de intervenciones obstétricas en Chile, diferencias entre salud pública y privada, proceso de toma de decisiones para realizar intervenciones obstétricas, percepción sobre expectativas de usuarias en atención del nacimiento.

Tabla N°2, Técnicas de investigación proyecto FONIS SA13I20259

	Entrevistas individuales	Grupos de discusión	Total participantes
Mujeres usuarias salud pública/privada	25*	-	25
Matronas(es)	16	2	28
Obstetras	14	-	14
Total	55	2	73

*En dos de las entrevistas las mujeres participaron junto a sus parejas, quienes también participaron respondiendo preguntas y aportando sus propias experiencias

Se realizaron 25 entrevistas con mujeres-usuarias, 16 con matronas y 14 con obstetras, con un total de 55 entrevistas abiertas. Además, se realizaron 2 grupos de discusión con matronas, con un total de 12 participantes en ambos. La muestra quedó balanceada entre atención pública y privada, incluyendo experiencias de parto y de ejercicio profesional en un total de 12 maternidades públicas y 11 privadas de la Región Metropolitana de Chile (que corresponde a casi la totalidad de instituciones de la Región en el momento de realizarse el trabajo de terreno). Si bien la muestra se contactó y entrevistó en dicha región, algunas de las mujeres habían vivido y habían acudido a servicios de atención de salud sexual y reproductiva en otras regiones, y algunas(os) profesionales de salud habían trabajado en otras regiones durante su trayectoria profesional.³⁵

³⁵ Del total de mujeres entrevistadas en forma individual (N=25), en esta tesis utilizo solo las entrevistas de mujeres que ya habían pasado por el parto al momento de ser entrevistadas (N=16), pues el foco está puesto en las experiencias de atención de dicho proceso. Estas entrevistas son identificadas desde la U.E1 hasta la U.E16.

b) *Análisis de información*: las entrevistas y grupos de discusión se transcribieron desde un soporte de audio. El material fue codificado y analizado mediante análisis narrativo de contenido, trabajado en base tanto a categorías a-priori derivadas de los temas tratados en las entrevistas, como a categorías emergentes desarrolladas a partir de los datos. A lo largo del presente trabajo, cuando haga referencia a los testimonios provenientes de entrevistas y grupos realizadas en el marco de este proyecto, distinguiré entre obstetras, matronas y mujeres usuarias del sistema de salud con las letras “O”, “M” y “U” respectivamente, seguido de una “E” de “entrevista” o “G” de grupo de discusión, además del número de la entrevista. Por ejemplo: (O.E8) corresponde a la entrevista número 8 realizada a un obstetra; (U.E10), corresponde a la entrevista número 10 realizada a una mujer usuaria; (M.G1) alude al grupo de discusión número 1 realizado con matronas.

c) *Protocolos éticos*: los protocolos éticos del estudio fueron aprobados por los tres Servicios de Salud a los que corresponden los hospitales en los cuales se inició la selección muestral de los casos de salud pública.³⁶ Todas las personas que participaron en el estudio recibieron y firmaron un documento de consentimiento informado que les fue explicado en detalle. Durante la realización del estudio, no hubo ninguna situación compleja en términos éticos que ameritara el contacto con los Comités de Ética que aprobaron el estudio para preguntar por los cursos de acción, ni ninguna situación que requiriera de derivación a centros de atención especializados en las temáticas de las que trata el estudio.

-Equipo de investigación y resultados

El equipo de investigación fue liderado por quien escribe, y constituido por un equipo multidisciplinario de profesionales y estudiantes de ciencias sociales y de la salud.³⁷

El resultado principal del estudio fue el de recomendaciones para políticas públicas para la reducción de cesáreas sin justificación médica en el país, una serie de publicaciones,³⁸ y las tesis de título e informes de práctica de las alumnas que participaron en el proyecto.³⁹ Estos resultados

³⁶ Comités de Ética de los Servicios de Salud Metropolitano: Norte, Sur Oriente y Occidente (este último, por no contar con Comité de Ética operativo, adhirió a la aprobación de los otros dos comités).

³⁷ Como investigadora alterna al inicio del proyecto estuvo la antropóloga Patricia Núñez, luego reemplazada por el matrón Gonzalo Leiva (debido a la incompatibilidad de la primera de continuar en la labor al tomar un cargo de jornada completa en una organización internacional). Como co-investigadora: Pilar Plana (licenciada en antropología social). Tesistas: Magdalena Rivera (antropología social); Ghigliola Artuso, Tamara Astorga y Kamila Gaete (tesis colectiva, obstetricia y puericultura). Practicantes: Florencia Vergara (antropología social), Mariana Sáez (antropología física), Fernanda Cordero (psicología).

³⁸ Sadler y Rivera, 2015; Sadler, 2016; Sadler, Leiva, Perello y Schorr, 2018; además de 5 columnas de opinión sobre Cesáreas en Chile publicadas durante 2015 en el medio de prensa digital CIPER Chile, de mi autoría junto a la del matrón Gonzalo Leiva, tituladas: ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal?; “El que decide la vía de parto es uno, no la mujer”; La construcción del temor al parto; De pelvis malonas; El negocio del nacimiento, disponibles en <https://ciperchile.cl/author/msadler/>

³⁹ Artuso, Astorga y Gaete (2016); Cordero (2015); Rivera (2016); Sáez (2014); Vergara (2016).

se enfocaron en algunos aspectos específicos de análisis, y serán citados cuando corresponda. El grueso del material analizado para la construcción de esta tesis no ha sido utilizado en publicaciones previas.⁴⁰

1.3.3.2. Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile

-Antecedentes y objetivos

Debido a la falta de información que cuantificara las experiencias de parto de mujeres en el país, desde el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile) se diseñó y aplicó una encuesta online dirigida a mujeres que hubieran dado a luz en Chile con el fin de indagar en dichas experiencias. Por no contar con financiamiento, se eligió el instrumento de encuesta online (auto-aplicada) por su capacidad de llegar en poco tiempo y a bajo costo a una gran cantidad de potenciales participantes –con disponibilidad de internet- en todo el territorio nacional. Desde el diseño hasta el análisis de datos participaron diversas(os) profesionales de distintas disciplinas y alumnas de carreras de ciencias sociales, que serán mencionadas(os) en las fases de investigación que corresponda.

-Fases de la investigación

a) *Diseño de la encuesta:*⁴¹

Se trató de una encuesta online que describe cuantitativamente la experiencia de parto de mujeres en Chile. El diseño correspondió a un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que dieron a luz en Chile entre los años 1970 y 2017. Al ser un estudio netamente descriptivo, no se consideraron criterios de exclusión.

El diseño del cuestionario fue de tipo estructurado con preguntas simples, múltiples y abiertas. La construcción del cuestionario se basó en material teórico para delimitar las dimensiones de la atención del parto que serían incluidas,⁴² en la revisión de relatos de atención de nacimiento que habían llegado a OVO Chile desde su fundación en 2014, así como algunos testimonios

⁴⁰ A excepción del análisis de cuatro entrevistas a usuarias, publicadas como capítulo de libro (Sadler, 2018). Dicho texto fue escrito como un capítulo de tesis, en un momento inicial de la escritura en que pensaba presentar una tesis por compendio de artículos. El capítulo de esta tesis titulado “Los cuerpos vividos” es una versión extendida de dicho texto.

⁴¹ El diseño de la encuesta fue realizado por la directora de OVO Chile Pilar Plana y la alumna de la carrera de sociología de la Universidad de Chile Javiera Valdebenito, con la colaboración de la socióloga Caridad Merino y el apoyo de todo el equipo de OVO Chile (incluida quien escribe).

⁴² Las preguntas de caracterización sociodemográfica se adaptaron desde otros cuestionarios de uso en encuestas nacionales, las intervenciones obstétricas desde el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), las dimensiones de abuso y falta de respeto en el nacimiento desde Bohren et al. (2015).

sistematizados en estudios previos y en diversos reportajes de prensa en Chile. Se sumó la opinión experta de los miembros del Observatorio, así como de profesionales de salud que aportaron para la construcción del instrumento. Una primera versión de la encuesta se piloteó con aproximadamente 30 mujeres, permitiendo realizar la validación semántica de la encuesta.

El cuestionario incluyó primero un consentimiento informado que describía el objetivo del estudio y solicitaba la autorización para hacer uso de la información entregada. Una vez aceptado dicho consentimiento, el cuestionario contaba con 70 preguntas de selección múltiple y una abierta. El cuestionario iniciaba con una serie de preguntas de caracterización: nacionalidad, pertenencia a pueblos originarios, estado civil, nivel educacional, número de habitantes del hogar e ingresos mensuales del hogar. Con respecto a las características de los partos descritos, se preguntó por la región donde ocurrió el parto, lugar donde sucedió (institución pública/privada, casa, otro), edad al momento del parto, año de ocurrencia del parto, vía de parto (vaginal/cesárea), semanas de gestación al momento del parto, personas que atendieron y acompañaron el parto, asistencia a talleres de educación prenatal (públicos/privados), presencia de patologías gestacionales, motivos de cesárea y tipos de cesárea (programada/emergencia), duración de trabajo de parto. Con respecto al trabajo de parto y parto, se preguntó por: el uso de medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor; por la posibilidad de movimiento, de ingesta de líquidos/alimentos, de contar con acompañantes significativos; y por la posición en la que ocurrió el parto. Con respecto a intervenciones obstétricas, se preguntó si se realizó o utilizó: enema, rasurado, vía intravenosa, monitorización fetal continua, misoprostol, oxitocina artificial, rotura artificial de membranas, maniobra de Kristeller, fórceps, episiotomía. Con respecto al puerperio inmediato, se preguntó por el tiempo de contacto piel con piel, por las características de la lactancia (exclusiva/mixta/artificial, frecuencia, apoyo del personal de salud); y con respecto al periodo posparto más extendido se preguntó si en los primeros meses tras el parto la mujer tuvo diagnóstico de algún trastorno del ánimo. La encuesta también incluyó sets de pregunta sobre formas de abuso en la comunicación (o falta de ella) con el personal de salud, de forma verbal o física.

Por último, la encuesta incorporó una pregunta abierta (Nº71) en la que se podía extender el relato de la experiencia de parto, formulada como sigue: “Finalmente la invitamos a escribir comentarios, sugerencias y a contarnos su experiencia de parto o cesárea.”

b) *Levantamiento de información:*

El cuestionario fue aplicado vía online, a través del servidor www.onlineencuesta.com entre el 1 de marzo y 31 de mayo del año 2017, y la participación fue voluntaria y anónima. Las personas que respondieron la encuesta fueron mujeres que dieron a luz en Chile entre los años 1970 y 2017. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en el país. En este periodo se recibieron 18.210 encuestas (respondidas en forma parcial o total).

c) *Análisis de información cuantitativa:*⁴³

La cantidad de encuestas recibidas hizo que el proceso de descarga de las mismas desde el servidor www.onlineencuesta.com tomara varios meses. Esto debido a que el formato utilizado fue de encuestas gratuitas (que suponen un volumen mucho menor de respuestas). Tras intentos infructuosos de descargar el material, con la ayuda del soporte técnico del portal de encuestas (ubicado en Alemania), pudimos descargar la encuesta en segmentos según ciertas horas de respuesta, días o varios días (según la cantidad de respuestas recibidas en cada periodo de tiempo). De este modo obtuvimos una serie de más de diez bases de datos que luego hubo que consolidar en una misma base.

Una vez consolidada la base de datos, se procedió a limpiarla. De las 18.210 encuestas recibidas, 6.853 fueron descartadas del análisis por no estar completas, quedando una muestra total de 11.357 experiencias de parto que fueron analizadas. De ellas, un 39,7% de partos ocurrió en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias (principalmente en casa). En los resultados cuantitativos publicados en 2018 (OVO Chile, 2018), que se citan en esta tesis, se excluyeron los partos ocurridos en casa, quedando con una muestra total de 11.054 experiencias de nacimiento. En el caso de la información nueva que se analiza para la presente tesis, se toman solo los casos de partos ocurridos entre los años 2014 y 2017, con el fin de caracterizar el contexto reciente de atención, con una muestra de 5.697 experiencias de parto.⁴⁴

El análisis de la encuesta se realizó por medio del software de análisis cuantitativo SPSS 21, utilizando estadística descriptiva bi-variada y multi-variada.

d) *Análisis de información cualitativa:*

Si bien la encuesta buscaba generar principalmente datos de naturaleza cuantitativa, se incluyó una pregunta abierta que, sin haberlo esperado, se constituyó en una rica fuente de información. La pregunta abierta N° 71 (“Finalmente la invitamos a escribir comentarios, sugerencias y a contarnos su experiencia de parto o cesárea”) tuvo 8.696 respuestas, lo cual suma 1.700 planas de texto.⁴⁵ Los comentarios incluyeron desde un agradecimiento por la iniciativa escrito en una

⁴³ El procesamiento de los datos fue realizado por las alumnas de la carrera de sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile Pascale Bussenius y Trinidad León, en el marco del Taller de Titulación I de dicha carrera. Para ello contaron con la supervisión del sociólogo Sebastián Madrid de dicha institución, y de la autora de esta tesis desde OVO Chile. La escritura del primer informe de resultados (OVO Chile, 2018) fue realizada por quien escribe y Gonzalo Leiva (director OVO Chile). El trabajo de extracción de los nuevos datos cuantitativos desde la base de datos para la construcción de esta tesis (no publicados en OVO Chile, 2018) fue realizado con la ayuda de Pascale Bussenius.

⁴⁴ Digo “experiencias de parto” pues la respuesta de cada encuesta corresponde a un parto. Una misma mujer puede haber contestado más de una vez la encuesta, refiriéndose a distintos partos dentro de su trayectoria vital.

⁴⁵ En letra Times New Roman 12, espaciado simple. Se trata de 1.045.000 palabras.

línea (la minoría), hasta detallados relatos de la experiencia vivida que ocupan varias planas de texto. La gran mayoría de los relatos profundiza en aspectos emocionales de la atención, que resultaban difíciles de expresar en las respuestas de alternativas cerradas, por lo cual se constituye en un material riquísimo de análisis.

El desafío de analizar este material superaba con creces la capacidad humana de trabajo ad-honorem del equipo de OVO Chile. Y sucedió que, en el marco de la toma feminista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, en junio de 2018, las alumnas en toma me invitaron a conversar sobre mi recorrido como investigadora feminista. Instancia en la cual les comenté que teníamos aquel material, y ofrecieron ayudar voluntariamente en la tarea. Se constituyó así un grupo inicialmente conformado por 6 estudiantes, que fue creciendo hasta llegar a 12 alumnas de ciclo terminal (etapa de práctica profesional y/o tesis de título) de las carreras de antropología y sociología.⁴⁶ Grupo con el cual nos reunimos cada dos o tres meses entre julio de 2018 y marzo de 2020 a trabajar en torno al material. En cada encuentro se fueron trabajando temas de interés de las alumnas, revisando bibliografía y categorías de apoyo, y proponiendo ejes analíticos para ordenar el material. El trabajo del grupo está dando origen a un informe de resultados que está siendo escrito mientras escribo estas páginas.

En forma paralela al trabajo con el grupo de alumnas, he analizado el material de dicha pregunta en forma individual, habiendo leído la totalidad del material y seleccionado los testimonios que me parecieron más relevantes para los temas que trato. Para la construcción de algunos acápites realicé la búsqueda de testimonios a partir de conceptos o palabras clave que me servían para acceder a ciertos temas de forma más rápida. La selección de estos testimonios se realizó además integrando principalmente aquellos que describieran experiencias de años recientes, pues el foco de esta tesis es una caracterización actualizada del proceso de atención. Por el gran volumen de material, al descargar la encuesta de la plataforma online, se separó la pregunta 71 del resto de la base de datos, lo cual hace muy difícil vincular las respuestas a las características sociodemográficas de las mujeres que las respondieron. No obstante lo anterior, en la gran mayoría de los testimonios las mujeres describen el sector de atención y año en que ocurrió el parto, por lo cual la selección de testimonios por sector y por periodo de tiempo resultó sencilla. Además, para cada tema que se trata –por ejemplo, tipos de intervenciones obstétricas, tipos de interacciones con personal de salud- se cuenta con la información cuantitativa de la encuesta para analizar cómo dicho tema se comporta según marcadores sociales como edad y nivel educacional.

⁴⁶ Consuelo Robledo, Javiera Navarrete, Loreto Watkins, Amaranta López, Valentina Villena y Francisca Vezzani, de Antropología Social; María Gracia Salamanca y Daniela Cordero, de Antropología Física; Javiera Valdebenito, Antonia Guerra, Antonia Roberts y Pascale Bussenius, de Sociología. Todas alumnas de la Universidad de Chile, a excepción de Pascale Bussenius, egresada de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

A lo largo de este texto, cuando los testimonios provengan de la pregunta abierta (Nº71) de la encuesta OVO Chile (2018), se utilizará solo el número del testimonio entre paréntesis, por ejemplo “(2348)”; y en la mayoría de los casos se le asignará un nombre (seudónimo) a la mujer. Esto, con el fin de personalizar los casos de usuarias (que son quienes en la atención tecnocrática han recibido una atención despersonalizada).

-Caracterización de la muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia. Si bien el tamaño muestral no fue estimado previamente, se trató de una muestra representativa numéricamente del universo o población de estudio⁴⁷. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en Chile entre 1970 y 2017. Como se señaló con anterioridad, tras limpiar la base de datos inicial se llegó a un número de 11.357 encuestas respondidas en completitud. Para los resultados que ya han sido publicados (OVO Chile, 2018) y los que se utilizan en la presente tesis, se excluyen los partos en casa y se analizan solo los partos ocurridos en instituciones de salud públicas o privadas, los cuales llegan a 11.054. De estos, en la presente tesis se analizan principalmente aquellos ocurridos en el periodo 2014-2017 (los datos anteriores se utilizan con fines comparativos), con el objetivo de focalizar el análisis en la atención del parto en años recientes: se trató de 5.697 experiencias de parto.⁴⁸ Es así como en la Tabla Nº3 se presentan algunas características de las mujeres que respondieron la encuesta y respecto al lugar donde ocurrió el parto.

⁴⁷ Si consideramos que en Chile ocurren aproximadamente 200.000 nacimientos al año, en 5 décadas (1970 a 2017) sucederían alrededor de 10.000.000 de nacimientos. Para un universo de ese tamaño, con un error de 5% y una confianza del 95% se necesitaría una muestra de 385 mujeres para lograrse la representatividad estadística.

⁴⁸ En el análisis de la muestra completa de la encuesta (OVO Chile, 2018), se agruparon las experiencias de parto en tres periodos: antes de 2008 (entre 1970 y 2008, correspondiente al 25% de la muestra), entre 2009 y 2013 (25% de la muestra), y entre 2014 y 2017 (50% de la muestra). El término del primer periodo considerado se ubica en el año 2008 debido a que se trata del año en que se publicó desde el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*, que coincide con la promulgación en 2009 de la Ley Nº20.379 que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionalizó el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo; las normativas que incorporan las recomendaciones para la atención del nacimiento. El primer tramo pretende ser un punto de comparación previo a la incorporación de estos programas/políticas, el segundo tramo representa los primeros años de implementación de dichas políticas y de adaptación a las medidas. En el último periodo se esperaría que dichas recomendaciones/políticas estuvieran más institucionalizadas. Este último periodo además se divide del anterior debido a que el 50% de la muestra se ubica en él y además debido a que el 2014 marca el inicio de un debate público y activismo muy visibles en torno a los derechos en el nacimiento.

Tabla N° 3: Edad y nivel educativo de mujeres cuyos partos se reportaron en encuesta OVO Chile y lugar de ocurrencia del parto (partos ocurridos entre los años 2014 y 2017)

Edad de la mujer al momento del parto	Menos de 19 años	4%
	20-29 años	46%
	30-39 años	48%
	40 años o más	2%
Nivel educativo alcanzado (al responder la encuesta)	Básica/media incompleta o completa	14%
	Técnica	15%
	Universitaria	51%
	Postgrado	20%
Región en que ocurrió el parto	Metropolitana	62%
	Otra	38%
Sector de salud en que ocurrió el parto	Privado	64%
	Público	36%

Para el análisis del material de la encuesta, utilizo la edad de la mujer al momento del parto y el nivel educativo alcanzado al momento de responder la encuesta como criterios relevantes, pues se muestran diferencias significativas en la atención según estos marcadores sociales. Excluyo de la tabla la nacionalidad de la mujer y su pertenencia a pueblos originarios, pues estos criterios no mostraron diferencias significativas en la atención recibida.⁴⁹ A pesar de tratarse de marcadores sociales que en la literatura se asocian a una calidad de atención en salud deficiente con respecto a la población chilena, en el caso de esta encuesta no mostró diferencia significativas, probablemente debido a que las mujeres extranjeras (3%) y pertenecientes a pueblos originarios (6%) que respondieron la encuesta alcanzaron altos niveles educacionales (en su mayoría estudios superiores). Por ello, la educación puede haber servido como nivelador de la vulnerabilidad que implica la condición migrante o de pertenencia a un pueblo originario.

El nivel educativo alcanzado por las mujeres al momento de responder la encuesta es más alto que el alcanzado por la población del país mayor a 25 años. El Censo 2017 muestra que entre las personas de 25 años o más, un 45% declaró como nivel educacional más alto aprobado la enseñanza media, mientras el 30% declaró haber completado la educación superior (INE, 2018). Las mujeres que respondieron la encuesta OVO reportaron en un 71% haber cursado estudios

⁴⁹ Al hacer análisis bi y multivariados utilizando la característica de nacionalidad distinta a chilena o pertenencia a pueblos originarios, los datos no mostraron diferencias significativas con respecto a los otros casos atendidos en el mismo sector de salud.

superiores (universitarios y postgrado).⁵⁰ Es por esto que es relevante distinguir el nivel educacional alcanzado por las mujeres, que muestra diferencias significativas en la atención recibida.

Las experiencias de parto descritas en la encuesta ocurrieron en un 64% en salud privada, el doble del 32% de partos que ocurrieron en dicho sector el 2015 (IND, 2016). Por ello, y con el fin de describir las experiencias diferenciadas de atención que viven las mujeres en uno y otro sector, es que analizo todas las categorías de la encuesta en forma separada entre ambos sectores de atención. En la Tabla N°4 se muestran las mismas características de las mujeres y de los nacimientos reportados que en la tabla anterior, pero esa vez distinguiendo por sector de atención de salud.

Tabla N° 4: Edad y nivel educativo de mujeres cuyos partos se reportaron en encuesta OVO Chile y lugar de ocurrencia del parto (partos ocurridos entre los años 2014 y 2017), según sector de atención de salud

		Público	Privado
Edad de la mujer al momento del parto	Menos de 19 años	8%	2%
	20-29 años	59%	38%
	30-39 años	31%	58%
	40 años o más	2%	2%
Nivel educativo alcanzado (al responder la encuesta)	Básica/media incompleta o completa	27%	6%
	Técnica	23%	11%
	Universitaria	43%	56%
	Postgrado	7%	27%
Región en que ocurrió el parto	Metropolitana	48%	68%
	Otra	52%	32%

Como es de esperar, las mujeres atendidas en el sector privado presentan niveles educativos más altos que las de salud pública, y fueron madres a mayor edad; la mayoría de las mujeres atendidas en el sector privado fueron madres entre los 30 y 40 años, mientras las del sector público entre

⁵⁰ En la encuesta OVO hubo además un 15% que dijo contar con estudios técnicos, pero no sabemos si corresponde a la educación técnica impartida en escuelas o tras el egreso del sistema escolar, por lo cual puede corresponder tanto a educación media como superior.

los 20 y 29. Un 6% más de mujeres de salud pública fueron madres en la adolescencia que las del sector privado.

Con respecto a la región del parto, de la muestra total un 62% de las experiencias de parto entre 2014-2017 ocurrió en la Región Metropolitana, mientras el Censo 2017 nos muestra que un 41% de la población vivía en esa región en dicho año (INE, 2018). La principal diferencia de esta región con respecto al resto del país es la mayor oferta de maternidades tanto públicas como privadas entre las cuales las mujeres pueden optar.⁵¹ Pero atendiendo a la Tabla N°4, vemos una diferencia de 20 puntos porcentuales en los partos ocurridos en la Región Metropolitana entre los sectores de atención: un 48% en salud pública y un 68% en privada.

Es importante también plantear que, por haberse tratado de una encuesta online, para poder responderla se debía tener acceso a internet. En Chile, en 2017 el porcentaje de usuarias(os) de internet alcanzó el 72,7% (personas de 5 años o mayores). El uso de parte de mujeres fue levemente inferior al de hombres (71,9% en mujeres y 73,7% en hombres). Este porcentaje sube considerablemente si nos centramos en los tramos de edad que tenían las mujeres al momento del parto, que se concentran entre los 15 y 40 años de edad. Entre los 15 y 29 años de edad, el uso de internet en la población fue de alrededor de un 94%, entre los 30 y 34 de 91,4% y entre los 35 y 39 de 88,5% (León y Meza, 2018).

Vedam et al. (2019), reflexionando sobre su estudio de experiencias de parto de mujeres en Estados Unidos, plantean que en estudios cuya participación es voluntaria y en los cuales se comparten historias personales, es probable que las mujeres que tuvieron muy buenas y muy malas experiencias tengan una mayor motivación para participar. Por ello podría producirse una menor representación de mujeres que tuvieron una experiencia “satisfactoria” que no se caracterizó por ser especialmente traumática o empoderadora. Esta reflexión puede ser aplicable a la encuesta OVO Chile (2018), y con el fin de distinguir perfiles de usuarias de los sistemas de atención es que realizamos el análisis distinguiendo entre sectores de atención –público y privado-, y además por nivel educativo y edad, lo cual nos permite hablar de diversas posiciones dentro del proceso del cuidado. Además, en cada tema que se trata a lo largo de la tesis, se eligen experiencias que van desde un extremo negativo hasta uno positivo, para mostrar las distintas formas y matices de la atención vivida.

Como veremos más adelante en los resultados, las mujeres de mayores niveles educacionales reportan un mejor trato (a lo que nos referiremos como la dimensión relacional del cuidado) por parte del personal de salud que las de salud pública, y asimismo las que alcanzaron mayores niveles educativos que las de niveles educativos menores. Por ser la muestra una muy educada en comparación a la población nacional, podríamos pensar que una muestra estadísticamente

⁵¹ Lo que se discutirá en el capítulo de “Opciones y trayectorias institucionales de atención”.

representativa mostraría peores percepciones de la calidad de la atención. No obstante lo anterior, esta afirmación puede complejizarse a la luz de que las mujeres ubicadas en las posiciones más bajas de la escala social pueden a la vez normalizar en mayor medida ciertos tipos de abusos y violencias, que las mujeres más educadas van a identificar.

De estas y otras reflexiones metodológicas me iré haciendo cargo a lo largo del análisis.

II. ANTECEDENTES

Para comprender la forma en que se configura la atención obstétrica en el Chile de hoy, es necesario conocer su historia. Por ello, en el presente capítulo presentaré un breve recuento de los hitos que han marcado la atención del nacimiento en el país desde la colonia hasta la actualidad. Me detendré en las políticas y programas de salud que desde la década del '70 en adelante han incidido en la forma actual en que se concibe y atiende el parto, como la privatización de un sector de salud, los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD), y Garantías Explícitas en Salud (GES) a inicios de este milenio. Pondré especial atención en programas diseñados específicamente para el cuidado del proceso de gestación y parto, como el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008).

Luego describo el origen, desarrollo e impacto de movimientos de la sociedad civil por el parto humanizado y respetado: la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento -RELACAHUPAN-, la rama chilena de dicha red y una serie de otras organizaciones nacidas a partir de 2010, que han impulsado Proyectos de Ley sobre parto respetado en el país. Tras la descripción de las agrupaciones de la sociedad civil y su impacto en la escena local, describo lineamientos y recomendaciones de salud emanados desde organismos internacionales que también impactan en la forma que está tomando la atención del nacimiento.

II.1. La historia de la atención del parto en Chile

II.1.1. La institucionalización de la atención del nacimiento

Los principios fundantes de la medicina y obstetricia moderna en la Europa del siglo XVII –que discutimos en el acápite teórico al inicio de este texto- llegaron a la América Hispana a través de las políticas sanitarias de la corona española. En España, en la primera mitad del siglo XVIII, si bien ya estaba extendida la atención masculina del parto (especialmente para las clases altas), había también quienes dudaban “de la conveniencia moral de la asistencia masculina a los partos” y quienes planteaban que se debía elevar la formación de las matronas para disminuir las complicaciones obstétricas. A fines del mismo siglo, se estableció que las mujeres que quisieran ser matronas debían formarse en las cátedras de partos de los Reales Colegios de Cirugía del Reino. El número de mujeres que optaron por formarse fue muy reducido, e insuficiente para cubrir las necesidades de la población; mientras más cirujanos hombres se dedicaban a la atención del parto por ser una conveniente opción profesional (Ruiz-Berdún y Martín-Alcaide, 2018). A pesar de estas medidas, la tradición moral y educación de mujeres favorecían la elección de otra mujer para el parto–aunque no tuviese título-, argumento que posibilitó que siguieran practicando:

Como algunas parturientas no quieren ser asistidas sino por Matronas ó Parteras, se hace indispensable que á estas se las dé la instrucción correspondiente para asistir á los partos naturales (pues no siendo absolutamente tales, deberán llamar inmediatamente á un Profesor que esté autorizado para ejercer este ramo de la Ciencia. (Real Cédula, 1829; citado en Ruiz-Berdún y Martín-Alcaide, 2018, p. 196)

En la América Hispana se fueron replicando estos procesos a través de las políticas sanitarias de la corona, constituyéndose el Real Tribunal del Protomedicato; cuerpo técnico encargados de educar y vigilar en el ejercicio de las profesiones sanitarias. Al igual que en Europa y España, paulatinamente se fue deslegitimando la partería empírica. La mirada etnocéntrica de los conquistadores había implantado un discurso donde lo indígena era considerado primitivo, pagano, bárbaro; había que hacer lo posible por erradicar sus costumbres e implantar la racionalidad. No obstante lo anterior, y al igual que en gran parte del mundo occidental, en Latinoamérica el parto se mantuvo principalmente en manos de parteras hasta bien entrado el siglo XX (Zárate, 2007). Como menciona Sor Imelda Cano Roldán (1980), en los primeros siglos tras la conquista, si bien a las parteras se les pedía autorización para ejercer su oficio de los alcaldes del Cabildo, muy pocas fueron autorizadas y la gran mayoría ejercía sin permiso. La exigencia de que fuesen examinadas fue revocada en 1576 por el rey Felipe II, debido a que en el Protomedicato de Castilla, la corrupción reinante abusaba de los “empíricos” (parteras, ensalmadores, especieros y drogueros); y “se consideraba que, dado que los empíricos pertenecían a las capas más desfavorecidas de la sociedad, no tenían suficientes recursos para defenderse de los abusos” (Ruiz-Berdún y Martín-Alcaide, 2018, p. 209). Si bien la exigencia de examinar a las parteras se había revocado, fue restituida en 1750, luego de que el Real Tribunal del Protomedicato comunicara al rey Fernando VI su preocupación por la muerte de mujeres y neonatos neonatos. Un informe del protomédico José Antonio Ríos de 1790⁵² explica que dichas muertes se producían por:

[L]a impericia y mala conciencia de las mujeres llamadas parteras y de algunos hombres que para ganar su vida habían tomado por oficio el partear, con este motivo revocó la ley anterior mandando expresamente que ninguna persona de uno u otro sexo ejercitase el oficio de partear sin expresa licencia y aprobación del Protomedicato. [...] En efecto, es tan deplorable el estado en que se halla este ejercicio que sólo se aplican a él mulatas, indias, gentes sin Dios ni ley; basta el no tener algún modo de ganar la vida para aplicarse a partear. (Cano Roldán, 1980, p. 371)

El edicto de 1750 reestablecía la exigencia de exámenes para el ejercicio del oficio de partera y negaba el derecho de los hombres de atender partos a menos que tuvieran el título de cirujanos.

⁵² Se trata del expediente sobre el juicio criminal seguido a Josefa Orrega y Tránsito Muchel, que ejercían el oficio de parteras, 1790; Archivo de la Real Audiencia, Vol. 498 (Cano Roldán, 1980).

Esta norma también dejaba a disposición del Protomedicato la delimitación de las funciones de las parteras, estableciendo lo que podían y lo que no podían hacer, una medida de gran trascendencia para el proceso de subordinación institucional de las matronas (Ortiz Gómez, 1996; citado en Ruiz-Berdún y Martín-Alcaide, 2018, p. 193). A pesar de este decreto, las parteras sin examinación siguieron siendo casi exclusivas protagonistas de la atención de nacimientos hasta mediados del siglo XIX debido a la inexistencia de matronas instruidas y al escaso interés de los médicos disponibles por la asistencia de partos. Tanto el Estado como el Protomedicato toleraron la práctica de parteras con el fin de asegurar la cobertura asistencial (Zárate, 2007). Además, las mujeres preferían la atención de parteras por la confianza en su pericia y por el hecho de ser mujeres, como expresa Zárate: “el principal requerimiento de una asistencia obstétrica eficaz y de una leal clientela era el género femenino de esa prestación, garantía de un conocimiento de larga data y de la necesaria empatía que debía producirse entre parteras y parturientas” (2007, p. 288).

Pero esto iba a cambiar, con la creación de las escuelas para matronas y universidades que formaron a las primeras generaciones de médicos. El saber empírico de las parteras iba a tener cada vez menos cabida frente al conocimiento de médicos “que concentraron el monopolio cognitivo de la asistencia del parto, convirtiendo su historia en la de un oficio subordinado a la calificación externa” (Zárate, 2007, p. 288). En 1833 se creó en Santiago de Chile la primera Escuela de Medicina, y al año siguiente se organizó la Escuela de Matronas –conocida también como Colegio de Obstetricia- bajo la dirección del médico Lorenzo Sazié (Muñoz et al., 2001). Un año más tarde se emitió el Decreto que autorizaba el ejercicio legal de matrona. En 1842, con la fundación de la Universidad de Chile y su Escuela de Medicina, la Escuela de Matronas quedó bajo el amparo de la comunidad médica universitaria, sin embargo tuvo carácter no universitario durante todo el siglo XIX. La Escuela tuvo una existencia interrumpida que sólo se afianzó en las últimas décadas del siglo XIX. Se estima que, durante el siglo XIX, entre doscientas y trescientas mujeres hicieron los cursos (Memoria Chilena, s.f.a; Zárate, 2007). Fue durante este periodo que se circunscribió el campo de acción permitido a las matronas, que se fue limitando a la asistencia de partos “normales”, es decir, sin complicaciones, y además a ocupar el rol de asistente de los médicos tanto en partos complicados como en aquellos “normales” que fueran atendidos por estos (Zárate, 2007).

La educación femenina desde la Colonia había contado con una reducida oferta, que se limitaba a la que impartían algunos conventos a mujeres de clases acomodadas. El acceso de mujeres a la educación universitaria fue posible tras el decreto de 1877, que:

[A]spiraba a corregir el abandono en que se encontraba la asistencia o “arte obstétrico”. La presunción, a veces fundada a veces imaginada, de la nociva acción de las parteras era el móvil principal para preparar a estas mujeres que, reemplazarían a la denostada “ciencia de la hembra” y “partera ignorante”. (Zárate, 2007, p. 291)

El siglo XIX, entonces, se caracterizó por una profesionalización incipiente de la atención del parto, limitó a la atención del parto “normal” la práctica de matronas, y marcó el inicio de la marginación de las parteras empíricas que practicaban en medios urbanos (Zárate, 2007). Se trató también de un siglo marcado por una alta mortalidad materna, causada por la “fiebre puerperal”, lo que movilizó la búsqueda de tratamientos y contribuyó a la consolidación de normas antisépticas intrahospitalarias. Debido a la gravedad de la situación, fueron diversas las maternidades de la ciudad de Santiago que interrumpieron sus servicios y las clases para matronas periódicamente, lo cual fue aparejado de un desprestigio de las maternidades como lugares de atención (Zárate, 2008).

Desde principios del siglo XIX, diversas entidades comenzaron a estructurar la organización de los cuidados de la salud en nuestro país. Junto con la Junta de Vacunas (1808) y la Junta Directiva de Hospitales (1832), las Sociedades de Socorros Mutuos conformaban la orgánica institucional destinada a otorgar prestaciones de salud a la población en el ámbito privado. Respecto al rol del Estado, el mismo se encargó del cumplimiento de tareas de higiene pública a través de diversos ministerios. En 1907 el Ministerio del interior creó una sección de atención sanitaria cuyas tareas estaban relacionadas con la beneficencia pública y la higiene, tareas que años más tarde pasaron a manos del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (Salazar, 2013).⁵³

Junto a las elevadas tasas de mortalidad materna, la mortalidad infantil en el país era materia de gran preocupación. En el año 1900, en Chile la mortalidad infantil (muertes de niños menores de un año de edad por 1.000 nacidos vivos) era de alrededor de 342 por mil nacidos vivos (Kaempffer y Medina, 2006), en 1925 era de 258 (Llanos y Lanfranco, 2017), mostrando uno de los peores indicadores de la región. Las malas condiciones de salud, en especial de la clase trabajadora, fueron llevando a que el Estado asumiera un rol más activo en cuanto a las condiciones sanitarias de la población. Fue así que en 1912 se organizó el Primer Congreso de las Gotas de Leche y en 1917 el primer Congreso de Beneficencia Pública; en los cuales se planteó, con respecto a la asistencia del parto de las mujeres más pobres: “[L]a importancia de construir y promocionar asilos maternales –importante antecedente de la asistencia hospitalaria del parto- y se insistió en la instrucción de las matronas y el rechazo al trabajo de las “empíricas” (Zárate, 2018b, p. 40).

Las elevadas tasas de mortalidad infantil llevaron a que este problema se ubicara al centro de la preocupación política desde la década del 30:

⁵³ En 1934 dicho Ministerio pasó a llamarse Ministerio de Salubridad Pública y posteriormente, en 1953, a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Seis años más tarde se dividió en dos organismos: el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Salazar, 2013).

El contexto mayor en el que se desarrollaron las discusiones sobre el problema de la mortalidad, y específicamente de mortalidad infantil, es el de creación de una institucionalidad sanitaria para el país, enmarcada en el paulatino incremento de la participación del Estado en la salud pública, que hasta ese momento se desarrollaba sobre la base de un sistema caritativo, individualista y privado que resultaba totalmente insuficiente en relación a las necesidades del país. (Llanos y Lanfranco, 2017, p. 686)

La Constitución de 1925 y el Código del Trabajo en 1931, afianzaron el rol del Estado de Chile como promotor de políticas sociales, entre ellas, de salud pública. Contexto en el cual, en el año 1924 se había creado la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, la cual inauguró la medicina estatal, la medicalización de la maternidad obrera y específicamente la obligatoriedad de la atención profesional de las aseguradas durante la gestación, el parto y el puerperio. Las madres solteras obreras contaron con la protección que dicha Caja otorgaba a todas las aseguradas. Sin embargo, la mayor parte de las mujeres pobres, casadas y solteras, quedaron marginadas de estos beneficios, encontrando asistencia sanitaria y social en un reducido número de instituciones de la beneficencia pública y privada. En la década del treinta se revitalizó la preocupación por este grupo y en 1937 la Ley Madre y Niño amplió el grupo de beneficiarias y los beneficios otorgados (Memoria Chilena, s.f,b). Además, cabe mencionar que desde 1913 se reorganizó la formación de matronas con la creación de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, que tras dos años de estudios rendían exámenes ante una comisión de la Universidad de Chile (Muñoz et al., 2001; Zárate, 2018b).

La Caja de Seguro Obrero Obligatorio brindaba a las mujeres asistencia profesional del parto a través de matronas funcionarias tanto de dicha institución como de libre elección en algunas ciudades, promoviendo la atención profesional –por médicos y matronas- del parto domiciliario (Caja del Seguro Obligatorio, 1944; citado en Zárate, 2018b). En efecto, gran parte de los partos ocurrían en el hogar con la atención de parteras o matronas. En 1930, un 12% de los partos ocurrían en hospitales, cifra que ascendió a 17% en 1940, correspondiendo en su mayoría a gestaciones y/o partos que se complicaban (Ortega, 1940, Servicio Nacional de Salud, 1957; citados en Zárate, 2018b).

Si bien este conjunto de políticas era aún incipiente, estudios médicos de mediados del siglo XX asociaban el descenso de la mortalidad materna y neonatal al impulso de la hospitalización del parto y la difusión de la puericultura, así como al control prenatal y postnatal. Específicamente, la administración de antibióticos se posicionaba como uno de los principales responsables de la disminución de la mortalidad materna, así como la acción de los servicios sanitarios impulsados por la Caja de Seguro Obligatorio y las maternidades (Avendaño, Romero, Medina, 1956; citado en Zárate y Godoy, 2011).

Para aumentar la cobertura médico-asistencial, la Caja del Seguro Obrero Obligatorio reunió en 1942 a todas las organizaciones creadas para la protección del binomio madre-niño y extendió sus beneficios a mujeres no aseguradas (pero que fueran esposas de los afiliados). Como metas sanitarias centrales se establecieron el control prenatal y asistencia del parto, junto a la extensión de su cobertura (Memoria Chilena, s.f,c). Hasta esta época, dada la falta de profesionales sanitarios para la atención de todos los partos, coexistieron matronas y parteras “empíricas”, estas últimas especialmente en zonas rurales (Zárate, 2018b).

En este contexto, fueron aumentando los requisitos se les exigían a las candidatas para matronas: desde 1947 se les pedía que contaran con educación secundaria completa, y desde 1952 con título de bachiller en biología, con lo cual la carrera adquirió status de universitaria (Zárate, 2018b).

En 1952 ocurre un acontecimiento de gran relevancia en materia de salud pública; la creación del Servicio Nacional de Salud, institución estatal de administración autónoma que a través de programas sanitarios específicos buscaba fomentar la salud, prevenir las enfermedades y consagrar el derecho a la salud de toda la población establecida en la Constitución. Para su creación se fusionaron diversos organismos, entre ellos, el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia y los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades, entre otros (Salazar, 2013). Como plantea Goic (2015), las acciones sanitarias de fomento a la salud y prevención de enfermedades iniciadas por este Servicio sentaron las bases para que actualmente Chile cuente con indicadores sanitarios destacables en relación al grado de desarrollo socioeconómico del país. Algunos de los programas, por ejemplo, eran destinados a la desnutrición infantil, el control del niño sano, el control de la embarazada y la atención profesional del parto, así como la implementación de programas de distribución de leche a los niños y de alimentación complementaria; vacunación infantil y de adultos y de rehabilitación y saneamiento ambiental (Goic, 2015). Con su instauración, la totalidad de madres e hijos pobres tuvieron los mismos derechos relativos a atención sanitaria y dotación de leche (Memoria Chilena, s.f,b).

Ahora bien, en este contexto fue específicamente el Programa Materno Infantil, perteneciente al departamento de Atención Materno Infantil y Fomento de la Salud, que asumió la misión de ampliar la limitada cobertura de la atención obstétrica. Para ese entonces y a pesar de los avances obtenidos anteriormente, la mortalidad infantil era la cuarta causa de muerte en el país (Valenzuela, 1956; citado en Zárate y Godoy, 2011). Además, los problemas asociados a ella afectaban a un 40% de la población que era económicamente dependiente, de modo que las principales líneas de acción para la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil temprana fueron la atención profesional del parto y el control temprano del embarazo.

Es relevante señalar que el foco de las políticas de protección materno-infantil desde sus inicios al comienzo del siglo XX estuvo puesto en el país más en la protección de la infancia que en los

derechos de las mujeres en cuanto sujetos de protección como ciudadanas (Casas y Valenzuela, 2012). En este sentido, como plantea Zárate (2018a), en el Programa de Salud Materno Infantil, las madres fueron vistas como instrumentales para garantizar la supervivencia de los niños. Las políticas se enfocaron en alimentar los lazos de colaboración y confianza entre las enfermeras y las madres para educarlas a mejorar las condiciones de seguridad e higiene en que vivían y a cuidar (mejor) a los niños a través de la promoción de su amor por sus hijos. El instrumento clave para el éxito fue la institucionalización de controles de salud sistemáticos y periódicos para madres embarazadas, bebés y niños.

Estas políticas son parte de lo que Blázquez y Montes (2010) identifican como la “maternalización de las mujeres”: la incorporación durante el siglo XX de una ideología instructiva que enseña a las mujeres a desarrollar conductas y conocimientos técnicos sobre el éxito del ejercicio de la maternidad, desarrollada principalmente por instituciones de salud. Siguiendo a Smart (1996), estas reglas se pueden analizar como calibraciones de una buena maternidad: inicialmente, cubrían principalmente los asuntos físicos de la dieta, el calor, el entorno inmediato y el desarrollo físico; pero más tarde se ampliaron para incluir el inmenso ámbito del cuidado psicológico del niño “correctamente”.

La centralidad del vínculo con la madre, como lo promovió el Programa de Salud Materna e Infantil del Servicio Nacional de Salud desde la década de 1950, fue consistente con los principios de la teoría del apego (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1973), que dominaría en las décadas por seguir el discurso sobre el vínculo entre madres y sus hijos. Esta teoría, basada en los estilos de vida occidentales, establece estándares para lo que constituyen relaciones sanas para los seres humanos, argumentando que todos los niños desarrollan relaciones de apego de la misma manera, y que todas las relaciones de apego tienen el mismo propósito. Plantea asimismo que los comportamientos específicos que fomentan la seguridad en los niños provienen de la cuidadora principal, generalmente la madre biológica, considerada como la principal protectora del desarrollo del niño (Morelli, 2015).⁵⁴

Respecto a la hospitalización del parto, las autoridades del Servicio Nacional de Salud consideraban que su incremento era una estrategia privilegiada para controlar las variables fisiológicas de riesgo de mortalidad de las madres y los niños, especialmente en zonas rurales (Zárate y Godoy, 2011). El impulso de políticas para institucionalizar la atención fue exitoso: si en 1930 los partos atendidos en hospitales no superaban el 12%, para 1960 llegaban al 65%. Asimismo, la profesionalización de la atención también se fue consolidando: en 1925, un 70% de

⁵⁴ Lo mencionamos pues este enfoque será central en las políticas de cuidado infantil en las décadas por venir. A pesar de las críticas culturales de la teoría del apego, en particular su falta de atención a la interacción de los procesos culturales y ecológicos (Morelli, 2015), sigue siendo el estándar universal de cuidado infantil en Chile y teoría central en el actual Sistema Integral de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (al cual nos referiremos más adelante en el texto) (M. Murray, 2012; Rosabal-Coto et al., 2017).

los partos eran atendidos por parteras empíricas, mientras un 30% por matronas capacitadas y médicos (Muñoz et al., 2001). En 1957, el 61% de los nacimientos ya era atendido por profesionales de la salud (Koch et al., 2012). Esto muestra cómo la protección sanitaria de madres y niños fue un objetivo central del Servicio Nacional de Salud: en 1961, más del 53% de las atenciones que entregaba correspondían a políticas materno-infantiles (Servicio Nacional de Salud, 1961; citado en Zárate, 2018b). Si bien se había extendido la atención profesional e institucional del parto, es importante mencionar que su cobertura era muy heterogénea a lo largo del país, por factores como ausencia de profesionales sanitarios o carencia de camas hospitalarias, y desconocimiento o no preferencia de la población por dicha atención (Zárate, 2018b).

La década del 60 fue emblemática por varias razones. Por una parte, fue fructífera en relación a la formación profesional: en 1960 inicia sus actividades la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad Católica, en 1962 se crea el Colegio de Matronas, y en los años siguientes se inician las carreras de Obstetricia en Temuco (1963), Antofagasta (1966), Concepción (1967) y Talca (1969) (Muñoz et al., 2001). Fue también la década en que se comenzó a impulsar desde el gobierno una política de planificación familiar. En 1962 se constituyó el Comité de Protección de la Familia, que buscaba reducir las tasas de natalidad, la mortalidad materna y las muertes por aborto.⁵⁵ En 1965 el gobierno demócratacristiano de la época le dio personalidad jurídica a dicho Comité, pasando a conformar la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). El mismo año, el Servicio Nacional de Salud adoptó el primer acuerdo sobre política de regulación de fertilidad, que marcó el inicio de la denominada Política Nacional de Regulación de la Fertilidad, y con ello se fue popularizando el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y gestágenos orales (Rojas Mira, 1994). De este modo, las actividades de regulación de la natalidad se integraron dentro de los programas de salud, con los objetivos de:

[R]educir la mortalidad materna, condicionada por el aborto inducido, reducir la mortalidad infantil determinada por el deterioro del nivel de vida, promover el bienestar de la familia y favorecer la paternidad responsable. (Avendaño 1975, p. 25; citado en Rojas Mira, 1994)

Además del impulso a la formación de profesionales de salud y promoción de planificación familiar, la década del 60 se caracterizó por un impulso a la educación pública, la cual venía

⁵⁵ Las hospitalizaciones producto de abortos eran muy elevadas; en 1964 se hospitalizaron 70.000 mujeres por complicaciones derivadas de abortos clandestinos (Rojas Mira, 1994). Esto, considerando que solamente llegaban al hospital los casos más graves, por lo que puede deducirse que la cifra real era aún mayor. Investigaciones de la época planteaban que alrededor de un tercio de los embarazos culminaban en abortos, de los cuales entre un 75% y 90% eran provocados (Rojas Mira, 1994; Szot, 2002).

fortaleciéndose en el país desde la década anterior.⁵⁶ Como muestra Rojas Mira (1994), los mayores aumentos en matrícula de educación primaria de ambos sexos se dieron en las décadas del 50 y 60, y de educación media a partir de las reformas de la década del 60: en 1965 menos del 20% de la población asistía a educación secundaria, y para 1970, un 30.4% de los hombres y 35.3% de mujeres entre 15 y 19 años cursaba educación media. Este gran impulso ocurrió gracias a la Reforma Educacional de 1965 (Decreto N°27.952) que implementó educación gratuita y obligatoria de un mínimo de ocho años para toda la población (Hitos de la Historia del MINEDUC, 2017).

La tasa de mortalidad materna pasó de 293.7 en 1961 a 179.5 en 1970 (Koch et al. 2012), y la tasa de mortalidad infantil descendió de 120.3 en 1960 a 79.3 en 1970 (Kaempffer y Medina, 1982). Este rápido descenso se explica por el mejoramiento de vida de las familias (en vivienda y educación); mejoramiento de los programas materno-infantiles (control prenatal, control del niño sano, aumento de la atención institucional del parto, mejor pesquiza y tratamiento de las patologías de la madre y el niño y control de la planificación familiar, entre otros); descenso de la natalidad y de la fecundidad (Szot, 2002). Para dar algunas cifras, de 1960 a 1970 la tasa global de fecundidad se redujo de 5.0 a 3.4; el promedio de años de educación de las mujeres en edad económicamente activa aumentó de 3.6 a 5.5; y la atención profesional del parto aumentó de un 67% a un 81% (Koch et al., 2012). A mediados de la década del 70, la hospitalización del parto ascendía a un 85% (Szot, 2002).

Durante las décadas de los 70 y 80, ocurrieron reformas de salud al seno de la dictadura militar (1973-1989), que tendrían profundas repercusiones en la atención de salud sexual y reproductiva. Tras el golpe militar de 1973, se impulsó una reestructuración del Ministerio de Salud que en 1979 creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud junto a sus organismos dependientes; Instituto de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y la Central Nacional de Abastecimiento. Subyace a estas reformas un deseo explícito de una participación activa del sector privado en salud, que alarmó a un sector de la sociedad que creía firmemente en la naturaleza social que debía mantener la medicina. Así lo exponía el Dr. Alejandro Goic en 1979:

⁵⁶ En 1920 se dictó la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria (N° 3.654), que había asegurado cuatro años de educación gratuita y obligatoria para niños y niñas, período que se aumentó a seis años en 1929. La reforma educacional de 1965 aumentó a ocho años la educación obligatoria, y además estableció que desde 1966 se aplicaría en forma gradual un sistema de educación regular que comprenderá los niveles de educación parvularia, educación general básica de nueve años de duración (en una primera etapa de ocho años), educación media con cuatro años de duración, con modalidad científica-humanista y técnico-profesional; y educación superior. En 2003 (Ley N° 19.876), la escolaridad obligatoria y gratuita se aumentó a doce años (Hitos de la Historia del MINEDUC, 2017).

Lo que está en juego es si la Medicina va a ser considerada como una mercancía, o como una necesidad de la población. [...] En último término las alternativas en salud son: o una medicina predominantemente social o como una medicina predominantemente individual, la primera es claramente redistributiva del ingreso y, la segunda, claramente concentradora del ingreso. [...] Hemos mostrado que el mecanismo de mercado en salud minimizará las acciones de fomento y de prevención de enfermedades, acentuará la desigual distribución geográfica de los médicos, favorecerá la hipertrofia de la especialización médica, perturbará la relación docente-asistencial y aumentará el costo de la medicina.

Lo que alarma es la ideología que alienta a la actual política de salud, de corte netamente mercantilista, la que en el futuro mediato abre las puertas a la privatización y con ello al derrumbe de la Medicina Social. Esta política pretende introducir las reglas de mercado en una actividad que es, en esencia, de naturaleza social y, necesariamente social, para una población mayoritariamente pobre, como la nuestra. (Goic, 1979)

En 1980 una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades. Un año más tarde se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados. Los beneficiarios de este subsistema son en su mayoría trabajadores formales de ingresos medios y altos y sus dependientes.

Los avances en materia de anticoncepción de las décadas anteriores vieron un retroceso ante la Política de Población (1979), la cual, “arguyendo imperativos nacionalistas -como la necesidad de contar con una población numerosa para la defensa nacional -terminó por negar cualquier vínculo entre derechos y reproducción, restringiendo la disponibilidad de anticonceptivos y censurando la información respecto de su uso” (MINSAL, 2018, p. 13). Como consecuencia, se redujeron los recursos para programas de planificación familiar y se suspendieron las actividades de información y educación sobre anticoncepción en consultorios. Pero a pesar de lo anterior, la atención en anticoncepción estaba instalada en el sector salud, entre médicos y matronas, por lo cual las acciones continuaron realizándose (Faúndez, 1997; en MINSAL, 2018). Además, en 1989 se derogó el Artículo N°119 del Código Sanitario que desde 1931 había regulado el aborto terapéutico, prohibiéndose el aborto en cualquier circunstancia.

Durante la dictadura militar, entonces, se privilegió el desarrollo de una medicina privada, mientras las acciones y programas de salud desarrolladas por el Servicio Nacional de Salud siguieron vigentes (Goic, 2015). Pero, y como adelantaba Goic (1979), lo que se generó fue un cambio radical en la forma de pensar la salud en nuestro país, pues se introdujo la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago; y porque se reconoce al lucro en salud como legítimo

y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener mejoras en la salud de la población. Desde entonces, el sistema Isapres se ha caracterizado por serias restricciones de acceso al sistema (pre-existencias), multiplicidad de planes de atención de variable pero alto costo para quienes han optado por afiliarse a este sub-sistema, incremento anual inconsulto del costo de los programas de atención y desmesuradas ganancias corporativas (Goic, 2015).

Más adelante detallaré la organización del cuidado en cada subsistema de salud, pero primero me detendré en otros antecedentes que permitirán entender la configuración actual de la atención de nacimiento en el país, en el marco de la reforma de salud pública que se gestó desde el regreso a la democracia en los años 90 e implementó en el nuevo milenio.

Como vimos, a lo largo del siglo XX la atención obstétrica en Chile se caracterizó, por una parte, por la ampliación de servicios sanitarios, junto a la institucionalización y profesionalización de la atención de salud en general, y de salud materno-infantil en particular. Esto último, principalmente a partir de la instauración de la medicina estatal en la primera mitad del siglo, la ampliación de la atención obstétrica, el control pre y postnatal, la educación sanitaria dirigida a mujeres y políticas de planificación familiar a partir de la década del 60. Si bien hasta mediados del siglo las parteras empíricas convivían con profesionales de salud en la atención del nacimiento, fueron gradualmente desplazadas hasta su casi completa desaparición a fines de la misma centuria.

Sumado a lo anterior, una mejora en la calidad de vida de la población, como mejores condiciones de vivienda, mayor acceso a educación pública y consecuente aumento del ingreso per cápita, llevaron a una rápida disminución de la mortalidad materna e infantil. Por otro lado, destaca la reestructuración del sistema de salud a partir del año 1973, lo que produjo un cambio radical en la forma de atención de la salud, al generar dos subsistemas de atención, público y privado, con dinámicas diferenciadas de atención.

II.1.2. Las reformas en salud

II.1.2.1. De la salud materna-infantil a los derechos sexuales y reproductivos

Luego del retorno del país a un régimen democrático en 1989, se planteó como un desafío central de la acción gubernamental propiciar un desarrollo con equidad social. Para ello, se definieron grupos prioritarios -sectores más vulnerables de la población- para la acción del Estado; mujeres, niños(as), jóvenes y tercera edad, hacia los cuales se orientaron políticas públicas, especialmente aquellas que dicen relación con la oferta pública en materia social (Castro Santoro, 2001).

Con respecto a las mujeres, entre muchas otras medidas de diversos sectores, en salud se fue propiciando una reflexión sobre la histórica reducción de su ciclo vital a los ámbitos reproductivos y esencialmente maternos. En este marco, dentro del Ministerio de Salud se reemplazó en 1997 el Programa de Salud Materna y Perinatal, que se orientaba a la atención de salud de la mujer exclusivamente en el ámbito reproductivo, por el Programa de Salud de la Mujer, que incorporó un enfoque de salud integral con dimensiones no reproductivas de la salud como salud mental y salud laboral (Castro Santoro, 2001).

El concepto de salud integral fue central en el nuevo programa: “El replanteamiento de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona -hombre o mujer- conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre” (MINSAL, 1997, p. 7). El programa integró el marco ético formulado por la OMS en 1994 en relación a los cuidados ginecológicos y obstétricos, en el cual se destaca el principio de la autonomía -rol que la mujer debe adoptar en el cuidado de su salud- y el principio de la equidad -que todas las mujeres sean tratadas con igual consideración- (Castro Santoro, 2001).

El Programa de Salud de la Mujer, si bien constituyó un avance con respecto al de Salud Materna y Perinatal, fue mostrando limitaciones debido a que centraba la responsabilidad de la sexualidad y reproducción principalmente en mujeres heterosexuales, sin prestaciones específicas para hombres en salud sexual y reproductiva, ni para personas que no se definieran como heterosexuales. De ahí que el 2018 el MINSAL publicara la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que:

[A]spira a que todas las personas, a lo largo de su ciclo vital, vivan su sexualidad y reproducción de forma plena y que encuentren una adecuada respuesta de salud; todo ello en un marco de derechos humanos, curso de vida y equidad de género, en el ejercicio de sus identidades culturales, orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, diversidad de funcionamiento, libres de toda forma de discriminación y violencia; favoreciendo el bienestar personal, de la familia, comunidad y sociedad en general. (MINSAL, 2018, p. 34)

Este propósito se hace cargo y responde a varios de los ejes críticos de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en las últimas décadas, que han estado marcados por una fuerte tensión entre grupos conservadores ligados a la Iglesia Católica e iglesias evangélicas, y grupos liberales. El *Informe sobre Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile* de la Corporación MILES (2016), evidencia que hasta la actualidad existen problemáticas y asuntos pendientes que distan de los acuerdos y recomendaciones internacionales ratificadas por Chile e incluso de la propia legislación nacional. Ilustraremos estos asuntos pendientes en dos ejemplos, el currículo escolar de educación sexual, y el aborto.

Respecto a la educación sexual, hasta la fecha no ha sido posible implementar un currículo con un mínimo de contenido transversal obligatorio para toda la población (Rojas, Eguiguren, Matamala, Palma y Gálvez, 2017). Entre los años 1996 y 2001, se implementaron las denominadas Jornadas de Conversación en Sexualidad y Afectividad (JOCAS), las cuales generaron fuertes reacciones por parte de los sectores políticos conservadores y de la Iglesia Católica. Luego se creó el Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010, el cual buscaba superar las debilidades detectadas de las JOCAS fortaleciendo el rol de Ministerio de Educación, el apoyo a las familias y a las comunidades escolares en materia de educación sexual (Olavarría, 2008). En año 2010 se promulgó la Ley 20.418, emanada desde el Ministerio de Salud, que normó la información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Si bien la ley señala en su artículo primero la obligatoriedad de que los establecimientos educacionales con educación secundaria incorporen un programa de educación sexual, el reglamento que hizo efectiva la ley no hizo referencia a dicho artículo, lo que inhabilitó la intención original de la ley. A pesar de esto, desde su promulgación la ley se transformó en una fuerte señal para la política en educación sexual, especialmente para las escuelas. Esta ley tuvo una fuerte influencia en el establecimiento de la política que le siguió entre los años 2011 y 2014, la cual asumía la obligatoriedad impuesta por la Ley 20.418 (2010) y se materializó en la selección por parte del Ministerio de Educación de un grupo de programas de educación sexual impartidos por privados, los cuales conformarían un portafolio a poner a disposición de los establecimientos educacionales (Reyes, 2016). Desde entonces, esto ha generado que la educación sexual impartida por las escuelas sea altamente heterogénea, ya que permite a cada uno de los establecimientos educativos del país elegir, según la afinidad con el proyecto valórico de la institución, entre los programas de educación sexual acreditadas por el Estado (Reyes, 2016). En opinión de diversas(os) autoras(es), esta política del portafolio reflejó una postura conservadora que reubicó el tema de la educación sexual en la esfera de lo privado, adscribiendo además a una lógica de mercado (Arenas, 2016; E. Figueroa, 2012; Palma, Reyes, Moreno, 2013). Hasta la fecha, la información y educación sexual en el país presenta graves deficiencias, entre ellas, que promueve un marco heteronormativo y biologicista; que su enfoque no promueve la participación; que refuerza un enfoque de riesgo respecto a la salud sexual y reproductiva, centrado principalmente en el cuerpo de las mujeres jóvenes (Dides y Fernández, 2016; Macintyre, Montero y Sagbakken, 2015).

Con respecto al aborto, entre 1931 y 1989 el Código Sanitario de Chile permitía el aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer. Pero tan solo a meses del fin de la dictadura militar, el gobierno derogó el aborto terapéutico, modificando el Código Sanitario y el Código Penal. Por casi tres décadas -entre 1989 y 2017- el aborto estuvo penalizado en todas sus circunstancias, y fueron muchos los proyectos de ley que intentaron cambiar dicha situación sin éxito. En 2015, el gobierno de Michelle Bachelet presentó el proyecto que se convertiría en septiembre de 2017 en la Ley N° 21.030, que regula la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (riesgo

de vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación). Pero incluso tras la aprobación de la ley, diputados y senadores de derecha presentaron un requerimiento de inconstitucionalidad para declarar la norma ilegal; que fue finalmente rechazado por el Tribunal Constitucional. No obstante, dicho Tribunal amplió la objeción de conciencia del plano personal al institucional, medida que ha generado diversos problemas de acceso a la norma (Dides, Soto, D'Angelo, Canales y Fernández, 2018).

Estos ejemplos muestran que los principios en que se basa la reciente Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva -de autonomía, de igualdad y no discriminación, de integralidad y de participación (MINSAL, 2018)- hasta la fecha ha resultado difíciles de garantizar en la atención de salud en el país. En los capítulos que siguen veremos si y cómo se presentan en la atención del nacimiento.

II.1.2.2. La reforma de salud del nuevo milenio y su impacto en la atención del parto

La red hospitalaria pública experimentó una grave crisis en los 90, caracterizada por una demanda creciente de la población y una capacidad de oferta del sector deteriorada por la falta de inversión vivida durante la dictadura militar de las dos décadas anteriores. Por ello se hicieron esfuerzos por recuperar y mejorar infraestructura, tecnología y recursos humanos, junto con aumentar la cobertura y la capacidad resolutive de la atención primaria municipal. Se diseñaron diversas fórmulas para incentivar productividad y el diseño de mecanismos de pago asociados a las prestaciones efectuadas (Artaza, 2008). Así, en el año 1994 se emprende la implementación de pagos asociados a resultados, naciendo los programas de prestaciones complejas; Programas de Oportunidad en la Atención (POA) y el Programa del Adulto Mayor (PAM). En 2001, por su parte, surgen los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) y Pago por Prestación (PPP), ambos para la atención hospitalaria, el Per-cápita para la atención primaria y los llamados Programas Especiales, para la atención primaria y de los niveles superiores (Salazar, 2013). Entre estos programas, me interesa describir el PAD -pues tendrá incidencia en las modalidades de atención y pago del parto- que nace con el objeto de incentivar la eficacia en la atención médica y promover la eficiencia en la administración de los recursos destinados a la atención usuaria. Se trata de un paquete de procedimientos médicos y quirúrgicos, con un precio fijo para las prestaciones incluidas en el programa (que suman 73 en 2020),⁵⁷ en los establecimientos asociados al convenio (Modalidad Libre Elección o MLE). El mecanismo consiste en un esquema de retribución financiera para el prestador, toda vez que el costo de la resolución de la patología sea, en promedio, menor al precio definido en el PAD. Al hacer uso de este mecanismo de pago,

⁵⁷ Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/Noticia-PAD-en-linea>

Fonasa cobra al beneficiario el copago correspondiente a la prestación otorgada y paga al prestador un monto igual al valor de la atención definido por el PAD. De esta forma se busca reducir los trámites administrativos, relativos a efectuar cobros por diferencias no bonificadas por Fonasa y también se busca evitar las listas de espera por insuficiencia de oferta en el sector público (Salazar, 2013).

Cuando se creó el PAD, al inicio del nuevo milenio, el gobierno estaba comenzando la tarea de modernizar el sector salud. En 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conformarían la Reforma de Salud (que se aprueban entre 2003 y 2005), cuyos contenidos fueron: derechos y deberes del paciente; autoridad sanitaria y gestión; Ley de Isapres; financiero; y Régimen de Garantías en Salud (Bastías y Valdivia, 2007). Esta reforma buscaba garantizar la igualdad de derechos e implementar políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.

Nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros se siguieron incorporando a la gestión de salud pública; en el 2002 se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), las cuales son programadas anualmente y monitoreadas en su cumplimiento mensual, para que sean pagadas como producción. Las PPV constituyeron el punto de partida para poder implementar la reforma más emblemática, conocida en un inicio como Reforma AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas) (Salazar, 2013), la cual representó “una forma renovada de concebir la salud como política social, que tiende a perseguir valores de universalidad y solidaridad dentro del sistema” (Tapia Olmos, 2015, p. 169).

Es así como en el año 2005 se implementa la reforma de salud, integrando enfoques de salud familiar, intersectorialidad, promoción y prevención de salud, educación comunitaria, participación y control social; buscando superar el modelo tradicional focalizado en la salud-enfermedad para pasar a un Modelo de Atención Integral (MINSAL, 2005). El Modelo Integral de Salud en el contexto de la reforma se define como:

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (MINSAL, 2005, p. 10)

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud, establecidas en la Ley N° 19.966 de 2004, se enfoca en al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud (Bastías y Valdivia, 2007). Se trata de un beneficio para toda la población que no discrimina

edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas. Contempla una lista de condiciones de salud o patologías; tanto Fonasa como las Isapres deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios (Salazar, 2013).

Dentro de las garantías en salud, me interesa detenerme en el problema de salud AUGE N°54, la analgesia del parto, que se incorporó en julio de 2007. Consiste en:

El adecuado manejo del dolor con apoyo farmacológico, para mejorar la calidad de atención de la mujer durante el trabajo de parto y en el parto. Las técnicas de analgesia regional v constituyen la mejor alternativa actual para el alivio farmacológico del dolor en el trabajo de parto y en el parto vaginal.⁵⁸

Esta medida fue impulsada principalmente por las grandes diferencias de cobertura que presentaba la analgesia farmacológica, específicamente la anestesia epidural, entre los sistemas de salud privado y público, estando disponible para la totalidad de partos vaginales en el primero, y en menos del 50% en el segundo. En 2005 y 2006, el 36% y 42% de los partos vaginales ocurridos en salud pública contaron con analgesia epidural, respectivamente (Villagrán et al., 2012). Sin embargo, a juicio de los gremios de salud materna, los problemas que acarrearía esta medida eran mayores que sus beneficios. El Colegio de Matronas, en carta de abril del 2007 dirigida “a la opinión pública, a las mujeres del país”, planteaba que las maternidades de zonas rurales del país –cerca de 150 hospitales públicos de menor complejidad sanitaria- estaban amenazadas por la inclusión de la analgesia del parto dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES). En dicha carta especificaban que estos hospitales cubren a toda la población rural, de la cual un importante segmento corresponde a los tres quintiles de menores ingresos. Se trata de centros de salud que entregan atención a través de profesionales matronas, a acciones de consejería en salud sexual y reproductiva, acciones de prevención con enfoque familiar, y a la atención institucionalizada del parto. Expresan preocupación por el futuro de estas maternidades de incluirse la atención del parto como un problema de salud en las GES,

[Y]a que para que se cubra, como tal, es imprescindible contar con una infraestructura adecuada, que permita “vender” la garantía a seguros de salud públicos o privados. Esta es una infraestructura con la que ahora sólo soñamos para nuestras ruralidades. Más grave aún es que esta inclusión se realice dentro de una política de salud cuyo principio básico es financiar las enfermedades más recurrentes y de más alto costo. El parto NO es una enfermedad ni tampoco su atención reviste un alto costo.⁵⁹

⁵⁸ Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-3707.html>

⁵⁹ En boletín RELACAHUPAN mayo de 2007. Recuperado de <http://www.soniacavia.com.ar/relacahupan.com.ar/bol207.htm>

La garantía GES de analgesia del parto, continuaba la carta, requiere de recursos humanos con los que las maternidades rurales no cuentan, por tanto la medida:

[A]tenta contra la salud de las mujeres de zonas rurales, quienes no sólo no podrán contar con médicos anestesiólogos sino que, además, tampoco podrán tener el derecho a ser atendidas por un profesional calificado, como es la matrona de turno, para la resolución de su urgencia. Ello, porque aunque haya disminuido la tasa de natalidad en nuestro país, la urgencia no es predecible y menos medible. [...] Tal como lo plantean las actuales políticas públicas del sector, las maternidades de los establecimientos de salud rurales están condenadas a desaparecer, dejando en el mayor desamparo sanitario a las mujeres que viven en zonas aisladas o poblaciones dispersas, al privarlas eventualmente de la cobertura institucionalizada del parto, control del embarazo, puerperio, recién nacido y a la consejería en salud sexual y reproductiva, acciones que por más de 40 años las matronas y matrones chilenos hemos venido desarrollando.

Más adelante veremos qué ha sucedido desde entonces con este debate. Llegamos así al 2007, en el contexto de la implementación reciente de la Reforma de Salud. Con una atención del parto ocurriendo en el país en un 99,8% en instituciones de salud, atendido por profesionales de salud, e indicadores de mortalidad que habían descendido considerablemente; la mortalidad materna era de 44 por 100.000 nacidos vivos (Koch et al., 2012) y la neonatal de 5,6 por 1.000 nacidos vivos.⁶⁰

II.1.3. El parto “personalizado”

Desde el retorno a la democracia, como ya revisé, se realiza un esfuerzo por incluir a grupos que habían quedado excluidos, y a partir del 2002 el Estado comienza a instalar políticas sociales orientadas a la progresiva disposición de un Sistema de Protección Social de carácter intersectorial, para acompañar a las personas durante su trayectoria vital. Dos de los grupos prioritarios identificados como receptores de políticas de protección fueron las mujeres y las(os) niñas(os). A continuación voy a detenerme en describir las dos iniciativas que se vinculan a estos grupos durante la atención de la gestación y el parto: se trata del Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (Ley N° 20.379, 2009), y del *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), que norman el nuevo modelo de atención “personalizada del nacimiento”.

A inicios del nuevo milenio, las(os) profesionales encargadas(os) del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud junto a un grupo de profesionales de salud que se desempeñaban

⁶⁰ Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/94b4cb1b29bc26a2e04001011e013430.pdf>

en diversas regiones del país, impulsaron una reflexión sobre el modelo excesivamente medicalizado de parto y fueron instalando la necesidad de reformular el modelo de atención, en concordancia con los lineamientos internacionales sobre la materia.⁶¹ Fue así que en mayo del año 2000 se organizó el Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo, en el cual especialistas del país se reunieron por primera vez a reflexionar sobre la temática, recogiendo las reflexiones e inquietudes de profesionales de la salud de distintas instituciones, así como la incorporación del mejoramiento de la calidad en la atención obstétrica como parte de los Objetivos Sanitarios establecidos para la Década 2000-2010 (Muñoz et al., 2001).⁶²

Durante la década siguiente, el “parto humanizado” fue el lema de una serie de acciones en toda la región y el país las cuales tenían como objetivo incluir el nacimiento normal en la agenda, dado el aumento de las tasas de intervenciones obstétricas y los crecientes reportes de abusos cometidos durante la atención. Un número reducido de profesionales de la salud, académicas(os) y activistas lideraron el movimiento tanto desde el Ministerio de Salud como desde instituciones académicas, de salud y desde organizaciones de la sociedad civil; organizando una serie de encuentros a lo largo del país para avanzar en la temática. Los obstetras y matronas involucrados fueron aquellos que lideraban experiencias de cambio al interior de maternidades de diversas regiones del país (experiencias descritas en Sadler, 2009).

El uso del concepto de “humanización” del parto resultó en un inicio conflictivo y polémico: muchas(os) profesionales de atención de salud lo interpretaban como una crítica al trabajo que realizaban, como si lo que hicieran fuera “deshumanizado”. De la mano de este problema conceptual, el movimiento de humanización del nacimiento planteaba la reducción del intervencionismo obstétrico innecesario y excesivo, lo que era interpretado con recelo, como un “volver atrás” y un poner en peligro los buenos indicadores de mortalidad materna e infantil que el país había alcanzado. Este problema derivaba de un inacabado conocimiento sobre la evidencia científica y las orientaciones de la OMS para la atención del nacimiento (Sadler, 2009). No obstante lo anterior, la importancia y necesidad de un cambio en el modelo de atención se fue instalando gradualmente hasta que se materializó en la publicación del *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*⁶³ en 2008, emanado desde el Ministerio de Salud (MINSAL, 2008).

El *Manual* se funda en el marco del derecho a la salud en un sentido amplio e integral que incluye aspectos físicos, psíquicos y sociales, tal como los estipula la OMS y particularmente en relación

⁶¹ Como muestro más adelante, en el apartado de “Activismo por los derechos en el nacimiento”, este proceso se da en el contexto de un creciente movimiento de la sociedad por impulsar cambios en el modelo de atención.

⁶² Muchas de las personas que participaron en este encuentro viajaron a fines de ese mismo año a la Primera Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil.

⁶³ De aquí en adelante lo llamaré *Manual de Parto Personalizado*, como coloquialmente se conoce en el país, o simplemente *Manual*.

a los derechos sexuales y reproductivos de las personas como sujetos activos que participan junto a las(os) profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para ellas mismas, sus parejas y familias. Integrando un enfoque de género, pretende contribuir a soslayar las inequidades de género en relación al rol y control activo de las mujeres en su salud sexual y reproductiva y al incentivo del ejercicio activo de los hombres en el proceso reproductivo y de crianza (MINSAL, 2008). En el texto se describe lo que se entiende por atención integral y humanizada; se discute el concepto de calidad de la atención, ampliando el foco desde los indicadores de mortalidad a una atención que tome en cuenta el bienestar integral y psicosocial, y se detallan las prestaciones de salud desde la atención preconcepcional, pasando por visitas domiciliarias, atenciones prenatal, nutricional, del trabajo de parto y parto fisiológico,⁶⁴ del recién nacido, y hasta el postparto y apoyo en la lactancia materna.

Además del trabajo que llevó a la publicación del *Manual de Parto Personalizado* (MINSAL, 2008); se fue dando un proceso de visibilización creciente de las(os) niñas(os) como sujeto prioritario de acción del Estado, que se consolidó en 2007 al iniciarse la implementación intersectorial del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, como respuesta a cifras preocupantes en el desarrollo integral y calidad de vida en la infancia (Atalah et al., 2013). La iniciativa consiste en un conjunto integrado de prestaciones que aspiran a erradicar inequidades durante la gestación, nacimiento y desarrollo inicial de las personas que se pueden transformar en barreras para su desarrollo integral (ChCC, 2015), y se institucionalizó en 2009 con la creación de la Ley N°20.379 que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social, dentro del cual está el Subsistema Chile Crece Contigo.⁶⁵ Las acciones de dicho Subsistema se complementan con las del *Manual de Parto Personalizado* en diversos de sus componentes; ambas iniciativas constituyen en la actualidad los dos marcos de referencia y normativas principales para la atención del nacimiento.

El Chile Crece Contigo, se basa en la comprensión de que el desarrollo y salud de niñas(os) depende de un conjunto de factores que sólo pueden ser abordados de manera integrada, y de

⁶⁴ El foco de este *Manual* es el proceso fisiológico; para los procesos que presentan patología o complicaciones se encuentra la Guía Perinatal de 2015, cuyo objetivo es: “[E]ntregar recomendaciones para apoyar al equipo de salud, en la atención de mujeres en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y posparto, para la prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna ante la presencia de factores de riesgo y complicaciones, basados en la mejor evidencia disponible, favoreciendo la atención orientada a la calidad, seguridad y al uso eficiente de los recursos, con el fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal” (MINSAL, 2015, p. 14).

⁶⁵ El Sistema Intersectorial de Protección Social se define como “un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida” (Ley N° 20.379, 2009). Comprende el conjunto de programas y beneficios que el Estado entrega a la ciudadanía para combatir la pobreza y disminuir la vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades, así como para garantizar el ejercicio de sus derechos, a lo largo de todo el ciclo vital. En este sistema se encuentran los Subsistemas Chile Crece Contigo; Chile Seguridades y Oportunidades, Noche Digna, Registro Social de Hogares y el Sistema Integrado de Información Social.

ahí que busque que las(os) niñas(os) alcancen su máximo potencial, a través del acompañamiento en su trayectoria; desde la gestación, su ingreso al sistema escolar, hasta el término del primer ciclo básico (8 o 9 años de edad). Para ello contempla un sistema de provisión de servicios coordinados, con objetivos y metas comunes entre diversos ministerios, otorgando prestaciones universales y específicas cuando así se requiera, de acuerdo a las necesidades particulares de cada menor y que se articula a partir de un modelo de gestión local compuesto por municipalidades, centros de salud, centros de educación inicial y otros servicios locales vinculados a la niñez. Si bien se articulan diversos sectores, el subsistema tiene como eje al sector salud, a través del cual se establecen alertas tempranas que determinan las prestaciones necesarias (Bedregal, Torres y Carvallo, 2014; ChCC, 2015).

Dentro del Chile Crece Contigo, me detendré en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), en sus componentes de Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal, y de Atención del Proceso del Nacimiento. Dicho Programa se ejecuta desde los Servicios de Salud y constituye la puerta de entrada al Chile Crece Contigo a partir del primer control de gestación, y sus acciones complementan y refuerzan las prestaciones regulares de control prenatal, atención del parto-nacimiento y control de la(del) niña(o) sana(o). Específicamente, las acciones de salud contemplan: el fortalecimiento del desarrollo prenatal enfatizando la detección temprana de riesgos biopsicosociales; la atención personalizada del proceso de nacimiento; la atención integral a la (al) niña(o) hospitalizada(o); el fortalecimiento del control de salud; y el fortalecimiento de las intervenciones y atención integral y sistemática en niñas(os) en situación de vulnerabilidad y/o con rezagos en su desarrollo (ChCC, 2015).

El componente de Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal busca la detección precoz de riesgo biopsicosocial, la participación activa del padre o persona significativa para la gestante y la construcción de planes de cuidado prenatal con enfoque familiar. Aquí se encuentra el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN), que incluye actividades educativas para la gestante y su pareja (o acompañante), las cuales buscan entregar apoyo cognitivo y emocional para aumentar la capacidad de autocuidado y el bienestar, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza temprana durante el puerperio (ChCC, 2017). Los talleres de educación grupal constituyen la principal actividad educativa, que se apoya de una serie de materiales gráficos que se entregan a la mujer gestante y están disponibles en el sitio web del Chile Crece Contigo. Los talleres prenatales consisten en cuatro sesiones en Atención Primaria de Salud y una sesión en la maternidad donde se atenderá el parto.⁶⁶ Las cuatro sesiones prenatales están destinadas a ser intercaladas con los controles de salud de la gestante y se describieron muy sintéticamente por primera vez en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso*

⁶⁶ Desde el 2016 se contempla una sesión en la maternidad, hasta entonces eran dos sesiones en la maternidad (por lo cual las sesiones eran 6 en total, que luego se redujeron a 5).

Reproductivo (MINSAL, 2008). Si bien esto ayudó a fortalecer la educación prenatal, la forma en que se han desarrollado los talleres ha sido muy heterogénea a lo largo del país, y además la asistencia ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo. En 2012, el 84% de las gestantes ingresadas a control prenatal asistían a los talleres (ChCC, 2017), y en 2018 esta cifra había descendido a un 49%.⁶⁷

Con el fin de estandarizar y mejorar la metodología y contenidos de las sesiones educativas prenatales, a fines del año 2017 el Chile Crece Contigo publicó el *Manual de talleres prenatales en la Atención Primaria de Salud: una herramienta para matronas y matrones*, en el cual se explica la metodología educativa y desarrollo de cada una de las sesiones de educación (ChCC, 2017). Para fines de esta tesis, no utilizaremos los lineamientos de este reciente *Manual* de 2017 sino los del *Manual de Parto Personalizado* de 2008, debido a que estableció las directrices para los talleres hasta el año 2017, año hasta el cual sucedieron los partos que se describen en este texto. Por tanto, las mujeres y sus parejas (o acompañantes) que asistieron a talleres de educación prenatal en salud pública hasta 2017, recibieron estos contenidos. La Tabla N°5 resume los temas y contenidos de las sesiones de educación prenatal como se desarrollaron entre 2008 y 2017.

Tabla N°5: Contenido de talleres de educación prenatal (2008-2017)*

Sesiones	Objetivo	Temas
1 (16 a 18 semanas de gestación): Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal.	Introducir a la madre y/o acompañante en el sentido o significado de la gestación, a través de la interacción con el grupo de pares. Favorecer la formación del vínculo seguro. Generar un ambiente cálido y de confianza. Motivar la participación de la pareja o persona significativa en la asistencia a los talleres de educación prenatal.	Desarrollo de hija(o) y los cambios físicos y psicológicos de la madre durante el embarazo. Primeras manifestaciones del vínculo, estimulación prenatal.

⁶⁷ Datos obtenidos desde el Sistema Reportabilidad ChCC para consulta rápida, “A02 Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria (2018)”. Recuperado de <http://chcc.minsal.cl/indicadores/resultados/1179>

<p>2 (22 a 23 semanas): Reforzando estilos de vida saludable y cuidados de la gestación.</p>	<p>Que las mujeres y sus parejas o persona significativa refuercen o desarrollen estilos de vida saludable y practiquen los cuidados de la gestación. Fomentar un ambiente armónico madre-padre-hija(o)-familia.</p>	<p>Estilos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física, cuidados odontológicos, salud mental, consumo de tabaco y drogas) y cuidados de la gestación.</p>
<p>3 (27 a 28 semanas): Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto.</p>	<p>Aprender las distintas posiciones que se pueden adoptar durante el trabajo de parto y parto. Reconocer el proceso del trabajo de parto, parto y entregar orientación para el nacimiento. Promoción del vínculo extrauterino madre-padre-hija(o) -APEGO. Rol del padre en el proceso.</p>	<p>Signos y síntomas del trabajo de parto. Definir los tipos de parto: natural, normal, cesárea y fórceps y los períodos del parto. Orientación para el nacimiento dirigida a la gestante y su pareja y/o persona significativa. Rol del padre en el proceso.</p>
<p>4 (32-33 semanas): Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y del puerperio.</p>	<p>Entregar orientación sobre el puerperio, importancia de la lactancia materna, ventajas y técnicas de amamantamiento. Cuidados de recién nacida(o). Reforzar el vínculo madre-padre-hija(o)-familia.</p>	<p>Técnicas y ventajas de la lactancia materna. Puerperio y cuidados del o la recién nacida(o). Reforzar importancia del vínculo madre-padre-niña(o)-familia.</p>
<p>5 (36 semanas, en maternidad): Reconociendo el lugar del parto y nacimiento, a través de visita guiada a la maternidad.</p>	<p>Entregar orientación respecto a la planta física, personal de las distintas unidades de la maternidad y la participación de la madre, padre o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto. Reconocer el personal de las distintas unidades de la maternidad.</p>	<p>Preparación para el parto.</p>

<p>6 (38 semanas, en maternidad): Participando en el proceso del Trabajo de Parto y Parto.</p>	<p>Entregar orientación respecto a la participación de la madre, padre o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto. Reconocer la importancia del apego y sus fundamentos.</p>	<p>Trabajo de parto y resolución del parto: espontáneo, fórceps o cesárea. Participación de la mujer, pareja o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto (deambulación, realizar ejercicios en el preparto y poder de decisión con respecto al uso de analgesia y los diferentes procedimientos). Apego y sus fundamentos.</p>
---	--	---

*Resumen de descripción de sesiones de MINSAL, 2008, pp. 123-128

Dentro del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, en el componente de Atención Personalizada del Proceso de Nacimiento (que contempla el periodo de parto y puerperio) se encuentra la atención del parto, en la cual se indica que la atención se realice de acuerdo a las normas contenidas en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), entregando una “atención integral y personalizada a la mujer gestante y a su acompañante en los diferentes momentos del proceso del nacimiento: preparto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas” (ChCC, 2018, p.17).

En el catálogo de prestaciones 2018 se define la atención personalizada del parto como la:

Atención integral y personalizada a la mujer gestante y a su acompañante en los diferentes momentos del proceso del nacimiento: preparto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas, con el manejo oportuno del dolor y respetando la pertinencia cultural. El trabajo de parto se maneja siguiendo los procesos fisiológicos naturales, no invasivos, previniendo complicaciones para la madre y su hijo/hija y considerando los procesos emocionales de la mujer y su pareja o persona significativa de acuerdo a las normas contenidas en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. El equipo de salud debe estar capacitado para dar una atención centrada en las necesidades de la mujer, en el establecimiento de un vínculo con su recién nacido(a) y promover la participación activa de la pareja o persona significativa durante todo el proceso del nacimiento. (ChCC, 2018, p. 17)

Las condiciones que se recomiendan para promover el parto personalizado son: espacio físico apropiado para la participación de una persona significativa manteniendo la intimidad necesaria, procurar tener en la sala de partos un ambiente privado, acogedor, temperado, con

luz tenue y evitar al máximo posible los ruidos ambientales y los estímulos fuertes para el recién nacido y su familia, y evitar separaciones innecesarias entre la madre y su hija(o) y favorecer el alojamiento conjunto en forma continua. Se sugiere la readecuación de la planta física en caso de ser necesario (ChCC, 2018, p. 17).

Las acciones que se especifican son las siguientes:⁶⁸

Atención personalizada y continua por el mismo profesional durante el trabajo de parto y parto favoreciendo la evolución fisiológica del proceso, minimizando intervenciones innecesarias según el plan de atención.

Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidas y tratadas como protagonistas del evento, respetando las diferencias culturales.

Informar a la mujer sobre alternativas para el manejo del dolor del trabajo de parto, ya sean farmacológicas o no.

Ejecutar el primer contacto físico piel a piel entre la madre, padre e hijo/ hija, desde el momento del nacimiento hasta 60 minutos después del parto, a menos que exista contraindicación médica. Todo procedimiento postalumbramiento, que no sea estrictamente necesario, debe ser diferido al menos 60 minutos para realizar contacto piel a piel entre el bebé y su madre.

En parto normal: si las condiciones de salud de la madre y el niño(a) lo permiten se recomienda contacto piel a piel de por lo menos 60 minutos, en cuyo contacto se favorecerá el reconocimiento sensorial (visión, audición, olfato, tacto) mutuo, la reptación y búsqueda del pezón y el acople boca pezón para iniciar lactancia. Si la madre no está en condiciones de realizar este contacto, lo puede realizar el padre del recién nacido(a), exceptuando el acople.

En parto cesárea: si las condiciones de salud de la madre y el niño(a) lo permiten se recomienda contacto piel a piel de por lo menos 30 minutos. Si la madre no está en condiciones de realizar este contacto, lo puede realizar el padre del recién nacido(a), exceptuando el acople. No se recomienda en cesáreas de urgencias.

Si las condiciones de pabellón no permiten esta intervención, se recomienda hacer las modificaciones para que esta intervención sea posible.

Nota: No se considerará contacto piel a piel si el recién nacido(a) está vestido. Tampoco aquel contacto que se realice recién después de 20 minutos post parto.

El objetivo del contacto piel a piel es dar inicio a la relación vincular entre el bebé y su madre y padre de la forma más sensible y humana, la evidencia demuestra que este contacto es necesario para calmar el estrés por nacimiento y por cambio de ambiente del bebé, para iniciar lactancia exitosa, para consolar al bebé; y todo esto promueve seguridad en la relación de apego. Por otro lado la madre y el padre

⁶⁸ Es relevante detallarlas pues nos detendremos en varias de ellas en los capítulos que siguen.

se benefician también mostrando una mayor sensibilidad y autoeficacia en el cuidado del bebé.

Favorecer la continuidad de la atención a la familia desde el proceso de parto hasta el parto, realizada por matrona o matrócn.

Derivación personalizada de casos a Puerperio (o Ginecología). Énfasis en la derivación personalizada de mujeres y sus familias con alta vulnerabilidad psicosocial, con experiencias de parto y parto difíciles, con recién nacidos hospitalizados o en casos de muerte perinatal.

Fomento de la compañía del padre o familiar cercano durante el trabajo de parto y parto.

ChCC, 2018, p. 17, *negritas en original.*

Como se aprecia en el texto del cuadro recién presentado, el énfasis está puesto en el bienestar de la(del) bebé; el componente con mayor desarrollo es el contacto piel a piel (de hecho, es la única acción que se justifica, cuyo objetivo es el de promover seguridad en la relación de apego), lo que nos lleva de regreso a una discusión que inicié al hablar de las políticas de maternidad de la segunda mitad del siglo XX y la influencia de la teoría del apego en las mismas. A grandes rasgos, el Chile Crece Contigo establece un enfoque de crianza respetuosa como marco de referencia transversal a todos los programas, contenidos y acciones que realiza, enfoque que se basa en la:

[E]videncia y en la teoría del apego, que sostiene como premisa inicial, que todo niño y niña merece respeto a sus necesidades y ritmos de desarrollo desde su gestación. Por ello promueve estrategias de crianza que se traducen en maneras de cuidar, alimentar, proteger y satisfacer las diversas necesidades infantiles (tanto físicas como emocionales), que reconocen a los niños(as) como sujetos de derechos y atienden sus necesidades específicas en esta etapa de su vida. (ChCC, 2015, p. 34)

Planteaba con anterioridad que, desde sus inicios, las políticas centradas en la teoría del apego estuvieron centradas más en la protección de la infancia que en la de los derechos de las mujeres en cuanto sujetos de protección como ciudadanas; y de ahí que las madres fueran consideradas como instrumentales para garantizar la supervivencia de las(os) niñas(os) (Casas y Valenzuela, 2012; Zárate, 2018a). La centralidad de la figura de la madre –biológica- como principal cuidadora y responsable del bienestar infantil sigue estando presente, si bien se ha ido matizando con una discusión de los derechos sexuales y reproductivos en que se releva la importancia de incluir a los varones, como se plantea en la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (MINSAL, 2018) y en los mismos materiales y directrices del Chile Crece Contigo. No obstante, la centralidad del bienestar infantil en el discurso es superior a la importancia de la

los principios de igualdad y no discriminación, de integralidad y de participación que se establecen como prioritarios en dicha Política (MINSAL, 2018). Discusión que profundizaremos en los siguientes capítulos de este texto.

A modo de resumen, entonces, han sido el *Manual de Parto Personalizado* (MINSAL, 2008) y el programa Chile Crece Contigo (ChCC, 2018) los instrumentos principales que establecen los enfoques y prestaciones que deben guiar la atención de la gestación, parto y postparto. Es importante tener en consideración las diferencias de “jerarquía” de estos instrumentos en cuanto a su aplicación durante la atención del nacimiento en el país: el Chile Crece Contigo se institucionalizó en la Ley N°20.379 (2009) que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social y sus componentes, mientras que el *Manual de Atención Personalizada del Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008) se posicionó como un documento de orientaciones y recomendaciones sin carácter de obligatoriedad ni asociándose a metas o indicadores de salud. Por tanto, y como veremos más adelante en esta tesis, las prestaciones que contiene el Chile Crece Contigo se cumplen en mayor extensión que las del *Manual*.

Las experiencias de parto que revisaré en los capítulos que siguen corresponden a partos ocurridos entre el año 2012 y el 2017, en los cuales estaban implementándose estos programas/políticas; y de ahí la importancia de haber caracterizado estas dos normativas de atención, que además iré describiendo en mayor detalle mientras se avance en el análisis. Antes de pasar a describir indicadores de atención actuales y experiencias de parto, voy a revisar los antecedentes que enmarcan el movimiento de la sociedad civil por el parto humanizado/respetado en Latinoamérica y Chile, para luego referirme a las iniciativas y lineamientos internacionales de salud pública que abogan por el mismo objetivo.

II.2. Activismo por los derechos en el nacimiento

En el presente capítulo describo el movimiento social por el parto respetado y la visibilización de la violencia ejercida en la atención del nacimiento mediante el uso del concepto de violencia obstétrica en Latinoamérica y Chile. Me detengo en la historia del nacimiento y desarrollo de diversas organizaciones de la sociedad civil que han trabajado para impulsar un cambio en el modelo tecnocrático de atención del nacimiento, las cuales han posicionado las experiencias de las mujeres al centro del debate, así como su relación –o más bien conflicto- con los colegios profesionales de atención obstétrica.

II.2.1. La “humanización” del nacimiento⁶⁹

En la región, Brasil fue el país que primero organizó las demandas de la sociedad civil por un parto respetado en la figura de ReHuNa, la Red para la Humanización del Parto y Nacimiento, fundada en 1993. Desde su fundación, el objetivo planteado por la Red ha sido el de divulgar conocimientos basados en evidencia en torno al cuidado materno y perinatal, en base a los lineamientos de la OMS, jugando un papel central en la creación de un movimiento regional por la “humanización del nacimiento”:

Que pretende disminuir las intervenciones innecesarias y promover cuidados del proceso de embarazo-parto-nacimiento y lactancia comprendido como un proceso natural y fisiológico basado en conocimientos científicos. (Rattner et al., 2010, p. 216)⁷⁰

En su carta fundacional, la Carta de Campinas, se reconocen las circunstancias de violencia y acoso en que se entrega la atención de salud reproductiva y específicamente las condiciones poco humanas a las que se someten mujeres y niñas(os) en el momento del nacimiento; y se describe el contexto de excesiva medicalización del nacimiento de Brasil, que presentaba entonces las mayores tasas mundiales de cesáreas –con algunas maternidades superando el 80%- (Rattner et al., 2010; ReHuNa, 2005).

Como explican Diniz y colegas, si bien se reconocía la violencia en la atención como problema fundamental, la organización decidió deliberadamente no usar el concepto de violencia, para favorecer términos como “humanización del parto y nacimiento”, “promoción de los derechos humanos de las mujeres”, en un intento por evitar reacciones hostiles de parte de los profesionales de salud. No obstante lo anterior, las autoras reconocen que una serie de cambios significativos han ocurrido en el debate desde que el problema se formuló como uno de violencia y derechos humanos en forma explícita (Diniz. et al., 2015; Diniz, Rattner, Lucas d'Oliveira, de Aguiar y Niy, 2018).

El año 2000 marcó un hito para la región; la ReHuNa, en asociación con la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) organizó la “Primera Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento”. La Conferencia se realizó en la ciudad de

⁶⁹ En el marco conceptual definí el concepto de “humanización”, discutiendo sus alcances e implicaciones. Por ello, acá no retomo esa discusión, sino que más bien hago un recorrido por el movimiento latinoamericano de derechos en torno al parto.

⁷⁰ Puede parecer contraproducente que el movimiento ponga foco en conocimientos “basados en evidencia” y “científicos”, cuando dicho conocimiento ha dado fruto y validado diversas prácticas abusivas de atención hacia las mujeres en su ciclo sexual y reproductivo. Y si bien el movimiento ha buscado interpelar la construcción misma de lo que se considera como el conocimiento válido y autorizado, se ha apropiado de lo “científico” como estrategia para articularse con los sistemas oficiales de atención de salud y dado que en el campo específico de la obstetricia, la misma OMS en 1985 (en la Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza) ha llamado enfáticamente a devolver el protagonismo a las mujeres y a reducir las intervenciones obstétricas innecesarias.

Fortaleza, misma ciudad que había albergado en 1985 la primera reunión de la OMS para discutir el curso que estaba tomando la atención obstétrica en el mundo y que dio origen a las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento* (OMS, 1985). El encuentro contó con cerca de 1800 participantes de 26 países (Rattner et al., 2010) y con prestigiosas figuras internacionales expertas en la materia,⁷¹ como la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd, quien relata:

Esperábamos alrededor de 600 asistentes, sin embargo, siguieron llegando hasta que el auditorio estuvo repleto de capacidad, ¡y me di cuenta de que estaba presenciando el nacimiento del movimiento social para la humanización del nacimiento en América Latina! Pronuncié mi discurso ante dos mil personas [...]. La conferencia de Fortaleza fue la chispa y la inspiración para muchos otros, así que en los siguientes cuatro años me encontré con el privilegio de hablar en las primeras conferencias sobre la humanización del nacimiento celebradas en 10 países de América Latina.⁷² (Davis-Floyd 2018a, p. 384, *traducción propia*)

La Conferencia permitió el encuentro del activismo brasilero con el regional, y asimismo del regional con el mundial, “generando una intensa fertilización de ideas y prácticas a partir de entonces” (Rattner et al. 2010, p. 221). Fue el lugar de nacimiento de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento –RELACAHUPAN- junto con representaciones nacionales de la misma en diversos países, entre ellos Chile; organización que sembró las semillas para que un sinnúmero de otras organizaciones fueran fundadas en la región.⁷³ El objetivo principal de la RELACAHUPAN fue planteado como “promover la humanización y el redescubrimiento de lo que es normal durante el ciclo reproductivo y neonatal” (Vera, 2010, p. 233).⁷⁴

⁷¹ Participaron figuras como Marsden Wagner, quien había sido coordinador de salud materna-infantil de la OMS, el obstetra francés Michel Odent; la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd; Ina May Gaskin; Leslie Page; Shigeko Horiuchi, entre otros. Tras la Conferencia, se publicó un suplemento del *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (vol. 75, sup. I, nov. 2001) conteniendo las exposiciones del encuentro (Rattner et al., 2010).

⁷² Uno de esos países fue Chile, donde Davis-Floyd participó en abril del año 2002 en el curso internacional “El Arte del Nacimiento en la Diversidad del Nuevo Siglo”, organizado por la Universidad de Concepción. Al mismo curso también asistieron como invitados Marsden Wagner y Michel Odent, quienes también habían sido expositores en la Conferencia de Fortaleza.

⁷³ La historia de RELACAHUPAN en la región y en Chile se construye a partir de mi participación en dichas agrupaciones y de los boletines periódicos y actas de reuniones publicados por la red y circulados entre sus integrantes. Los boletines de RELACAHUPAN en Latinoamérica se encuentran disponibles en <http://www.soniacavia.com.ar/relacahupan.com.ar/boletines.html>; los de la red en Chile se circulaban por correo electrónico entre sus integrantes y publicaban en sus sitios web (ya no disponibles online).

⁷⁴ La Red se organizó con dos coordinadoras regionales, Gilda Vera para Sudamérica y Debbie Díaz para El Caribe. Los siguientes fueron los países y organizaciones integrantes de América del Sur: Argentina (Dando a Luz), Brasil (Red Nacional de Humanización y Nacimiento –ReHuNa-, Curumim), Bolivia (Tahipamu), Colombia (Artemisa, Asoparupa), Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay (MYSU, Instituto Perinatal) y Venezuela (Buen Nacer). En Centro América y El Caribe fueron los siguientes: México (Parto Libre); República

A la Conferencia asistieron alrededor de 60 personas de Chile, entre ellas profesionales del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, obstetras y matronas de diversas regiones del país que ya estaban implementando (o intentando implementar) modelos humanistas de atención, entre otras personas como yo, que en aquel entonces era estudiante de antropología y llevaba alrededor de un año haciendo el trabajo de terreno que daría forma a mi tesis de título.⁷⁵

Entre los años 2000 y 2011 la coordinación regional de la RELACAHUPAN se mantuvo activa, publicando un total de 57 boletines con una periodicidad de uno al año entre los años 2001-2004, hasta llegar a once en el año 2011.⁷⁶ Cada boletín mostraba las actividades realizadas en los países miembros de la Red, eventos por venir, y difundía textos y artículos de sus miembros, y/o traducciones al español de literatura relevante. El aumento progresivo de periodicidad de los boletines y la cantidad de material contenido en cada uno va mostrando el crecimiento exponencial que fue viviendo el movimiento en Sudamérica y El Caribe. El apoyo a la partería tradicional fue uno de los ejes centrales del trabajo de la Red,⁷⁷ así como las actividades que desde 2004 comenzaron a realizarse en todos los países miembros para la Semana del Parto Digno y Respetado, una semana al año durante el mes de mayo en que se concentran actividades relativas al tópico, con lemas como “No a la Episiotomía”, “Libertad en el movimiento en el trabajo de parto y parto, las posiciones para parir”, “Respetemos los Tiempos del Nacimiento”, entre otros (Vera, 2010).

En Chile, el grupo fundador de la red local estuvo constituido principalmente por matronas de la V región (de las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso y Olmué), con dos integrantes de la ciudad de Santiago. Entre los años 2001 y 2010 el trabajo de RELACAHUPAN Chile estuvo muy

Dominicana, Trinidad & Tobago, Jamaica, Barbados, Antigua, Bahamas, San Thomas, Puerto Rico (Mujeres Ayudando Madres), Costa Rica (Primal, Mamasol), Cuba, Guatemala, Nicaragua (Asociación de Parteras Nicaraguenses), San Salvador, Panamá, Belize. En Europa: España (Plataforma Pro Derechos del Nacimiento). Otras instituciones colaboradoras fueron la Iniciativas de Paz, rama de la organización Iniciativa Comunitaria, Inc. (ICI), la Alianza Internacional de Parteras (IAM) y la Alianza Latinoamericana de Parteras (ALAPAR) (Vera, 2010, p. 235). Resulta importante destacar la participación de España, país donde en 2003 se fundó la organización El Parto es Nuestro, que en los años siguientes iba a establecer estrechos vínculos con el movimiento latinoamericano y con Chile.

⁷⁵ Recordemos aquí un evento que mencioné en el acápite anterior; en el mismo año 2000 (en mayo), se había realizado en Santiago de Chile el Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo, impulsado por el Ministerio de Salud y la Universidad de Chile. Es importante notar que una serie de obstetras y matronas sensibles y comprometidas(os) con el tema fueron instalando el tema al interior del sector salud, e intentando hacer cruces con el mundo activista, organizando diversos encuentros y seminarios.

⁷⁶ Pasando por 5 ó 6 boletines entre los años 2005 y 2008, 8 en el año 2009 y 9 en el año 2010.

⁷⁷ Colaborando con: Alianza Latinoamericana de Parteras; proyecto de parteras tradicionales junto a Iniciativas de Paz, en Petén, Guatemala; creación de la Red de escuelas comunitarias en Argentina a través del Proyecto Escuela de Parteras Comunitarias del Siglo XXI; apoyo en Brasil a la Escuela de Parteras CAIS do Parto, Olinda; la Asociación de Parteras Unidas del Pacífico Asoparupa en Colombia; en México con el Programa de Partería Cuernavaca, Morelos, Luna Maya, la Escuela de Partería Profesional Casa en San Miguel de Allende, el Centro de Iniciación a la Partería de Oaxaca; y en Puerto Rico con el programa de partería y parto humanizado Escuela Dar a Luz (Vera, 2010).

articulado con el de matronas y obstetras que estaban implementando el parto humanista en distintas maternidades del país, así como con el esfuerzo que se estaba realizando desde el Ministerio de Salud para generar nuevos protocolos de atención. El objetivo central de trabajo fue el mismo que el de la ReHuNa y de la RELACAHUPAN regional; el de divulgar los beneficios asociados al parto humanista o respetado y apoyar el tránsito hacia dicho modelo. Para ello, se identificaron representantes de la Red en cada región del país, que informaran de las actividades locales y a la vez difundieran la información que se les enviaba desde la coordinación central; información que, junto con la de todos los países miembros, era publicada en cada boletín.

De este modo, en los boletines de la RELACAHUPAN se daba cuenta de las actividades realizadas en el país, y se presentaban las experiencias de maternidades que estuvieran implementando el modelo humanista de nacimiento. Por ejemplo: en el boletín de agosto del 2005 se presentaba el modelo de atención del Hospital de Villarrica, ubicado en el sur de Chile, como “pioneros en el parto humanizado”, junto con el proyecto de salud intercultural en la maternidad del Hospital Regional de Iquique; y en el boletín de diciembre de 2007 se exponía la experiencia de atención de partos verticales en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Es importante mencionar que las actividades del Colegio de Matronas de Chile eran incluidas en el boletín, así como colaboraciones escritas de sus integrantes.⁷⁸

Las personas que coordinaron las actividades de la Red en regiones del país fueron principalmente las matronas y obstetras que se encontraban implementando –o intentando implementar- modelos de atención humanizados del nacimiento al interior de maternidades, incluyendo también algunas matronas que atendían parto en casa, en especial en la zona sur del país. Menciono esto para aclarar que se trató principalmente de una agrupación de profesionales por el parto respetado que buscaban difundir el movimiento hacia la sociedad en general. De ahí que un objetivo importante fuera el de contactar a usuarias que buscaran una atención de parto humanista con equipos de salud que pudieran atenderlas. A diferencia del resto de Latinoamérica y El Caribe, en Chile, la partería tradicional estaba casi extinta y se practicaban muy pocos partos en casa; la institucionalización del parto llegaba casi al 100% -fue de 99,8% en 1995 (Sadler, 2009)-, y por ello el movimiento se focalizó en la humanización del parto en maternidades (lo cual iba a cambiar en años posteriores).

Además del boletín, las integrantes participaron en diversos encuentros y cursos a lo largo del país para mostrar los objetivos de la Red y las experiencias exitosas de atención en el país. Esto último resultaba de gran relevancia, pues ante la hegemonía y poder del modelo tecnocrático de atención, la reacción habitual de los profesionales de salud era de desazón e incredulidad ante la

⁷⁸ Lo menciono pues más adelante se generaría un distanciamiento y quiebre del activismo nacional por el parto respetado con la directiva Nacional de dicho Colegio.

posibilidad de cambio. Las experiencias exitosas en el país (compiladas en Sadler, 2009), si bien eran muy pocas, mostraban la posibilidad efectiva de cambio.

Desde el 2006 en adelante, se mantuvo una alianza estratégica con la Red de Mujeres por los Derechos, conformada por más de diez agrupaciones con cobertura nacional que trabajaban en temas relativos a salud de la mujer. En el año 2008, la RELACAHUPAN en Chile obtuvo financiamiento de la organización MamaCash por un año, para costear la impresión de material de difusión y para implementar un centro de información y difusión sobre salud sexual y reproductiva de la mujer en la comuna de Viña del Mar. El financiamiento permitió también realizar una reunión nacional de la Red en aquella ciudad, costeando el viaje de 15 representantes de las coordinaciones regionales del país. En dicho encuentro se compartieron avances y se planificó el trabajo futuro con foco en la inserción comunitaria de las acciones a realizar.

En el año 2011, la coordinación de la RELACAHUPAN Chile pasó a la ciudad de Santiago, con un nuevo equipo coordinador. Dentro de la nueva estructura, tomó protagonismo la Escuela de Obstetricia y Puericultura de Universidad de Santiago de Chile, que estaba formando matronas con más herramientas del modelo personalizado de atención que las otras universidades del país. En un nuevo modo de trabajo, se abrió la convocatoria a integrantes de otras agrupaciones con objetivos afines, y a personas de la sociedad civil interesadas en el tema. Así, el grupo de trabajo quedó conformado por un grupo diverso en términos de trayectoria y ocupación: contó con doulas, educadoras prenatales, terapeutas de una diversidad de tradiciones médicas, matronas de atención pública, privada y en casa, antropólogas, sociólogas, entre otros.

Los objetivos y actividades de la Red se formularon como sigue:

Ámbito académico: orientado a cooperar en la formación de profesionales de la salud u otras disciplinas que se desempeñen en el área o tengan participación en las decisiones relacionadas con la gestación, el parto, el nacimiento y la crianza en Chile.

Ámbito de profesionales de salud y doulas: orientado a flexibilizar las pautas y a demostrar los beneficios de la humanización y sus principios.

Ámbito civil: orientado a comunicar, orientar, formar a las personas en sus derechos y en la evidencia existente en torno al tema. Ofrecer servicios relacionados y/o afines. Apoyar iniciativas ciudadanas relacionadas o afines a los objetivos de la Red.⁷⁹

⁷⁹ Acta de reunión RELACAHUPAN Chile del 28 de marzo de 2011. Además de las tres áreas mencionadas, se estableció la representación de Chile en la Red Latinoamericana de Doulas. Y como otro eje fundamental, se fortalecieron las representaciones locales de la Red en el país, con 24 personas en regiones trabajando como coordinadoras. El trabajo de la Red se organizó el trabajo en torno a las siguientes áreas: comunicaciones y web, parto-nacimiento natural, doulas, puerperio y crianza, publicaciones científicas, relaciones nacionales, y alumnas(os). Se creó una página de Facebook (Relacahupan Chile, cuya última publicación data de julio de 2017), una cuenta de Twitter, y una nueva página web (www.relacahupanchile.cl, que se mantuvo al mismo tiempo que la anterior de la red, www.nuestroparto.cl, ninguna de los cuales está activa en la actualidad).

Entre los años 2011 y 2013 se generaron boletines anuales resumiendo las actividades realizadas; algunos hitos del periodo fueron los siguientes:

- Creación, al alero de RELACAHUPAN Chile, de la organización Siembra de estudiantes de obstetricia y puericultura por un parto respetado.
- En 2011, la participación activa en el IV Congreso Internacional de matronas y matrones: Parto Humanizado, con una presentación sobre experiencias de parto humanizado en el país que culminaba con un acto en el cual integrantes de la Red, acompañados de sus hijas(os) y nietas(os), mostraban carteles alusivos al buen nacer.
- En junio del 2012, organización del Primer Encuentro de Gestación, Parto y Nacimiento Consciente, realizado en el aula magna de la Universidad de Santiago de Chile con más de 450 participantes. La actividad contó con el patrocinio de UNICEF y la colaboración de decenas de organizaciones de la sociedad civil. Expusieron integrantes de RELACAHUPAN, expertos nacionales y se contó la presentación del obstetra francés Michel Odent.⁸⁰
- En noviembre de 2013, la campaña #INNEcesareas con el objetivo de generar un debate sobre el exceso de cesáreas en el país y la promoción del nacimiento fisiológico: 5 videos que se viralizaron en redes sociales con testimonios de expertas(os) y figuras famosas en la escena local, especialmente actores y actrices contando sus experiencias de parto. La campaña tuvo gran cobertura de prensa.⁸¹
- Noviembre de 2014, Primer Encuentro Nacional de Redes por el Parto Respetado, realizado en la Biblioteca de Santiago, donde se buscaba generar un encuentro entre personas y agrupaciones que estuvieran interesadas y trabajando en temáticas afines.

Es importante también mencionar que, con fuerza desde 2010, se fue generando una cada vez mayor oferta y demanda de cursos y seminarios sobre temas relacionados con la gestación, parto y crianza “humanista”, organizados por grupos de la sociedad civil, centros dedicados a temáticas afines, instituciones educativas y profesionales de la salud. Una ola renovada de jóvenes activistas se involucró en estos temas y fundó una serie de nuevas organizaciones.

Desde 2014 en adelante, el trabajo hasta entonces periódico de RELACAHUPAN Chile fue dando paso a actividades más esporádicas y puntuales para ciertos eventos específicos como la Semana del Parto Respetado. Si bien la organización existe como figura legal hasta la actualidad (2020), ya casi no se organizan actividades a su alero; el último boletín informativo fue del año 2013, y

⁸⁰ Video del evento disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=wptwuWEogqo> (acceso el 24 de enero de 2019)

⁸¹ Disponible en youtube como #INNEcesareas

en su página de Facebook no hay entradas desde el 14 de junio de 2017. Al igual que sucedió con la RELACAHUPAN como coordinadora de América Latina –de la cual, como ya veíamos, el último boletín data de 2011-, estas coordinaciones centralizadas dieron lugar a una multiplicidad de organizaciones, iniciativas, cursos y actividades que ya se hacía cada vez más difícil centralizar. Los integrantes del grupo nuclear de RELACAHUPAN Chile ya contaban con sus propias organizaciones o las fueron fundando con el paso de los años, y fueron paulatinamente destinando sus energías a esos proyectos.

Fue así como el gran lema de “humanización del nacimiento” se fue desagregando en temáticas más específicas y la RELACAHUPAN en una multiplicidad de organizaciones profesionales y de la sociedad civil vinculados a los derechos durante la gestación, parto, post-parto y crianza, 14 de las cuales se agruparían en 2016 en la figura de la Coordinadora Nacional por los Derechos en el Nacimiento. El objetivo de la Coordinadora desde entonces ha sido el de coordinar acciones de sensibilización en torno a los siguientes temas clave: respeto durante el parto, información adecuada e imparcial y consentimiento sobre procedimientos, oferta de alternativas al parto medicalizado (incluyendo parto en casa), implementación de prácticas basadas en evidencia, y violencia obstétrica.

Como se aprecia en este breve recorrido, entre los años 2000 y 2016 el movimiento pasó desde ser una agrupación principalmente de matronas buscando cambios en la atención institucional del parto, a una extensa red de diversas organizaciones en temáticas vinculadas a salud sexual, reproductiva, etapas de gestación-parto-puerperio-crianza que además busca cuestionar la hegemonía del territorio institucional del nacimiento, abogando por la regularización del parto en casa.

De entre las organizaciones que forman parte de la Coordinadora, formo parte desde su fundación en 2014 del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (desde ahora en adelante mencionado como OVO Chile): se trata de una fundación abocada a generar información sobre dicha violencia, visibilizar los abusos cometidos durante la atención del parto y brindar apoyo académico, legal y psicológico a usuarias(os) y profesionales de la salud.⁸²

Como forma de continuar la historia del activismo por el parto respetado en Chile, me detendré a continuación en la apropiación y uso del concepto de violencia obstétrica, que desde 2012 en adelante fue reemplazando al de “humanización” y ocupando un lugar fundamental en el debate sobre la calidad de la atención del nacimiento.

⁸² Desde 2014 se han fundado otros Observatorios de Violencia Obstétrica liderados por grupos de la sociedad civil en diferentes países de América Latina y Europa, los cuales se agruparon en marzo del 2016 –en esa fecha participaban las agrupaciones de Chile, Argentina, Colombia, España y Francia- en la figura de Inter-OVO, con la publicación de una declaración común que establecía que la VO ha sido una de las más invisibles y naturalizadas formas de violencia contra las mujeres y que constituye una grave violación de los derechos humanos (Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica, 2016).

II.2.2. La violencia obstétrica se toma la agenda activista

El uso del concepto de violencia obstétrica marca un hito en el activismo por el parto humanizado. Como presenté anteriormente en el marco teórico, el concepto se acuñó en el año 2006 en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, tipificada como una de las 19 formas punibles de violencia contra la mujer (República Bolivariana de Venezuela, 2007). Tras Venezuela, el concepto también ha sido integrado en legislaciones de Argentina, Bolivia, Panamá y México, y se encuentra en proyectos de ley de diversos países de la región (Williams et al., 2018). En esta sección describo la historia de su uso en Chile y las reacciones que ha generado.

En Chile, en noviembre de 2012 se desarrolló el primer encuentro que utilizó el concepto; se trató del foro “Visibilizando la violencia obstétrica”, organizado por RELACAHUPAN Chile. Un año más tarde, la organización Espacio Crianza trajo a Chile a la psiquiatra española Ibone Olza, quien fuera una de las fundadoras de la organización El Parto es Nuestro, y en cuyo trabajo el tema de las secuelas de la violencia ejercida durante la atención del nacimiento era central. En ocasión de su visita, la organización Obsnatura y la Universidad de Valparaíso organizaron el seminario “Violencia obstétrica: claves para detectar, prevenir y abordar las secuelas del trauma y violencia en el parto en usuarias y profesionales”, en el cual expuso Ibone Olza y quien escribe. En diciembre del mismo año, la agrupación Nacer en Libertad organizó el “Primer conversatorio sobre violencia obstétrica” (en la Biblioteca de Santiago). De ahí en adelante se fueron multiplicando los encuentros y notas de prensa que utilizaban el concepto, y las agrupaciones de la sociedad civil que trabajaban temas afines lo fueron adoptando.

De entre las primeras notas de prensa sobre el tema, hubo una que causó gran revuelo. Se trató del reportaje “Violencia obstétrica: la herida invisible”, escrito por la entonces estudiante de periodismo Victoria Viñals, publicado en línea el 6 de octubre de 2014 en el *Diario Universidad de Chile* (online). El texto abría con el relato de Claudia, de 24 años, diseñadora gráfica, que:

No puede recordar su parto sin sentirse impotente. Dice que es primera vez que lo habla con alguien, y que es una herida abierta en ella: “Si viera ahora a la matrona le diría que es una perra carnífera [...] Tengo mucha pena, nunca en toda mi vida me habían tratado así”, declara entre lágrimas. Para la diseñadora, lo suyo no fue simplemente una mala práctica del equipo médico, sino que se trata de un tipo específico de violencia contra las mujeres, no reconocida por el ordenamiento jurídico nacional: “Yo fui víctima de violencia obstétrica y no hice nada porque no sabía que eso existía. Creí que era lo normal y lo acepté. Me di cuenta que era violencia cuando llegué a mi casa y empecé a leer sobre los procedimientos. Fui muy ignorante y permití que me maltrataran en el momento que se supone debía ser el más lindo de mi vida”, afirma. (Viñals, 2014)

El artículo presentaba la definición del concepto de violencia obstétrica, extractos de entrevistas a expertas(os) en la materia y diversos testimonios de mujeres que dejaban en evidencia la gravedad de los abusos vividos. Fue compartido cientos de veces en redes sociales y tuvo también cientos de comentarios en línea, principalmente de mujeres que relataban sus propias historias de maltrato. Presento a continuación algunos ejemplos de dichos comentarios, publicados en Sadler (2016):

La socialización en la obediencia: “Recuerdo bien que muchas personas me recomendaron que no reclamara, que no gritara, que me portara lo mejor posible para que no me trataran mal”. Si la mujer se porta mal, será castigada: “Fui violentada psicológicamente porque me quejaba mucho”. Pero, irónicamente, la mujer también puede ser castigada, aunque se porte bien: “Me trataron pésimo, aun cuando ni siquiera me quejé, para evitar que me retaran, como lo hacían con otra compañera”.

La desacreditación del sufrimiento: “Estuve tres días hospitalizada [tras la muerte del bebé en el parto], una enfermera muy vulgar me dijo que dejara de llorar, que cortara el escándalo [...] solo pensaba ojalá esto fuera pesadilla”; “Me dijeron que exageraba [al decir que sentía mucho dolor], una de las señoras me dejó llorando varias veces, era bastante agresiva”; “Los dolores de las contracciones eran horrorosos, pero yo calladita para que no me retaran”.

La soledad: “Estaba sola, tomé la mano de una enfermera o matrona (el dolor me impidió ver quiénes me asistían) y me dijo que no la podía tocar”.

La amenaza: “Se me acerca una enfermera diciendo que me calme y deje de llorar como loca o si no, no me iban a dejar ver ni conocer a mi bebé”.

La culpa: “Me trataron de alharaca, escandalosa, floja, hasta que por mi culpa se moría mi hijo”, “Él [médico] me dijo ¿“pero chiquilla qué hiciste”? Esa frase la tengo grabada, me echó la culpa a mí [de que bebé naciera con problemas]”, “Mi hijo lo sacaron mal [...] y me dijeron usted fue la que no supo parir”.

La recriminación por el ejercicio de la sexualidad: “Las matronas decían: no te gustó andar bajándote los calzones, ya ahora aguántate no más”.

La humillación: “Nunca me habían humillado tanto en mi vida como los días que estuve internada para el parto”.

La pena: “Al recordar mi parto me llega una pena que me inunda”.

El trauma, el ultraje: “Lloré mucho y tenía mucha rabia. Quedé traumatizada. [...] Me sentía ultrajada”, “Para mí el parto fue un trauma que me costó mucho superar”.

La normalización de la violencia: “Yo me sentía morir y pensé que era normal”.

Y, la analogía más clara: la sala de juicios. “El hecho de parir en Chile y sobre todo en los hospitales públicos, es visto por la gran mayoría del personal como una práctica tan banal, como un ritual casi sanguinario, frío, brutal, sin un mínimo de respeto. Ese afán por hacernos sentir culpables e inútiles al momento del parto, ¿pero culpables de qué?, me pregunto yo. De tener temor, de estar cansadas, inseguras, inexpertas, entonces la sala de partos se convierte casi en una sala de juicio: que pase la siguiente para su condena”. (Sadler, 2016, p.52)

Una semana tras la publicación, una nueva nota fue publicada en el mismo medio, en la cual la presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile comentaba el artículo. Los dichos de la entrevistada resultaron muy controversiales y despertaron la indignación de las organizaciones y de la sociedad civil por los derechos en el nacimiento; solo seis días después se publicó, nuevamente en el mismo medio de prensa, una contundente respuesta firmada por integrantes del colectivo de mujeres Nacer en Libertad. El debate que se generó resume varios de los principales puntos de conflicto que desde entonces ha sostenido dicho Colegio con las organizaciones por el parto humanista en el país.

Por una parte, los dichos de la Directora del Colegio de Matronas plantean que la mayoría de las mujeres embarazadas del país presentan condiciones patológicas que impedirían una atención humanizada “total”; implicando que por ello deben tener una mayor “vigilancia médica”. Esta mayor vigilancia médica supondría que se justifica el manejo tecnocrático del parto en gran parte de las gestaciones y partos del país:

Es necesario aclarar que la humanización total del parto está solo pensada para aquellas mujeres que no tienen patologías agregadas, pero la mujer que tiene otra patología debe tener una vigilancia mayor del equipo médico. En Chile, hoy, solo tenemos un 30 o 40% de mujeres sanas, sin patologías agregadas. (Extracto de entrevista, en Campos, 2014)

El colectivo Nacer en Libertad respondió que se trata de una afirmación “extremadamente grave”, que:

[A]merita una referencia seria de fuentes acreditadas: de ser cierto constituiríamos como país un fenómeno excepcional. La OMS y organismos regionales, considerando poblaciones con alta densidad y en situación de extrema pobreza a nivel mundial, establece que las condiciones patológicas no superan el 15%, por lo que los índices de inducción y cesárea no debieran superar esa cifra. Se afirma que la humanización “total” del parto es sólo para mujeres sanas. La personalización o humanización de la atención involucra al modelo de atención de salud en su conjunto, como basado en la eliminación de procedimientos médicos innecesarios, así como en el respeto del bienestar y

decisiones de las mujeres y familias. De hecho, existe el trato humanizado de patologías perinatales, en que se busca minimizar las intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto, lactancia materna y permanencia del recién nacido con sus padres. (Colectivo Nacer en Libertad, 2014)

Por otra parte, si bien la presidenta del colectivo reconocía que el “maltrato psicológico” en la atención del parto ocurría en el pasado, afirmaba que en la actualidad “va en retirada [...], hoy eso no ocurre, hay un cambio. [...] Yo doy fe que esas cosas ya no ocurren y que en los lugares donde aún pasa, el maltrato está en retirada” (Campos, 2014). Este comentario recibió muchas respuestas de parte de usuarias, quienes se quejaron por la falta de reconocimiento de un problema generalizado: “Con mucha pena y vergüenza leo su entrevista [...] vergüenza por leer tanta desinformación y negación de su parte a una realidad que se practica en los hospitales públicos y clínicas privadas en Chile”; “Es mentira que el abuso psicológico está disminuyendo; me sucedió a mí hace menos de un mes. [...] Basta de madres traumadas y niños dañados por sus malas prácticas”; “Aunque me encantaría que fuera así, la violencia (psicológica y física) no ha desaparecido. [...] El primer paso para cambiar las cosas es reconocer que los problemas existen y que tenemos responsabilidad en ello”. Una matrona contestó en la cadena de comentarios, expresando que: “la violencia aún continúa, no es algo de hace años, isigue ocurriendo! Afortunadamente las mujeres están tomando más conciencia al respecto, pero igual se encuentran vulnerables al momento del parto, y se les pasa a llevar muchísimo” (comentarios en línea a Campos, 2014).

Este tipo de intercambios entre el Colegio de Matronas y las organizaciones de la sociedad civil se siguieron repitiendo a lo largo de los años, e intensificando a la luz de tres proyectos de ley sobre el tema (que detallaré más adelante). Hago un salto de 4 años para llegar a 2018. El 3 de enero, el noticiero central de uno de los principales canales de televisión chilena mostró un reportaje sobre violencia obstétrica en el cual una representante de OVO Chile y una usuaria del sistema público de salud se referían al maltrato hacia las mujeres en la atención del nacimiento. En la misma nota entrevistaron al Ministro de Salud del momento, quien ante la pregunta por la existencia de violencia obstétrica respondió: “Nos enorgullece que la atención nuestra del parto es extraordinariamente profesionalizada”. Ante la misma pregunta, la presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile declaró: “En Chile no hay violencia obstétrica; hay un proceso de entendimiento de parto respetuoso. Chile tiene desde hace más de 200 años integrada a una profesional específica para esto”.⁸³ Se trata de dos autoridades de salud materna en el país poniendo el foco en la profesionalización de la atención como si conllevara por defecto una atención de calidad y exenta de abusos.

⁸³ Recuperado de <http://www.ahoranoticias.cl/programas/noticieros/245969-ahora-noticias-central-3-de-enero.html>, nota comienza en minuto 21:19 [Acceso el 15 de marzo de 2019]

Esta negación de la existencia de prácticas abusivas durante la atención del nacimiento desató una enérgica reacción de los movimientos sociales por el parto humanista, con varias notas de prensa y una demostración social en contra de los dichos en la puerta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile. Esto muestra que la respuesta de la sociedad civil ante este tipo de declaraciones es cada vez más enérgica y organizada, demostración y reflejo de la fuerza que ha tomado la agenda de derechos humanos en el nacimiento tanto en nuestro país como a nivel mundial.

Como otro hito de gran importancia respecto del reconocimiento del concepto de violencia obstétrica en Chile, menciono la inclusión de un capítulo sobre el tema en el *Informe Anual del Instituto de Derechos Humanos de Chile* (INDH), a fines del 2016, instituto que visibiliza temáticas de gravedad que estén violando los derechos humanos de la población (INDH, 2016). En su informe, el INDH aborda la violencia obstétrica como una violación a los derechos humanos, destacando la importancia de entender el problema no solo en su dimensión interpersonal, sino respecto a las dimensiones estructurales y de género que configuran un contexto en el cual el maltrato se permite.

La visibilización de este tipo de violencia ha avanzado además a partir de la reciente oleada del movimiento feminista y manifestaciones en torno a los derechos de las mujeres. El movimiento #Ni una Menos originado en Argentina como respuesta y protesta frente a los femicidios se transformó en lema de las manifestaciones con el mismo objetivo en diversos países de la región, entre ellos Chile. Asimismo, el movimiento #MeToo y #Time's Up, iniciados en Estados Unidos, se han posicionado a nivel global en contra del acoso y abuso sexual (Salvo, 2018).

En Chile, como consecuencia a las respuestas de impunidad y silencio frente a acusaciones de violencia sexual y de género, y detonado especialmente por la emergencia de una gran cantidad de denuncias de acoso sexual al interior de distintas universidades del país, se vivió durante el 2018 la apertura de un movimiento social en contra del acoso, el abuso sexual y la violencia de género, marcado por tomas y paros feministas en diversas universidades del país. La amplia convocatoria a diversas marchas y movilizaciones feministas, que congregaron a miles de personas para protestar en contra de la violencia hacia la mujer, se tomó el espacio público, acaparando la mirada de los medios de comunicación –nacionales y extranjeros-, y visibilizando, posicionando y denunciando a nivel público la situación de violencia sexual y de género que viven las mujeres en Chile (Salvo, 2018; La ola feminista que..., 2018). En estas manifestaciones públicas, las agrupaciones que denuncian la violencia obstétrica estuvimos presentes.

A continuación, y como parte de la historia del activismo en el país, incluyo los proyectos de ley que se han generado en torno a la atención del parto, pues han respondido y/o sido generados desde las demandas de la sociedad civil.

II.2.3. Proyectos de Ley sobre parto y derechos ginecobstétricos

A partir del 2015, se han desarrollado tres proyectos de ley sobre parto respetado. Como marco, es importante explicar que quienes se oponen a la tramitación de una ley específica para la atención del parto han planteado que en el país ya contamos con normativas suficientes para sancionar los malos tratos en la atención de salud. Se refieren a la Ley 20.584 (2012), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (conocida coloquialmente como de “deberes y derechos del paciente”). Si bien esta Ley establece un conjunto de derechos a favor de las personas usuarias de los servicios de salud, “ninguno de ellos se refiere de manera expresa a la protección de la mujer en situación perinatal frente a la violencia obstétrica” (Díaz García y Fernández, 2018, p. 136-137). De ahí que hayan surgido una serie de iniciativas para legislar el ámbito específico de la atención del nacimiento, como lo han hecho otros países latinoamericanos (Williams et al., 2018), que detallamos a continuación:

a) En enero de 2015, se presentó el Proyecto de Ley que “Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el Código Penal para sancionar la violencia obstétrica”,⁸⁴ en el cual se:

[D]efine la violencia ginecobstétrica, se señalan por vía ejemplar las conductas que la constituyen, se establecen derechos a favor de la mujer en situación perinatal, del padre y de otros familiares cercanos, se impone la obligación de informar sobre los deberes del personal de salud y los derechos de las pacientes, se establecen las sanciones de carácter penal que proceden contra el personal de salud y se fijan normas procesales para hacer efectiva la responsabilidad civil y penal derivadas de esta forma de violencia de género. (Díaz García y Fernández, 2018, p. 138-139).

Este proyecto apareció como una sorpresa para las agrupaciones de la sociedad civil trabajando en el tema, quienes no participamos en ninguna instancia del proceso.⁸⁵ Atrajo una gran cobertura de los medios y sirvió para avanzar en el posicionamiento de la problemática de la VO en el país. En marzo de 2015 ingresó a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y desde entonces no ha tenido ningún avance en el Congreso.

En junio de 2019 se presentó una modificación al proyecto, presentándose como uno que “Establece, garantiza y promueve los derechos ginecobstétricos de la mujer en el ámbito de las

⁸⁴ Proyecto liderado por las diputadas Loreto Carvajal (Partido Por la Democracia) y Marcela Hernando (Partido Radical Social Demócrata), iniciado en moción por ellas además de las diputadas Karol Cariola, y Maya Fernández, y de los diputados Marcos Espinosa, Iván Flores, Enrique Jaramillo, Daniel Melo, Marco Antonio Núñez, y Leonardo Soto, Boletín N° 9902-11. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=10323&prmBoletin=9902-11

⁸⁵ No obstante lo anterior, comunicados y documentos generados por dichas agrupaciones son citados en el proyecto.

prestaciones de salud, y sanciona su vulneración”.⁸⁶ A diferencia del proyecto de 2015, en este último no se utilizó el concepto de violencia obstétrica. En entrevista con el medio de prensa digital *El Desconcierto*, la diputada Hernando planteó que, si bien este nuevo proyecto mantuvo la discusión de fondo, se optó por no utilizar el concepto de violencia obstétrica como forma de hacer su tramitación más viable y lograr que avanzara (N. Figueroa, 2019).

b) En diciembre de 2017, se presentó un nuevo Proyecto de Ley que “Modifica la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto”.⁸⁷ Este nuevo proyecto propuso agregar un nuevo capítulo a la Ley de deberes y derechos del paciente, incluyendo los derechos para las mujeres gestantes, recién nacidas(os) y para el padre o acompañante, e identificando los actos que constituyen maltrato o faltas de respeto, además de enumerarse intervenciones de rutina sin justificación y contraindicadas en mujeres de bajo riesgo obstétrico. La infografía de este proyecto fue la que sigue:

⁸⁶ Iniciado en moción por las diputadas Marcela Hernando (quien lidera el proyecto), Jenny Álvarez, Karol Cariola, Loreto Carvajal, Daniela Cicardini, Cristina Girardi, Carolina Marzán, Andrea Parra, Joanna Pérez, y Alejandra Sepúlveda. Boletín N° 12707-11. Recuperado de <http://200.14.66.74/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=13246&prmBOLETIN=12707-11>

⁸⁷ Proyecto iniciado en moción de los diputados Daniel Melo (quien lideró la moción, del partido Socialista), Miguel Ángel Alvarado, Juan Luis Castro, Marcos Espinosa, Giorgio Jackson, Jorge Rathgeb y Víctor Torres, y de las diputadas Cristina Girardi y Alejandra Sepúlveda, Boletín N° 11549-11. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12065&prmBoletin=11549-11

Este Proyecto de Ley se conoció como “Ley Trinidad”, aludiendo al caso de una muerte neonatal producida por negligencia médica en la atención de Adriana Palacios, residente de la Región de Tarapacá de nuestro país. Trinidad era el nombre que recibiría la bebé.

QUEREMOS UNA LEY DE PARTO HUMANIZADO

Decidir sobre tu cuerpo es un derecho:

- 1 **Atención respetuosa, sin discriminación, libre de violencia física y/o psicológica** en cualquier atención de salud reproductiva hacia la mujer.
- 2 **Acompañamiento continuo** durante los procesos de dilatación y parto por quién o quienes la mujer decida (pareja, doula u otro).
- 3 **Evitar cesáreas innecesarias**, sin justificación médica que pongan en riesgo la salud de la madre y su hijo.
- 4 **Resguardo de la privacidad e intimidad** del proceso.
- 5 **Libertad para comer y beber** durante el trabajo de parto.
- 6 **Limitar intervenciones médicas rutinarias** desaconsejadas por la OMS (episiotomía, maniobra de Kristeller, oxitocina sintética, tactos excesivos, rotura artificial de membranas, entre otras).
- 7 **Libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto.**
- 8 **Contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento** con el recién nacido por 2 horas e inicio precoz de la lactancia.
- 9 **Corte tardío de cordón umbilical** en todos los nacimientos.
- 10 **Favorecer alojamiento conjunto** de la madre y recién nacido.
- 11 **Facilitar la lactancia materna**, evitando uso de chupetes, fórmulas o sueros.
- 12 **Promover el uso de plan de parto en hospitales y clínicas.**



La violencia obstétrica es violencia de género y una vulneración a los derechos humanos. Infórmate y denuncia #LEYTRINIDAD



/Derechosnacimientoochile/



/coordinacion

El proyecto fue el resultado del trabajo de la Coordinadora Nacional por los Derechos del Nacimiento, que desde su creación en 2016 se planteó como uno de sus primeros desafíos la revisión del Proyecto de Ley del 2015, cambiando el foco desde la penalización de la VO hacia la promoción del parto humanista. Este nuevo proyecto se trabajó con la colaboración de miembros de las diversas organizaciones de la Coordinadora, e iba a ser presentado el 8 de marzo de 2017, con ocasión de ser el Día Internacional de la Mujer. Contaba con el apoyo de la senadora Carolina Goic y el senador Ricardo Lagos Weber, figuras muy conocidas en la política nacional.⁸⁸ Sin embargo, el día 7 de marzo decidieron no presentar el proyecto, debido a la presión ejercida por el Colegio de Matronas y Matrones de Chile para que no se presentara. Así lo reconocieron diversas fuentes, entre ellas la misma Presidenta del gremio⁸⁹.

El diputado Daniel Melo, quien acogió la demanda de las organizaciones y fue quien apoyó el ingreso del proyecto en diciembre de 2017, expresó en un medio de prensa que:

⁸⁸ Goic (partido Democracia Cristiana) fue candidata presidencial en 2017, y Lagos Weber (Partido Por la Democracia) es hijo del expresidente de la nación Ricardo Lagos (y su nombre circula como posible candidato presidencial en elecciones futuras).

⁸⁹ En el Congreso de Estudiantes de Obstetricia que se desarrolló en agosto de ese año en la ciudad de Temuco (Espinoza, 2017).

Nosotros el trabajo que realizamos fue directo con las agrupaciones de la sociedad civil, en la cual participan matronas, médicos y también activistas. Hubo un intento de parte de la Coordinadora por ingresar un Proyecto de Ley a través del Senado, pero en ese momento, producto de un conjunto de presiones, el senador Lagos y la senadora Goic decidieron no ingresar el proyecto. [¿De qué sector emanaban las presiones?] Entiendo que desde los gremios. (Espinoza, 2017)

Otra informante del mismo medio de prensa, que participó en la elaboración del proyecto, señaló que la asesora de Lagos Weber les había informado que Anita Román estaba ejerciendo presión desde inicios del año para que el proyecto no se presentara:

El tira y afloja lo hacía con el apoyo que hizo el Colegio [de Matronas y Matrones] a la ley de aborto, porque es cierto que el Colegio tuvo un apoyo absoluto al proyecto de las tres causales, y aparentemente con eso ella muñequéó. La asesora en ese momento nos dijo que no nos preocupáramos, que el senador la había puesto en su lugar y le dijo que era un proyecto de la sociedad civil, y listo, seguimos trabajando. El 7 de marzo la asesora nos dice: “La Anita Román lo logró. Convenció a la senadora y al senador de no presentar el proyecto”. (Espinoza, 2017)

El proyecto ingresado en diciembre de 2017 no ha tenido avance en el Congreso.

c) En octubre de 2018 se presentó un nuevo proyecto que “Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia ginecobstétrica.”⁹⁰ Este nuevo proyecto fue resultado de la mesa de trabajo a la que convocó la diputada Claudia Mix a inicios del 2018, quien era miembro de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, para discutir los dos Proyectos de Ley anteriores y en miras a presentar uno nuevo. A dicha mesa fue convocada la Coordinadora Nacional por los Derechos del Nacimiento, la Corporación Humanas, la Fundación Miles, el Colegio de Matronas y Matrones de Chile,⁹¹ además de otras personas expertas en la temática. Se tomó la decisión de trabajar en un nuevo Proyecto de Ley que incluyera a diversos sectores y considerara la violencia obstétrica como un tema que trascendía la atención del parto y que estaba presente en diversos momentos

⁹⁰ Proyecto iniciado en moción de las diputadas Claudia Mix (líder de la moción, partido Comunes), Maya Fernández, Karin Luck, Erika Olivera, Camila Rojas, Marisela Santibáñez y Gael Yeomans, y de los diputados Miguel Crispi, Patricio Rosas y Daniel Verdessi, Boletín N° 12148-11. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12670&prmBoletin=12148-11

Este Proyecto se conoce como “Ley Adriana”, aludiendo al mismo caso mencionado en el Proyecto anterior (de Adriana Palacios); se decidió cambiar el nombre al de la mujer que vivió la negligencia durante la atención obstétrica.

⁹¹ Durante el proceso de trabajo, las representantes del Colegio dejaron de asistir a las reuniones. Si bien no se retiraron formalmente del proceso, el dejar de participar dejó en evidencia que las discrepancias que habían mostrado frente al trabajo impedían su inclusión; principalmente se oponían al uso de concepto de “violencia ginecobstétrica”.

del ciclo de atención de salud sexual y reproductiva (incluida la atención del aborto en las tres causales establecidas por la Ley).

El día miércoles 26 de junio del mismo año se realizó la presentación oficial de la mesa de trabajo que incluyó la presentación de los resultados oficiales de la *Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile* realizada por OVO Chile (2018) como forma de visibilizar la magnitud de las intervenciones obstétricas de rutina y de los abusos cometidos en la atención del nacimiento.

El objetivo del Proyecto de Ley se planteó como “regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual”.⁹² El proyecto incluyó los hechos constitutivos de violencia ginecobstétrica; los derechos de las mujeres en relación en la gestación, pre-parto, parto, postparto y aborto; los derechos de las personas recién nacidas; los derechos del padre, madre recién nacido, pareja y/o acompañante significativo de la mujer; prevención y educación; y responsabilidad médica y procedimientos de reclamación. Como elementos distintivos de los proyectos anteriores, además de la inclusión de la trayectoria de atención de salud sexual y reproductiva (más allá del parto), este proyecto busca influir sobre factores estructurales de la atención del nacimiento, como la educación que recibe el personal de atención de salud vinculado al área y el aumento del número de matronas en las salas de parto, e incluye el acompañamiento a las víctimas de violencia obstétrica por parte de profesionales de salud mental perinatal. El proyecto no ha avanzado en el Congreso desde su ingreso.

II.2.4. Encuesta OVO Chile y activismo basado en la evidencia

Recordemos que la *Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile* se trató de una encuesta online –aplicada entre marzo y mayo de 2017– sobre experiencias de nacimiento, en la que se recibieron respuestas de 11.357 experiencias de parto ocurridas en el país entre 1970 y mayo del 2017 (OVO Chile, 2018).⁹³ Me parece importante relatar en este acápite las reacciones que generó desde diversos sectores de la sociedad.

La semana anterior al lanzamiento de la mesa de trabajo, donde se dieron a conocer los resultados de la encuesta, el informe de dichos resultados se había publicado online y difundido en redes sociales. Durante las primeras 12 horas de haberse subido el informe a la red, se realizaron 2.684 lecturas, mientras que durante los siguientes dos días se realizaron 8 mil

⁹² Proyecto de Ley que Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia ginecobstétrica. Boletín N° 12148-11. Recuperado desde https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12670&prmBoletin=12148-11

⁹³ En el capítulo de metodología se describió el proceso de diseño, aplicación y análisis de la misma.

descargas del documento y en los días por seguir diversos medios de comunicación publicaron reportes y artículos sobre el tema. Medios digitales como *El Dínamo* (Una de cuatro mujeres..., 2018), *El Desconcierto* (Violencia obstétrica, un 54% de las mujeres..., 2018), y *Radio Universidad de Chile* (OVO Chile reporta faltas de respeto..., 2018) relevaron los hallazgos del estudio, y el periódico *La Tercera* publicó un detallado recuento de las conclusiones (Yáñez, 2018). A raíz de este último reportaje, el Ministro de Salud del momento, Dr. Emilio Santelices, envió un correo a OVO Chile para solicitar el estudio. Además de varias notas breves sobre el estudio que aparecieron en canales de televisión, hubo dos entrevistas que analizaron el tema en profundidad: una realizada en CNN Chile a quien escribe,⁹⁴ y otra en canal 24 Horas al Dr. Enrique Oyarzun, ginecobstetra de la Clínica de la Universidad de los Andes.⁹⁵ Me detendré brevemente en la entrevista al Dr. Oyarzún, pues aporta algunos elementos relevantes para nuestra discusión. Si bien el médico planteó una posición crítica frente a la práctica del exceso de intervenciones obstétricas y sobre todo de cesáreas por motivos no médicos, expresó críticas a la encuesta de OVO Chile, en dos sentidos: por una parte, criticando el proceso de diseño y análisis de la encuesta; y por otro, cuestionado la experiencia y experticia del equipo de trabajo y catalogándonos como “un grupo de aficionados”.

Hay que ser prudente al analizar las cifras, porque yo también leí las cifras que daba a conocer la página esta de la violencia obstétrica, porque son encuestas en cierto modo interesadas que muestran los resultados que el grupo que trabaja en eso quiere mostrar. [...] Es una página especial con gente destinada a probar en cierta manera que existe violencia obstétrica, eso pasa en todo terreno, los investigadores tienen el sesgo, entre comillas, de inclinar o de tratar de inclinar los resultados o las respuestas a las preguntas de la forma que ellos o uno las quiere responder. [...] Imagínate cuántas dificultades puede haber tenido un grupo en cierta manera aficionado para esto [se refiere a diseñar una encuesta], salvo que hayan contratado a súper especialistas para hacerlo. [Se extiende en describir sus propios estudios y experiencia profesional] Creo que puede haber gente descontenta, pero creo que la mayor parte de la gente que asiste a los hospitales públicos hoy en día está feliz.

Respondiendo al Dr. Oyarzún y otras personas que han hecho comentarios similares desde el lanzamiento de la encuesta, expongo algunos de los argumentos que fueron expuestos en este texto en el marco metodológico. Efectivamente la muestra de la encuesta fue voluntaria y no

⁹⁴ Entrevista titulada “Michelle Sadler y la Violencia Obstétrica”, conducida por Fernando Paulsen en programa Última Mirada (29 de junio 2018), CNN Chile. Recuperado el 30 de enero de 2019 desde https://www.cnnchile.com/programas-completos/michelle-sadler-y-la-violencia-obstetrica_20180629/

⁹⁵ Entrevista titulada “Estudio revela que las cesáreas han aumentado un 50%”, en programa La Mañana Informativa, Canal 24 Horas. Recuperado el 10 de febrero de 2019 desde <https://www.24horas.cl/programas/entrevistas/estudio-revela-que-las-cesareas-han-aumentado-un-50-2758020>

probabilística, lo cual se explicita en el informe de resultados junto a una detallada descripción de la muestra. Si bien el tamaño muestral no fue estimado previamente, se trata de una muestra representativa numéricamente del universo o población de estudio. Si consideramos que en Chile ocurren aproximadamente 200.000 nacimientos al año, en 5 décadas (1970 a 2017) sucederían alrededor de 10.000.000 de nacimientos. Para un universo de ese tamaño, con un error de 5% y una confianza del 95% se necesitaría una muestra de 385 mujeres para lograrse la representatividad estadística. Además, se optó por mostrar los resultados para salud pública en paralelo a los de privada con el fin de mostrar respuestas por subsistema de salud (debido a que la muestra estuvo más representada por mujeres del sistema privado). Por otra parte, y como se explicita en el informe, en el diseño y análisis de la encuesta participaron múltiples especialistas de diversas disciplinas, y el mismo grupo de profesionales que conforman OVO Chile cuenta con una destacada trayectoria de investigación desde la academia.

Este tipo de estudios se utilizan en todo el mundo y emergen publicaciones “científicas” de sus resultados, y no es habitual ver reacciones que desacrediten a sus autoras(es), excepto cuando emanan de grupos de la sociedad civil que buscan visibilizar ciertas temáticas críticas. Nuestro caso es similar a lo ocurrido en Italia, donde una encuesta de características similares a la realizada en Chile –que trató el tema de violencia obstétrica-, encabezada por el grupo #Bastatacere fue tan desacreditada desde el sector salud que luego fue repetida en una muestra probabilística para poder instalar la temática como una relevante para considerar en las políticas públicas. En ambos casos se trató de organizaciones cuyo lema es la violencia obstétrica, en la cual si bien participan académicas(os), el carácter “académico” quedó subsumido por su posición “activista”. A diferencia de estos dos casos, la reciente publicación de los resultados de una encuesta online sobre experiencias de atención de maternidad en Estados Unidos no ha generado reacciones públicas adversas.⁹⁶ Esta encuesta buscó, al igual que los dos casos anteriores, medir la magnitud de los abusos en la atención del nacimiento y se basó en una muestra voluntaria de mujeres que respondieron vía online (Vedam et al., 2019). No obstante lo anterior, las(os) autoras(es) adscriben a destacadas universidades y centros de investigación como afiliaciones institucionales. No se trata entonces de “gente [aficionada] destinada a probar en cierta manera que existe violencia obstétrica” (a pesar de que dicha gente esté también afiliada a destacadas universidades y centros de investigación y persigan el mismo objetivo), como dijera el Dr. Oyarzún refiriéndose al equipo de OVO Chile, sino de reputadas(os) académicas(os).

En Chile, a pesar de las reacciones adversas que ha generado el trabajo de OVO Chile desde ciertos sectores de salud, estamos viendo una cada vez mayor aceptación de la información en círculos de salud. En septiembre de 2018 se nos solicitó presentar los resultados en el prestigioso Curso de Medicina Materno-Fetal que cada año organiza el Centro de Diagnóstico,

⁹⁶ Comunicación personal con una de las autoras.

Investigaciones Perinatales e Innovación Académica (CEDIP) del Hospital Clínico de la Florida y la Pontificia Universidad Católica de Chile, con los encargados de diversas maternidades del país y del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud en la audiencia. Nos han llegado reportes a través de colegas y redes sociales de que los datos se presentan por profesionales de salud en diversas instancias educativas y de difusión a lo largo del país, a modo de contexto y diagnóstico de la atención obstétrica en el país. Durante septiembre de 2019, estando yo dictando clases en un diplomado sobre parto humanista a matronas y obstetras de maternidades de diversas regiones del país, se generó una reflexión colectiva de parte de los participantes sobre el impacto del concepto de violencia obstétrica en la práctica obstétrica, expresando que desde que se utiliza han presenciado una mejora en el trato hacia las usuarias, con comentarios como: “Ya no se puede decir lo que antes era habitual”; “Se genera una respuesta hasta de colegas que lo cuestionan a uno”; “Hace que haya temor a reclamos o demandas”. Vamos a ver más adelante que los resultados de la encuesta reflejan este cambio.

Las organizaciones que en Chile forman la Coordinadora Nacional por los Derechos por el Nacimiento, al igual que organizaciones afines en el mundo, han trabajado por exponer cuestionamientos a las prácticas de nacimiento impulsadas desde la biomedicina, problematizando la posición y configuración del conocimiento como un recurso que debe ser discutido. Estas agrupaciones intentan transformar la obstetricia basándose en un amplio trabajo de conocimiento que integra la experiencia de las mujeres como fuente que desafía, a la vez que complementa, el conocimiento obstétrico. Ello permite clasificar, ordenar y articular una comprensión de sus condiciones y problemas desde una nueva red epistémica, promoviendo nuevas modalidades de investigación y evidencia para fundamentar las políticas de salud, lo que se conoce como “activismo basado en la evidencia” (Akrich, O’Donovan, Rabeharisoa, 2013).

Este tipo de activismo ha realizado una lectura crítica de la evidencia médica sobre ciertas prácticas de nacimiento, confrontándola con las experiencias de las mujeres, cuestionando la evidencia médica y desafiando e introduciendo nuevas formas de reflexividad colectiva respecto a lo que debería ser el “nacimiento normal”, la evidencia relevante y legítima, así como la configuración de las políticas de investigación, salud y cuidado. El punto de partida de estos grupos es la crítica respecto al posicionamiento de las prácticas médicas estándar como factores externos a los que las mujeres optan dependiendo de su perspectiva, las que en realidad se construyen y dependen en gran medida de la misma obstetricia, su organización y el conocimiento que esta moviliza para definir las prácticas apropiadas (Akrich et al., 2013).

En este “activismo basado en la evidencia”, el conocimiento ya no es un mero recurso para fundamentar afirmaciones políticas; es el objetivo mismo del activismo, en un proceso por el cual las causas de las organizaciones de usuarios y su identidad política deben ser repensadas y reelaboradas continuamente. Se trata de articular –en lugar de oponer– el conocimiento acreditado y el conocimiento experiencial generando cambios epistémicos en dicha asociación

entre expertos acreditados y colectivos con el objetivo de influir en sus actividades y políticas, adoptando una perspectiva “reformista” en lugar de puramente confrontacional (Rabeharisoa, Moreira y Akrich, 2014). Al hacerlo, están provocado un “cambio en el espacio de la racionalidad, el diálogo y los argumentos” (Villarme, Olza y Recio, 2015, p. 183).

El resultado del trabajo de organizaciones por los derechos en el nacimiento en el mundo ha dado frutos: en julio de 2019 se publicó el Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, titulado *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Este informe fue presentado en septiembre en la Asamblea General de Naciones Unidas de septiembre del mismo año y fue el resultado de la sistematización de comunicaciones recibidas desde decenas de organizaciones, agrupaciones de diversa índole y Estados del mundo. El informe es claro en plantear que la violencia obstétrica es un fenómeno generalizado y sistemático, y que constituye una grave violación a los derechos humanos. Además, reconoce que se trata de una forma de violencia de género:

El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. (Šimonović, 2019, p. 6)

El informe cierra con recomendaciones a los Estados, que:

Tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las mujeres, incluido su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental durante los servicios de salud reproductiva y el parto sin ser objeto de maltrato o violencia de género, así como de aprobar leyes y políticas apropiadas para combatir y prevenir ese tipo de violencia, enjuiciar a los responsables y proporcionar reparación e indemnización a las víctimas. (Šimonović, 2019, p. 23).

Se trata por tanto de un reconocimiento al trabajo que los movimientos sociales hemos liderado desde hace dos décadas, y que esperamos sirva para dar prioridad a la discusión en el país de esta temática.

Tras esta discusión sobre el rol del activismo en el movimiento por el parto humanizado, paso al último apartado del capítulo de antecedentes, que busca situar el contexto en el que se juega la atención el nacimiento; se trata de un breve recorrido por los lineamientos de organismos de

salud internacionales con respecto a la atención del nacimiento desde la década del 1980 en adelante, pues son también centrales para comprender el escenario actual.

II.3. Las políticas mundo: de la tecnocracia al humanismo

El problema de la excesiva medicalización de la atención del nacimiento y de la pérdida de centralidad de la mujer en la atención obstétrica ha sido abordado por la OMS desde 1985, con la publicación de las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento*, Declaración de Fortaleza. Junto con un llamado a usar la tecnología obstétrica con cautela y solo para aquellos casos necesarios, esta declaración puso énfasis en que:

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluidas la participación en la planificación, realización y evaluación del cuidado. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales en la comprensión de cómo proporcionar un adecuado cuidado perinatal. (OMS, 1985, p. 436)

Desde entonces se ha ido fortaleciendo un movimiento de salud pública que busca disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y poner a las mujeres en el centro de un cuidado digno; apoyado en un cuerpo creciente de literatura que plantea que la tecnología obstétrica debe usarse con criterio y restricción debido a los efectos iatrogénicos de las intervenciones en la salud materna y neonatal (Dahlen et al., 2013; Keag, Norman y Stock, 2018; Peters et al., 2018).

Además del uso restringido de la tecnología obstétrica, el trato que reciben las mujeres durante la atención ha ido cobrando mayor atención y posicionándose también en la agenda de salud internacional. El 2014 la OMS publicó la *Declaración para la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud*, en donde se reconoce que muchas mujeres alrededor del mundo sufren un trato irrespetuoso, negligente y ofensivo durante el parto. Según dicha Declaración, esta situación no solo viola el derecho a un trato respetuoso y digno durante el parto, sino que pone en riesgo el derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Hace un llamado a un accionar efectivo, de investigación y apoyo respecto a esta temática de salud y derechos humanos. Asimismo, destaca la importancia de involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas (OMS, 2014).

En 2016, un grupo de expertos participantes en la Serie de Salud Materna del *Lancet*, plantearon que en el cuidado –agregó biomédico- de salud materna nos enfrentamos en el mundo a dos situaciones extremas: la de “muy poco, muy tarde” (*too little, too late*); y de “mucho, muy pronto” (*too much, too soon*). La primera describe situaciones de recursos insuficientes y contextos de alta morbilidad materna, mientras la segunda describe la sobre-medicalización de la

gestación y parto, con uso excesivo y rutinario de intervenciones obstétricas que causan daño en la salud, costos excesivos para los sistemas de salud, y que se asocia habitualmente al abuso y falta de respeto de las mujeres usuarias. Los países de ingresos medios y altos se asocian cada vez a esta última situación, especialmente en aquellos contextos en los que el parto es atendido en instituciones de salud (Miller et al., 2016).

Esta misma cautela con el uso de la tecnología obstétrica plantea el documento de recomendaciones para la atención del nacimiento más reciente de la OMS titulado *Cuidados Intraparto para una Experiencia Positiva de Parto*. De la mano con insistir en usar la tecnología discretamente, este documento pone el énfasis en la “experiencia positiva del parto”, definiéndola como:

La experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. (OMS, 2018, p. 2)⁹⁷

Siguiendo las recomendaciones y objetivos de la *Estrategia Global de Salud para Mujeres, Niños y Adolescentes 2016-2030* (Todas las mujeres, todos los niños, 2015) y las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (PNUD, 2016), el documento va más allá de la supervivencia de la madre y el bebé -que ha sido el gran foco de las organizaciones de salud durante las últimas décadas- para enfatizar la importancia de que los mismos prosperen y alcancen su máximo potencial en la salud y la vida. Es por esto que reconoce la excesiva medicalización del proceso de gestación, parto y nacimiento como una práctica grave que tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta de forma negativa su experiencia de parto; basándose en la premisa de que:

[L]a mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. (OMS, 2018, p. 2)

Como forma de promover la implementación del modelo humanista de atención, diversas iniciativas han tomado forma en las últimas décadas con el fin de certificar que las maternidades trabajen en forma respetuosa hacia las usuarias y en base a la evidencia. En 1990 la OMS y el

⁹⁷ Más adelante en el texto presento una crítica al concepto de “experiencia positiva”; no lo hago aún pues en este apartado me interesa mostrar, a modo de antecedentes, las normativas que se promueven en la actualidad respecto a la atención del parto.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promulgaron la *Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna*, en la cual se llama a reforzar la “cultura del amamantamiento” y defenderla enérgicamente de la “cultura del biberón” (OMS y UNICEF, 1990). Al año siguiente, estas organizaciones lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que acredita a las maternidades en caso de que cumplan los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*, la cual ha sido actualizada en dos oportunidades, 2009 y 2018; en su última versión refiriéndose a los *Diez pasos para una lactancia exitosa* (OMS y UNICEF, 2009, 2018). Una revisión sistemática (de 58 estudios) de la implementación de esta iniciativa mostró que la adherencia a los diez pasos impacta positivamente los indicadores de lactancia materna en distintos contextos del mundo (Pérez-Escamilla, Martínez y Segura-Pérez, 2016).

El éxito y cobertura mundial de esta iniciativa llevó a otras organizaciones a adoptar una metodología similar, basada en 10 pasos, para incorporar el cuidado materno y de recién nacidos en un sentido más amplio. Fue el caso de la *Mother-Friendly Childbirth Initiative (MFCI): 10 Steps to Mother-Friendly Hospitals, Birth Centers, and Home Birth Services*, lanzada en 1996 en Estados Unidos por una coalición de más de 50 organizaciones trabajando en temáticas relativas al nacimiento (CIMS, 2016). A pesar de ser pensados para Estados Unidos, estos pasos se tradujeron a diversos idiomas y comenzaron a ser utilizados por maternidades en todo el mundo. La demanda de adaptaciones locales de la iniciativa llevó a la creación de un grupo asesor con representantes de 163 países. Incorporando también el trabajo que estaba haciendo la Better Births Initiative en Sudáfrica (Smith, 2013), se constituyó un grupo técnico asesor con representantes de las principales agencias internacionales relacionadas con la atención de maternidad. Este trabajo y esfuerzo internacional dio forma a la Organización Internacional MotherBaby Childbirth (IMBCO), liderada por académicas-activistas por el parto respetado de las disciplinas de salud y ciencias sociales⁹⁸, organización que en 2008 lanzó la Iniciativa Internacional MotherBaby Childbirth (IMBCI), con los *10 Pasos para Servicios de Salud en Maternidades Óptimas para Madres y Bebés*. El primer paso, que se constituye como el central, es el de “tratar a cada mujer con respeto y dignidad”, lo cual implica informarla en profundidad e involucrarla en las decisiones que tienen que ver con el propio cuidado y el del bebé, en un lenguaje que ella entienda, y dándole el derecho a consentir o a rechazar los cuidados ofrecidos de manera informada (IMBCO, 2008). Luego incluye pasos en torno al privilegio de la fisiología del nacimiento, apoyo continuo a la mujer en trabajo de parto y parto, atención en base a la

⁹⁸ Consejo Directivo formado por profesionales de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, India y Brasil. La directora brasilera es Daphne Rattner, médica epidemióloga, profesora adjunta de la Universidad de Brasilia. Es relevante mencionarla pues fue pionera en el activismo de Sudamérica en torno al parto respetuoso, y coordinadora en Brasil de la Red Nacional para la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa). Su presencia en IMBCO da cuenta de que la experiencia de Sudamérica está incluida en la reflexión.

evidencia, reducción de intervenciones obstétricas innecesarias, y la provisión de cuidado colaborativo entre proveedores de salud, instituciones y organizaciones.

A diferencia de la iniciativa de lactancia promovida por la OMS y UNICEF, el financiamiento de la IMBCI no tuvo continuidad y no se pudo acreditar a las instituciones en los 10 pasos. No obstante lo anterior, cientos de maternidades han adherido a la iniciativa y orientado sus prácticas en base a sus principios (Davis-Floyd, 2017).

Si bien la IMBCI había mencionado los derechos de mujeres y bebés en el nacimiento, el manifiesto *Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva*, publicado por la White Ribbon Alliance en 2011, fue el que estipuló específicamente el papel de los derechos humanos en el proceso de nacimiento (White Ribbon Alliance, 2011). En este documento se establecieron 7 derechos fundamentales en la atención del nacimiento, explicitando en cada uno de qué instrumentos de derecho internacionales se desprendían. La relevancia del manifiesto, entonces, radicó en que no dejó dudas de que en el mundo se cuentan con instrumentos de derecho internacional que protegen a mujeres y niños en la atención del nacimiento.⁹⁹

En paralelo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) comenzó a trabajar en una comisión con el mismo fin de desarrollar pasos para maternidades amigas de madres y niñas(os). Sin embargo, no hubo comunicación con IMBCO, siendo que se trataba de objetivos muy similares. En 2015, FIGO, en colaboración con diversas agencias y asociaciones de profesionales de salud, publicó su propia iniciativa internacional de lineamientos para maternidades amigas de la madre y bebés (FIGO et al., 2016),¹⁰⁰ con criterios bastante similares a los ya delineados en la IMBCI.

En 2017 se organizó una conferencia en Brasilia donde se presentaron las iniciativas de IMBCO y de FIGO, y se acordó que sería estratégico el trabajo conjunto (Davis-Floyd, 2021)¹⁰¹. Comenzó así una colaboración que en 2018 dio como resultado *La Iniciativa Internacional de Parto (ICI): los 12 pasos para una atención de maternidad para MadreBebé-Familia segura y respetuosa*

⁹⁹ Estos 7 derechos de la atención del nacimiento se basaron en las categorías de falta de respeto y abuso identificadas por Bowser y Hill (2010), y consisten en: derecho a estar libre de violencia y maltratos; derecho a obtener información, al consentimiento o rechazo informado, y al respeto a sus decisiones y preferencias, incluida la selección de acompañamiento durante el periodo de cuidado materno; derecho a la privacidad y confidencialidad; derecho a ser tratada con dignidad y respeto; derecho a la igualdad, a la no discriminación, a cuidados equitativos; derecho a recibir cuidados médicos oportunos y en el nivel de salud más alto posible; derecho a la libertad, autonomía, a decidir por sí misma y estar libre de toda coacción (todos derechos que se vinculan a instrumentos internacionales de derechos humanos).

¹⁰⁰ Con el apoyo de la Confederación Internacional de Matronas, White Ribbon Alliance, Asociación Internacional de Pediatría y Organización Mundial de la Salud.

¹⁰¹ IMBCO había intentado anteriormente acercarse a FIGO tras la publicación de su documento para proponer el trabajo conjunto, pero sin una respuesta positiva (comunicación personal con Robbie Davis-Floyd).

(FIGO e IMBCO, 2018; Lalonde et al., 2019).¹⁰² Los principios fundamentales de esta iniciativa son los de defender los derechos y el acceso a la atención; asegurar la atención materna respetuosa; proteger la tríada madre-bebé-familia; promover el bienestar, prevenir enfermedades y complicaciones y garantizar la referencia y atención oportunas de emergencia; apoyar la autonomía y las opciones de las mujeres para facilitar una experiencia positiva de parto; la responsabilidad de cuidadores y sistemas de salud de proporcionar un entorno de parto sano y positivo; y el uso de un enfoque basado en la evidencia (Davis-Floyd, 2021). El primero de los doce pasos es el más relevante y resume en enfoque de la propuesta:

Tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, entregando cuidado culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información para la elección y privacidad (FIGO e IMBCO, 2018, p.23).

Mi intención con el recorrido recién descrito es la de relevar un tema que será central en el presente trabajo; lo dificultoso que ha resultado -y sigue resultando- el acercar los discursos académicos y de la sociedad civil que abogan por los derechos humanos en el nacimiento, con aquellos de la obstetricia¹⁰³. La historia de la formulación de la ICI, es, en palabras de Davis-Floyd:

Una historia de organizaciones de base que se organizaron y de colaboración entre activistas por la salud de las mujeres y académicas(os) que escalaron a nivel global. El conocimiento y perspectivas antropológicas sobre la reproducción, junto con el conocimiento de la evidencia científica y la redacción cuidadosa contribuyeron al desarrollo exitoso de la política global en la forma de la ICI. En este proceso, la colaboración multinivel fue esencial y se revela como una fuerza necesaria en la formulación de políticas. El proceso de creación de la ICI encarna valores clave de los movimientos de salud/parttería-matronería/nacimiento que son tanto de larga data como contemporáneos: en años recientes, el discurso en torno a los derechos de las mujeres como derechos humanos se ha convertido en un eje clave del activismo en torno al nacimiento y está profundamente arraigado en la ICI, al igual que la participación y la colaboración entre grupos y organizaciones locales, que son esenciales para asegurar la traducción contextualizada de los principios globales a los contextos locales. (Davis-Floyd, 2021, *traducción propia*)

¹⁰² Esta iniciativa, liderada por FIGO e IMBCO, cuenta con el respaldo de White Ribbon Alliance, Confederación Internacional de Matronas, Asociación Internacional de Pediatría, Lamaze, ICEA (International Childbirth Education Association), Every Mother Counts, Bumi Sehat Foundation, DONA International, y Mercy in Action, entre otras.

¹⁰³ Hablar de “obstetricia” como un corpus homogéneo resulta problemático, sin embargo, hago referencia al discurso científico de la biomedicina en un sentido abstracto, en su aspecto ideológico/técnico (Menéndez, 2003).



Doy aquí cierre al capítulo de antecedentes que enmarcan el contexto actual de atención de parto en Chile. Mostré el proceso de biomedicalización e institucionalización de la atención del nacimiento que ocurrió gradualmente desde la Colonia hasta fines del siglo XX. Puse énfasis en la gradual mejora de los indicadores de mortalidad materna e infantil, que fueron los problemas de salud que marcaron el siglo XX (en especial la primera mitad de dicho siglo) y el principal foco de las políticas sanitarias en la materia. Describí las reformas de salud que crearon dos subsistemas de salud –público y privado- durante la década el 80, y las posteriores reformas que desde la década del ‘90 fueron dando forma a las actuales políticas de atención de salud sexual y salud reproductiva, influidas por el desarrollo y crecimiento de movimientos sociales por el parto personalizado en Latinoamérica y Chile. Revisando los lineamientos de salud nacionales e internacionales, mostré cómo nos encontramos en un momento donde el parto humanista ha cobrado centralidad en la agenda mundial de los derechos sexuales y reproductivos, y de derechos humanos. A modo de recapitulación de ciertos hitos relevantes sucedidos a partir de 2008, y que seguiremos mencionando en los capítulos que siguen, se cuentan:

- 2008: Ministerio de salud del Gobierno de Chile publica el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008) que describe el modelo personalizado de atención del nacimiento. El mismo año se comienza a implementar el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
- 2009: Ley N°20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, que detalla las prestaciones para familias durante la gestación y atención del parto y postparto.
- 2014: Organización Mundial de la Salud publica la *Declaración para la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud* (OMS, 2014).
- 2016: Conformación en Chile de la Coordinadora Nacional por los Derechos del Nacimiento que agrupa a organizaciones de la sociedad civil por el parto humanista.
- 2015-2018: Presentación de tres Proyectos de Ley en Chile sobre parto y derechos ginecobstétricos.
- 2018: Organización Mundial de la Salud publica las recomendaciones *Cuidados Intraparto para una Experiencia Positiva de Parto* (OMS, 2018); se conforma la

Iniciativa Internacional de Parto: los 12 pasos para una atención de maternidad para MadreBebé-Familia segura y respetuosa (FIGO e IMBCO, 2018).

- 2019: Publicación del reporte de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, titulado *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (Šimonović, 2019).

Tomando como base este contexto, el siguiente capítulo presenta la caracterización y análisis de la atención del nacimiento en la actualidad en el país. Por “actualidad” me refiero a experiencias de parto ocurridas entre 2012 y 2017, periodo en el cual ocurrieron los partos descritos por mujeres y profesionales de atención de salud en el marco de los proyectos que dan forma a esta tesis.

III. DAR A LUZ EN EL CHILE DE HOY

Como mostré en los capítulos precedentes, el parto se atiende en el país al alero de la biomedicina, y el enfoque que primó hasta 2008 fue el “tecnocrático” (Davis-Floyd, 2001). Desde entonces, se cuenta con políticas y programas gubernamentales que han intentado implementar un modelo humanista o personalizado de la atención del parto (MINSAL, 2008; Ley N°20.379, 2009).

En este capítulo presento una descripción del dar a luz en instituciones biomédicas en la actualidad, analizando si y cómo está sucediendo la transición entre modelos de atención. Tras un breve acápite que da cuenta de indicadores y procesos generales de la atención –a modo de enmarcar lo que se encuentra en las secciones que siguen-, caracterizo el “territorio” de atención del parto en instituciones biomédicas del país. Este “territorio” se compone, por una parte, de profesionales de atención de salud que despliegan ciertas formas de comprender el proceso de nacimiento; los cuales a su vez se desempeñan en sectores de atención (público y privado) que se organizan de formas diferenciadas. Tras describir dichos territorios y las opciones de atención y trayectorias que las usuarias despliegan según las posiciones que ocupan en el entramado social y en el sistema de salud, presento un acápite donde -a partir de ciertas prácticas obstétricas- reflexiono sobre las formas que toma la atención del parto y el lugar de las mujeres usuarias en el entramado de la atención institucional. El último apartado profundiza en las experiencias de cuatro mujeres, con el fin de indagar en las diferentes posiciones que ocupan en cuanto a imaginarios de parto y experiencias vividas.

III.1. El diagnóstico “grueso”

Este apartado busca describir a grandes rasgos el estado actual de la atención del nacimiento en instituciones de salud en el país, en el marco de que ha transcurrido una década de normativas que promueven el parto personalizado y buscan implementar una “nueva mirada” en la atención (MINSAL, 2008, p. 7).

En 2014 se publicó un artículo titulado “Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional”. En el resumen se planteaba que: “Chile es hoy en día uno de los países con mejores condiciones de salud materno infantil a nivel global; situación que es comparativamente muy superior a otros aspectos de la vida nacional” (González, 2014, p. 874). En dicho artículo, el éxito de las políticas de salud y sociales se evidenciaba en las bajas tasas de mortalidad materna e infantil, que en las últimas décadas han estado entre las mejores de la región. En 2017, la tasa de mortalidad materna en Chile (muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) fue de 13/100000; siendo la tasa promedio de América Latina y el Caribe de 74/100000 (OMS, 2019). En el mismo año, la tasa de mortalidad infantil de Chile (muertes

de niños menores de un año por 1000 nacidos vivos) fue de 6/1000, mientras la región tuvo una tasa de 15/1000 (UNICEF, 2018).

Se trata de buenos indicadores, sin duda, pero podríamos argumentar que “un buen lugar donde nacer” debería incluir mucho más que no morir. De hecho, la matrona Jovita Ortiz, en un curso con gran concurrencia de tomadores de decisiones en salud materno-infantil y autoridades académicas realizado en septiembre de 2018 planteó que: “No somos un buen país para nacer, somos un buen país para no morir”.¹⁰⁴ Tomo esta frase con la intención de plantear que se requiere más que no morir para poder hablar de un buen nacer.

En el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), se enfatiza que la calidad de la atención incluye, en efecto, mucho más que no morir:

Sin lugar a dudas, nuestro país exhibe logros significativos en la dimensión sanitaria más tradicional – reducir morbilidad materna e infantil – que se deben al trabajo comprometido del equipo de salud, nos ha permitido asegurar la vida de tantos que pocas décadas atrás morían. Hoy, sin embargo, nos planteamos mayores desafíos, que se traducen en nuevas oportunidades de contribuir a la calidad de vida en nuestro país. [...] [C]on un énfasis en una nueva mirada de la calidad en la atención de salud, que supera la entrega correcta de prestaciones técnicamente adecuadas, debemos responder a expectativas de una población que demanda dignidad, respeto y acogida a la red pública de salud, con comprensión de la diversidad, valoración de la vulnerabilidad y sensibilidad a las incertidumbres o falta de conocimientos con que las personas se entregan a nuestros cuidados. En este contexto, la atención integral con enfoque familiar del proceso reproductivo propone recuperar los aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia. (MINSAL, 2008, p. 7)

Como se aprecia en la cita, los desafíos son “mayores” y van más allá de prestaciones adecuadas en términos técnicos, para entregar una atención digna y respetuosa que incorpore los aspectos psicosociales de lo humano. Como vimos en el capítulo anterior, este mismo foco presentan las más recientes recomendaciones de la OMS para la atención del nacimiento, que se centran en la “experiencia positiva del parto”: la primera de las 56 recomendaciones es la de entregar una atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure

¹⁰⁴ Jovita Ortiz es Subdirectora del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. El encuentro aludido fue el Curso de Medicina Materno-Fetal, organizado por El Centro de Diagnóstico, Investigaciones Perinatales e Innovación Académica (CEDIP) del Hospital Clínico de la Florida y la Pontificia Universidad Católica de Chile.

la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo (OMS, 2018). También mencioné la reciente *Iniciativa Internacional del Parto*, que propone como paso central el tratar a cada mujer y recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, entregando cuidado culturalmente sensible que respete las costumbres individuales, valores y derechos de expresión, información para la elección y privacidad (FIGO e IMBCO, 2018, p.23). Entonces, tanto a nivel internacional como nacional se enfatiza un cuidado integral que incluya tanto los aspectos clínicos, como los psicosociales (dignidad, respeto, cuidado culturalmente pertinente, centralidad de la mujer y su familia).

¿Cómo se entrega este cuidado en Chile? Para responder a esta pregunta, y con fines analíticos, en este diagnóstico inicial –que iré profundizando a lo largo de los capítulos que siguen– distinguiré entre dos grandes componentes del cuidado, como fueron descritos en un análisis de literatura sobre percepciones de mujeres sobre el buen cuidado durante el parto (Uribe et al., 2018). Las autoras sugieren distinguir entre un componente “**relacional**”, que alude a la forma en que el personal de salud se relaciona y vincula con las usuarias y sus familias (que describen también como “trato”); y uno “**técnico**”, que se refiere a la calidad de los procedimientos clínicos realizados por el personal de salud. En la dimensión relacional, a la que las mujeres asignan el valor principal, se incluye el trato empático, compasivo y respetuoso, la entrega de información efectiva, la presencia de un familiar (acompañante significativo), la participación materna en la toma de decisiones; todos estos “elementos fundamentales para que la mujer en situación de parto, pueda vivirlo satisfactoriamente, traducándose el buen cuidado en eje de bienestar y valoración personal, permitiéndoles sentirse partícipes de su experiencia” (Uribe et al., 2008, p. 179). Agregan, en otro texto en torno al mismo tema, que esta dimensión es la que permite que las mujeres “se sientan escuchadas, miradas”, y “se sustenta principalmente en el apoyo emocional percibido por las mujeres desde los profesionales de salud, y por el empoderamiento de ellas a lo largo del proceso de parto” (Bravo, Uribe y Contreras, 2008, p. 183). El componente técnico, por otra parte, alude a las competencias técnico-procedimentales, a la experticia que las mujeres reconocen en los procedimientos efectuados por el personal de salud. La forma en que realizan los procedimientos técnicos puede facilitar el trabajo de parto, o también ser percibido como malestar en sentido físico y emocional. Es así como plantean que “la competencia técnica se relaciona con la percepción del buen cuidado, en la medida que las mujeres le asignan un valor a los procedimientos que tienden a conducir en forma adecuada la progresión del proceso” (Uribe et al., 2008, p. 183).

Si bien una atención de calidad debe incluir ambas dimensiones y en la práctica se presentan en estrecho vínculo, me parece adecuado distinguirlas pues no siempre van de la mano. Por ejemplo, un buen trato en términos relacionales puede ir acompañado de una serie de intervenciones obstétricas de rutina que ponen en riesgo la salud de la mujer; o a la inversa,

buenas decisiones técnicas pueden ir cargadas de tratos ofensivos. Además, me parece útil distinguirlas pues en la biomedicina ha primado lo técnico por sobre lo relacional, por tanto, lejos de ser concebidas como dimensiones interrelacionadas, la dimensión relacional puede considerarse como un agregado (de menor relevancia).

III.1.1. El componente relacional

Empiezo por la dimensión relacional, que como recién planteara, alude a cómo las mujeres se sienten tratadas en las interacciones que se producen durante la atención. Se trata, como se vio en las recomendaciones nacionales e internacionales para el cuidado durante la gestación y parto, del componente que ha sido más descuidado en la atención obstétrica.

En 2016, Binfa y colegas publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado en 9 maternidades públicas de Chile (2 de la Región Metropolitana y 7 de otras regiones), cuyo objetivo fue el de evaluar la implementación del modelo de parto personalizado propuesto por el Ministerio de Salud (2008). La muestra del componente cuantitativo del estudio fue de 1882 mujeres con gestaciones fisiológicas que ingresaron a las maternidades en fase activa e iniciaron su trabajo de parto de forma espontánea. En esta muestra se evaluó el bienestar materno tras el parto, que incluye la sensación de las mujeres de ser bien tratadas, valoradas como personas y de recibir un cuidado respetuoso (Uribe et al., 2008). Los resultados mostraron que solo un tercio de las mujeres reportó esa sensación de bienestar tras el parto, mientras un tercio la calificó como baja (Binfa et al., 2016). El componente cualitativo del estudio, en el cual se realizaron 9 grupos focales con mujeres de diversas regiones, mostró un panorama más desalentador. Si bien las mujeres realizaron una buena evaluación de las capacidades técnicas del personal de salud, expresaron descontento con el trato recibido (dimensión relacional), planteando que durante la atención no se sintieron escuchadas, no recibieron información, y no fueron consideradas en la toma de decisiones respecto a los procesos e intervenciones ocurridas. Más aún, algunas sintieron que fueron tratadas como objeto. Al contrario de la opinión de las mujeres, las matronas y obstetras entrevistados declararon entregar una atención respetuosa y tratar bien a todas las mujeres. Las autoras plantean que las(os) profesionales de atención, por ende, no muestran reflexividad ni autocrítica sobre el desempeño de su rol profesional, y no cuestionan la ética de su práctica (Binfa et al., 2016).

La encuesta OVO Chile (2018) profundizó en diversas dimensiones del trato durante la atención del parto. Analizando los casos entre 2014 y 2017, un 43% de mujeres en salud pública y un 20% en privada declaró que el personal de salud no respondió sus dudas, que se sintieron omitidas, desatendidas o acalladas; un 43% y 17% respectivamente reportó haber vivido críticas o represiones al expresar sus emociones o dolor durante el trabajo de parto; un 18% y 5% declaró haber vivido algún tipo de abuso físico (como manotazos, zamarreos, empujones). Como se

aprecia, en salud privada el trato que reciben las mujeres es evaluado como marcadamente mejor en comparación a salud pública; el primero es un subsistema de salud que cuenta con mucho mayores recursos, con continuidad de atención del mismo equipo de profesionales de atención desde la gestación hasta el postparto, y con insumos suficientes e infraestructura adecuada para cada caso.

Si bien estas cifras son preocupantes, es importante mencionar que han ido en constante mejora a lo largo de las últimas décadas. La misma encuesta OVO recogió experiencias desde la década de 1970 en adelante,¹⁰⁵ y muestra una mejora gradual en los tratos a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las experiencias en las cuales el personal de salud no respondió dudas, desatendió o acalló a las mujeres disminuyeron en salud pública desde un 66% en el periodo anterior a 2009 a un 43% en el periodo 2014-2017; y en salud privada de un 27% a un 20% en los mismos periodos (OVO Chile, 2018). Como se aprecia en la tabla que sigue, si analizamos algunos componentes del abuso verbal, también vemos una progresiva disminución de malos tratos tales como la represión de expresión de dolor o de emociones; el uso de lenguaje sarcástico, grosero, sexual; y amenazas; pero que sin embargo siguen siendo hasta cuatro veces más elevadas en salud pública que privada.

Tabla N°6: Abuso verbal*

	1970-2008		2009-2013		2014-2017	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Crítica y/o represión de expresiones de dolor y emociones de la mujer	70%	24%	60%	22%	43%	17%
Uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco, humillación hacia la mujer	52%	9%	39%	10%	23%	5%
Amenazas hacia la mujer	46%	10%	39%	11%	29%	7%

*Tabla adaptada de OVO Chile, 2018.

Esta mejora en la percepción de la calidad de la atención también se aprecia al preguntar a las mujeres si se atenderían en otro parto con el mismo equipo de salud. En salud pública, vemos

¹⁰⁵ Recordemos que en el análisis de la encuesta se distinguieron tres periodos: partos ocurridos entre 1970 y 2008 (antes de implementación de políticas/programas de parto personalizado); entre 2009 y 2013 (etapa temprana de implementación); 2014-2017 (etapa más consolidada de implementación).

un aumento gradual en la satisfacción con el equipo de salud entre los tres periodos identificados: en las experiencias de parto ocurridas entre inicios de la década del '70 y el 2008, un 17% de las mujeres se atendería con el mismo equipo; entre 2009 y 2013, un 26%; y entre 2014 y 2017 un 40%. Si bien se aprecia una mejora –de un 33% a lo largo de casi medio siglo–, en el último periodo aún hay un 60% de mujeres que no volverían a atenderse con el mismo equipo de salud, es decir, que quedaron insatisfechas con la atención en algún sentido.

En salud privada la evaluación no varía entre los dos primeros períodos: en los partos ocurridos hasta el 2008, un 53% de las mujeres se volvería a atender con el mismo equipo; entre 2009 y 2013, un 52% lo haría. Se produce una mejora considerable entre el 2014 y 2017, a un 67% de mujeres que acudirían al mismo equipo. Como en los otros indicadores que hemos revisado, se aprecia una gran distancia entre los dos subsistemas de atención; en el último periodo hay una apreciación del personal de atención de un 27% mejor en salud privada que pública.

Esta mejor evaluación en el último periodo puede responder a diversos factores entrelazados: por una parte, al avance en la implementación de las normativas nacionales de parto personalizado (MINSAL, 2008; Ley N°20.379, 2009), que han ido acompañados de algunos cambios en las mallas curriculares de las carreras de atención de salud; por otro, un creciente movimiento de la sociedad civil que demanda cambios y cada vez más mujeres que agencian trayectorias de atención que se alineen con sus expectativas de parto. En algunos hospitales públicos y clínicas privadas se han generado protocolos y programas internos de atención alineados con las recomendaciones actuales, lo cual también ha tenido un impacto positivo en la percepción de calidad de atención.

No obstante lo anterior, los resultados de los estudios que informan esta tesis y diversas tesis cualitativas realizadas en el país en años recientes, muestran que hay que tener cautela con estas mejoras, pues pueden ser más de apariencia que de fondo. La tesis de Magdalena Rivera (2016) muestra que, en salud privada, una aparente mayor posibilidad de elección de parte de las usuarias y apertura de los equipos de salud hacia el parto personalizado esconde dinámicas reduccionistas y patologizantes sobre el proceso de gestación y parto, y de desautorización de las usuarias. Dentro de una aparente mayor participación de la mujer en el proceso, en las interacciones con el personal de salud se instala habitualmente la patología como posibilidad cercana, frente a la cual las intervenciones obstétricas aparecen como herramientas apropiadas para controlar la incertidumbre y enfrentar el proceso de parto. De ahí que algunas mujeres se sientan engañadas por el sistema tras su experiencia. Como alternativa a salir de las dinámicas institucionales de atención, las tesis de Carla Ramírez (2015) y Yennifer Márquez (2019) se enfocan en el parto en casa, el cual va en aumento en el país. Muestran que son cada vez más las mujeres que desconfían de las promesas del sistema de salud de una atención respetuosa, y buscan tener sus partos en casa como garantía de que podrán ser protagonistas del proceso.

De lo anterior se desprende que es necesario tener cautela al mirar estos procesos, siendo importante analizar si el mejor trato –componente relacional- va aparejado de mejoras en el componente técnico de la atención; pues como mencioné anteriormente, no necesariamente van de la mano. Un mejor trato puede ir acompañado de las mismas intervenciones obstétricas de rutina, o incluso de más, pero incidir (más) significativamente en la apreciación de la calidad de la atención recibida (como muestra la revisión de literatura de Bravo et al, 2008). Los capítulos que siguen profundizarán en varias de estas cuestiones.

III.1.2. El componente técnico

La dimensión “técnica” de la atención alude a la calidad de los procedimientos clínicos realizados por el personal de salud (Bravo et al., 2008). En el *Manual de Parto Personalizado* se menciona como la “entrega correcta de prestaciones técnicamente adecuadas” (MINSAL, 2008, p. 7). Para evaluar cómo se comporta este componente, atendamos a las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales de salud (cómo se debería hacer) e indicadores disponibles (cómo se está haciendo) sobre intervenciones o prácticas obstétricas. Para gestantes de bajo riesgo obstétrico,¹⁰⁶ hay una serie de prácticas que no se recomiendan: la realización de enema, rasurado púbico, monitoreo fetal continuo (o cardiotocografía continua), y maniobra de Kristeller (o presión de fondo uterino). Una serie de prácticas que han sido ampliamente utilizadas en forma rutinaria, debieran serlo solo en casos justificados, por ejemplo, la administración de oxitocina artificial, amniotomía o rotura artificial de membranas (RAM), episiotomía, posición litotómica (supina o decúbito dorsal) en el parto. Estas últimas prácticas se extendieron debido a la prevalencia del “manejo activo de parto”, que implicaban una serie de intervenciones para acelerar el trabajo de parto.

En las recomendaciones de la OMS (2018), no se recomienda el manejo activo del parto (recomendación N°27), y no se recomiendan una serie de prácticas para la prevención del retraso del trabajo de parto, como el uso aislado de amniotomía (recomendación N°28), el uso temprano de amniotomía con conducción temprana con oxitocina (recomendación N°29), el uso de oxitocina en mujeres con analgesia epidural (recomendación N°30). De hecho, el llamado es a dar tiempo al trabajo de parto, pues por décadas se estableció que la velocidad de dilatación del cuello del útero debía ser de al menos 1 cm. por hora (de lo contrario, se activaban todas las prácticas de aceleración). Hoy se reconoce que se trata de una velocidad “irrealmente rápida para

¹⁰⁶ Las recomendaciones aplican a gestaciones de “bajo riesgo” obstétrico, que serían alrededor del 70 a 80% de las gestaciones en Chile (Oyarzún y Poblete, 2013). Si bien podríamos cuestionar esta cifra, pues la construcción del “alto riesgo” incluye varias condiciones que no debieran impedir que las recomendaciones se cumplan, mencionamos estos porcentajes como aquellos que la comunidad médica maneja en el país.

algunas mujeres, y por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto” (OMS, 2018, p. 4).

Cada uno de los procedimientos cuyo uso no se recomienda en forma rutinaria expone a otros, por ejemplo, la inducción artificial del parto más que duplica la posibilidad de tener una cesárea de emergencia (Davey y King, 2016). Esto es lo que ha sido definido como la “cascada de intervenciones”, que puede seguir diversas trayectorias según los procedimientos que se sigan. Un ejemplo: la monitorización fetal continua implica la inmovilización de la mujer en una camilla, que le impide moverse como forma de aliviar el dolor; el dolor lleva al uso temprano de anestesia epidural, que a su vez generalmente motiva a usar oxitocina, cuya principal complicación iatrogénica es el hipertono uterino (aumento del tono muscular del útero que puede reducir el flujo de sangre hacia el feto), la taquisistolía (exceso de contracciones) y la hipoxia fetal (déficit de oxígeno en el feto), que pueden finalmente conducir a una cesárea. Es en este sentido que las intervenciones exponen a las mujeres a efectos iatrogénicos, entendidos como los efectos nocivos en la salud de las personas por efecto de la medicina.

La OMS ha sido enfática en plantear la necesidad de disminuir las intervenciones obstétricas de rutina en ausencia de complicaciones médicas (1985, 2018). En sus recomendaciones de 2018, se plantea que, en las últimas décadas, las intervenciones obstétricas que no se basan en evidencia han aumentado considerablemente, y que esta medicalización creciente ha debilitado la capacidad de la mujer de dar a luz y afectado de manera negativa su experiencia de parto. Además, se expresa preocupación por la ampliación de las brechas de equidad en salud entre contextos de altos y bajos recursos, como resultado del aumento de intervenciones sin indicaciones justificadas (OMS, 2018). En la misma línea, el *Manual de Parto Personalizado* que el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile publicó en 2008, plantea que uno de los objetivos de los cuidados entregados por los equipos de salud debe ser permitir la evolución fisiológica del trabajo de parto, minimizando las intervenciones obstétricas innecesarias. Y la *Guía Perinatal*, publicada por el mismo Ministerio en el año 2015, es clara en recomendar que las intervenciones obstétricas no se deben realizar en forma rutinaria, sino solo cuando estén médicamente justificadas.

Algunas de las prácticas que se recomiendan durante el trabajo de parto en gestantes sanas, son: la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, la utilización de técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor (según la preferencia y a solicitud de la mujer), la ingesta de líquidos y alimentos por vía oral, movimiento libre privilegiando posiciones erguidas durante el trabajo de parto y parto, acompañamiento continuo de la mujer por al menos una persona de su elección durante toda la atención, contacto piel con piel ininterrumpido entre recién nacida(o) –que nazca sin complicaciones- y madre durante la primera hora de vida. Si bien vamos a ir revisando algunas de estas prácticas en detalle en los apartados que siguen, resulta importante adelantar un análisis general para enmarcar el análisis.

Los dos estudios más recientes que evalúan la atención obstétrica en el país han mostrado que en la atención del trabajo de parto y parto en Chile sigue primando un abordaje excesivamente medicalizado, y que el modelo de atención personalizado impulsado por el Estado no es la norma (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018).

La encuesta OVO Chile (2018) muestra que, si bien algunas prácticas como el rasurado de vello púbico y enema han disminuido considerablemente a lo largo de las últimas décadas, algunas de las intervenciones que más enfáticamente se recomienda disminuir se mantienen muy elevadas y hasta aumentan, como se aprecia en la Tabla N°7:

Tabla N°7: Prevalencia de intervenciones y prácticas obstétricas según periodo y tipo de institución*

	1970-2008		2009-2013		2014-2017	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Monitorización fetal continua	67%	86%	77%	86%	85%	82%
Oxitocina artificial	39%	42%	44%	48%	52%	45%
RAM	50%	43%	48%	49%	44%	40%
Maniobra de Kristeller	44%	43%	37%	43%	27%	32%
Posición litotómica de parto	84%	85%	81%	82%	77%	79%

*Tabla adaptada de OVO Chile (2018).

En la Tabla N°7, se aprecia que, en salud pública, tanto la monitorización fetal continua como la administración de oxitocina artificial aumentan progresivamente para llegar a un 85% y 52% (respectivamente) de reporte en el periodo 2014-2017. En salud privada, estas dos intervenciones se mantienen sin grandes cambios a lo largo de los periodos estudiados, situándose en el último periodo en 82% y 45% respectivamente (porcentajes levemente inferiores a salud pública). La rotura artificial de membranas disminuye en 10% en salud pública entre los periodos estudiados, mientras que se mantiene estable en salud privada; reportándose en un 44% de los partos en salud pública y en un 40% en privada en el último periodo. La maniobra de Kristeller, que se encuentra proscrita y debería haber experimentado una gran baja; no lo ha hecho y aun es declarada en un 27% de partos en salud pública y 32% en privada. Y la posición litotómica tampoco ha experimentado grandes cambios y se reporta en un 77% y 79% de los partos en salud pública y privada en el último periodo. Los resultados del estudio de Binfa

y colegas (2016) mostraron también una baja adherencia a las recomendaciones del MINSAL (2008) con respecto a las intervenciones obstétricas en salud pública, con la mayoría de las mujeres en trabajo de parto recibiendo hidratación intravenosa (y siendo negadas hidratación oral), con monitoreo fetal continuo, inducción y/o aceleración artificial del trabajo de parto, episiotomías, y posición litotómica de parto. Estos resultados muestran que se siguen practicando en números alarmantemente elevados aquellas intervenciones obstétricas que más enfáticamente se recomienda disminuir, y además aquellas que más se asocian con el exceso de cesáreas (monitorización fetal continua, oxitocina artificial, posición litotómica).

Para salud pública, si se comparan los resultados de Binfa et al. (2016) con la encuesta OVO Chile (2018), tomando de esta última los reportes de partos ocurridos en el periodo 2009-2013 (debido a que los datos del estudio de Binfa et al. fueron levantados entre los años 2010-2014), se aprecian grandes similitudes. Las mujeres que no contaron con alimentación sólida durante el trabajo de parto fueron un 82% en el estudio de Binfa et al. (2016) y 84% en la encuesta OVO Chile (2018); la episiotomía fue de 56% y de 58%; la rotura artificial de membranas de 59% y 48%; el alivio farmacológico del dolor 66% y 72%; y los partos en posición de litotomía de 80% y de 81% respectivamente.

Al comparar los sectores de salud privada con pública en el periodo 2014-2017 de la encuesta OVO Chile (2018), apreciamos que el acompañamiento, libertad de movimiento e ingesta de líquidos/alimentos durante el trabajo de parto, son practicados en mayor forma en el primero que en el segundo. La mayor brecha entre los subsistemas de salud se da en cuanto al acompañamiento: en hospitales públicos en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no contaron con un acompañante significativo en algún/ningún momento, mientras que en clínicas privadas esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias.

Detengámonos ahora en la cesárea, un procedimiento quirúrgico que ocurre en la mitad de los partos del país, una cifra en extremo elevada considerando que la OMS ha planteado que a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna ni neonatal (OMS, 2015b).¹⁰⁷ Que el 50% de los nacimientos de Chile sean cesáreas (INDH, 2016) solo se puede explicar desde la afirmación de que gran parte de ellas no ocurre por problemas o complicaciones de carácter “médico” durante la gestación y parto sino por factores “no médicos” (Boerma et al., 2018).¹⁰⁸ Como plantean Betrán et al. (2016), las razones para este aumento son multifactoriales –cambios en características maternas y en estilos de práctica médica, el aumento de presiones por mal práctica médica, así como

¹⁰⁷ La tasa óptima de cesárea es un tema en debate; y sus rangos óptimos varían para grupos de población específica. Lo que los organismos internacionales enfatizan es que sean realizadas por motivos médicos a las mujeres que las necesitan, en lugar de intentar obtener una tasa específica (Betrán et al., 2015).

¹⁰⁸ En la literatura se suele utilizar el concepto de “factores no médicos” para distinguir ciertos procesos que no son guiados por motivos fisiológicos de salud-enfermedad que los justifiquen.

factores organizacionales, económicos, sociales y culturales- y no se han comprendido a cabalidad. Se trata de un “complejo laberinto multifactorial” que involucra a los sistemas de salud, prestadores de salud, mujeres, sociedades, e incluso medios y moda (Betrán, Torloni, Zhang y Gülmezoglu, 2016).

En dicho complejo laberinto, hay que primero considerar que, a lo largo de las últimas décadas, la cesárea ha dejado de ser solo una operación de rescate y se ha comodificado, llegando a representar casi uno de dos partos en América Latina y el Caribe, la región que concentra la mayor tasa de cesáreas del mundo, de 44.3% en 2015 (Boerma et al., 2018). La declaración de la OMS sobre cesáreas de 2015 expresa la preocupación por el incremento en la cantidad de estas cirugías y las posibles consecuencias negativas para la salud materno-infantil. Esta declaración es enfática en plantear que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos (OMS, 2015b).¹⁰⁹ Además de sus efectos adversos en salud, en caso de ser realizadas sin indicaciones médicas, se suman excesivos costos para los sistemas de salud (Villar et al. 2006).

Con respecto a las tasas de cesárea en Chile, la cifra más citada es la que ha dado la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, que informó una tasa estimada del 46% en 2015 (OCDE, 2017a), y de 47,7% en 2017 (OCDE, 2019). Sin embargo, un informe nacional muestra una tasa aún mayor, del 50% para 2015 -40.9% en salud pública y 69% en salud privada- (INDH, 2016)¹¹⁰. En todas las regiones del país la tasa de cesáreas es considerablemente más alta en el sector privado. Paradójicamente, las mujeres que concentran los mayores “factores de riesgo” debido a sus condiciones de vida de mayor vulnerabilidad –atendidas en la Modalidad de

¹⁰⁹ Uno de los artículos de serie *Lancet* sobre cesáreas publicada en 2018 se centra en los efectos de la cesárea en la salud de madres y niños, y concluye que la prevalencia de morbi-mortalidad materna es mayor después de una cesárea que de un parto vaginal. La cesárea se asocia con un mayor riesgo de rotura uterina, placentación anormal, embarazo ectópico, muerte fetal y parto prematuro, y estos riesgos aumentan de manera dosis-respuesta (Sandall et al., 2018). Otros estudios muestran que la recuperación de una cesárea es más lenta que en un parto vaginal y se pueden generar complicaciones de la herida e infecciones, complicaciones derivadas del uso de anestesia, trombosis y hemorragia, lo que se traduce en más re-hospitalizaciones (Declercq et al., 2007; Nguyen et al., 2010; Villar et al., 2007). Todo esto además dificulta el cuidado del bebé. Por otra parte, aquellas mujeres que viven cesáreas son más frecuentemente separadas de sus bebés tras el parto (y por periodos más largos), tienen menos contacto piel a piel con sus bebés y los pueden tomar menos en brazos inmediatamente después del parto y durante los días de recuperación de la cirugía. Con respecto a los efectos de la cesárea en bebés y niñas(os), hay evidencia emergente de que los bebés nacidos por cesárea tienen diferentes exposiciones hormonales, físicas, bacterianas y médicas, y que estas exposiciones pueden alterar la fisiología neonatal. Los riesgos a corto plazo incluyen un desarrollo inmune alterado, una mayor probabilidad de alergia, atopia y asma, y una disminución de la diversidad microbiana intestinal. La persistencia de estos riesgos en la vida posterior está menos investigada, aunque con frecuencia se informa una asociación entre la cesárea y una mayor incidencia de obesidad y asma en la infancia tardía (Sandall et al., 2018).

¹¹⁰ Es relevante mencionar que esta cifra fue publicada en el Anuario 2016 del Instituto Nacional de Derechos Humanos, en el cual se presentó un capítulo sobre violencia obstétrica, identificando a este tipo de violencia como una violación a los derechos humanos. Se trata del único informe que ha publicado cifras oficiales de parto vaginal y por cesárea con el detalle regional y desglose por sectores de salud privado y público. Para la realización de esta tesis, he solicitado en varias ocasiones los datos disponibles de 2016 en adelante a través del Portal de Transparencia del Gobierno de Chile, sin embargo, me han sido enviados datos incompletos que no sirven para el análisis.

Atención Institucional de Fonasa- son las que menos cesáreas tienen. En este sentido, haría sentido que en dicha modalidad de atención se practicaran más cesáreas que en salud privada. Pero ocurre todo lo contrario. Como se muestra en el informe del INDH (2016), la brecha entre el sistema público y privado se acorta o extrema en distintas regiones, llegando a una diferencia máxima de 51 puntos en la región del Biobío (40% sector público, 91% en sector privado), y una mínima de 22 puntos en la Región Metropolitana (36% público, 58% privado). En salud pública, la región con la tasa de cesáreas más baja es Tarapacá (33%) y la más alta Maule (54%); con una diferencia de 21% entre ambos extremos. En salud privada, la más baja es la Metropolitana (58%), mientras la más alta es la del Biobío (91%), dando una diferencia de 33%.

Todas estas cifras nos muestran un panorama alarmante. Si bien la percepción usuaria del trato durante la atención del parto ha ido mejorando a lo largo de los años, las intervenciones obstétricas de rutina no han ido necesariamente en descenso, e incluso han aumentado. Por tanto, la mejora en el componente relacional del cuidado no ha ido aparejada de una revisión de sus aspectos “técnicos”, que constituyen la base del paradigma tecnocrático. De esto seguiré hablando durante el resto de este trabajo. Y, antes de pasar a otro apartado, presento una breve discusión metodológica que permite poner los datos que he presentado en contexto.

III.1.3. Una breve reflexión metodológica para analizar los datos disponibles

Al analizar la información disponible es importante considerar varios factores que pueden incidir en la forma en que las personas participantes evalúan la atención que reciben y entregan. Tanto el personal de salud como las mujeres usuarias han sido socializadas y educadas en un modelo principalmente tecnocrático de atención, por lo cual se pueden normalizar muchas de las prácticas obstétricas y formas de interacción que dicho modelo privilegia.

Las mujeres usuarias pueden no estar informadas de los beneficios del modelo de parto personalizado (como muestra el estudio de Binfa et al., 2016), y por tanto no evaluar su experiencia con respecto a dichos parámetros. Pueden asimismo estar ubicadas en posiciones vulnerables de la escala social en las cuales hay tratos y formas de abuso que pueden estar naturalizadas. A este respecto, Freedman y colegas (2014) alertan que en la investigación sobre este tema se debe distinguir entre conductas abusivas sobre las cuales hay consenso, de aquellas sobre las cuales no lo hay. Puede haber conductas o prácticas que las usuarias no reconocen como abusivas, pero que sin embargo sí son consideradas como tales por otros actores sociales; o a la inversa, que ellas reconocen como abusivas a diferencia del personal de salud u otras personas involucradas en la atención. Por ello proponen diseños metodológicos que comparen el reporte de mujeres con el observado por personas entrenadas, que permita visibilizar el nivel de normalización de los abusos en la atención. Como ejemplo, Freedman et al. (2018) comparan la prevalencia de falta de respeto y abuso durante el parto en dos hospitales de Tanzania como fue

medida por enfermeras entrenadas en reconocer dichos abusos (que observaron la atención) versus el reporte de las usuarias de su experiencia al ser dadas de alta, para comprobar una gran disparidad entre ambas medidas (70% de abusos en observación versus 10% de auto-informe). Como expongo en los capítulos que siguen, esto se confirma en el testimonio de muchas mujeres que se refieren a la atención recibida como “buena”, al mismo tiempo que describen una serie de situaciones que serían consideradas abusivas por personas entrenadas en distinguir dichas situaciones.¹¹¹

Agreguemos que, a mayor nivel educacional, es más probable que la violencia sea menos normalizada. Y acá doy una respuesta a quienes en redes sociales han acusado que la encuesta OVO Chile (2018) muestra una visión muy negativa de la atención que no se condeciría con la “realidad”. Como expuse con anterioridad, los datos que dicha encuesta entrega sobre prevalencia de intervenciones obstétricas son muy similares a los del único otro estudio que se ha publicado en el país que detalla dichas intervenciones (Binfa et al., 2016). Con respecto al componente relacional del cuidado, si bien no hay preguntas comparables, ambos estudios muestran una gran insatisfacción usuaria. El componente cuantitativo del estudio de Binfa et al. (2016) mostró que un tercio de las mujeres en salud pública reportó un nivel bajo de bienestar con respecto a la atención; y el análisis de grupos focales con usuarias mostró una evaluación muy deficiente del trato recibido. En la encuesta OVO Chile (2018), a partir de las experiencias de parto ocurridas en salud pública entre 2009-2013, un 74% de las mujeres no se habría atendido nuevamente con el mismo equipo.¹¹² La muestra atendida en salud pública que respondió la encuesta OVO Chile alcanzó bastante mayores niveles educativos que la del estudio de Binfa y colegas, lo cual puede explicar que se trate de mujeres que normalizan menos el ejercicio de abusos y cuentan con mayor información sobre los tratos y procedimientos adecuados durante la atención.¹¹³

También es relevante mencionar el lugar y forma de levantamiento de los datos. En el estudio de Binfa et al., el cuestionario fue aplicado en el hospital tras la atención del parto por estudiantes del último año (5to) de obstetricia y puericultura entrenadas para dicha tarea. La aplicación del instrumento en la misma institución donde ocurrió el parto y por personal de salud puede afectar las respuestas, como alertan Freedman et al. (2018). En dichas circunstancias, el reporte de

¹¹¹ Se trata de la misma conclusión a la que llegué en mi tesis de título, tras constatar las incongruencias que para mí eran aparentes entre lo que yo había observado y lo que las propias mujeres expresaban tras la atención (Sadler, 2003).

¹¹² Como mencioné más arriba, tomo el periodo 2009-2013 pues es comparable con el periodo de levantamiento de la muestra del estudio de Binfa et al. (2016).

¹¹³ El estudio de Binfa et al. tomó la muestra directamente en maternidades públicas en la modalidad MAI de parto. Un 13% contaba con educación básica, 71% educación media, y 15% algún nivel de educación universitaria. En cambio, de las mujeres atendidas en salud pública en la encuesta OVO Chile (2018), un 1% tenía solo educación básica, un 26% media, y un 50% algún nivel de educación universitaria (el 23% restante contaba con educación técnica, la cual puede corresponder tanto a educación media como superior). Como se ve, en el último estudio las mujeres contaban con mayor nivel educativo.

insatisfacción puede verse alterado por el temor a represalias en contextos donde no hay otras alternativas de atención. Savage y Castro (2017) también alertan que la precisión de los resultados puede verse limitada en circunstancias en las que las mujeres son reacias a denunciar el maltrato por temor a las repercusiones del personal de salud, por el sesgo de deseabilidad social, o –como planteábamos anteriormente- en entornos donde el maltrato se ha normalizado y aceptado entre las usuarias. En ese sentido, la diferencia con la encuesta OVO Chile (2018) es que esta se trató de una encuesta auto-respondida por las mujeres en formato on-line y forma anónima. Por tanto, se minimizan las limitaciones dadas por el contexto (de estar en la misma maternidad donde ocurrió el parto y ser encuestadas por personal de salud). Además, la encuesta OVO fue respondida tras el parto, en un periodo variable entre días hasta meses o años tras el parto, por lo cual también hay diferencias dadas por esta temporalidad, que permite una mayor reflexividad sobre lo sucedido.

Por ello, los resultados de los dos estudios con que contamos en el país que entregan información tanto sobre la dimensión relacional como técnica del cuidado son consistentes y complementarios. A lo largo del análisis que sigue, voy a presentar resultados que no han sido publicados de la encuesta OVO Chile (2018), tanto nuevos elementos de análisis cuantitativo, como las respuestas entregadas en la última pregunta (abierta) donde se podía narrar la experiencia de parto.

En este apartado, revisé los estudios disponibles sobre la atención obstétrica de los últimos años en el país, que concluyen que no se están cumpliendo las recomendaciones ministeriales de atención del parto, y que se dan grandes brechas en la calidad de atención entre el sector público y privado. Estas brechas son mucho más marcadas en cuanto a la calidad del trato (dimensión relacional) que si se analiza la prevalencia de intervenciones obstétricas que se realizan en cada sector de salud (dimensión técnica). Por tanto, si bien en ambos sistemas se practica un exceso de intervenciones obstétricas de rutina, es en salud pública donde el componente relacional del cuidado es más deficiente. En el apartado que sigue voy a profundizar en lo que denomino el “territorio” de atención, analizando la construcción del habitus médico-obstétrico en el país y describiendo cómo se organizan los sectores de atención público y privado de atención del nacimiento.

III.2. El territorio del parto

Es trivial resaltar que el nacimiento ocurre en algún lugar, ya sea en los arbustos, en una choza en la jungla, o en un hospital moderno. Lo que no es tan trivial es considerar que

el nacimiento, por el solo hecho de que se encuentra en algún lugar, inevitablemente tiene lugar en el territorio de alguien. (Jordan, 1993, p. 67, *traducción propia*)

Con esta cita de la antropóloga Brigitte Jordan (1993), abro la reflexión sobre el “territorio” en el que ocurre el parto, integrando tanto el lugar físico donde sucede como su correlato simbólico como territorio de “alguien”, en este caso un sistema médico particular, la biomedicina. Es así como en este apartado analizo cómo se configura el habitus médico-obstétrico en el país, a partir de la descripción de los perfiles profesionales de las(os) principales especialistas de atención del parto –matronas y obstetras- y de sus experiencias formativas y profesionales en años recientes. Me interesa analizar si hay cambios o al menos cuestionamientos al habitus médico tecnocrático en la última década, en línea con las recomendaciones que buscan implementar un modelo humanista de atención (MINSAL, 2008; Ley N°20.379, 2009). Luego, ese habitus médico se pone en práctica en los territorios físico-organizacionales de atención. Hablo de territorios en plural pues dentro del gran “territorio” biomédico de atención –99,6% de los partos ocurrieron en instituciones de salud y fueron atendidas por profesionales de salud en 2017 (INE, 2019)- se configuran dos subsistemas de atención que operan de forma diferente, el privado y el público.¹¹⁴ Describiré las características de ambos subsistema, caracterizando también las particularidades del bono PAD Parto que permite que se genere un espacio “mixto” de atención, aquel de usuarias Fonasa (sistema público) que pueden transitar a atención privada a partir de la semana 37 de gestación. Estas alternativas institucionales van a su vez asociadas a valores y formas de pago diferenciadas, y permiten o restringen ciertos tipos de incentivos económicos.

III.2.1. El territorio del poder obstétrico

Como presenté en el marco teórico, la medicina científica, moderna, o biomedicina se fue instalando paulatinamente desde la Ilustración como el sistema médico hegemónico en gran parte del mundo, constituyéndose en un sistema de poder-saber que norma las formas en que se conciben desde su campo los procesos de salud-enfermedad-atención. En este apartado, tomo los aportes de cientistas sociales que han llevado la reflexión al área obstétrica, para analizar la obstetricia como un campo específico de poder-saber biomédico.

El sociólogo mexicano Roberto Castro, a partir de los conceptos de campo y de habitus de Pierre Bourdieu (2000b), delimita un habitus médico que posibilita el ejercicio del autoritarismo médico (Castro, 2013, 2014). Castro plantea que el campo médico abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que:

¹¹⁴ En 2015, el 0,32% de partos restante ocurrió fuera de estas instituciones, y según datos recopilados por matronas que atienden parto en casa, podemos plantear que la casi totalidad de ellos ocurren en casa, y gran parte de los mismos con la presencia de matronas profesionales. El parto en casa no se encuentra regulado oficialmente y las autoridades de salud hasta la fecha se han negado a abrir la posibilidad de que lo sea.

[U]bicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. (Castro, 2013, p. 148)

Este campo médico produce una serie de subjetividades, una de las cuales es el habitus, un “conjunto de predisposiciones adquiridas mediante la incorporación de las estructuras objetivas y de la historia del campo, y que funciona como un esquema generativo” (Castro, 2013, p. 149). En otras palabras, plantea el autor, el campo médico da forma a la subjetividad de sus actores y la condiciona para que puedan funcionar de manera adecuada. Así, la relación entre campo y habitus médico es de plena concordancia y el segundo queda definido como:

El conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *in-corporación* (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo -en primer lugar, los médicos- a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. (Castro, 2014, p. 173-174)

Me interesa entonces indagar en algunos elementos del habitus médico-obstétrico que pueden ayudar a explicar por qué ha sido –y está siendo- tan difícil implementar el modelo humanista de atención y por qué en la atención obstétrica se ejercen formas de violencia de una crudeza difícil de encontrar en otras prestaciones médicas.¹¹⁵ Agregó “obstétrico” para distinguir y marcar el campo específico de la medicina que se ocupa de la gestación-parto-puerperio. En el campo “obstétrico” que intento caracterizar, incluí a médicos ginecobstetras y a matronas, que son las(os) profesionales principales en la atención del parto.

Como busco identificar y entender los elementos que permitirían o no la implementación del modelo humanista de atención, un punto de partida para este acápite podría ser la pregunta por el nivel de conocimiento de las(os) profesionales de atención obstétrica –matronas y obstetras- sobre dicho modelo y la evidencia actualizada disponible sobre la atención del proceso de parto. Esperaríamos que el personal de salud conozca dicho modelo, debido a que da forma a los lineamientos de salud a nivel mundial y nacional para la atención del nacimiento (FIGO e IMBCO, 2018; MINSAL, 2008; OMS, 2018).

¹¹⁵ Es por esto mismo que en el movimiento latinoamericano por el parto respetado se ha presionado para la promulgación de leyes específicas para la atención ginecobstétrica, pues abarca dimensiones y formas de violencia que no se dan en otras especialidades médicas. Esto, en respuesta a las voces que plantean que sería suficiente con aplicar las leyes existentes en casi todos los países sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Para enmarcar el desarrollo que sigue, primero retrocedo una década, para referirme a lo que ocurría antes o al inicio de la promulgación de leyes y programas nacionales (Ley N°20.379, 2009; MINSAL, 2008) para la atención de parto personalizado. En un estudio que lideré entre 2007 y 2009 sobre experiencias de maternidades en el país que estuvieran transitando hacia el modelo personalizado de atención, las(os) profesionales de salud participantes tenían conocimientos bastante dispares sobre evidencia y recomendaciones para la atención. Mientras unos pocos ya conocían las ventajas de un modelo menos intervencionista, la gran mayoría se mostraba muy receloso y planteaba desconocer evidencia que avalara los beneficios del parto personalizado (Sadler, 2009). Algunos testimonios de obstetras y matronas de aquel estudio con respecto a la evidencia y recomendaciones disponibles fueron los que siguen: “Existe todo un grupo que está con la medicina basada en evidencia que dice que esto nadie ha demostrado, que para qué vamos a cambiar si lo estamos haciendo tan bien, si hemos disminuido la mortalidad materna, la mortalidad perinatal”; “Está el problema de que no haya literatura, que no hayan evidencias científicas multicéntricas, estudios con alta significación estadística que te diga que esto es bueno, y que está asociado a buenos resultados en salud”; “Viene la cosa médica propiamente tal, que es riesgo versus efectividad y nos da mucho miedo que empiecen cosas que perdamos el control, que aumenten el riesgo, entonces tengo que estar muy seguro que esto no aumenta los riesgos” (Sadler, 2009).

Cuando realizamos el estudio FONIS que nutre este texto (2014-2016), casi una década más tarde, nos encontramos con un panorama bastante diferente. Los obstetras y matronas entrevistadas(os) conocían las recomendaciones actuales y las ventajas del modelo humanista de atención; y se mostraron críticos frente a la excesiva medicalización del parto en el país, caracterizado por el uso rutinario de intervenciones obstétricas que se practican indiscriminadamente. Recibimos respuestas como: “Claro, haciendo el análisis tanto en el sistema público como el privado, yo encuentro que es muy alta la tasa de intervenciones que tenemos, indiscutiblemente” (O.E1); “Mi opinión es bien crítica a lo que estamos haciendo, no lo estamos haciendo bien, no estamos trabajando en base a la evidencia disponible” (M.E1); “Nosotros sabemos que estamos interviniendo demasiado, ya sea para nuestros propios índices locales como la comparación con el extranjero” (M.E4). Estos breves extractos de las entrevistas reflejan lo que la gran mayoría del personal de salud entrevistado reconoció: que se practica un exceso de intervenciones obstétricas de rutina, y en especial de cesáreas. Ahora bien, estas mismas citas reflejan que el centro de la autocrítica está puesta en el componente técnico de la atención –un exceso de intervenciones de rutina–, y con menor énfasis en el componente relacional de la misma. Recordemos que en el estudio de Binfa y colegas (2016), las(os) profesionales de atención expresaron entregar a todas las mujeres una atención con buen trato.

Un ejemplo paradigmático del exceso de intervenciones obstétricas es la cesárea, que en Chile alcanza la mitad de los nacimientos del país. Al preguntar a las(os) matronas y obstetras por los

beneficios y riesgos de la cesárea y el parto vaginal, nos encontramos con que sus respuestas están muy alineadas con la evidencia disponible, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla N°8, Reporte de obstetras y matronas sobre ventajas y desventajas de las vías de parto*

Ventajas/beneficios del parto vaginal	Desventajas/riesgos del parto vaginal ¹¹⁶
<p>En comparación con cesárea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorece recuperación materna precoz (mejor evolución materna postparto) • Favorece lactancia • Favorece apego con recién nacido • Favorece participación y satisfacción materna • Presenta menor morbi-mortalidad materna • Favorece ciclo de oxitocina endógena • Disminuye riesgo de infecciones maternas y neonatales • Presenta mejores resultados neonatales generales, entre los cuales se encuentra: menor morbimortalidad, menor distrés respiratorio transitorio • Menores dosis de analgesia postparto administradas a la madre 	<p>Puede provocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daños al periné • Incontinencia urinaria • Incontinencia anal • Dispareunia (coito doloroso)
Ventajas/beneficios de la cesárea	Desventajas/riesgos de la cesárea
<p>Puede prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daños al periné • Incontinencia urinaria • Incontinencia anal • Dispareunia (coito doloroso) 	<p>En comparación con parto vaginal, en las mujeres presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo en el futuro reproductivo • Riesgo de infecciones • Riesgo de pérdida sanguínea

¹¹⁶ Es relevante mencionar que estos “riesgos” podrían ser re-conceptualizados como riesgos de partos vaginales atendidos según el modelo tecnocrático. Los mayores daños al periné son provocados por el exceso de intervenciones: la cadena de inducción/aceleración oxitócica que no da tiempo a la dilatación en los tiempos fisiológicos, que lleva aparejada el uso de epidural, y luego de otras técnicas de aceleración como rotura artificial de membranas, y/o maniobra de Kristeller, pujos dirigidos; de la mano de la imposibilidad de deambulaci3n/movimiento libre y uso rutinario de la posici3n litot3mica, como comentar3 en los cap3tulos que siguen.

	<ul style="list-style-type: none">• Anemia postoperatoria• Dolor postoperatorio• Riesgo de trombosis venosa• Riesgo de complicaciones anestésicas• Lesión de vísceras huecas• Mayores secuelas psicológicas negativas <p>En los recién nacidos, presenta mayor(es):</p> <ul style="list-style-type: none">• Riesgo de infecciones• Mortimortalidad• Problemas de adaptación transitoria: taquicardias, taquiapneas• Hospitalizaciones <p>Lactancia precoz se inicia más tardíamente que en partos vaginales; duración de lactancia tanto exclusiva como complementaria es menor</p> <p>Mayores gastos económicos para el sistema de salud</p>
--	---

*Elaboración propia a partir de respuestas de entrevistas a obstetras y matronas en el proyecto FONIS SA13I20259

Estas respuestas coinciden con lo que plantean en la actualidad los lineamientos de los colegios profesionales, de los organismos internacionales y nacionales de atención. Muestran, en el nivel discursivo, un reconocimiento de los beneficios del parto vaginal sobre la cesárea. Sin embargo, en todas las instituciones de salud del país las tasas de intervenciones en general, y de cesáreas en particular, exceden con creces las recomendaciones tanto internacionales como nacionales.¹¹⁷

Algo similar, pero con menor énfasis, ocurre con las dimensiones relacionales del cuidado; hay un reconocimiento discursivo de parte de las(os) profesionales de salud de la importancia de considerar a las usuarias como seres integrales, de incluir aspectos emocionales en la atención, y de la necesidad de erradicar los malos tratos durante la atención. Pero nuevamente, si atendemos a lo que muestran los estudios disponibles en nuestro país, nos encontramos con graves deficiencias en el trato que reciben las usuarias (Binfa et al., 2016; INDH, 2016; OVO Chile, 2018; Rivera, 2016).

Lo que se encuentra, entonces, es una brecha entre la evidencia, el discurso y la práctica (*evidence-discourse-practice gap*; Davis-Floyd, 2003, p. xii), es decir, el reconocimiento a nivel

¹¹⁷ Recordemos que las matronas y obstetras entrevistadas(os) en el proyecto FONIS fueron seleccionadas(os) buscando que presentaran una heterogeneidad de perfiles profesionales en cuanto a: años de experiencia profesional, atención pública y/o privada, “enfoque” de atención al que reportaran adherir (en caso de haber una preferencia explícita) o por el que fueran conocidas(os).

discursivo de la evidencia científica actualizada y de las recomendaciones sanitarias disponibles, que sin embargo no se traducen en la práctica.

Una forma de aproximarnos a comprender cómo se genera esta brecha, es analizando cómo se configura el habitus médico-obstétrico a partir del currículum médico, tanto en sus dimensiones explícitas y abiertas, como en aquellas ocultas y menos evidentes. Entenderemos el currículum como un proceso de construcción, negociación y selección de saberes, identidades, representaciones y realizaciones profesionales y disciplinares, expresados en un conjunto de habilitaciones (saberes y competencias) intencionadas, significadas, organizadas y administradas en un itinerario de formación, orientado al logro de un perfil de egreso que constituye a la vez un compromiso y una promesa ante la sociedad (Universidad de Chile, 2018). Dicho currículum contiene una dimensión “explícita” (formal u oficial), que se expresa en los documentos escritos que establecen el enfoque y estrategias pedagógicas, sus objetivos, contenidos, metodologías, recursos y criterios de evaluación (Arcos et al., 2006); y una “oculta”, que alude al conjunto de “procesos, presiones y restricciones que caen fuera de, o están incorporadas al, currículum formal, y que con frecuencia están desarticulados y [quedan] inexplorados” (Cribb y Bignold, 1999; citado en Castro, 2014). El currículum oculto casi no opera a través de los contenidos formales que se entregan sino de una forma sutil y no reconocida, a través de comportamientos rituales, supuestos y creencias compartidas del cuerpo docente; produciendo un verdadero entrenamiento moral (Hafferty y Franks, 1994). Atender a este currículum implica el reconocimiento de que las instituciones de educación médica son entidades culturales y morales que construyen lo que se valora en la práctica clínica y lo que se espera de la medicina (Hafferty, 1998).¹¹⁸

Es el currículum oculto, como plantea Davis-Floyd (2018a), el que contiene las técnicas transformativas destinadas a instalar en los estudiantes los valores fundamentales del modelo que se busca perpetuar. La educación médica opera como rito iniciático, que, de ser exitoso, genera una transformación interior profunda en base a los valores centrales del modelo en el que la persona fue iniciada. Como rito, lleva la carga no solo de transmitir conocimiento y habilidades técnicas, sino también de imbuir al estudiantado con los valores de la biomedicina. Para Castro (2014), las tres dimensiones fundamentales que contiene el currículum oculto son los castigos y disciplinamiento corporal; el orden de las jerarquías dentro de la profesión; y el disciplinamiento de género. Davis-Floyd (2018a), además de dichas dimensiones, agrega el estrechamiento y transformación cognitiva, y el adormecimiento emocional; todas las cuales se encuentran íntimamente relacionadas.

¹¹⁸ El término “currículum oculto” fue acuñado por Philip Jackson en 1968 para describir las actitudes y creencias que los niños deben aprender como parte del proceso de socialización para tener éxito en la escuela. Hafferty fue el primero en adaptar el concepto al área de la medicina en 1994 (Higashi, Tillak, Steinman, Johnston y Harper, 2013).

Podríamos preguntar qué “tipo” o modelo de biomedicina se busca reproducir en la educación obstétrica, si una basada en principios humanistas y/o tecnocráticos. Es decir, si la educación refleja principalmente el enfoque de atención que era generalizado en el país hasta 2008 (tecnocrático), o el personalizado que se intenta implementar desde entonces. Es de relevancia pues las(os) profesionales de atención son parte fundamental del “territorio” de atención al que alude Jordan (1993) y que busco caracterizar. Para caracterizar el habitus médico-obstétrico, entonces, voy primero a describir los perfiles de egreso de matronas y obstetras, los cuales expresan la declaración de principios de las carreras, para luego analizar cómo se presentan las dimensiones centrales de dichos perfiles en el proceso educativo y de práctica clínica de las(os) alumnos y jóvenes profesionales.

III.2.1.1. Las profesiones de atención del parto

Si bien durante la atención de la gestación y parto participan una diversidad de especialidades -auxiliares de enfermería, técnicas(os) en enfermería o TENS, enfermeras(os), ecografistas, matronas, obstetras, anesthesiólogos(as), neonatólogos(as), entre otros- la atención principal es brindada en Chile por matronas y obstetras, que serán las(os) profesionales centrales durante el ciclo de atención.¹¹⁹ Los roles y protagonismo de estas(os) varían entre los subsistemas de salud pública y privada.

En salud pública, las matronas tienen autonomía para el cuidado de las gestantes de bajo riesgo, y cierta autonomía durante el trabajo de parto y parto que no presenta complicaciones -siempre supervisadas por obstetras de turno-. Digo “cierta” autonomía, pues a pesar de que están capacitadas para atender partos de bajo riesgo obstétrico, en la práctica están usualmente subordinadas a las instrucciones de obstetras y deben seguir sus indicaciones. En el estudio de Binfa et al. (2016), las matronas reportaron una organización excesivamente jerárquica de la atención, donde se les priva del ejercicio autónomo de su profesión. En el caso de gestaciones y partos que presentan complicaciones y se califican como de alto riesgo obstétrico, además de matronas participan otros especialistas en el cuidado, especialmente obstetras (u otros según el tipo de riesgo). En cambio, en salud privada, la mujer es atendida por un obstetra desde el inicio de la gestación, y la matrona participa solo desde ya entrado el tercer trimestre, usualmente desde la semana 32 o 33 en adelante (del total de 40 semanas de gestación). El trabajo de parto es atendido principalmente por la matrona, y el obstetra atiende el periodo expulsivo del proceso

¹¹⁹ Neonatólogos(as) y pediatras participan en la atención desde el nacimiento del bebé, a excepción de casos en que se detecte alguna anomalía fetal durante la gestación, casos en los cuales intervienen especialistas que se requieran según la situación.

(con asistencia de la matrona).¹²⁰ En casos de partos instrumentales (fórceps o ventosa) y cesáreas, en el sistema público y privado es el obstetra el encargado principal de la atención.¹²¹

Por esta forma en que se configura la atención, si bien las matronas están presentes en casi todos los nacimientos que ocurren en el país, son las principales profesionales a cargo del parto en menos de la mitad de los nacimientos. Si hacemos el cálculo para el año 2015, tenemos que el 68% de los partos ocurrieron en salud pública y el 32% en privada (INDH, 2016). En salud privada, en todos esos partos el obstetra fue el encargado principal de la atención; y en salud pública, el 44% del total de partos del sector fueron cesáreas o partos distócicos, atendidas por obstetras. Por tanto (haciendo un cálculo muy grueso), en 2015, en alrededor de un 38% las profesionales a cargo del parto fueron matronas.¹²² A medida que la atención privada de partos y la cesárea han ido en aumento en el país, el número de partos que atienden las matronas ha ido disminuyendo; a comienzos de la década del 2000 atendían un 52% del total de los partos (Leiva, 2016).

A muy grandes rasgos, en la medicina moderna se distinguen obstetras de matronas pues los primeros son médicos entrenados en patologías más complejas, partos instrumentales y cesáreas; mientras la educación de matronas se centra en el parto fisiológico, es decir, que ocurrirá por vía vaginal y sin mayores complicaciones. Esto queda plasmado en el artículo 117 del Código Sanitario de nuestro país, en el cual se detallan los servicios profesionales que pueden prestar las matronas, los cuales comprenden:

[L]a atención del embarazo, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido, como, asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. En la asistencia de partos, sólo podrán intervenir mediante maniobras en que se apliquen técnicas manuales y practicar aquellos procedimientos que signifiquen atención inmediata de la parturienta. Podrán indicar, usar y prescribir sólo aquellos medicamentos que el reglamento clasifique como necesarios para la atención de partos normales y, en relación con la planificación familiar y la regulación de la fertilidad, prescribir métodos anticonceptivos, tanto hormonales - incluyendo anticonceptivos de emergencia-como no hormonales, y desarrollar

¹²⁰ Es poco usual que el obstetra esté presente durante todo el trabajo de parto; en caso de estar de turno en la maternidad estará chequeando regularmente el progreso del proceso, pero de no ser así llega en un periodo avanzado del mismo.

¹²¹ Puede ocurrir que en hospitales de mediana o baja complejidad no haya disponibilidad de especialistas obstetras, en estos casos se producen traslados a centros de mayor complejidad de ser necesario, o en algunos casos la atención la hacen médicos generales (que no cuentan con especialización médica).

¹²² Porcentajes calculados a partir de datos publicados en INDH, 2016.

procedimientos anticonceptivos que no impliquen uso de técnicas quirúrgicas, todo ello en conformidad a la Ley N° 20.418.¹²³

Como se aprecia en la cita, en la atención del parto la labor de las matronas se circunscribe a partos considerados “normales”, es decir, vaginales y no instrumentales (sin uso de fórceps u otros instrumentos, ni cesáreas). En la actualidad, la formación de matronas en Chile se da en el contexto de una carrera universitaria de entrada directa, de cinco años de duración, y que otorga grado académico de licenciado en obstetricia y puericultura y título profesional de matrona o matron. En 2016, en el país había alrededor de 11.500 matronas facultadas para ejercer, y se concentraban a una razón de 49,9 por cada 1000 nacidos vivos, debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos para el mismo año, que fue de 66,8 por cada 1000 nacidos vivos.¹²⁴

La educación de médicos ginecobstetras,¹²⁵ en cambio, tiene una duración mínima de 10 años. Se divide en dos períodos: primero se cursa medicina general obteniendo el título de médico cirujano general, que tiene una duración promedio de 7 años. En esta formación se reciben conocimientos generales de obstetricia y ginecología, en la misma medida que de todas las otras especialidades médicas. Luego sigue un período de especialización (conocido coloquialmente como “beca”) en el que se obtiene la especialidad de ginecología y obstetricia, de una duración de 3 años (Artuso, Astorga y Gaete, 2015). En esta especialización se refuerzan los contenidos teóricos y se da mucho énfasis a la práctica. Por ejemplo, en la Universidad de Chile, el programa de especialidad en ginecología y obstetricia, de 3 años de duración, cuenta con una asignatura de “Bases Biomédicas de la Obstetricia y Ginecología”, constituida por once cursos teóricos, distribuidos durante los tres años de formación. Otras cinco asignaturas teórico-prácticas constituyen el eje central de la formación y se realizan a través de rotaciones programadas, con actividades docente asistenciales en el campo clínico, tanto a usuarias hospitalizadas como de atención ambulatoria, además de participación y ejecución supervisada en intervenciones quirúrgicas.¹²⁶

En el año 2016, en el país había 8,5 ginecobstetras por 1000 nacidos vivos, número inferior al promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, que fue de 14,5 por 1000 nacidos vivos.¹²⁷ Si bien no se cuenta con información

¹²³ Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1029547>

¹²⁴ Recuperado de OECD.Stat Health/ Health care reosurces/midwives <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30174#>

¹²⁵ Si bien muchos médicos practican tanto el campo de la ginecología como de la obstetricia, la distinción radica en que la primera es la subespecialidad médica y quirúrgica que se encarga de la evaluación de la fisiología y patologías del sistema reproductor femenino a lo largo de todo el ciclo vital (incluyendo adolescencia y climaterio), mientras que la segunda se focaliza en el período fértil.

¹²⁶ Recuperado de <http://www.medicina.uchile.cl/postgrado/profesional-especialista/obstetricia-y-ginecologia>

¹²⁷ Recuperado de OECD, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30174#>

específica sobre cómo se distribuyen los ginecobstetras entre salud pública y privada, se sabe que alrededor del 50% de todos los médicos se desempeñan en el sector público (Goic, 2015), sector que atiende el 70% de los partos.

Matronas y obstetras, son, entonces, quienes toman las decisiones sobre los procedimientos obstétricos, y en quienes recae principalmente la comunicación con las mujeres usuarias y sus familias respecto al proceso de atención. ¿Qué se espera de estas(os) profesionales? Atendiendo a los perfiles de egreso de estas carreras podemos ver cuáles son las declaraciones formales que hacen las instituciones de educación superior frente a la sociedad y frente a sí mismas, comprometiendo la formación de una identidad profesional, ciertos compromisos formativos en ámbitos de realización de la profesión y sus competencias clave asociadas (Hawes, 2010).

En los perfiles de egreso de matronas de 22 universidades públicas y privadas del país, se repiten ciertas dimensiones clave con que la profesional contará al egresar: sólidos valores éticos y morales, sentido de responsabilidad social, capacidades para entregar un atención biopsicosocial/integral y cálida/humanizada/respetuosa, con respeto a la diversidad social y cultural, integración de un enfoque de género, y base en una sólida evidencia científica.¹²⁸ Como ejemplo, a continuación presento un fragmento del perfil de egreso de la Universidad de Chile, la más antigua del país (subrayando aquellos elementos centrales que se repiten en los perfiles de las diferentes universidades):

El matrn(a) de la Universidad de Chile es un profesional que se destaca por su compromiso con el servicio público, gran sentido de responsabilidad social, capaz de brindar una atención en salud, desde un enfoque biopsicosocial, a la mujer a través de su ciclo vital, al neonato, pareja, familia y comunidad, en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Ejerce su rol con responsabilidad, liderazgo, respetando la diversidad, con enfoque de género en el marco bioético y legal, basado en la evidencia científica e integrando equipos multidisciplinares, dentro del sistema sanitario. (Extracto)¹²⁹

En los perfiles de egreso de médicos generales y de la especialidad de ginecología de las 13 universidades que cuentan tanto con la carrera como con la especialidad, se repiten la importancia del desempeño ético del(la) profesional, de servicio social, de la consideración de la integralidad de lo humano; sin embargo se da mucha menor importancia al enfoque de género (en pocos casos se menciona), y a la vez se da mayor importancia a la formación en base a la

¹²⁸ Universidades: de Atacama, de Antofagasta, de Tarapacá, de Valparaíso, de Viña del Mar, de Chile, Los Andes, del Desarrollo, de Santiago de Chile, Andrés Bello, Diego Portales, Mayor, Autónoma, San Sebastián, Bernardo O' Higgins, SEK, de Talca, de la Frontera, Adventista, de Concepción, Austral, de Aysén; información obtenida revisando las páginas web de cada institución, como estaban descritas en junio de 2020.

¹²⁹ Formulado en el Decreto Exento N°36684 del 05 de octubre de 2015; recuperado de <https://www.futuroestudiante.cl/obstetricia/>

evidencia científica y la importancia de actualizarse constantemente a lo largo del ejercicio profesional.¹³⁰ En la Universidad de Chile, el perfil de egreso de la carrera de medicina (título de médico cirujano) señala que el profesional se desempeña:

[A]tendiendo integralmente las necesidades de salud de las personas y de la población en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a lo largo del ciclo vital, incorporando a la familia y la comunidad en su quehacer. **Razona crítica y reflexivamente acerca de su rol social, así como de su quehacer y profesión, la que ejerce sobre la base del conocimiento actualizado**, considerando el avance de las ciencias, la tecnología y los cambios de los determinantes de la salud. [...] Manifiesta su **sentido ético y cívico**, así como su compromiso y solidaridad social, generando acciones orientadas a resolver las necesidades y expectativas de salud del país. (Extracto)¹³¹

El perfil de egreso de la especialidad en ginecología y obstetricia de la misma institución señala que el(la) egresado(a) estará capacitado(a) para:

[A]bordar y resolver integralmente los problemas de salud de la mujer en el ámbito clínico de la Obstetricia y Ginecología, desde la infancia y a lo largo de todo su ciclo vital, en lo fisiológico, como también en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías más prevalentes en la especialidad, emitiendo juicios científicos y humanísticos. [...] **En el ámbito científico, será capaz de analizar críticamente la evidencia científica disponible y desarrollar acciones de investigación que le permitan contribuir a la generación de conocimiento, respetando principios éticos.** [...] Se espera que el egresado adquiera conocimientos con un **sólido fundamento científico y hábitos de autoformación y de estudio permanente, que le permitan renovar y mantener al día sus conocimientos**. Es requisito fundamental que sus conductas y actitudes estén **imbuidas de los contenidos valóricos** de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, para que pueda ser validado, respetado y reconocido por su probidad y liderazgo social. (Extracto)¹³²

Entonces, comparando los perfiles de egreso de las carreras de obstetricia y puericultura (matronas), con aquellos de médicos ginecologistas, las diferencias más notorias se dan en dos categorías. Por una parte, en cuanto al respeto a las diferencias socioculturales y la integración de un enfoque de género, que en las carreras de obstetricia y puericultura se enfatizan más y con mayor detalle, mencionándose en algunos perfiles de egreso categorías como el respeto a la diversidad étnica y a la diversidad sexual, las cuales no se mencionan en las otras carreras. Por

¹³⁰ Universidades: Católica del Norte, de Valparaíso, Católica, de Chile, Finis Terrae, de Los Andes, del Desarrollo, de Santiago de Chile, Andrés Bello, Católica del Maule, de Concepción, de la Frontera, Austral.

¹³¹ Recuperado de <https://www.uchile.cl/carreras/5013/medicina>

¹³² Recuperado de <http://www.medicina.uchile.cl/postgrado/profesional-especialista/obstetricia-y-ginecologia>

otra parte, la importancia del aprendizaje continuo, actualización, pensamiento crítico y autocrítica tanto durante el desarrollo de las carreras como durante el posterior ejercicio profesional, es mencionado más veces y con mucho mayor énfasis en la carrera de medicina y especialidad de ginecología y obstetricia que en la de obstetricia y puericultura.

Como expuse en el apartado anterior (sobre el diagnóstico “grueso” de la atención obstétrica en el país), la práctica obstétrica en el país se caracteriza por ser en extremo intervencionista, habiendo adoptado muy tímidamente las recomendaciones internacionales y nacionales para la atención, y los indicadores y estudios disponibles muestran que una proporción importante de usuarias no se sienten tratadas en su integralidad ni en forma respetuosa. En los capítulos que siguen veremos además que muchas mujeres reportan recibir tratos cargados de recriminación y de actitudes sexistas. Entonces, como planteé en la apertura a este capítulo, parece contradictorio que las dimensiones que se destacan y repiten en los perfiles de egreso constituyan a la vez las que aparecen mal evaluadas en los estudios nacionales que hemos mencionado. Como analizaré a continuación, sucede que dichos perfiles reflejan ciertos compromisos que no necesariamente se cumplen durante la formación profesional.

III.2.1.2. Algunas dimensiones centrales del currículum y la práctica obstétrica

-La “evidencia científica”

Vimos que en el perfil de egreso de matronas se enfatiza que el ejercicio del rol se basa en la evidencia científica, y en el de obstetras además de basarse en la evidencia disponible, se expresa que se trata de un profesional que “será capaz de analizar críticamente la evidencia disponible”, cuyo conocimiento se basará en un “sólido fundamento científico y hábitos de autoformación y de estudio permanente, que le permitan renovar y mantener al día sus conocimientos”.¹³³

Pero, si revisamos la gran mayoría de las prácticas obstétricas que se recomiendan y las contrastamos con la práctica, veremos que se cumplen en forma bastante deficiente. Me detengo aquí solo en una de las más enfáticas recomendaciones actuales para la atención del nacimiento: que el trabajo de parto y parto suceda en posiciones libres, evitando la posición litotómica (de espaldas) de rutina (MINSAL, 2008; OMS, 2018). Esto, pues permite la movilidad de la pelvis y consecuente acomodo del feto durante su descenso por el canal de parto. Esta recomendación se basa en el reconocimiento de que la pelvis es articulada y móvil -está compuesta por tres huesos articulados, dos ilíacos y el sacro coxis, además de una serie de articulaciones-, y de que esa

¹³³ Recuperado de: <https://www.futuroestudiante.cl/obstetricia/> y [://www.medicina.uchile.cl/postgrado/profesional-especialista/obstetricia-y-ginecologia](https://www.medicina.uchile.cl/postgrado/profesional-especialista/obstetricia-y-ginecologia)

movilidad es central para propiciar un trabajo de parto fisiológico. Libros que promueven el parto en movimiento (por ejemplo, Calais-Germain y Vives, 2013) describen en detalle la anatomía del movimiento de la pelvis. No obstante lo anterior, en la mayoría de los textos de obstetricia aun en uso, la pelvis es descrita como un anillo óseo, lo cual nos transporta a la idea de un círculo fijo y estático. Esta idea de pelvis estática es reforzada -en un círculo vicioso- por la posición litotómica, que no permite la movilidad durante el trabajo de parto. Sumemos a esto que en Chile nos encontraríamos ante un especial tipo de pelvis, idea que extendiendo a continuación.¹³⁴

En el manual de *Obstetricia* de Pérez Sánchez y Donoso (2011), uno de los más utilizados en la educación de matronas y ginecobstetras en nuestro país hasta la fecha, se habla de diámetros específicos de la pelvis de la mujer chilena. En el capítulo sobre la pelvis, se encuentra el subtítulo “Diámetros de la pelvis”, seguido del siguiente texto: “la información expuesta se refiere a la mujer chilena.” Para seguir con medidas como: “Diámetros externos: Biespinoso. Entre el punto más prominente de las espinas ilíacas anterosuperiores. Mide en promedio 23 cm” (Pérez Sánchez y Donoso, 2011, p. 15; se trata de la cuarta y última edición de este manual). Luego se describen los diámetros externos: bicrestal, bitrocantéreo, conjugada externa o diámetro de Baudelocque; y los internos: diámetro transverso máximo, transverso útil o mediano, oblicuos. En el acápite descrito, tras la medida del diámetro externo de la “conjugada externa o diámetro de Baudelocque”, se cita a Avendaño y Mayorga (1985). Dicha referencia corresponde al capítulo “La Pelvis Obstétrica” del mismo manual, en su primera edición. Y si buscamos dicho capítulo en la edición de 1985, nos encontramos con una referencia más antigua, a Avendaño (1949)¹³⁵. En dicho texto, el autor utiliza las medidas de los diámetros externos de dos sets de muestras de pelvis de “mujeres chilenas”, una propia y otra de Urzúa, quien ya había concluido que la pelvis de la mujer chilena tenía un menor tamaño exterior que las descritas en otras poblaciones (Urzúa, 1930). Las medidas que se presentan como características de la pelvis de la mujer chilena resultan del promedio de las medidas de estos dos sets de muestras. Es decir, muestras óseas de principios del siglo XX y analizadas en el marco de los paradigmas y marcos teóricos vigentes en ese entonces.

Resulta muy interesante constatar que el autor reconoce que “los valores aceptados por diversos autores, de épocas y regiones diversas, acusan una notable disparidad. Este hecho revela desde luego, la existencia de variaciones raciales, y aumenta la importancia de estudios nacionales y

¹³⁴ Esta reflexión sobre la pelvis obstétrica fue publicada anteriormente en Sadler, 2016. Los aportes desde la antropología física son el resultado de la práctica profesional de antropología física de la carrera de Antropología (Universidad de Chile) de Mariana Sáez Latorre, titulada “El dilema obstétrico en la evolución humana desde la perspectiva paleoantropológica”, realizada durante el año 2014 en el marco del proyecto FONIS SA13I20259.

¹³⁵ Se trata de la tesis del Dr. Onofre Avendaño para optar al título de Profesor Extraordinario de Clínica Obstétrica de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Chile.

regionales” (Avendaño, 1949, p. 80). A lo largo de su trabajo, si bien está presente el sesgo de la clasificación *racial* (propio de la época), se reconocen los límites de los métodos y formas de clasificación de la pelvis, así como de las formas en las cuales se conducen los problemas de las distocias óseas. Dice:

Hay aquí toda una gama de actitudes impropias. Si este trabajo lograra despertar el interés por el asunto y renovar el interés por la pelvis obstétrica, habríamos cumplido con creces nuestro objetivo, y nuestros esfuerzos estarían plenamente justificados. Meditemos, pues, una vez más, sobre este problema, y después actuemos en consecuencia. Sigamos ejerciendo la Obstetricia como Arte, sin olvidarla como Ciencia. (p. 135)¹³⁶

Han pasado 66 años y quizás estemos renovando este interés, y despertando las metáforas que duermen en la ciencia (E. Martin, 1991). Cuestionemos entonces la imposibilidad de existencia de una *pelvis de la mujer chilena* desde la antropología física. Los trabajos recién descritos -y todas las tipologías pélvicas realizadas entre fines del siglo XIX y primera mitad del siglo XX- corresponden a una época donde primaron los estudios clasificatorios descriptivos, marcados por una visión etnocéntrica que presenta series limitaciones para la comprensión de la diversidad humana. La conocida tipología realizada por Caldwell y Moloy (1938) se basa en estudios previos que se fundamentan en una visión racista de la variación morfológica, y que además adolece de un sesgo muestral. Los tipos pélvicos como platipeloide, antropoide, ginecoide, y androide no tienen un sustrato avalado por estudios actuales (Kurki, 2011, 2013a, 2013b; Walrath, 2003), y no se ha comprobado que exista una diferenciación morfológica cuantificable (métricamente) que permita presumir que haya un tipo específico de pelvis femenina que sea más adecuada para el parto (Kurki, 2011, 2013a, 2013b). Como bien señala Walrath, tanto la noción de tipo pélvico femenino como la idea de un mecanismo de nacimiento monotípico divulgados en el discurso biomédico actual, se incorporaron en las conjeturas paleoantropológicas, generando una especie de retroalimentación discursiva que hace hincapié en lo riesgoso del parto y aboga por intervenciones clínicas (Walrath, 2003).

Aquella visión de riesgo, de pelvis “poco apta” y de una pelvis “de la mujer chilena” se reproduce en los testimonios de algunos obstetras entrevistados, acompañada de ciertas características antropomórficas que la harían menos apta para partos vaginales que en otras poblaciones:

¹³⁶ Avendaño se refiere a la obstetricia como “arte”. De la misma forma, la revisión que hace Robert Hahn del texto *Williams Obstetrics* en sus 17 ediciones entre 1903 y 1985 (el texto de obstetricia más utilizado durante el siglo pasado en Estados Unidos), muestra que en la primera edición de 1903 Williams describe la obstetricia como un arte; arte basado en fundamentos científicos y con aplicaciones prácticas. Hahn –tras explicar que Williams no se detiene en desarrollar qué entiende por “arte”- plantea que el término sugiere habilidad, creatividad e invención, que generalmente se piensa que descansa sobre bases intuitivas y pragmáticas; sugiere la ausencia de procesos mecánicos o acciones lógicamente determinadas. Que la obstetricia sea un arte, sigue Hahn, también sugiere que sus principales eventos no pueden ser conocidos o previstos con exactitud (Hahn, 1987, p. 267).

Es que la mujer chilena, es, como lo pongo, tiene una pelvis como malona, estrecha. (O.E9)¹³⁷

[L]as mujeres chilenas tienen muy mala tolerancia al dolor del parto, llegan con mucho dolor, con mucho temor y la medicalización les calma el dolor. [...] Entre paréntesis, por qué me quiero ir de Chile, a [otro país], porque allá son todas mujeres altas y tú las miras por detrás y tienen las tremendas pelvis, tienen todas las condiciones antropométricas para tener una alta tasa de parto vaginal. Pero en estas mujeres más bajitas y con fetos grandes, es altamente más probable que la tasa de cesárea sea más alta. [...] O sea la talla es un factor que en la clase popular pesa mucho, porque la talla es más baja, la clase privilegiada es más anglosajona, es más europea, mujeres más altas, más nutridas, más educadas, más sofisticadas. (O.E8)

Entonces como te digo el problema es súper complejo, también viene de experiencias internaciones, por ejemplo en Escandinavia se jactan de tasas de cesárea bajísimas, son otras características las de las mujeres escandinavas, son gigantes, las guaguas [bebés] generalmente no son muy grandes, son normales, mujeres mucho más grandes que la mujer chilena, la posibilidad de parto [vaginal] es altísima, y en general la tasa de anestesia en el parto no supera el 15%, mujeres que ni siquiera tienen anestesia, realidad chilena prácticamente 100% de anestesia que es a petición de la mujer eso, ya eso dificulta el parto, es una cosa que no se ocupa en forma racional, si no que a todos, eso ya nos cambia las condiciones. (O.E5)

Los testimonios muestran que estos profesionales sí comparten la idea de que la mujer “chilena” tiene un particular tipo de pelvis, una que es estrecha.

En una clase que dicté a fines del 2019 en el marco de un diplomado sobre parto fisiológico, la mayoría de las alumnas eran matronas recientemente egresadas, que habían estudiado en universidades de cuatro regiones diferentes del país. Hicimos un ejercicio de lectura crítica del capítulo de “pelvis obstétrica” del manual ya citado de Pérez Sánchez y Donoso (2011), con el cual todas las participantes habían estudiado durante su carrera. Reconocieron haberlo

¹³⁷ Como expliqué en el capítulo de metodología, cuando los testimonios provengan de entrevistas abiertas realizadas en el marco del proyecto FONIS N°SA06I20034, se distinguirá entre obstetras, matronas y mujeres usuarias del sistema de salud con las letras “O”, “M” y “U” respectivamente, seguido de una “E” de “entrevista” o “G” de grupo de discusión, además del número de la entrevista. Por ejemplo: (O.E8) corresponde a la entrevista número 8 realizada a un obstetra; (U.E10), corresponde a la entrevista número 10 realizada a una mujer usuaria; (M.G1) alude al grupo de discusión número 1 realizado con matronas. Cuando los testimonios provengan de la pregunta abierta de la encuesta OVO Chile (2018) –de la cual se obtuvieron 8.696 respuestas– se utilizará solo el número del testimonio entre paréntesis, por ejemplo “(2348)”; y en la mayoría de los casos se le asignará un nombre (seudónimo) a la mujer. Esto, con el fin de personalizar los casos de usuarias (que son quienes en la atención tecnocrática han recibido una atención despersonalizada). Además, subrayaré fragmentos de las citas textuales con el fin de enfatizar las dimensiones de análisis que se estén tratando en cada sección.

aprendido de memoria sin haber incorporado reflexiones críticas a su lectura de parte de las(os) docentes a cargo (recordemos que en los perfiles de egreso se aludía a la capacidad de analizar críticamente la evidencia científica disponible); pero a la vez haber recibido ciertos contenidos en otros ramos que hablaban de la pelvis móvil y de la importancia de evitar diagnósticos o decisiones en base a posibles tamaños de la pelvis.

Luego esto se repite en la práctica clínica: mientras algunas(os) profesionales ya no se basan en tamaños de la pelvis para diagnósticos obstétricos, otras(os) sí. Entre las(os) últimas(os), hay quienes aún realizan pelvimetrías para calcular si el feto puede pasar por la pelvis. La recomendación N°11 para la atención del parto de la OMS (2018) expone que la pelvimetría clínica de rutina no se recomienda en mujeres sanas. No obstante lo anterior, uno de los obstetras entrevistados plantea que:

Para hacer diagnóstico de pelvis estrecha se hace una pelvimetría interna. Tienes que examinar y con tus dedos recorrer la pelvis y ver ciertas medidas que están claramente estipuladas, tú tienes que evaluarlas para poder determinar. Y esas medidas tú las evalúas con el tacto y comparando con el peso de la guagua en la ecografía. Comparándolo con el tamaño fetal, con la presentación y la cabecita. Por ejemplo si tú ves una pelvis límite, que podría aceptar un parto de una guagua de 3 kilos o de 2,7 kilos, pero resulta que la guatita, y la ecografía te dicen que es una guagua de 4,5 kilos, entonces obviamente que hay una desproporción entre la pelvis y el fetito. (O.E1)

Uno de los grupos de matronas entrevistados corrobora que puedan haber pelvis estrechas y que algunos médicos continúan realizando pelvimetrías:

Con estrechez pélvica, puedes tener una guagua de 2 kilos o de 4 kilos y a la pelvis no le va a dar, porque la estrechez pélvica quiere decir que óseamente es una mujer con una pelvis chica, eso se va evaluando al final del embarazo, la proporcionalidad céfalo pelviana. [...] Acá cuando llegan las pacientes por una pelvis estrecha para una cesárea son reevaluadas. Llegan con una indicación, y aquí algunos jefes de turno las reevalúan y deciden si realmente sigue cesárea o no. [¿Cómo lo reevalúan?] Con un tacto vaginal, la pelvimetría se llama; es netamente clínico, y depende del que lo haga. Hay otros médicos que, si vienen ya con un diagnóstico de pelvis estrecha, ya se opera, así, de frentón. (M.G1)

No obstante lo anterior, otros obstetras entrevistados presentan visiones más actualizadas y reconocen que ya no se debiese evaluar la posibilidad de un parto vaginal por el diámetro de la pelvis:

[La estrechez de la pelvis] desde el punto de vista médico no existe, la evidencia actual, la mayoría de las guías internacionales demuestran que uno no debería evaluar la pelvis

para decidir la vía del parto, la mejor forma de ver si la pelvis es estrecha o no es el trabajo de parto. Si efectivamente la pelvis es estrecha no va a avanzar el trabajo de parto, y probablemente la vamos a operar porque no progresó. [...] Esto se usa mucho para justificar una cesárea, pero no debería ser. [...] Hay colegas que todavía funcionan aplicando esos criterios, pero son los menos. La mayoría va por la opción de dejar que fluya el trabajo de parto y ahí evaluar. (O.E11)

Como se ve, hay docentes y profesionales que muestran enfoques más y menos actualizados según la evidencia científica, así como estudiantes que reciben contenidos de la misma índole, lo que en muchos casos les genera contradicciones insalvables. Una joven matrona entrevistada se refiere a que durante su carrera se le presentaron muchos elementos contradictorios y hasta antagónicos; mientras en algunos cursos usaban el manual de *Obstetricia* de Pérez Sánchez y Donoso (2011) y se les enseñaba la posición litotómica como la recomendada, tuvieron talleres en los cuales utilizaban el manual de Calais-Germain y Vives (2013) y les explicaban la importancia de la movilidad durante el trabajo de parto y periodo expulsivo:

Es como muy confuso que en la misma carrera te entreguen información que claramente se opone entre sí. No te pueden haber hecho leer que la litotomía aquí y allá, y en la práctica ver casi puros partos en litotómica, mientras otra docente te insistía en la importancia de la movilidad y que bajaras a las mujeres de las camas para el parto. Como que uno tiene que tomar posturas, y uno se hace su propia idea, pero se esperaría que fuera más consistente, que a una le enseñaran la forma “correcta” de hacerlo. (M.E7)

Estas contradicciones generan frustración en el alumnado; como comentan alumnas de obstetricia y puericultura: “No puedo entender como hay tanta discordancia entre un profe y otro” (Entrevista 4, en Cordero, 2015).¹³⁸ Esta discordancia y la enseñanza de prácticas no basadas en la evidencia actualizada puede generar frustración en el alumnado:

Uno se siente menos valorizado, se cuestiona muchas cosas [...] muchas veces estamos como tratando de adaptarnos y... claro uno ya va con miedo, te mandan a estudiar cosas prácticamente de nuevo y tú sabes que eso ya no es así y que esa persona tiene ya mala la teoría, a uno en verdad como que le da rabia, le da pena, le da impotencia y como que te dan ganas de llegar al día siguiente con un libro y decirle: “Mira, esto ya no es así”. (Entrevista 2, en Cordero, 2015)

¹³⁸ Los extractos de entrevistas señalados como “Cordero, 2015” provienen del informe de práctica profesional de la carrera de psicología de la Universidad Diego Portales, de la alumna Fernanda Cordero, titulada *Factores que influyen en las relaciones de violencia obstétrica y sus consecuencias en estudiantes de obstetricia y puericultura y matronas y matrones de atención pública de salud en la Región Metropolitana*, que fue realizada en el marco del proyecto FONIS que informa esta tesis. Dicho informe cuenta con citas integradas a la discusión de resultados, además de anexos con las transcripciones completas de las entrevistas realizadas a alumnas de puericultura y obstetricia, ambos corpus de material que se integran a este análisis.

Si bien para este trabajo no realicé un análisis detallado de las mallas curriculares que cursan matronas y obstetras, la información disponible me permite plantear que las(os) graduadas(os) no cuentan con los conocimientos actualizados que prometen los perfiles de egreso. Esto queda en evidencia con la multiplicidad de programas de postítulo que han surgido en el país durante la última década que intentan suplir las falencias de dichas mallas curriculares.¹³⁹

-El enfoque biopsicosocial

En el perfil de egreso de matronas de la Universidad de Chile vimos el énfasis en un “enfoque biopsicosocial” de la salud. Los médicos con especialidad en ginecobstetricia de la misma casa de estudios se encontrarán preparados para “abordar y resolver integralmente los problemas de salud de la mujer en el ámbito clínico de la Obstetricia y Ginecología”.¹⁴⁰ Pero este énfasis en la integración de las diversas dimensiones que componen lo humano se desdibuja al observar las mallas curriculares de las disciplinas, y es además contradictorio con el sentir de muchas mujeres que en la atención ginecobstétrica reportan no haberse sentido consideradas como seres integrales (Binfá et al., 2016; OVO Chile, 2018; Rivera, 2016). Esto es común a la educación médica en todas las regiones del mundo, como lo plantea una revisión de literatura sobre los sesgos de género en el currículum médico (Yut-Lin, 2009). La autora justamente visibiliza la contradicción entre los perfiles de egreso de las escuelas de medicina alrededor del mundo, que suelen profesar el objetivo de formar médicos competentes, compasivos y sensibles para servir a la sociedad; y el hecho de que las mujeres usuarias se lamenten de la insensibilidad de los mismos, especialmente de no ser escuchadas. Para la autora es entonces crucial analizar el currículum médico, tanto en sus formas explícitas y abiertas, como en aquellas más ocultas y menos evidentes.

Davis-Floyd plantea que una de las dimensiones centrales del currículum médico es la de estrechamiento y transformación cognitiva; en lugar de abrir a complejidad de lo humano, la educación médica usualmente comienza con un entrenamiento intensivo en ciencias básicas y anatomía durante los primeros años, presentados como “ciencia objetiva” y escindido de las funciones prácticas que dicho conocimiento pueda tener (2018a). Las prácticas comunitarias y clínicas usualmente comienzan a partir del tercer año, antes de lo cual las(os) estudiantes se

¹³⁹ Por ejemplo: Diploma en Parto Natural, Gestión y Nacimiento Humanizado: un enfoque integral (Universidad de Chile); Postítulo en Parto y Nacimiento Consciente (Universidad de Santiago de Chile); Diplomado: Gestación, Nacimiento y Puerperio Humanizado (Escuela Renacer); Diplomado Atención Humanizada en Gestación, Nacimiento y Puerperio (Universidad San Sebastián); Diplomado en Parto Personalizado Seguro, desde la comprensión del modelo a la implementación (Pontificia Universidad Católica de Chile). Los títulos de estos programas ponen énfasis en dimensiones que están descuidadas en la educación de pregrado.

¹⁴⁰ Recuperado de: <https://www.futuroestudiante.cl/obstetricia/> y <https://www.medicina.uchile.cl/postgrado/profesional-especialista/obstetricia-y-ginecologia>

enfrentan a un extenuante ritmo de lectura, estudio y memorización, con poco ejercicio de la reflexividad. Esta sobrecarga intelectual, para la autora, les lleva a tener que enfocarse en lo más inmediatamente apremiante (por ejemplo, la próxima evaluación de anatomía), tornándose menos capaces de auto reflexionar y aprendiendo a reducir problemas complejos a sus aspectos tecnomédicos.

Esto queda en evidencia al revisar las mallas curriculares de las carreras de medicina, y de obstetricia y puericultura (matronería) en sus dos primeros años.¹⁴¹ La Tabla N°9 muestra los dos primeros años de medicina en la Universidad de Chile; presento los cursos en dos columnas, con el fin de mostrar a la izquierda aquellos que tienen más créditos en la malla curricular, por tanto tienen el mayor peso tanto simbólico como de dedicación de tiempo.¹⁴² Apreciamos que, en orden de peso curricular, en los dos primeros años hay una fuerte preponderancia de tres cursos: Fisiología (16 créditos), Semiología (15), Anatomía (10). Luego aparecen dos ramos que opto por unir que son Medicina y Sociedad, junto a Medicina Personal y Sociedad, que suman 8 créditos, lo cual muestra un aspecto más social de la medicina, para seguir principalmente con ciencias básicas como Química, Biología, Histología-embriología, Física, Genética, Bioquímica. Entre estos últimos, aparece Introducción a la Profesión Médica como el único ramo que podría vincular a estudiantes con su quehacer profesional. Y, con mucho menos créditos (un cuarto de los primeros tres ramos) y por tanto menor importancia en la formación, aparecen temáticas más vinculadas a dimensiones socioculturales y aplicadas de la salud como Introducción a la Salud Pública o Casos Integradores.

Tabla N°9: Cursos y créditos de carrera de medicina, Universidad de Chile*

1er año	Anatomía I (6), Anatomía II (4) Medicina y sociedad (4), Medicina personal y sociedad (4) Química (6) Biología celular y molecular (6) Histología y embriología (6) Introducción a la profesión médica (6) Física (5)	Inglés I y II (3 cada uno) Introducción a la salud pública (2) Formación general I (2)
2do año	Fisiología I y II (8 cada uno) Semiología I (6) y Semiología II (9) Genética (5)	Inmunología (3) Medicina evolutiva (3) Bioética (3)

¹⁴¹ Tomo como ejemplo las mallas curriculares de la Universidad de Chile, por ser la más antigua del país y de la cual se gradúan más médicos y matronas en el país.

¹⁴² Agrupo ramos en el caso de que se repitan en distintos semestres, con el fin de ponderar su peso acumulado en los dos años.

	Bioquímica (5)	Casos integradores I (3) Unidad de Investigación I y II (2 cada uno) Bioestadística (2) Formación general II (2)
--	----------------	---

*Elaboración propia a partir de información contenida en página web de la universidad¹⁴³

Haciendo el mismo ejercicio con la carrera de obstetricia y puericultura, se aprecia que en los primeros dos años los ramos que tienen más créditos (sumando distintos semestres y los dos años en caso de repetirse) son: Ciencias Sociales y Salud (11), Anatomía-histología (8), Obstetricia Fisiológica (7), Neonatología (6), Biología Celular y Genética (6). A diferencia de medicina, en este caso aparece un ramo de ciencias sociales como el de más créditos, sin embargo queda aislado en una serie de cursos que se refieren a las ciencias básicas: tras Anatomía-histología y Obstetricia Fisiológica, siguen, en orden decreciente de créditos, Ginecología Fisiológica (5), Fisiología de Sistemas (5), y Fisiopatología (5). En este escenario, del total de ramos que tienen 5 o más créditos, los ramos de biología/anatomía suman 42 créditos, mientras el de ciencias sociales y salud suma 11.

Tabla N°10: Cursos y créditos de carrera de obstetricia y puericultura, Universidad de Chile*

1er año	Anatomía-histología (8) Biología celular y genética (6) Ciencias sociales y salud (6)	Biología del desarrollo y embriología humana (4) Fisiología general (4) Salud comunitaria I (4) Educación en salud I (4) Bioquímica (3) Química general y orgánica (3) Matemáticas y física (3) Fundamentos de la enfermería I (3) Integración al desempeño profesional I (3) Idioma inglés I y II (3 cada uno) Electivo I y II (2 cada uno)
2do año	Obstetricia fisiológica I (4) y II (3)	Fundamentos de la enfermería II (4)

¹⁴³ Recuperado de: <http://www.uchile.cl/carreras/5013/medicina>

Neonatología I (4) y II (3)	Farmacología (4)
Ginecología fisiológica (5)	Inmunología (3)
Fisiología de sistemas (5)	Infectología (3)
Fisiopatología (5)	Agentes vivos de la enfermedad (3)
Ciencias sociales y salud (5)	Integración al desarrollo profesional II (3)
	Investigación en salud I (3)
	Idioma inglés III (3)

*Elaboración propia a partir de información contenida en página web de la universidad¹⁴⁴

Si atendemos a los principios del modelo biomédico propuestos por Menéndez, nos encontramos con que estos cursos sirven para instalar el rasgo estructural dominante del Modelo Médico Hegemónico, a saber, el biologicismo (Menéndez, 2003). Para el autor, la biomedicina como institución tiende a subordinar o excluir los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos respecto de la dimensión biológica:

La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica, genética que la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de curación. (Menéndez, 2003, p. 194)

En las mallas curriculares queda también en evidencia cómo se refuerzan los dos primeros principios del modelo tecnocrático de atención, como es caracterizado por Davis-Floyd (2001): la separación cuerpo-mente y el cuerpo como máquina. Para la autora, el principal valor que sustenta el paradigma tecnocrático de la medicina es el principio de separación, que estipula que las cosas se entienden mejor fuera de su contexto; o sea, separadas de los objetos o las personas con los que están relacionados. La tecnomedicina divide continuamente al individuo en las partes que lo componen, de modo que dicha visión fragmentada de lo humano llega a primar sobre una integral. Además, los primeros años de educación, principalmente en ciencias básicas “deshumanizadas”, sirven al propósito ritual de distanciar al alumnado de la persona que era antes, y separarlo de las personas que atenderá. Es así como antes de comenzar a tratar con personas reales, aprenden a distanciarse conceptualmente de ellas. De ahí que la educación médica opere, en palabras de la autora, como rito de iniciación tecnocrática (2018a). En el

¹⁴⁴ Recuperado de: <https://www.futuroestudiante.cl/obstetricia/>

proceso educativo se instala dicho principio de separación, como señalan estudiantes de 5to año de medicina:

Los doctores en el fondo se preocupaban mucho de la docencia de explicarle a la becada el parto en sí mismo más que de la mujer y ayudarla a ella. Eso pasaba, era de repente mucho de explicar, en discutir y la mujer se dejaba un poco de lado en esa situación. (Grupo focal 1, en Reyes, Villagrán, y von Marées, 2018)¹⁴⁵

Estudiantes de obstetricia y puericultura (matronas) problematizan también el enfoque reduccionista que prima en algunos profesionales de atención, que permea la docencia y práctica obstétrica:

Era como casi controlando todos los procesos sin que saliera nada del parámetro normal, y cuando se sale de lo normal, actuamos inmediatamente. Al hacer esos procesos y tratar al ser humano como una máquina –literalmente– en este caso a la mujer en trabajo de parto como una máquina, obviamente están deshumanizando todos los procesos... pero ellos no se dan cuenta, porque para ellos es algo natural. Encuentro que ellos naturalizaron ciertos procesos –al referirme a ellos me refiero a médicos y colegas míos formados más tradicionalmente– como los tienen tan naturalizados, para ellos no es violento, por qué, porque para ellos el problema es el paradigma en el cual fueron educados, fueron educados en un paradigma totalmente biomédico, donde solamente la dimensión biológica era la considerada como la más importante, lo demás lo dejaron de lado... yo encuentro que es un tema de formación. (Entrevista 1, en Cordero, 2015)

Resulta interesante que la entrevistada se refiere a “médicos y colegas míos formados más tradicionalmente”, reconociendo que hay enfoques divergentes y que habría una nueva formación con otros principios. El hecho de que ella pueda posicionarse críticamente frente a dicho enfoque muestra que ha recibido elementos de un paradigma (más) humanista, en contraposición a la idea “tradicional” del “cuerpo-máquina femenino”. Así se muestra también en otras de las entrevistas a estudiantes:

Sabes que yo me he dado cuenta de que es solo la rutina [...] ella [la mujer] es una receta del pan, que el pan viene, se tuesta y se saca... para ellos siempre ha sido así: poner la vía, poner el monitor, esperar, hacer un tacto, romper las membranas, oxitocina, oxitocina,

¹⁴⁵ Los(as) autores son estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Chile, las citas provienen del trabajo *Experiencias en la docencia médica de pregrado en la Universidad de Chile: Caso Ginecología-Obstetricia, una perspectiva desde los derechos de las mujeres*, que presentaron en la Semana de la Docencia 2018 de la Universidad de Chile. El trabajo de campo consistió en cuatro grupos focales que realizaron con estudiantes de 5to año de la carrera que cursaron el ramo teórico-práctico de Ginecología y Obstetricia durante 2017, con una muestra total de 20 estudiantes que realizaron el trabajo práctico en 4 Servicios de Salud de la red pública de la Región Metropolitana. Recuperado de http://www.plataforma.uchile.cl/semanadeladocencia/archivos/2_MARTES_24_JULIO_2018/Ed_sesis_t_a_Gine_Obstetra.pdf

oxitocina, que salga rápido, que salga rápido, que salga rápido... ah ya, salió... (Entrevista 2, en Cordero, 2015)

Muchas veces ellas llegan y los médicos vienen, intervienen, tactan, hacen lo que ellos quieren, y ni siquiera le preguntan a la señora que es lo que realmente quiere, y nosotros estamos ahí y muchas veces no podemos... hacer absolutamente nada más que solo mirar y después acercarnos y darles la mano y decirle tranquila, todo va a estar bien. (Entrevista 1, en Cordero, 2015)

La débil formación en la integralidad de lo humano y énfasis en lo biológico lleva por defecto a un desmedro de las dimensiones emocionales. Es así como en estrecha relación con el estrechamiento cognitivo y biologicismo característicos de la educación médica, Davis-Floyd (2018a) plantea que a lo largo de la educación médica se promueve un entumecimiento emocional, en el cual se va enseñando que las emociones no deben interferir en la atención, y que incluso pueden atentar con el adecuado despliegue de las habilidades técnicas. Se genera un verdadero entrenamiento en la negación de las emociones, como lo plantea la psiquiatra española Ibone Olza:

El sistema sanitario tal y como está planteado es violento contra los profesionales al negar su dimensión emocional. Desde muy temprano, al inicio de los estudios de medicina o enfermería, y más aún durante el período de residencia, se silencian sistemáticamente todos los aspectos relacionados con el psiquismo y la vida emocional del profesional. Se aprende a negar los aspectos personales bajo el mito de que *lo personal no debe influir en lo profesional*. (Olza 2008: 4)

Esto queda en evidencia en una cita de una joven matrona, que expresa que el involucramiento emocional con las usuarias es “mal mirado”:

Es súper mal mirado, como casi que tú no puedes ser buena técnicamente e involucrarte emocionalmente con la gestante, como que no sé, si tú le tomas la mano es como: “¿pero por qué le estás tomando la mano si esa no es tu pega?” [...] Creo que existe mucho de eso [...] yo no puedo poner de mí o tener sentimientos y tengo que ser un robot, porque eso es lo que se espera de ti: que seas buena técnicamente y ya tratarla bien, pero porque es parte del paquete, pero de ahí de ir más allá, de mirarla a los ojos, de ser un poquito más persona con ellos, es como mal mirado. (Entrevista 3, en Cordero, 2015)

El uso del concepto de “robot” es muy significativo, pues alude a una máquina que actúa en forma mecánica, sin lo que podría ser considerado como la interferencia de lo emocional. Otra estudiante de obstetricia y puericultura relata que recibía burlas por afectarse emocionalmente debido a los tratos que recibían las usuarias:

Siempre me molestaban harto, más encima –como yo era llorona– me molestaban harto porque me iba y me ponía a llorar, así como que no podía entender cómo trataban mal a la señora. Y siempre, siempre fue una negativa, y de parte no solo de las otras matronas, de muchas personas, también como decía antes, del personal de asistencia, el personal paramédico, los médicos para qué decir. (Entrevista 2, en Cordero, 2015)

Las estudiantes, al brindarles contención emocional a las usuarias, señalan que son cuestionadas y juzgadas por sus colegas:

Y el hecho de involucrarse muchas veces uno cuando es alumna, muchas veces una es un apoyo para la gestante... una contención, y te cuestionan muchas veces por eso. Una recién titulada, recién saliendo, sigue con esa misma línea, y te siguen cuestionando por lo mismo. (Grupo focal 1, en Cordero, 2015)

De aquí recae una importante disyuntiva que sufren estudiantes de carreras de obstetricia. Señalan que se encuentran en una encrucijada entre lo que desean realizar y consideran un trabajo valioso –y que es cuestionado por quienes los supervisan–, y lo que señalan sus superiores. Una alumna de obstetricia y puericultura lo caracteriza como un proceso de atrofia, en el que ella se va recordando que no quiere transformarse en lo que le piden que sea: “Nuestro instinto se va atrofiando de a poco... así como ¡porfa no ser así, porfa no ser así, porfa no ser así!” (Entrevista 4, en Cordero, 2015). El caso de esta última alumna es decidor, pues relata cómo tanto ella como muchas(os) compañeras(as) han acudido a terapia psicológica durante la carrera por las exigencias que se les ponen y las disyuntivas morales que emergen de lo que se les enseña y cómo se les pide que ejerzan la profesión:

[E]stoy súper asombrada de la cantidad de compañeros que han tenido que ir al psicólogo... que han tenido que congelar porque han sufrido violencia y que ya no pueden ser... o sea, ya no pueden más... tengo compañeros que congelan porque no pueden más... (Entrevista 4, en Cordero, 2015)

Ella esperaba que su experiencia universitaria fuera distinta, que se le enseñaría a cuidar y respetar a las mujeres usuarias, como relata:

Yo creí que iba a poder ser más yo, y no he sentido esa instancia, más que cuando puedo estar yo sola con una usuaria y la puedo estar acompañando y le puedo dar la mano y sentirme realmente útil. A veces me siento más útil dándole la mano a una usuaria que asistiendo el parto, en verdad. Para mí es más importante asistir partos respetados que millones de partos que sean feos... y, como consecuencia, yo estoy con psicóloga, con psiquiatra, con medicamentos que nunca creí que iba a necesitar” (Entrevista 4, en Cordero, 2015)

Cordero (2015) utiliza el concepto de *sufrimiento moral* para referirse a este malestar, que sería:

Un sentimiento que resulta de la incoherencia entre sus acciones y convicciones personales y profesionales. Así, cuando los trabajadores de enfermería y los demás trabajadores de salud enfrentan limitaciones en su capacidad para la práctica ética, sintiéndose forzados a comprometer sus valores y normas personales, pueden experimentar el *sufrimiento moral*. (Barlem et al., 2013, en Cordero, 2015, p. 15)

En este sentido, las(os) estudiantes y profesionales de la salud pueden vivenciar un sufrimiento emocional que se produce en la contradicción de lo que se les pide que hagan y la acción que consideran adecuada; siendo sometidas(os) a presiones de diversa índole para seguir órdenes de sus superiores.

Es importante señalar que, durante la última década, y de la mano de las políticas y programas gubernamentales para la implementación del parto personalizado, han ocurrido y siguen ocurriendo innovaciones curriculares que buscan acompañar dicho cambio; pero no se han dado con el énfasis necesario para entregar una formación que entregue las competencias y herramientas necesarias para su implementación. Al interior de las escuelas de medicina y de obstetricia y puericultura se generan constantes tensiones y conflictos entre docentes con enfoques contrapuestos, lo cual ha significado una alta rotación de quienes son más afines al modelo personalizado- que aún pueden ser vistos como amenaza por un sector que defiende y valida el modelo más intervencionista-¹⁴⁶

-El orden de las jerarquías

Para Roberto Castro (2014), el campo médico, como el militar, está rígidamente organizado en líneas de mando y compuesto por agentes de diferentes rangos. La centralidad de tales jerarquías se aprende mediante una dinámica de castigos, y también a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudio. Davis-Floyd (2001) enfatiza que la organización jerárquica del cuidado pone a médicos a la cabeza, otras profesiones de salud (como matronas) en subordinación a estos, y a las usuarias subordinadas a su vez a todo el equipo de atención de salud. La subordinación de las usuarias se justifica pues no participan del “conocimiento autoritativo” para lidiar con el parto desde los códigos biomédicos, aquel conocimiento considerado legítimo y sobre cuya base se toman las decisiones y se justifican los cursos de acción a seguir (Jordan, 1993, p. 152).

Ejemplo de castigos y disciplinamiento corporal son la extensión de turnos cuando los alumnos no responden adecuadamente, la obligación de repetir procedimientos, y la desacreditación frente a pares y pacientes (Castro, 2014). Este tipo de disciplinamiento es explícito en los

¹⁴⁶ Digo esto en base a mi propia experiencia docente en diversas universidades del país y conociendo las trayectorias laborales y conflictos que hemos debido enfrentar quienes promovemos el modelo humanista.

testimonios de alumnas(os) de nuestro país, como señala una estudiante de obstetricia y puericultura: “[H]ay profesionales y matronas y profes que te ponen en vergüenza frente a la paciente, y la paciente te comprende más que la misma profe” (Entrevista 4, en Cordero, 2015).

La desacreditación del estudiantado opera en formas diversas de desvalorización y menosprecio, como muestra Cordero (2015) a partir de entrevistas realizadas con estudiantes de obstetricia y puericultura de la Región Metropolitana de Chile: profesorado y profesionales que no las toman en cuenta, no las saludan, no responden a sus preguntas o inquietudes, no les ofrecen o permiten descansos, las tratan como si no “valieran nada”, no les permiten dar su opinión sobre los casos, las obligan a realizar procedimientos –incluso habiendo expresado no estar de acuerdo– con amenazas de ser reprobadas. En el trato cotidiano pueden ocurrir maltratos, son sujeto de burlas y les ponen sobrenombres, frente a lo cual deben someterse para poder aprobar los ramos. Similar es lo que ocurre con alumnos(as) de medicina; Reyes, Villagrán y von Marées (2018) plantean una asimetría en el ejercicio docente que impide la libre expresión del alumnado, que teme a las represalias y se calla frente a agresiones, tal como se refleja en uno de los grupos focales que realizaron: “En general no nos sentimos con, en la posición como para decirle ‘oye qué onda, no corresponde’, pero lo único que podemos atinar es a un silencio y cara... cara larga”. (Grupo focal 4, en Reyes, Villagrán y von Mareés, 2018)

Negarse a la indicación del docente puede no solo traer consecuencias en la estudiante, sino también a la usuaria, como se muestra en la siguiente cita de un grupo focal con estudiantes de medicina:

Éramos como 6 personas, y la hicieron pasar igual a la camilla porque había que revisarla, y yo me acuerdo que me acerqué, se acercaron los internos y la becada y yo me quedé en un rincón, y al lado del Dr. 1, más lejos y me dice ‘¿pero porque no va a mirar?’ y yo le dije ‘es que doctor, ya había como 4 personas mirándola’, [...] y me dijo ‘tiene que ir si usted, no va a aprender de otra forma’. Me acerco un poco como pa’ mirar, porque tú no le podís decir que no al profe, no podís, tenís que decirle que sí, entonces voy y me dice ‘ya hágale el examen también’ y ya se lo habían hecho y tuve que repetírselo, solo porque en el fondo se chorió [molestó] porque no quise mirar”. (Grupo focal 1, en Reyes, Villagrán, y von Marées, 2018)

Cordero (2015), en la misma línea, muestra ejemplos de la subordinación de las estudiantes de obstetricia y puericultura que sienten que “no tienen voz, ni voto”:

Tú no puedes decir nada en contra de lo que los altos cargos te digan... es como chistoso porque uno como estudiante, uno no puede escuchar, no puedes mirar, no puedes opinar... solo tienes que hacer lo que te dicen, nada más y no... ni se te ocurra contradecirlo... es un pecado mayor cuando a uno se le ocurre decir: ‘No, yo no voy a hacer esto’ [pues como resultado] te agreden a ti como estudiante y agreden a la señora

como madre. O sea, desde que las profes, yo me acuerdo que muchas no querían romperle las membranas a las señoras, pero como el médico había indicado, había que hacerlo... y ella para ahorrarse problemas con el médico, me enseñaba. [...] Yo creo que lo más difícil del tema de la violencia como hacia los profesionales estudiantes, es esa, así como que no tienen ni voz, ni voto. (Entrevista 2, en Cordero, 2015)

En esta última cita vemos además como se ordena la jerarquía entre obstetras y matronas, donde los primeros ostentan el mayor poder. La alumna indica cómo la matrona realizaba un procedimiento contrario a lo que consideraba adecuado por indicación del obstetra, y a la vez – “para ahorrarse problemas con el médico”- lo enseñaba a sus alumnas(os). En otra cita, una joven matrona expresa este orden:

Es súper difícil, porque si el médico ahí en la ficha pone: romper membranas, la matrona quiera o no quiera, tiene que romper membranas, porque es indicación médica... entonces ahí la jerarquía se hace sentir de manera súper fuerte y de repente, son bastante agresivos de la manera en que te lo explican: “Es porque sí, porque yo soy el médico, porque yo mando o el anestesista también... que no se mueva la señora, que yo quiero esto... que así tiene que ser”. Pero, ¿por qué? “Porque yo digo”. No hay otra razón y... matronas amigas que han intentado –no llevarles la contra– pero impedir una sobre intervención de paciente, las tratan mal. (Entrevista 2, en Cordero, 2015)

Otra alumna de obstetricia y puericultura sentirse como “escoria” para los médicos:

La verdad es que los médicos son un mundo aparte, los médicos –al menos– yo jamás me he sentido tomada en cuenta por un médico, yo me siento así como peor que la escoria, como nadie; de hecho una vez tuve un problema y un médico me empezó a maltratar, me empezó a gritar... no me dijo palabras feas y la cuestión pero la matrona se tuvo que meter a defenderme y decirle que yo era una alumna practicante y que la culpa era de ellas en realidad... pero en realidad los médicos no nos toman en cuenta para nada. (Entrevista 2, en Cordero, 2015)

Se refleja entonces un orden de jerarquías como sigue: obstetras; matronas; estudiantes de obstetricia y puericultura; usuarias. El estudiantado de la carrera de medicina y de la especialidad de ginecología y obstetricia pueden ocupar posiciones diversas, pero siempre sobre quienes cursan la carrera de obstetricia y puericultura. Pueden estar subordinados(as) a matronas en el caso de estar cursando la práctica del ramo de ginecobstetricia en la malla de medicina general o los primeros semestres de la especialidad en la materia, pero no necesariamente; y es usual que avanzando en la especialidad se sitúen en una jerarquía superior a la de matronas y similar a la de sus profesores obstetras. Estas jerarquías además conllevan un ordenamiento de género, como veremos a continuación.

-El disciplinamiento de género

La educación obstétrica refuerza el principio fundante propio de la ciencia moderna de que lo masculino es superior a lo femenino (como desarrollamos en el marco teórico). A partir de este principio, podemos analizar ciertas “capas” en que se reproducen mecanismos de dominación de género. Por una parte, toda especialidad de salud formada al alero de la biomedicina –tanto matronas como obstetras- es educada en un paradigma androcéntrico y por tanto sus practicantes internalizan enfoques que patologizan, desacreditan y desvirtúan lo femenino.

Pero a la vez se producen jerarquizaciones internas de género, donde la ginecología (carrera y especialidad de medicina) es superior a la obstetricia y puericultura (matronas). Hasta bien entrado el siglo XX, la ginecología era campo de estudio solo de hombres y la de puericultura de mujeres, y hasta hoy se reproducen las distinciones fundacionales de las disciplinas, en las que solo los primeros están capacitados para atender patologías complejas y aplicar técnicas quirúrgicas; y en las que las segundas están (más) capacitadas para lidiar con las dimensiones integrales/emocionales del cuidado.

La mayor jerarquía la ostenta el médico obstetra (que sea varón o mujer, simboliza la ideología androcéntrica). [...] Es un sistema que se basa en una lógica androcéntrica, de ahí se desprende que la especialidad que más prestigio y poder detenta en el sistema, se masculinice, independientemente del sexo de los(as) practicantes. La ginecología, masculina, domina a la puericultura, femenina; dada que reproduce las polarizaciones binarias de los atributos que se les asignan a los géneros. (Sadler, 2003, p. 94)

Castro (2014) señala también que no hay mayor diferencia en que se trate de médicos o médicas, pues no es el sexo de los profesionales lo que determina el maltrato de género que se ejerce sobre las mujeres, sino que su pertinencia a esa profesión –la medicina moderna– que se funda, entre otras raíces, en la desigualdad de género. Siguiendo la línea de Apalategui (2009), la desigualdad entre hombres y mujeres tiene su origen en la concesión de una serie de atributos jerarquizados asociados a uno y a otro sexo, lo que nos lleva a la definición de los estereotipos de lo femenino y lo masculino; estereotipos que aprenden y comparten las(os) profesionales de la salud, de tal forma que se aplican en el ejercicio de su trabajo y se traduce en el sexismo y androcentrismo de las ciencias de la salud.

Si bien tanto hombres como mujeres son educados en una obstetricia de principios androcéntricos y llegan a ejercer similares formas de autoritarismo y maltratos hacia las usuarias, investigación en otros países identifica ciertas diferencias. En el caso de México, Castro (2014) señala que desde los primeros años en la carrera de medicina suelen presentarse especiales agresiones contra las alumnas mujeres, cuestionándoles que eligieran la carrera,

pidiéndoles mostrar sus atributos físicos, desalentándolas a seguir una especialidad para que pudieran dedicarse (mejor) a su rol de esposa y madre, entre otras.

En la investigación de Davis-Floyd (2018a), las mujeres estudiantes de medicina y médicas en ejercicio profesional en Estados Unidos se mostraban más afectadas que sus pares varones por la desconexión emocional que se les enseñaba y se esperaba en la práctica. Asimismo, se mostraban más conscientes de la ambivalencia moral de su posición en un sistema que las lleva a dañar a las usuarias. No contamos con información para analizar qué formas toma la educación de obstetras mujeres y hombres en Chile, pero en los testimonios de mujeres sobre los abusos vividos de parte de médicos(as), aparecen mencionados tanto hombres como mujeres.

Y lo que es también común, es el ejercicio autoritario y jerárquico de la posición de obstetras por sobre matronas:

Yo creo que en el equipo de salud se vive como fuertemente una jerarquía marcada y también hay como mucho del patriarcado, en el fondo en el equipo de salud el que en general tiene el poder es un ginecólogo, un médico, que en la mayoría de los casos, es hombre... que trabaja con matronas –que son mujeres– que vienen en un rango menor porque ellas no son médicos, son simples matronas. (Grupo focal 1, en Cordero, 2015)

Opináramos lo que opináramos, nuestra opinión no era escuchada [por los médicos], o sea, ¿quién eres tú para opinar? Tú eres la matrona no más... entonces tu opinión no era escuchada, no era agradecida, no era nada. (Entrevista 4, en Cordero, 2015)

Recordemos, como plantea Sheperd (1993), que se trata del principio masculino (asociado a la ciencia, razón y objetividad) dominando al femenino (asociado a la naturaleza, emociones y subjetividad). Davis-Floyd (2018a) plantea que todas estas formas de disciplinamiento que he revisado: la exigencia hasta el agotamiento, las desacreditación y humillaciones y, el distanciamiento o entumecimiento emocional, el sufrimiento físico y psíquico; son típicos rituales de entrenamiento masculino en la historia (como las fuerzas armadas). Así, tanto hombres como mujeres que desean desarrollarse como profesionales de la salud deben “entrenarse” en este mundo masculino, y es por esto que todos aquellos atributos asociados a “lo femenino” son menos valorados.

Las jerarquías de género están contenidas tanto en el currículum explícito como en el oculto. Si bien muchas de las dinámicas que he descrito se dan en el oculto, al atender a las mallas curriculares se aprecia también la ausencia de una perspectiva crítica de género. Valenzuela y Cartes (2019) plantean que, si bien en Chile a partir de la década de los ‘90 ha habido una mayor apertura a las temáticas de género, su inclusión en las mallas curriculares de las carreras de salud es aún baja.

Tras la formación que he descrito, la aceptación de las normas se hace parte de los aprendices a un nivel profundo. Así, tras los años de formación, “encontramos a muchos de estos individuos poseídos que ejecutan cada deseo de la institución porque ellos son la institución hecha hombre o mujer” (Castro, 2013, p. 162). La transformación cognitiva se logra cuando el alumno integra los valores que le son enseñados como “la forma” y se le hace natural, dejando de ver otras formas posibles de enfrentar o ver los fenómenos (Davis-Floyd, 2018a).

Si bien son cada vez las(os) alumnas(os) que desafían la formación recibida, como se expresa en la mayoría de los estudios que he citado en este acápite provengan de trabajos realizados por jóvenes matronas u obstetras, son muchas(os) otras(os) quienes van internalizando estas normas y ejercen una atención cargada de estos principios. Una vez formadas(os), matronas y obstetras pasan a formar parte del cuerpo de profesionales de atención que se desempeñan en el sistema de salud, pudiendo ejercer tanto en salud pública como privada. La organización del cuidado en ambos subsistemas difiere, y por ello es relevante describir cómo se configuran.

III.2.2. Los sectores de atención: público y privado

Abro este apartado con una breve mención general al sistema de salud en el país. Como presenté en el capítulo de “Antecedentes”, desde la segunda mitad del siglo XX, a través de la creación del Sistema Nacional de Salud, en Chile se fue instalando y fortaleciendo una sólida red de salud que nos ha llevado a tener algunos de los mejores indicadores de salud en la región. Comenté más arriba que Chile presenta muy buenos indicadores de mortalidad materna y neonatal en el contexto de Latinoamérica y el Caribe, en línea con lo que se espera de un país de altos ingresos. No obstante, existen grandes brechas en el acceso y la calidad de la salud entre la salud pública y la privada. Como plantea Goic (2015), Chile tiene una situación fuertemente deficitaria de médicos y enfermeras, de camas hospitalarias y de medicamentos genéricos al compararlo con los otros países de la Organización para el Desarrollo y Cooperación Económicos. Estos déficits se dan en el sector público, donde se desempeñan menos de 50% de los médicos del país (a pesar de atender al 80% de la población), el acceso a especialistas es restringido, particularmente en ciudades y poblados pequeños. En contraste, el sistema privado cuenta con acceso oportuno a la atención e infraestructura y tecnología adecuada y moderna, pero que puede implicar endeudamiento de las familias. Como plantea el autor:

Pese a los avances indiscutibles en los indicadores sanitarios básicos, la sociedad chilena no ha logrado hasta hoy configurar una fórmula de atención médica a las personas que sea equitativa y satisfaga las apremiantes necesidades cotidianas que tiene su población, especialmente la económicamente más desvalida (2015, p. 784).

Tras esta breve entrada, describo a continuación cómo se configuran los sistemas público y privado de atención del parto. Como mencioné en el capítulo anterior, a grandes rasgos las personas afiliadas a Fonasa (Fondo Nacional de Salud) se atienden en el sistema público de salud, y aquellas afiliadas a Isapres (Instituciones Previsionales de Salud) se atienden en el privado. En 2016, el 17-18% de la población del país estaba afiliada a una Isapre, un 78% a Fonasa, y el 3-4% restante a un esquema de seguro de las Fuerzas Armadas (OCDE, 2017b). Pero los partos atendidos en el sistema privado casi duplicaron el porcentaje de afiliación a Isapres, siendo de un 32% en 2015 (INDH, 2016). Esto, mediante el uso del bono PAD Parto, a través del cual las usuarias Fonasa pueden ser atendidas en salud privada.¹⁴⁷ Por tanto, el sistema se complejiza y nos encontramos, en el caso de la atención del parto, con tres opciones institucionales de atención.

III.2.2.1. Fonasa, Isapres y Bono PAD Parto

-Fonasa: atención pública del parto

El Fondo Nacional de Salud –Fonasa–, como hemos expuesto con anterioridad, asegura a las personas que hacen uso de la red pública de servicios de salud. En Fonasa, los beneficiarios se clasifican según su tramo de ingreso, lo cual permite dar cobertura a todas las personas, pero con copagos que solidarizan con aquellos de menores ingresos.

En Fonasa, quienes no cotizan por ser personas indigentes o carentes de ingresos, acceden al tramo A, con gratuidad en el sistema público de salud. Quienes cotizan, pueden afiliarse a los tramos B, C o D, aportando mensualmente el 7% de su sueldo imponible y no pudiendo estar afiliadas a una Isapre, ya que ambos sistemas son incompatibles (con algunas excepciones). Los tramos B, C y D se asignan según ingresos en forma incremental: en el tramo B (ingreso menor o igual al sueldo mínimo) hay gratuidad de atención; los tramos C y D tienen un copago de 10% y 20% respectivamente en la atención pública de salud. Copago es el concepto para referirse a un pago por servicios compartido entre el beneficiario y el seguro, en el cual Fonasa financia o bonifica un porcentaje del costo de una prestación de salud, y el beneficiario aporta de su bolsillo el porcentaje restante. El porcentaje de copago de cada beneficiario se define dependiendo de si la atención médica es entregada en la red pública preferente (Modalidad MAI o de Atención Institucional) o en la red Privada (Modalidad MLE o de Libre Elección). El tramo A de Fonasa solo permite la atención en MAI (red pública), mientras que los tramos B, C y D pueden acceder a la MLE (red privada), previo pago de un bono.¹⁴⁸

¹⁴⁷ De Elejalde y Giolito (2019) plantean que desde 2008 en adelante, los partos PAD corresponden a un cuarto de los partos a nivel país. Esto se confirma con datos disponibles de 2017; de los 219.186 partos ocurridos en el país (INE, 2019), 56.000 fueron atendidos a través del PAD Parto (Subsecretaría de Salud Pública, 2018).

¹⁴⁸ Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>

Para el parto, el arancel en la Modalidad de Atención Institucional –red pública- es igual para parto vaginal o cesárea y dependerá del tramo en el que se encuentre la usuaria. La valorización de parto o cesárea en 2019 fue de \$150.070 pesos chilenos, de los cuales los tramos A y B de Fonasa no pagan, el tramo C paga \$15.010 (10%) y el D paga \$30.020 (20%). Esto no incluye anestesia, cuyo arancel es de \$32.550.¹⁴⁹

En la Modalidad de Atención Institucional, las usuarias de bajo riesgo obstétrico y cuyos partos no presentan complicaciones reciben cuidados prenatales y postnatales en el nivel primario de atención de salud, representado por las estaciones médico rurales, los consultorios urbanos y rurales y los Centros de Salud Familiar, que se asignan según la comuna de residencia. En este nivel se realiza el control de gestantes y puérperas, pesquisa y tratamiento de morbilidad ginecológica y obstétrica básica, pesquisa del alto riesgo obstétrico y su derivación al nivel secundario. Las mujeres gestantes afiliadas a Fonasa ingresan automáticamente al Chile Crece Contigo, cuyo Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) incluye una serie de prestaciones durante la gestación y el nacimiento, alineadas con el *Manual de Parto Personalizado* (MINSAL, 2018). Como parte del componente de fortalecimiento del desarrollo prenatal se encuentra el subcomponente de educación prenatal a la gestante y su pareja (o acompañante significativo), que consiste en la prestación de talleres de educación prenatal en atención primaria. La cobertura de los talleres prenatales en el sistema público fue de un 49% en 2018¹⁵⁰.

El nivel secundario recibe beneficiarias para diagnósticos y tratamientos que no pueden ser resueltos en el nivel primario; en este nivel se realiza el control del alto riesgo obstétrico, tratamiento ambulatorio de la morbilidad obstétrica y ginecológica. El nivel terciario está representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización), habiendo hospitales de baja, mediana y alta complejidad. En el nivel terciario, específicamente en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de cada hospital, se atiende la morbilidad obstétrica y ginecológica que requiere hospitalización, cirugía obstétrica y ginecológica, atención de todos los partos y recién nacidas(os).¹⁵¹

En la red pública, la usuaria no elige a los profesionales de salud que la atenderán, sino que está sujeta a la disponibilidad y turnos de personal. De no haber complicaciones, durante la gestación

¹⁴⁹ En casos de parto vaginal distócico, el arancel sube a \$157.880. En octubre de 2020 esto equivalía a: parto o cesárea US \$190; parto distócico a aprox. US \$200). Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi6yNLysKvkAhXIF7kGHcrGBASQFjABegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.hsjd.cl%2Fweb%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2Fo4%2FARANCEL-MAI-2019.xls&usq=AOvVaw3hH6F5uRoXamX1Ms4v7u_m

¹⁵⁰ Datos obtenidos desde el Sistema Reportabilidad ChCC para consulta rápida, “A02 Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria (2018)”. Recuperado de <http://chcc.minsal.cl/indicadores/resultados/1179>

¹⁵¹ Recuperado de www2.udec.cl/ofem/oem/natenco3.ppt

será atendida por matronas en el nivel primario de atención; de detectarse algún problema se derivará a los controles o exámenes requeridos al nivel secundario y/o terciario, con los especialistas necesarios según el caso.

Para el parto, en todos los casos la atención se realiza en hospitales: puede realizarse en hospitales de baja y mediana complejidad en caso de haber disponibilidad de los profesionales de salud necesarios y si se trata de una gestación de bajo riesgo. En caso de tratarse de una gestación de alto riesgo, o de desarrollar complicaciones durante el trabajo de parto, se deriva a hospitales de alta complejidad, lo cual no es problema en zonas urbanas. Sin embargo, en zonas rurales o aquellas localidades que solo cuentan con hospitales de baja y/o mediana complejidad, el panorama es más complejo, y con intención preventiva se deriva gran parte de los partos a aquellos de alta complejidad: puede ocurrir durante las últimas semanas de gestación o en casos de trabajos de parto que no hayan progresado o que comiencen a horas o días donde hay menor disponibilidad de personal, sobre todo de médicos especialistas.¹⁵² Ello, pues en salud pública hay un importante déficit de médicos especialistas, en este caso, no hay obstetras o anesthesiólogos disponibles durante todo el día. Obstetras que se requieren en caso de cesáreas o intervenciones que las matronas no están calificadas para practicar; anesthesiólogos para contar con epidural y que las usuarias puedan acceder a la Garantía AUGE de analgesia en el parto.¹⁵³

Como consecuencias de estos traslados ocurre que muchas veces las usuarias deben viajar solas (debido a que sus familiares deben quedarse en sus puestos de trabajo, al cuidado de sus hogares y/o de otros hijos); en hospitales de mayor complejidad la carga asistencial es mayor, lo cual va usualmente relacionado a mayores intervenciones obstétricas y peor calidad de atención; los recién nacidos quedan inscritos en la comuna donde está ubicado el hospital, en lugar de sus comunidades de origen.¹⁵⁴

¹⁵² Como contexto, datos del 2014 muestran que aproximadamente el 58% de los médicos especialistas del país (médicos que además de medicina general han cursado una especialidad, como es el caso de obstetras y anesthesiólogos) se concentraba en la Región Metropolitana, seguido por 9,5 y 9,4% en la V y VIII Región, respectivamente, y finalmente un 23,3% en el resto del país. A esto se suma una distribución inequitativa de especialistas entre salud pública y privada, concentrando la primera solo el 50% de los médicos para una población de 5 millones de habitantes, a diferencia del restante 50% para 2 millones de habitantes (Torres-Quevedo, 2016).

¹⁵³ Como los hospitales de menores complejidades no cuentan con anesthesiólogos las 24 horas del día y la analgesia del parto es una garantía GES, ocurre un traslado de las usuarias en trabajo de parto a instituciones de mayor complejidad cuando se terminan los turnos de anesthesiólogos, que pueden administrar la anestesia epidural (usualmente en horario de la tarde). Si bien la garantía AUGE de analgesia en el parto (MINSAL, 2013) incluía el uso de óxido nitroso (que es de uso autónomo de parte de la mujer y no requiere la presencia del profesional anesthesiólogo), su uso no se popularizó y se privilegió el uso de anestesia epidural.

¹⁵⁴ Estos problemas han sido denunciados por varias comunidades de mujeres, y en algunas comunas se está avanzando en generar procedimientos de traslado consentido por las mujeres, con la opción de permanecer en los hospitales de baja/mediana complejidad.

-Isapres: atención privada del parto

En el caso de salud privada, las beneficiarias se afilian a una Isapre (Institución de Salud Previsional) de las que están disponibles en el mercado. Se trata de entidades privadas que funcionan en base a un esquema de seguros, las cuales están facultados para recibir y administrar la cotización obligatoria de salud de las personas que opten por ellas (7% de la remuneración imponible, lo cual puede incrementar si el asegurado decide optar por un plan más caro). A cargo de estas cotizaciones, las Isapres financian prestaciones de salud y el pago de licencias médicas.¹⁵⁵

Con respecto al valor del parto, a diferencia de la valorización única que hace Fonasa para todo el territorio nacional, en el sistema privado cada institución y equipo de salud cobra cifras distintas, presentándose grandes variaciones de precios. La bonificación que la Isapre haga para un parto va a depender del valor de la prestación escogida (que varía por instituciones y profesionales de salud), así como de la cobertura del plan.¹⁵⁶ Los valores del parto en instituciones privadas de salud no son de conocimiento público, por tanto dentro del proyecto FONIS que da forma a esta tesis los solicitamos durante 2015 en todas las clínicas privadas de la ciudad de Santiago.¹⁵⁷ Como referente del valor parto en salud pública, en ese mismo año Fonasa valorizaba el parto por vía vaginal o cesárea en \$161.620 (incluyendo analgesia epidural; el valor sin dicha analgesia era de \$132.810)¹⁵⁸.

El valor promedio del parto vaginal en las 12 clínicas consultadas, sin considerar los honorarios del equipo médico, fue de \$1.810.000 pesos chilenos, versus el valor promedio de la cesárea que fue de \$2.356.000. Con fluctuaciones para el parto vaginal de 463% entre la de menor y mayor valor; y de 570% para cesárea. Es decir, el valor más bajo identificado en salud privada fue 11 veces superior a la valorización de Fonasa; y casi dos veces superior a la valorización del PAD Parto. Esto, sin considerar el honorario médico: el honorario promedio del obstetra por atender un parto vaginal fue de \$815.062, y por cesárea de \$835.853; mientras que de la matrona fue de \$336.313 para ambas vías de parto. En 7 de las 12 instituciones consultadas, sólo nos entregaron el valor del parto y/o cesárea que cobra la clínica, señalando que los honorarios del equipo médico debían ser entregados a la mujer por el propio obstetra, situación frecuente en nuestro país, y que da pie para que ocurran situaciones irregulares como la conocida durante el año 2015 en la Región de Ñuble, en donde 25 ginecólogos (casi el 90% de la oferta de ginecólogos de la

¹⁵⁵ Recuperado de <http://www.isapre.cl/las-isapres>

¹⁵⁶ Además, influyen variables como planes preferenciales con ciertas clínicas, o el contrato de seguros privados con ciertas instituciones en forma paralela al plan contratado con la Isapre.

¹⁵⁷ En 2015 había 14 clínicas privadas en Santiago con atención de partos, de las cuales 12 nos entregaron presupuestos. Sólo cuatro de estas 12 clínicas nos informaron el costo total del parto, incluido los honorarios de todo el equipo médico.

¹⁵⁸ Fonasa valoriza con el mismo monto el parto vaginal y cesárea, pese al costo mayor en insumos, en recurso humano y en días cama asociado al segundo.

región) fueron acusados de colusión y condenados por el Tribunal de la Libre Competencia. Estos obstetras establecieron los aranceles mínimos de las consultas y procedimientos quirúrgicos en el sistema privado de salud, con lo cual los precios del parto vaginal y la cesárea aumentaron un 69%, fijando un precio en un rango de 4 a 4,4 veces el arancel Fonasa (Suprema ordena disolución..., 2016).

En el año 2017, un sondeo realizado por el periódico de circulación nacional La Tercera mostraba resultados similares a los que nosotros obtuvimos, planteando que una decena de instituciones privadas muestra diferencias de hasta un 375% (Leiva y González, 2017).

Como se aprecia, los valores en el sistema privado presentan una gran dispersión, y las afiliadas escogerán los recintos y equipos profesionales de atención según las coberturas de sus planes, agregando que además de las Isapres se puede contar con seguros complementarios de salud y/o seguros en clínicas específicas que reembolsan costos por sobre lo que las Isapres cubren.¹⁵⁹

Es así como las usuarias afiliadas a Isapres reciben atención en centros de salud privados (clínicas o centros médicos) y, a diferencia del sistema público, pueden elegir ciertos términos y condiciones de su atención según las características de su convenio de salud. La atención debiera ser siempre personalizada (cada mujer cuenta con una matrona y un obstetra), y darse continuidad de la atención con el mismo equipo profesional de atención desde la gestación hasta el postparto. En este subsistema, el obstetra es el profesional de cabecera durante la gestación y parto. La matrona generalmente está asociada con un obstetra específico y establece relación con la usuaria a partir del tercer trimestre de gestación. Durante el parto la matrona adquiere un rol más protagónico al estar con la usuaria desde su llegada a la clínica hasta el postparto, a diferencia del obstetra quien usualmente llega en etapas avanzadas del trabajo de parto.

La información que reciben las mujeres/parejas sobre el proceso de gestación y parto en salud privada proviene principalmente del obstetra con que se atiendan, y desde el tercer trimestre de gestación, también de una matrona, profesionales que al trabajar en equipo usualmente están alineados en cuanto a su enfoque de parto. Algunas clínicas privadas ofrecen talleres prenatales, y además hay una variada oferta de cursos ofrecidos por matronas, doulas y educadoras prenatales de diversas disciplinas disponibles en el mercado, que requieren de un pago extra. Si bien los enfoques de estos cursos pueden ser diversos, como descriptor general se alinean con las recomendaciones actuales para la atención del nacimiento.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Si bien este es un criterio central de elección, hay otros factores que inciden en la toma de decisiones, como el enfoque de parto que tengan las instituciones/equipos, que veremos en profundidad en el próximo apartado.

¹⁶⁰ Es interesante notar que esto genera diferencias en el acceso a información. Como veremos en el capítulo que sigue, en caso de mediar el obstetra y matrona, la información que la mujer reciba puede estar orientada a lo que dicho equipo quiera informar según sus intereses y enfoques. En cambio, cuando las mujeres/parejas accedan además a información de cursos dictados por otras(os) profesionales, se encuentran con más herramientas para cuestionar enfoques que de otro modo hubiera sido difícil hacer.

-Bono PAD Parto: privatización de la atención pública

Mencioné más arriba que del total de partos ocurridos en instituciones biomédicas en el 2015, un 32% ocurrió en salud privada y un 68% en salud pública (INDH, 2016). Lo curioso de este dato es que solo el 17-18% de la población del país estaba afiliada a una Isapre en 2016 (OCDE, 2017b); y sin embargo los partos en salud privada casi duplicaron esta cifra. Esto es posible gracias al uso del PAD –Pago Asociado a Diagnóstico- Parto, a través del cual se incrementa la población que accede a una atención con las dinámicas de salud privada. Explicamos anteriormente que el modelo de PAD consiste en un paquete de procedimientos médicos y quirúrgicos con un precio fijo. Dentro de las 73 prestaciones PAD vigentes en 2020, una es el PAD Parto, que incluye la atención del parto vaginal o cesárea, y considera la atención profesional del equipo completo (incluyendo médico obstetra, matrona, anestesista, pediatra o neonatólogo), atención de las complicaciones maternas propias del parto, atención médica del recién nacido en sala de partos o pabellón quirúrgico, los valores de los días camas y el derecho de pabellón, y la atención integral hasta 15 días después del egreso del paciente.¹⁶¹

Las usuarias de Fonasa tienen la opción de acceder al PAD Parto si: están afiliadas a Fonasa en los tramos B, C o D; si su embarazo es único (a diferencia de gemelar), superior a 37 semanas, y de bajo riesgo obstétrico. Cumpliendo esas condiciones pueden atender su parto bajo las dinámicas del sector privado descritas anteriormente.¹⁶² Pueden así optar a elegir entre un grupo de maternidades privadas y públicas adscritas al convenio. Una parte del parto es financiada por la beneficiaria y otra por Fonasa; del valor total de \$1.153.630 del PAD Parto en 2020, la beneficiaria aporta \$288.410 y Fonasa la diferencia.¹⁶³

III.2.2.2. Incentivos organizacionales y económicos “perversos”¹⁶⁴

Ahora bien, la organización de los subsistemas de atención posibilita o dificulta que surgen aciertos incentivos que llamaremos “perversos”, pues permiten que las agendas e intereses

¹⁶¹ Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/pad/prestaciones/09>

¹⁶² El requisito de que sean gestaciones de término y de bajo riesgo se explica pues son las usuarias que probablemente le saldrán más “baratas” al sistema: tienen las menores posibilidades de complicaciones en el parto, y por tanto menores opciones de requerir hospitalizaciones más largas o tratamientos más caros (tanto para ellas como para sus recién nacidos).

¹⁶³ Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/parto>. En octubre de 2020, esto equivale a un valor total del PAD Parto de US \$1445, de las cuales la usuaria aporta US \$360.

¹⁶⁴ La reflexión sobre los incentivos económicos que llevan a privilegiar las cesáreas en el sistema privado de atención fue publicada en una versión más corta en la columna Cesáreas en Chile (V): El negocio del nacimiento (Sadler y Leiva 2015a).

personales de profesionales de salud o institucionales pasen por encima de las necesidades “médicas” de las usuarias.

-Pago de profesionales de salud: turno v/s prestación

Entre el sistema público y privado de salud, una gran diferencia está en los sistemas diferenciados de retribución económica que recibe el personal de salud. En salud pública, los profesionales reciben un sueldo determinado por su jerarquía y por las horas de trabajo que cumplan, que no varía según la cantidad de prestaciones que entreguen o cantidad de usuarias que atiendan; solo puede incrementarse en la medida que hagan horas extraordinarias o asuman responsabilidades administrativas. En salud privada, en cambio, cada profesional puede tener un pago asociado tanto a turnos como a prestaciones, según cómo se organice su carga de trabajo. Si bien es usual que cada profesional cumpla algún turno con horario fijo, el grueso de su sueldo se obtiene de consultas particulares y partos (cada uno de los cuales tiene un pago asociado). De este modo se genera una dinámica perversa por la cual, a mayor cantidad de atenciones, mayor es el ingreso económico. Perversa porque no solo permite, sino que impulsa a que se programen los partos para acomodar agendas y aumentar dichos ingresos. Programar significa, por una parte, acelerar los trabajos de parto farmacológicamente (con intervenciones como inducción artificial, rotura artificial de membranas, aceleración oxiótica), y también practicar un exceso de cesáreas que no obedecen a razones médicas. Esto ayuda a explicar el que la cesárea casi se duplique en salud privada con respecto a salud pública, siendo que la población que se atiende en el sector privado es más sana.

Un trabajo específico en torno a este tema fue realizado en el año 2000 por la socióloga Susan Murray (2000), que indagó en los factores y circunstancias que explican la asociación entre los seguros privados de salud y la alta tasa de cesáreas en Chile. La autora realizó un estudio mixto en la Región Metropolitana, en el cual participaron 22 obstetras, 21 mujeres gestantes y 540 puérperas, que arrojó que las tasas de cesáreas electivas estaban entre un 30-68% en mujeres atendidas por obstetras privados, y entre un 12 y 14% en mujeres atendidas por profesionales de salud pública. Murray concluyó que, con la diversificación en el mercado de la atención médica, la programación de los partos es una estrategia común de administración del tiempo que permite aumentar los ingresos económicos:

Los obstetras atienden en el sector privado para aumentar sus ingresos. Surgen demandas conflictivas a partir de los complejos horarios de trabajo y la necesidad de brindar atención personalizada a sus pacientes privadas. Estos se resuelven mediante el uso liberal de la cesárea, que permite la máxima eficiencia en el uso del tiempo. La ética empresarial prevaleciente en la atención de la salud alienta tal pragmatismo entre los médicos que no tienen una objeción moral a la cesárea realizada por razones no médicas. (S. Murray, 2000, p. 1504, *traducción propia*)

Si atendemos a las entrevistas realizadas en el estudio FONIS a obstetras, nos encontramos con un claro reconocimiento de este fenómeno en salud privada. Por una parte, se alude a la necesidad de “optimizar el tiempo”, programar las agendas para acomodar consultas y la atención de partos, considerando además que es común que los profesionales de salud trabajen en más de una institución:

[La alta tasa de cesáreas en salud privada] Yo creo que tiene que ver con el sistema privado, los médicos trabajan en muchos lugares, y se hacen la agenda. (O.E7)

Es mucho más fácil programar una cesárea, en la cual uno tiene un horario establecido; y no estar acompañando un trabajo de parto que puede durar varias horas. [...] El costo por la prestación por vía vaginal o vía alta es la misma. Por lo tanto, yo optimizo mi tiempo. Por lo que, en vez de estar 14 horas en trabajo de parto, yo ocupo 2 horas en resolver el tema vía cesárea. (O.E14)

8 horas acompañando a la paciente, no se valoriza, en cambio la cesárea una hora y listo salió. Es complejo el sistema, es súper complejo, de por qué tantas cesáreas, lo fundamental es eso, la organización, de los turnos, de las horas, en la parte privada es eso. (O.E2)

La optimización de los tiempos se vincula directamente con la posibilidad de aumentar los ingresos económicos del profesional, en tanto en salud privada se pagan honorarios por cada consulta médica y por cada parto/cesárea:

Tiene que ver con optimizar los tiempos, es más cómodo decir, tal día, tal hora que tengo tiempo, hagamos una cesárea programada, nos demoramos una hora, tiene que ver con un tema económico, y no porque ganes más con una cesárea sino por el tiempo, para hacer más actividades. Ese es un factor súper importante. (O.E11)

Ese médico funciona como homo economicus, y como el costo alternativo del parto normal es muy alto, hace cesáreas, y todo el equipo funciona según eso, entonces lo fácil se soluciona en 30 min o 1 hora. [...] Yo diría que la mercantilización de la medicina es el factor más relevante actualmente [para explicar el exceso de cesáreas], porque los colegas, más que buscar el bienestar de la paciente, en el fondo lo que están buscando es mejorar sus ingresos. (O.E8)

Se trata entonces de “optimizar el tiempo” para obtener un beneficio económico, o como lo expuso el último obstetra, para “mejorar sus ingresos”. Una de las matronas entrevistadas confirma este punto:

Creo que este porcentaje que es sobre el 70% de las cesáreas en el sistema privado a mi juicio tiene que ver solo con el tema económico, claramente es más fácil y rápido hacer

en el día 4 cesáreas. [...] En una cesárea se demoran una hora y media, en una mañana pueden programar varios pabellones, versus lo que significa no esperar a una mujer según su fisiológica del parto que puede esperar dos horas como puede esperar 24 horas, sin poder programar. (M.E6)

Uno de los obstetras entrevistados incluso se refiere al “daño económico” que implican los partos “fisiológicos” para los profesionales de la salud:

El cuento de tiempo y económico que ese es un grave problema desde el punto de vista de los profesionales, que es distinto programar una cesárea a una hora adecuada en un tiempo adecuado, que no va a interrumpir tus consultas, versus el trabajo de parto fisiológico que parte a cualquier hora, interrumpes la consulta y eso es un daño económico importante. (O.E3)

En el testimonio recién presentado, vemos como un parto fisiológico puede “interrumpir” la planificación ideal de la agenda, por tanto, causando un daño a sus ingresos. Lo “adecuado” se plantea desde la comodidad y beneficio en términos temporales y económicos para los profesionales de salud: “programar una cesárea a una hora adecuada en un tiempo adecuado”, es decir, conveniente para encajar en su agenda y aumentar sus honorarios.

Otro obstetra, quien se desempeña solo en salud pública, ejemplifica este problema con su propia experiencia de práctica médica:

Mira yo como jefe de turno, para hablarte en cifras, gano 3 millones y medio de pesos líquido, yo con eso vivo bien, me doy mis gustos. Pero eso no les basta, me basta a mí. Los otros colegas quieren 7, 10, 15. Con esos 3 millones y medio con que funcionamos nosotros [profesionales que sólo trabajan en salud pública], los otros colegas pagan los costos básicos, pero lo otro lo tienen que conseguir o con el PAD Fonasa, o trabajando en una clínica adosada a una Isapre en la cual trabajan por volumen, y si tú trabajas por volumen no puedes trabajar el parto humanizado, porque un parto humanizado te puede durar 24-48 horas, y tienes que tener al pediatra, al anestesiista... Yo cuando empecé a hacer medicina privada, partí con un pediatra muy bueno [nombre], con una matrona [nombre]; me duraron un mes, porque “oye ya opérala, cuanto me vas a tener aquí, ¿6 horas?” Entonces lo fácil, lo obvio es que el niño nazca a determinada hora, va el pediatra, lo revisa en 20 minutos y se va. Yo era el único que estaba dispuesto a estar 12 horas en la clínica, y como no estaba dispuesto a hacer cesáreas de más, dejé de hacer medicina privada, y me dediqué solo a la pública (O.E8)

Este obstetra declara ganar un sueldo líquido de 3.5 millones de pesos al mes. Si utilizamos la cifra promedio de honorarios de obstetras que arrojó nuestro sondeo en clínicas privadas (\$815.062 en 2015), en salud privada un obstetra necesitaría atender solo 5 partos al mes

(vaginales o cesáreas) para hacer un sueldo similar. Si ese profesional privilegia las cesáreas, “optimiza” su tiempo y, de la mano, ino sufre un “daño económico”!

Y esto no corre solo en términos personales, sino también institucionales, como plantea una matrona entrevistada:

En las clínicas, por ejemplo, en la que estoy yo hay tres pabellones y hay 160-180 cesáreas como al... en el mes, y entonces los pabellones tienen que entrar, salir, entrar. Y cuando una se demora mucho con un trabajo de parto, están ahí “ya po, apúrate que tiene que salir rápido”, entonces al final es como una presión súper así como... porque hay que—ellos lo que quieren es el dinero, entonces mientras más pacientes ingresen, ingresa más plata. (M.G2)

Si bien no podemos reducir las altas tasas de cesárea solo al factor de programación/económico, es sin duda una pieza fundamental del modelo en salud privada. En 2015 un reportaje en el *Economist* señalaba que el aumento global de cesáreas no está siendo impulsado por razones médicas sino por el aumento de la riqueza y los incentivos financieros perversos para los médicos (Caesar’s Legion, 2015). Un comentario en el *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, planteaba en 2016 que, si bien las razones para el exceso de cesáreas incluyen factores médicos, sociales, culturales, organizacionales y económicos, el predominante es el último: “donde las tasas son altas, la razón real es el dinero” (Geirsson, 2016, p. 1628). En forma similar, el doctor Jaime Mañalich (ex Ministro de Salud de Chile) ha declarado que: “como hay un incentivo económico muy grande para que los médicos hagan cesárea, nosotros tenemos la cifra más alta de cesárea del mundo en el sector privado, 80% de los niños en el sector privado nacen por cesárea” (INDH 2016, p. 248).

En opinión de los obstetras entrevistados, la forma de hacer frente a este problema sería organizando la atención de partos en el sistema privado de modo similar al público, donde el parto se atiende por turnos y no exclusivamente con el obstetra de cabecera que ha atendido a la mujer durante la gestación:

En otros países tú no tienes tus pacientes, o sea tú puedes controlar su embarazo, pero cuando tenga contracciones le dices que vaya a la clínica y ahí te van a atender el parto y te va a atender el equipo que está ahí por turno, como es en los hospitales públicos, que en el fondo por eso en los hospitales públicos hay menos cesáreas que en área privada, porque justamente tienes más tiempo. Idealmente la señora llega con trabajo de parto y toda la cosa, entonces hay más posibilidades de parto normal, tampoco tienes que apurarte, si la cosa va lentita, va lentita no más. (O.E2)

Si la atención se hiciera más institucional como en los hospitales, la cosa funcionaría mejor, el tema tiene que ver con cómo se les paga a los médicos en el área privada, que te

pagan por la pega hecha y tú eres el responsable uno a uno y ahí es donde está la ganancia en el área privada, la plata les entra por las intervenciones, entonces si tuvieras un sistema equivalente al público, si tú tuvieras sueldo por permanecer, por horas, sería otra forma de enfrentar el trabajo de parto. (O.E10)

-PAD Parto

Ahora bien, esta misma discusión podemos llevarla al análisis del bono PAD Parto. El programa se diseñó para dar la opción de una mejor calidad de atención y promover la reducción de tasas de cesáreas. Esto último, pues en un inicio el incentivo económico para el equipo médico (obstetra-matrona) era mayor en el parto vaginal que en la cesárea. Sin embargo, esta diferencia era pequeña y no permitió equiparar el beneficio de la optimización de tiempo que permite la cesárea. Por ello, en la actualidad el honorario médico por PAD Parto para los profesionales de salud es el mismo en parto vaginal o cesárea. Por tanto, opera de forma muy similar al sector privado (donde el honorario por parto vaginal o cesárea es el mismo), pero con un honorario bastante menor a lo que se recibe sin dicho bono. De ahí que en las atenciones que utilizan este bono, las cesáreas son incluso superiores que las de salud privada asegurada mediante Isapres. Como plantea un obstetra entrevistado:

[Ha habido] muy malas decisiones de políticas públicas en relación a las pacientes Fonasa que quieren atención en pensionado [PAD Parto]. Un brillante economista inventó una cosa que se llama el PAD Fonasa, que es en el fondo “yo vendo una cesárea a doscientas y algo lucas” [miles de pesos chilenos], y esa cesárea significa que la mujer que debería atenderse el parto institucionalmente [Fonasa] y probablemente tener un parto vaginal, termina en cesárea. [...] Bueno, el contexto en mi hospital en este momento de la tasa de PAD Fonasa de cesáreas debe ser cercana al 90%. (O.E8)

Dos estudios nacionales recientes confirman que el PAD Parto aumenta las tasas de cesáreas. Las economistas Florencia Borrescio-Higa y Nieves Valdés (2019) encontraron una asociación entre altas tasas de cesáreas y mujeres aseguradas en Fonasa cuyos partos se atendieron en instituciones privadas, concluyendo que este grupo está impulsando las tasas altas y crecientes de dicha intervención. Por su parte, los economistas Ramiro de Elejalde y Eugenio Giolito (2019a, 2019b) agregan que si bien el programa de Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) se creó en 2001, en 2003 se produjo una notable reducción del valor del PAD Parto que copaga la beneficiaria Fonasa (desde un 60% del valor total a un 25% del mismo). Esto provocó un importante aumento en los partos en clínicas privadas, de 10% de los partos de mujeres afiliadas a Fonasa B, C o D en el primer trimestre de 2003 a 45% en el primer trimestre del 2008. Los autores muestran que entre comienzos de 2003 (cuando se reduce el costo de acceso a clínicas privadas) y comienzos de 2005 la tasa de cesáreas para mujeres en los tramos B, C y D de Fonasa

aumentó del 30% al 40% (y no lo hizo para mujeres pertenecientes al grupo A de Fonasa o Isapres).¹⁶⁵ Dado que la participación en partos de clínicas privadas aumentó en 20%, esto implica que dar a luz en una de ellas, en lugar de un hospital público, incrementa la probabilidad de una cesárea en un 50%. Los autores concluyen que en los primeros tres años desde la reducción del valor que paga la beneficiaria, la probabilidad de tener un parto mediante PAD en clínicas privadas aumentó en un 8.7% (aumento de 51% en términos absolutos), y la probabilidad de cesárea se incrementó en un 4.6% (aumento de 15% en términos absolutos). La mayor indicación de cesáreas en clínicas privadas permitiría acomodar la demanda con el tiempo para optimizar el uso de sus recursos. Muestran así que “políticas bien intencionadas pueden tener consecuencias inesperadas si en el diseño de ellas no tenemos en cuenta los incentivos de los distintos agentes económicos” (De Elejalde y Giolito, 2019a, p. 5).

La atención mediante PAD Parto puede realizarse en instituciones que son sólo privadas, así como en hospitales públicos que cuentan con “pensionado”, es decir, con un sector en el que se atiende en la Modalidad de Libre Elección (con las características de atención privada).¹⁶⁶ Es así como en estos últimos, dentro de la misma institución se atienden partos con la dinámica pública, y otros con la privada. Esto genera, como plantea un obstetra entrevistado, una conducta “esquizofrénica”, pues los mismos profesionales de salud cambian su práctica según cuál sea la modalidad de atención:

En los hospitales con pensionado sucede esa cosa esquizofrénica que tienes tasas altas de 60% de cesáreas [con el bono PAD], mientras en el hospital [MAI] tienen 30%, yo creo que todo el mundo queda un poquito sin entender nada. (O.E9)

Por ejemplo, sucede que en el mismo hospital con las mismas matronas, los mismos médicos, cuando tienen ese sistema de pensionado [PAD Parto], no sé la cifra real, pero por dar un ejemplo tienen un 40% de cesárea [en MAI], pero con el mismo equipo, las mismas matronas y médicos tienen un 80% de cesáreas en pensionados [PAD Parto]. Entonces tú dices: son los mismos protocolos y profesionales, pero cuando cambia el sistema y prima el bono PAD cambia drásticamente el porcentaje de cesáreas. ¿Entonces tú qué puedes pensar? No te queda ninguna otra cosa que pensar que es por el tema económico. Entonces por mucho que un profesional quiera justificar una cesárea, la

¹⁶⁵ El tramo A de FONASA no se considera pues corresponde a beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes); por tanto, no pueden acceder a la red privada en la Modalidad de Libre Elección (MLE) sino solo a la de Atención Institucional (MAI). Recordemos que solo el programa MLE incluye la opción de acceder a los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD).

¹⁶⁶ En caso de querer acceder al bono PAD, primero se debe escoger la institución de salud en convenio y solicitar en dicho establecimiento las condiciones de atención (que pueden variar entre establecimientos). Una vez seleccionada la institución, un obstetra que ahí se desempeñe debe emitir una orden en la semana 37 de gestación para que la mujer pueda realizar los trámites para acogerse al PAD, garantizando que ella cumple con los requisitos de salud exigidos. Una vez que la institución de salud pública o privada informa a Fonasa que la mujer adhirió al sistema, esta puede pagar el bono en cualquier sucursal de Fonasa.

verdad es que hay que mirarlo desde arriba y ahí pareciera ser a todas luces en el privado que son las lucas [dinero] las que están influyendo, no hay otra cosa. (M.E6)

¿Y cómo opera en este caso el “tema económico”? Cómo decíamos, el precio total del PAD (aporte beneficiaria más aporte Fonasa) fue de \$1.153.630 pesos chilenos en 2020.¹⁶⁷ Este monto debe repartirse entre honorarios médicos del equipo completo, atención médica del recién nacido en sala de partos o pabellón quirúrgico, los valores de los días camas y el derecho de pabellón:

El bono completo de Fonasa se le paga a la institución, y de ahí se reparte: le pagan al gine [ginecobstetra], a la matrona, al neonatólogo y al anestesista, aunque ellos están contratados, igual hay que pagarle un valor a cada uno; los insumos, derechos de pabellón, y en la cesárea agregas a la arsenalera y ayudante. Entonces la institución se queda con valores poquíssimos, se quedan cortos. Y por los valores es que quieren sacarlo rápido todo, y se transforma en un tema de volumen. (O.E9)

Para “sacarlo rápido” se privilegia la práctica de cesáreas. Pero podríamos argumentar que la cesárea es más cara y por tanto implica mayores costos para las instituciones; se trata de una cirugía que ocupa más insumos y personal de salud. Sin embargo, la diferencia de costo no equipara la ganancia de optimizar el tiempo y por tanto atender más partos (o más bien, más cesáreas). Incluso habría hospitales que ponen condiciones para pagar los honorarios al equipo médico que atiende PAD Parto, como vemos en el siguiente testimonio:

Ahí entra a jugar el tema del sistema PAD Fonasa. [...] Es una cosa media enviada porque tiene que ser un embarazo fisiológico, sin patología, de término, en el fondo para que sea un negocio para la institución tiene que salir barato, o sea ojalá a los dos días la mamá y el hijo estén en la casa, que no gasten insumos, que no requieran exámenes y fármacos extra. El tema se contamina porque por ejemplo en este hospital la política es que la paciente entra con el sistema PAD Fonasa, para que se cumplan estos requisitos, si desde el ingreso al momento del parto han transcurrido más de 12 horas, el tratante médico no recibe los honorarios correspondientes. [¿Por qué razón?] Para que se vaya de alta en dos días, porque más de 12 horas implica que en su post operatorio, se va a quedar un día más, y eso implica un día-cama extra que pierde el hospital. Incluso con cesárea es lo mismo, los días de hospitalización son iguales para parto y cesárea. Y si se posterga el alta a más de tres días ocurre lo mismo; si se infectó la herida, si hay alguna complicación y se posterga el alta ya no le pagan los honorarios a los médicos, hemos reclamado y todo, porque eso contamina el tema, muchos colegas por eso optan por operar más temprano, a pacientes que tenían todas las opciones de tener un parto

¹⁶⁷ Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/parto>

vaginal. Este factor económico que te decía pesa bastante, entra el factor de optimizar el tiempo. [...] O sea, en este hospital, bajo ciertas condiciones les pagamos el parto al profesional, y si no cumplen las condiciones no se les paga y queda para el hospital. Obviamente una primigesta que entra precozmente en el trabajo de parto se demora más de 12 horas. Eso hace que muchos colegas para no perder ese pago son más livianos con la indicación de la cesárea, dicen pucha si no está muy cercana al parto... una cesárea electiva. (O.E11)

En este caso, el parto solo es rentable para la institución si se “resuelve” en menos de 12 horas y la hospitalización es de un máximo de tres días, por lo cual se presiona a las(os) profesionales – a través de la amenaza de un castigo económico- para que así suceda. Esta rápida resolución de los partos se traduce, por supuesto, en muchísimas cesáreas, como lo explica una matrona:

Yo lo he viví en una clínica que funcionaba con pacientes que venían de Fonasa [bono PAD], que paga mucho menos que si vienen de Isapre, bastante menos, yo trabajaba en pabellón en esa época en esa clínica y venían bajando en ascensor a las pacientes con el camillero a preparto para su inducción, y ya me estaban pidiendo que reservara pabellón para la cesárea para tres horas más, porque cuando eran con el bono no se les podía dar más tiempo. [...] Pero es que es súper simple en verdad, por ejemplo, si te pagan diez por una semana con bono PAD, y te pagan quinientos por cada paciente de Isapre, ¿con cuál de las dos pacientes vas a estar en trabajo de parto doce horas, veinte horas? Con la de Isapre. (M.G2)

En 2017, los partos por cesárea en la modalidad PAD alcanzaron un 72%. En el mismo año, la tasa de cesárea en el sistema privado asegurado por Isapres fue de un 62% (Subsecretaría de Salud Pública, 2018). El 2017, Fonasa financió 56.000 partos a través del PAD, lo que significó un gasto de aproximadamente 60.000 millones de pesos; el 51% del total de los gastos mediante PAD del sistema público dicho año -sistema que incluye 55 prestaciones en total- (Subsecretaría de Salud Pública, 2018). Como expone uno de los obstetras entrevistados: “Se está gastando mucha plata de Fonasa, que se debería estar invirtiendo en fortalecer el parto institucional” (O.E8). En la misma línea, otro obstetra plantea:

Yo creo que lo que tenemos que hacer es mejorar nuestra calidad y seguridad de atención, o sea, ofrecer a la mujer que se atiende en el sector público o que tiene acceso a Fonasa, un sistema, una modalidad de atención que permita los mismos, los mismos estándares de calidad que lo privado. (O.E13)

-Precarización del sector público

Resulta paradójico que se derive esta cantidad de fondos desde Fonasa al sector privado, cuando el “parto institucional” (MAI) al que aluden estas obstetras tiene serios déficits de personal de salud, insumos e infraestructura. Lo que hace el PAD Parto es acentuar las brechas de atención entre público y privado, a través de una fuga de recursos del primer sector al segundo. Mencionábamos más arriba que casi ninguna institución pública consigue tener atención 1:1 para las mujeres en trabajo de parto, que hay insuficiencia de obstetras y anestesiólogos por lo cual las mujeres de hospitales de mediana y baja complejidad muchas veces son trasladadas a hospitales de alta complejidad (con una serie de consecuencias negativas para ellas). Si bien una Garantía AUGE es la analgesia durante el parto, aún no se consigue una cobertura total de epidural para las mujeres que la solicitan. Asimismo, la presión asistencial en lo público incide negativamente en la calidad de atención que brinda el personal de salud. Todo esto es claramente percibido por las usuarias, y gran parte de las que pueden acceder al bono PAD Parto buscan la atención privada por estas razones. Una matrona lo expresa claramente: “En general las pacientes PAD son personas que juntan sus pesitos para tener su guagua. Porque siempre está la idea de que lo privado es mejor” (M.E1).

Como ya he comentado, si bien se puede dar una atención deficiente en términos de trato tanto en salud pública como privada, es más común que suceda en la primera por los déficits de dicho sector. Entre las usuarias, esta percepción es bastante generalizada y se va fortaleciendo en la medida en que suceden experiencias de malos tratos en hospitales públicos, como expresa Karen: “La atención en el sistema público es pésima, médicos y matronas se sienten con el derecho de tratarte mal solo porque te atiendes gratis” (Karen, 8218).

En la misma línea, el mayor valor asociado a la atención privada va asociada en muchos discursos a una mejor atención. Así lo plantean, por ejemplo, Esperanza, Jennifer y Carolina: “[Mi experiencia] fue muy buena pero en una clínica muy cara por lo que no esperaba menos” (Esperanza, 7474); “Cesárea en la clínica, fue muy respetada, muy amorosos todos, un gran equipo; lástima que una debe pagar por una mejor atención, en forma particular es mejor el trato de médico a paciente, todo mucho mejor” (Jennifer, 7477); “El equipo médico me trató con mucho respeto y fueron empáticos, todo el personal me trató bien, con respeto y dignidad, aunque debo aclarar que pagué [bono PAD], por eso me trataron bien” (Carolina, 7459).

En el caso de la mayoría de las mujeres que han sido atendidas tanto en salud pública como privada, la comparación más habitual es que lo público es peor, como describe Pía: “Mi primer hijo la experiencia fue un desastre, pero aprendí que en las clínicas no pasan esas cosas, mis dos hijos menores nacieron en clínica y no tuve ninguna mala experiencia” (Pía, 5761). Solange se refiere al hospital como “matasanos” y vincula el pago con ser tratada “como persona”:

Sentí y siento rabia por no haber tenido dinero y haber tenido que parir en el “matasanos” [nombre del hospital]. Me sentí humillada por ser pobre. Mi segunda hija la tuve en una

clínica y me di cuenta de lo diferente que era parir con plata. Me trataron bien, me trataron como persona. Todo por pagar. (Solange, 8206)

No obstante lo anterior, también puede suceder lo contrario, y hay casos en que en salud privada la experiencia fue evaluada como peor que en pública. Hay diversos testimonios de experiencias muy respetuosas en salud pública, como veremos en los capítulos que siguen, por ejemplo, el caso de Mila: “Mi experiencia de parto en general fue excelente. [...] Entré con muchos miedos, me decían mis familiares: ‘no grites porque te tratan mal, quédate callada’. Pero nada de eso pasó, todos me trataron muy bien en el hospital” (Mila, 109). Al respecto, uno de los obstetras entrevistados plantea que: “Hay una confusión en la población; todavía está este concepto de que si yo me atiendo privado es mejor, y no es siempre así. Depende, depende del lugar, depende del médico” (O.E13). Este médico plantea un punto muy importante, que se corrobora en los miles de testimonios de parto con que contamos: hay maternidades que a nivel institucional tienen un enfoque más o menos alineado con las recomendaciones ministeriales y parto humanista, y más importante aún, hay profesionales de salud que adhieren más o menos con estos principios. Se generan trayectorias de atención dentro de lo público o de lo privado, o entre estos subsistemas, con el fin de buscar tanto instituciones como profesionales que se alineen con las expectativas de las mujeres y sus parejas.

Y de esto es lo que trata el siguiente apartado, en el cual me detengo a indagar en las opciones que se despliegan para las mujeres según la posición que ocupan en el sistema de salud, y en las trayectorias de atención que siguen.

III.3. Opciones y trayectorias institucionales de atención¹⁶⁸

En esta sección describo cómo las mujeres optan a la atención en ambos subsistemas de salud y qué estrategias despliegan –en caso de hacerlo– para buscar una atención que se acerque o alinee con sus preferencias y expectativas con respecto al parto. Para el análisis que sigue, distingo entre salud pública y salud privada (integrando en esta última el bono PAD Parto), pues como ya hemos visto, se trata de sistemas que operan de formas diferentes. Antes de la descripción de dichas trayectorias, me parece importante plantear una discusión sobre las preferencias por la vía de parto de las mujeres –vaginal o cesárea–, debido a que en Chile la mitad de los nacimientos corresponden a cesáreas y circula la idea errónea de que esta elevada cifra es principalmente influida por la solicitud de ellas.

III.3.1. Preferencia por vías de parto

Como punto de partida para hablar de las trayectorias de atención que siguen las mujeres gestantes, planteo que la mayoría de las mujeres prefiere la vía vaginal de parto. Es de gran relevancia justificar esta afirmación, debido a la alta tasa de cesáreas del país y la frecuente asociación de esta tendencia al deseo de las mujeres. En las entrevistas que realizamos a obstetras, la segunda razón que mencionaron más frecuentemente como factor “no-médico” para el aumento de la cesárea fue el requerimiento materno.¹⁶⁹ Esta idea es recurrente en la literatura médica, como por ejemplo en un artículo de los médicos Farías y Oyarzún (2012) donde analizan indicadores chilenos de parto vaginal y cesárea. Reflexionando sobre las razones que llevarían al aumento de cesáreas, los autores identifican, como primer motivo “no-médico”, el requerimiento materno:

Entre los factores no médicos que probablemente influyen en una mayor proporción de cesáreas, se incluyen la solicitud por parte de la paciente y su familia debido a temores sobre el bienestar materno-neonatal, el temor al dolor del trabajo de parto y el argumento de autonomía para tomar decisiones terapéuticas como la vía de parto (todo esto en el contexto de una relación médico paciente cada vez más horizontal). (Farías y Oyarzún, 2012, s/p)

¹⁶⁸ El capítulo lo llamo “opciones y trayectorias institucionales”, pues se enfoca en los circuitos de atención que son regulados/financiados por el sistema de salud en el país. Como ya he planteado, el foco de esta tesis es la atención institucional del parto, que concentraba el 99.6% de los partos del país en 2017 (INE, 2019).

¹⁶⁹ Las respuestas a la pregunta sobre los principales factores “no-médicos” que explican el aumento de cesáreas fueron categorizadas en términos de las razones mencionadas y del orden en que fueron mencionadas. La razón más mencionada fue la privatización de la atención del parto de la mano de la programación que permite dicho sector para acomodar agendas.

Esta idea es también reproducida por los medios de comunicación, siendo destacada como razón para la gran cantidad de cesáreas; en especial en el sector privado de atención. Como ejemplo, el titular de uno de los periódicos de mayor circulación nacional tituló un artículo como: *Mujeres con seguro de salud privado prefieren la cesárea* (Fernández y Sandoval, 2014).

¿Será así? Los pocos estudios que han indagado en la preferencia por vía de parto han mostrado que la respuesta es negativa; las mujeres prefieren la vía vaginal, tanto en el sistema público como privado de salud. El estudio de Angeja y colegas (2006), con una muestra de 180 mujeres gestantes de salud pública y privada, mostró que un 78% de las mujeres prefieren el parto vaginal por sobre la cesárea. Una encuesta realizada en el marco del mismo proyecto FONIS del cual emana el material de esta tesis, aplicada el año 2014 a 396 mujeres de la Región Metropolitana que tuvieron al menos una cesárea en los últimos 10 años (la mitad de la muestra en salud privada y la otra en pública), mostró que un 80% de las mujeres preferían la vía vaginal de parto antes de tener hijos (Sadler, Leiva, Perelló y Schorr, 2018).¹⁷⁰ En la muestra, la preferencia por la vía cesárea aumentó en un 11% tras haber vivido la experiencia de la cesárea. En el contexto de una altísima cifra de cesáreas en nuestro país, esto implicaría una cada vez mayor aceptación –o normalización– de dicha vía de parto en la población, lo cual se agrava por la repetición de cesáreas a mujeres que ya la han vivido. De las mujeres que preferían la cesárea, solo un 7% declaró que la intervención se realizó por su propio requerimiento.

Otras dos encuestas, ambas al alero del estudio multipaís “Actitudes y preferencias en torno al parto entre estudiantes universitarios(as)”, se enfocaron en preferencias de vía de parto de estudiantes menores de 40 años sin hijas (y que desearan tener hijas en el futuro), la primera fue aplicada a alumnas(os) de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la segunda en la Universidad de Chile.¹⁷¹ En la primera de ellas, realizada como parte de una práctica profesional

¹⁷⁰ Los resultados de esta encuesta muestran una preferencia por la cesárea alrededor de un 10% más alta que los otros estudios en el país, al preguntar por su preferencia antes de tener hijos. A diferencia de los otros estudios, en este caso la pregunta fue realizada en forma regresiva a mujeres que ya contaban con experiencias de cesárea, por tanto es muy probable que la mayor preferencia por cesárea esté mediada por la experiencia de ya haber vivido al menos una cesárea (requisito para responder la encuesta).

¹⁷¹ El instrumento utilizado en ambas fue casi idéntico, debido a que ambas se aplicaron como parte del mismo estudio multipaís titulado “Actitudes y preferencias en torno al parto entre estudiantes universitarios(as)”, cuya investigadora responsable en Chile fue Michelle Sadler. La primera encuesta la aplicaron y analizaron las alumnas María Paz Bravo y María Gracia Cox del Instituto de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el marco del Taller de Titulación I, en julio del año 2015, a estudiantes de dicha universidad (Bravo y Cox, 2015). Debido a que el Taller de Titulación tenía plazos más acotados que el estudio multipaís, la encuesta no alcanzó a ser integrada al soporte/software internacional con que se aplicó el instrumento en todos los países, por lo cual los resultados no alcanzaron a integrarse a las publicaciones del equipo internacional de investigación. Una vez integrado el instrumento al software, la encuesta volvió a aplicarse en la Universidad de Chile y esos resultados (que fueron muy similares a los primeros), se integraron a las publicaciones del estudio multipaís (Stoll, Edmonds, Sadler, Thomson, McAra-Couper, Swift,... Downe, 2018; Weeks, Sadler y Stoll, 2020).

(Bravo y Cox, 2015), participaron 977 estudiantes (80% mujeres y 20% hombres). Un 89% de la muestra respondió preferir el parto vaginal versus un 11% que preferiría el parto por vía cesárea. La principal razón para preferir la cesárea fue el “temor al dolor del parto vaginal” (Bravo y Cox, 2015). En la segunda, 664 estudiantes entregaron respuestas completas (64% mujeres, 36% hombres), entre quienes un 11% de mujeres y 7% de hombres declararon que preferirían una cesárea en gestaciones saludables y ausencia de complicaciones durante el parto (Weeks, Sadler y Stoll, 2020). El porcentaje de preferencia por la cesárea fue muy similar en ambos estudios, siendo estudiantes de dos universidades diferentes y con una diferencia promedio de edad de 7 años (21 años en el primero y 28 en el segundo). El último estudio concluyó que las actitudes positivas hacia la intervención tecnológica, la percepción de alto riesgo de parto vaginal, los antecedentes familiares de cesárea y el alto miedo al parto se asociaron con la preferencia por cesárea (Weeks, Sadler y Stoll, 2020). Se presenta un resumen de estos estudios en la siguiente tabla:

Tabla N°11: Estudios en Chile sobre preferencia de la mujer por vía de parto*

Autoras(es)	Muestra	Promedio edad muestra	Preferencia parto vaginal	Indecisas	Preferencia cesárea
Angeja et al., 2006	540 mujeres gestantes, salud pública y privada	28	77.8%	12.8%	9.4%
Bravo y Cox 2015	977 estudiantes universitarios de pregrado (mujeres y hombres)	21	88.5%	-	11.5%
Sadler, Leiva, Perelló y Schorr, 2018	396 mujeres que tuvieron al menos una cesárea en últimos diez años, salud pública y privada	32	80%	-	20%
Weeks, Sadler y Stoll, 2020	664 estudiantes universitarios de postgrado (mujeres y hombres)	28		-	11% mujeres 7% hombres

*Elaboración propia.

Estas cifras sobre preferencia de cesáreas en Chile son consistentes con otros estudios en el mundo. Una revisión sistemática y meta-análisis de estudios sobre preferencias de vía de parto en el mundo mostró un 15,6% de preferencia por la cesárea en una variedad de países, concluyendo que solo una minoría de mujeres la prefieren (Mazzoni et al., 2011). En uno de los tres artículos que componen la serie de *The Lancet* sobre cesáreas en el mundo se pone en duda la “opinión percibida” de que muchas mujeres prefieran la cesárea en ausencia de complicaciones actuales o anteriores y se plantea que la mayoría de las mujeres en todo el mundo prefieren el parto vaginal (Betrán et al., 2018).

Según los estudios conducidos en nuestro país, la principal razón para preferir la cesárea es el temor al parto vaginal. En el estudio de Sadler, Leiva, Perelló y Schorr (2018), de una muestra de 396 mujeres que habían tenido al menos una cesárea en los diez años anteriores a la aplicación de la encuesta, un 7% de las encuestadas respondió haber solicitado la primera cesárea, y un 10% la segunda cesárea. La principal causa de solicitud en ambos casos fue el temor al parto vaginal: se mencionó el miedo al dolor y a los riesgos asociados a esta vía de parto. En el estudio de Weeks, Sadler y Stoll (2020) con estudiantes universitarias(os) chilenas(os), el temor al parto también se asoció a la preferencia por la cesárea. En este estudio, otros predictores de la preferencia por la cesárea fueron una actitud positiva hacia las intervenciones obstétricas, percepción de que el parto vaginal es muy riesgoso, e historial familiar de cesárea. En un estudio comparado entre preferencias por cesárea en estudiantes de universidades en 8 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), dentro de los cuales estaba Chile, se concluyó que las razones principales para la preferencia por la cesárea en todos los países estudiados fue el temor al dolor del trabajo de parto y parto, y el temor a daños/secuelas físicas ocasionadas por el parto vaginal. Tanto el temor al parto como la preferencia por la cesárea declinan a medida que el nivel de confianza de la mujer en su conocimiento/información con respecto a la gestación y parto aumentan (Stoll et. al., 2017).

Analizar el temor al parto en nuestro contexto implica situarlo en el marco de la medicalización del proceso y la cultura del riesgo obstétrico. Las definiciones tecnocráticas de nacimiento que hiperbolizan el riesgo obstétrico y la necesidad de tecnología permanente e invasiva impregnan el discurso hasta el punto de influir en gran medida en las propias percepciones de las mujeres sobre su capacidad de dar a luz (Davis-Floyd, 2001). Por ejemplo, una meta-síntesis de la literatura existente sobre miedo al parto revela que, en varios estudios, las mujeres retratan el parto como un evento peligroso y riesgoso con el potencial de daño físico personal, que temen que sus cuerpos son inadecuados para dar a luz o que son emocionalmente incapaces de hacer frente al proceso (Sheen y Slade, 2018). Mientras más medicalizada sea la cultura del parto, es

probable que este imaginario del parto permee las percepciones de las mujeres en mayor medida. El estudio que citamos más arriba de actitudes hacia el parto en estudiantes universitarias(os) encontró que quienes tenían una mayor aceptación de la tecnología y las intervenciones de parto eran de países con tasas nacionales más altas de cesárea e informaron niveles más altos de miedo al parto (Stoll et al., 2019). Otros estudios han concluido que las mujeres jóvenes (sin hijos) que informan altos niveles de miedo al parto tienden a preferir intervenciones obstétricas (como cesárea) porque ofrecen la opción de controlar o evitar el dolor y el daño corporal que se asocia con el parto vaginal (Stoll y Hall, 2013; Stoll et al., 2017).

En las mujeres multíparas, el miedo al parto a menudo se relaciona con experiencias de nacimiento negativas anteriores (Størksen et al., 2013). Una revisión sistemática de estudios sobre miedo al parto concluye que el predictor más fuerte para dicho miedo es una experiencia de parto previa negativa o traumática. Por lo tanto, las autoras advierten sobre el error de encontrar las posibles raíces del miedo principalmente en las mujeres, en lugar de examinar las condiciones de la atención de maternidad que se les brinda (Dencker et al., 2019). Este miedo puede verse influenciado por las historias negativas de nacimiento de otras mujeres comunicadas por conocidas y/o por los medios de comunicación, e incluye preocupaciones sobre la calidad de las interacciones y el apoyo brindado por el personal de salud (Sheen y Slade, 2018; Slade, Balling, Sheen y Houghton, 2019). Una revisión sistemática sobre la tocofobia (temor intenso al parto) afirma que, si bien sus causas son complejas y multifactoriales, incluyen la falta de confianza hacia el trato que recibirán de parte del personal de salud, el temor a ser abandonadas durante el trabajo de parto, y de ser excluidas de participación en la toma de decisiones (O'Connel et al. 2017). Por tanto, este temor a repetir experiencias de parto (vaginal o de cesáreas de emergencia) negativas puede incidir en la preferencia por la cesárea y el requerimiento materno para que se practique dicha intervención.¹⁷²

Ahora bien, si nos preguntamos cómo se comporta la preferencia por vía de parto por sectores de atención de salud, nos encontramos con algunos datos que indican que hay una mayor preferencia por la cesárea en salud pública que privada.¹⁷³ En el estudio de Angeja et al. (2006) un 8% de mujeres atendidas en salud privada y un 11% en pública declararon preferir la cesárea

¹⁷² En la serie de *The Lancet* sobre cesáreas de 2018 se resumen las razones que podrían llevar a mujeres a preferir una cesárea en ausencia de indicaciones médicas: miedo al dolor de parto (en especial cuando la analgesia epidural no es accesible), miedo al daño del piso pélvico e incontinencia urinaria, miedo a los efectos negativos en su sexualidad o relaciones sexuales. En contra de la evidencia científica, la mayoría de las mujeres que prefieren cesárea perciben que es más segura para el bebé y para ellas mismas. Con menos frecuencia, las mujeres también mencionan la conveniencia como una razón (organización de tiempos, posibilidad de tener ligadura de trompas al mismo tiempo que la cesárea). Experiencias negativas previas de parto vaginal, que incluyen una calidad de atención subóptima y experiencias de falta de respeto y abuso, también influyen en la elección del nacimiento por cesárea (Betrán et al., 2018).

¹⁷³ Lo cual es consistente con los datos que muestran que en salud pública se producen más experiencias negativas de parto, que llevaría a que más mujeres atendidas en dicho sector teman al parto y busquen evitar el parto vaginal.

como vía de parto. En el estudio de Sadler et al. (2018) se agrega además el sistema de atención a través del bono PAD Parto; encontrándose que la preferencia por cesárea fue de un 16% en salud privada, 22% en PAD Parto y 23% en público (Modalidad de Atención Institucional).¹⁷⁴

Varias(os) de los obstetras y matronas entrevistadas(os) concuerdan en que, si bien hay una gran diversidad de posiciones con respecto a la cesárea de parte de las usuarias, las de mayor “capital cultural” conocen en mayor profundidad los beneficios del parto vaginal y lo solicitan más a menudo. Uno de los obstetras entrevistados plantea que:

La mujer entre más nivel cultural y con eso me refiero a que más ha estudiado el tema, ha revisado las estadísticas de qué pasa con una cosa y qué pasa con otra [...] esa mujer que más bien se van al privado de más alto nivel, por una cosa de que en general tienen más acceso y más ganas de investigar, son mujeres más preparadas del punto de vista educacional, entonces tienen esa formación de buscar la información y encontrarla y esa mujer es muy raro que quiera tener una cesárea. [...] El deseo de esa mujer informada es tener un parto, la mayoría, es muy raro que ocurra lo contrario. Al revés, las mujeres que están menos informadas, que tienen un nivel sociocultural más bajo, que no han estudiado el tema, llega en el fondo a que suceda esto sin ninguna vivencia y conocimiento de lo que está pasando, lo ven como, no quiero sonar tampoco como tan categórico, pero a mí me pasa mucho, quieren que les saquen la guagua como sea, que se acabe luego, que no duela, que la inmediatez aquí no tiene mucha lógica, y claro ellas ven la cesárea como una alternativa súper buena. Si te vas a pasear al parto verías que la gran mayoría de las pacientes dice: “Ay, sáquenme la guagua, opérenme doctor”, y la evidencia de todo esto del parto les es una cosa ajena, es muy raro. Pero ahí yo te digo que depende mucho de niveles culturales, no a una cosa socioeconómica, si no que de cultura de lo que está sucediendo, del estudio, de la vivencia, de haber leído algún texto, de haber ido a los talleres, hay muchas cosas que hacen en el consultorio que son súper buenas y yo en general las recomiendo, que vayan, que se integren a eso porque les explican muy bien, o tratan de hacerlo al menos y esa mujer llega con otro enfoque, tratan de tener su parto, si no lo logran es otro cuento, pero no llegan con ese sesgo de que esta cosa se acabe rápido. (O.E5)

Resumiendo, este obstetra plantea que el “nivel cultural” se relaciona directamente con la preferencia por la vía de parto: las mujeres de mayor nivel cultural prefieren en mayor medida el parto vaginal. Estas mujeres se atienden en el sector “privado de más alto nivel”, que se refiere a un puñado de clínicas del sector oriente de la ciudad de Santiago a las que accede la población de más altos ingresos de la ciudad, que en su gran mayoría cuentan en la actualidad con

¹⁷⁴ Como mencioné con anterioridad, se trató de mujeres que ya hubieran vivido al menos una cesárea, a las que se les preguntó en forma regresiva por su preferencia de parto antes de tener hijas(os).

programas de “parto natural”.¹⁷⁵ Estas clínicas se diferencian de una serie de clínicas privadas que atienden a sectores medios y medios-bajos de la población, que atienden a través del bono PAD.

Una de las matronas entrevistadas coincide también en esta apreciación, asociando la menor “educación” o “instrucción” con mayor preferencia por la cesárea:

Es que depende del tipo de paciente, las pacientes con más educación, con más instrucción no llegan a la clínica a pedir la cesárea altiro [de inmediato], sino que están más con el parto natural, y se nota que leen más, y ellas mismas comentan cómo es la cosa en Europa, que es así. Y hay gente con menos instrucción que prefiere cesárea. (M.E2)

Otra matrona, que es muy conocida en el circuito santiaguino por su enfoque de parto humanista, apoya el mismo punto, distinguiendo entre las usuarias que manejan más información y se atienden en una de las clínicas de elite donde ella trabaja, que “son pacientes informadas que en general prefieren un parto natural”; de aquellas menos informadas que tienen planes mínimos con Isapre o llegan con el Bono PAD a atenderse a alguna clínica, las cuales exigen que por estar “pagando por una atención de calidad” les deben “hacer una cesárea *express*” (M.E7).

El estudio de Sadler et al. (2018) con mujeres que han tenido al menos una cesárea en la Región Metropolitana de Chile mostró, efectivamente, que el nivel educativo incide mucho más que el sector de atención de salud en la preferencia por vía de parto. Al diferenciar la muestra por nivel educativo, y tomando la preferencia por vía de parto al momento de la encuesta, se observó que a menor nivel de educación, la preferencia por parto vaginal fue menor. El grupo de encuestadas que alcanzó menores niveles educativos de la muestra (educación básica o media incompleta/completa) prefiere en un 41% la cesárea, mientras que aquel con educación técnica incompleta/completa o universitaria incompleta en un 32%, y el grupo con educación universitaria completa y/o postgrado en un 23%.

¿Por qué sucede esto? Como planteé con anterioridad, por una parte opera una cultura del riesgo obstétrico que ha permeado los imaginarios sobre el nacimiento. Si a esto le sumamos que en la atención privada la cesárea casi duplica las tasas de salud pública, se genera la percepción de que en mujeres de mayores recursos económicos se despliega y ofrece la más alta tecnología, dejando a las mujeres pobres expuestas a mayores riesgos obstétricos que podrían solucionarse a través de una cesárea. Por estas razones el bono PAD aparece como un escape a la falta de opciones de salud pública.

¹⁷⁵ Por ejemplo, algunas de estas clínicas ofrecen los programas de “Parto Natural Protegido”, “Parto Natural Seguro”, y “Mi Parto Natural”.

Ahora bien, el menor nivel educativo habla de mujeres expuestas a una serie de vulnerabilidades estructurales. Me parece complejo y erróneo reducir una mayor deseabilidad por la cesárea en las mujeres de “nivel sociocultural más bajo” a su nivel de “cultura” o “información”. Por muchas “ganas de investigar” que tengan e información que manejen las mujeres de los segmentos sociales menos acomodados, las alternativas que el sistema les ofrece son muy limitadas. Como hemos visto, las afiliadas en Fonasa solo pueden acceder a alternativas de atención pagando un bono que bordea los US \$360.¹⁷⁶ Por mucho que “sepan”, el sistema probablemente no pueda ofrecerles una atención basada en las “estadísticas de qué pasa con una cosa y qué pasa con otra”, como señalaba el obstetra que citamos más arriba. Las mujeres de estos segmentos han crecido escuchando historias de violencia obstétrica y han sido socializadas en que deben portarse bien para no ser maltratadas durante el parto. Por tanto, la cesárea puede aparecer como una “alternativa súper buena” para no vivir-sentir el trabajo de parto. ¿Por qué querrán que “les saquen la guagua como sea?”, y volvemos a la reflexión que planteamos más arriba de que en muchos casos se trata de evitar una experiencia de violencia obstétrica! Esto es confirmado por estudios en Brasil –que presenta tasas de cesáreas incluso más altas que las de Chile- que concluyen que el miedo a una atención deficiente explicaría en buena parte la preferencia de mujeres pobres por la cesárea (Béhague, Victora y Barros, 2002; Béhague, 2002).

Todo lo anterior me lleva a plantear que: no es efectivo que la mayoría de las mujeres prefieren la cesárea; y que es necesario complejizar la afirmación de que las mujeres de menores segmentos socioeconómicos prefieren la cesárea por falta de información o educación. Es importante también recordar que las expectativas de una buena atención van mucho más allá de la vía de parto; antes de la vía de parto, lo que importa es una atención respetuosa y digna que ponga a la mujer y su familia al centro del cuidado. Una de las matronas ya citadas, que mencionamos es conocida en el circuito santiaguino de salud privada por su enfoque de parto humanista, plantea que:

Las mujeres buscan atenderse conmigo no solo por el parto natural [se refiere a que privilegie la vía vaginal y evite las intervenciones de rutina, en especial epidural], es como: “tú atendiste a Juanita, siempre todo bien, todas tienen buenas historias, quiero que me atiendas tú, no quiero parto natural, pero quiero que me hagas apego, que me informes”. De hecho, yo creo que el 50% que llega quiere parto natural, el otro 50% de la población quiere que las atienda con respeto, que les informe, que no saque al marido para examinarlas, que les haga cariño. (M.E7)

¡Lo que las mujeres quieren es que les hagan cariño! Si nos preguntamos qué es lo que las mujeres buscan en la atención, qué es lo que consideran una atención de calidad, encontramos que uno de los temas transversales que recorre los testimonios de las mujeres es el de respeto en la

¹⁷⁶ Valor que equivale casi al sueldo mínimo en Chile en 2020.

atención: “Independiente de que sea clínica u hospital público, es imprescindible para las nuevas generaciones hacer valer el respeto” (8671); “[Personal de salud que] tenga inteligencia emocional, empatía, respeto” (8529); “[Deseo] que los nacimientos de nuestros hijos se den de la manera que los soñamos en un ambiente de amor, seguridad y respeto” (8203); “Lo más importante, que el equipo completo esté alineado con los deseos de los papás, que muestren respeto por el proceso y que aseguren una atmósfera de tranquilidad e intimidad durante todo el trabajo de parto y postparto” (7676); “Todas las mamas merecemos respeto y trato digno en tan maravillosa situación” (7262). Paz lo expresa como sigue:

[Cada mujer] debe ser atendida con cariño y comprensión [...], ⁱⁱⁱpara nosotras son experiencias únicas, irrepetibles, muy emocionales, en las que sentimos miedo y dolor y nos merecemos todo el respeto y afecto para afrontar ese bello pero fuertísimo momento!!! (Paz, 3604)

Este cariño, comprensión, respeto, trato digno es, como hemos visto, lo que más enfatizan los lineamientos actuales de atención del parto (MINSAL, 2008; ChCC, 2018; OMS, 2018). Entonces, y tras esta entrada en la que discutí la información disponible sobre preferencias por vías de parto, paso a describir las formas en que las mujeres acceden a la atención.

III.3.2. Salud pública

Por salud pública vamos a considerar a quienes se atienden en Fonasa A (que no pueden acceder a bono PAD Parto), y quienes se atienden en Fonasa B, C y D que no pagan/acceden a dicho bono, es decir, a todas aquellas mujeres que utilizan la Modalidad de Atención Institucional o MAI.

III.3.2.1. “A la suerte de la olla”

En un intento de categorizar las decisiones que toman las mujeres con respecto a la institución y/o equipo de atención de salud, se pueden identificar dos grandes grupos: por una parte, aquellas que se atienden en la opción que por defecto les entrega el sistema, y por otra, aquellas que buscan trayectorias diferentes a las que el sistema les ofrece.

En Fonasa, en el primer grupo estarían quienes se atienden en los centros de atención primaria y hospitales que les corresponden por comuna/dirección de residencia, sin alterar las condiciones de acceso que el sistema les entrega. En este grupo aparece con frecuencia la idea de que la calidad de la atención depende de la “suerte” que tengan: “Creo que tuve suerte, a varias mamás las trataron horrible, con miedo tuvieron a sus hijos” (480); “Teniendo que esperar la suerte de ser atendida por personas pro parto respetado, es decir, a la suerte de la olla” (686); “Tuve la suerte de tener en general una buena experiencia, pero creo que tenemos mucho por

avanzar para que el parto sea un proceso más humano” (869). Como vemos, estos testimonios expresan que la suerte es la que define si les tocan o no profesionales de atención de enfoque respetado, dejando poco espacio a lo que la mujer pueda hacer para incidir en el tipo de atención que recibe. Incluso suponiendo que cierto tipo de “personalidad y seguridad” de la mujer pudiera tener efecto en una mejor atención, no todas se sienten capaces de expresar sus sentires, como expresa Karina:

Tuve una buena experiencia que ahora mirando con distancia no sé si hubiera sido tan buena de haber surgido alguna dificultad. Tuve la suerte de que todo se diera bien, pero me miro y creo que no hubiera tenido la personalidad y la seguridad para haber detenido una situación de injusticia hacia mi o mi guagua. (Karina, 40)

A diferencia de Karina, Silvana sí tuvo una actitud “defensiva e hiperalerta” para evitar malos tratos, lo cual considera que incidió en su experiencia. No obstante lo anterior, de todos modos alude a la “suerte” de haber sido atendida por profesionales más “humanos” que otros que observó durante su estadía hospitalaria:

En general la atención fue positiva, pero gracias a que estaba informada y con una actitud defensiva e hiperalerta, estuve continuamente exigiendo mis derechos. Pude ver que la normalidad era ignorar completamente los deseos de la madre, por ejemplo, frente al uso de oxitocina, la anestesia, el acompañamiento, etc. Nadie le preguntaba a una nada. Me sentí como una mujer pobre y desprotegida. Además, tuve suerte, ya que el turno de equipo médico que estaba antes era mucho más agresivo y poco humano. (Silvana, 5197)

En este grupo también están las mujeres de Fonasa (tramos B, C y D) que no pudieron optar al bono PAD, aunque lo desearan y pudieran costearlo, por no cumplir con los requisitos de salud para dicha atención:

Desgraciadamente no tuve buena suerte con la atención en el hospital [nombre del hospital], la atención no es buena con los pacientes, no es un agradable ambiente que una espera, iba a tener a mi 3 hijo y la verdad que siempre tuve miedo de caer a ese hospital, pero como mi embarazo era complicado ya que estuve muchas veces hospitalizada por diabetes de gestación, no pude comprar el bono para una mejor atención. (Liz, 4444)

Liz no accedió al bono PAD por su condición de salud, y se atendió por tanto en el hospital que le correspondía. En su caso, no tuvo “buena suerte con la atención” y vivió los malos tratos que hubiera deseado haber evitado mediante el uso del bono. Polette había tenido un hijo anterior en el sistema privado, pero para su segundo parto no pudo costearlo, atendiéndose en el sector público. A pesar de que tenía “la suerte de que la mamá de una amiga trabajaba de jefa de matrona en el hospital y ella me cuidaría”, dicha matrona no se encontraba en el hospital cuando

ingresó y pasó un largo rato observando y viviendo malos tratos y sin ser atendida en la sección de parto, donde estaba “sola, sin vigilancia y sin compañía”. Relata que:

Después de un rato largo llegó la mamá de mi amiga y retó a todas las practicantes, que por qué yo estaba en trabajo de parto si mi dilatación era 10 [...]. En ese momento ella se hizo cargo de nosotros y todo estuvo bien. Otra mamá pedía a gritos anestesia y tuvo su bebé antes que yo, decían que el único anestesista estaba en pabellón y no podía venir, al rato apareció, me puso anestesia y se fue, a nadie más le alivió su dolor, tengo la impresión que solo llegó por que la mamá de mi amiga lo llamó para mí... Tuve mucha suerte porque no fui tratada como las demás, pero sentí tanta pena, rabia impotencia y muchas cosas más por esas otras mamás. (Polette, 5652)

En el caso de Polette, la “mucho suerte” fue dada por conocer a una matrona, que además por ser la jefa pudo garantizarle una atención que las otras mujeres no recibieron.

III.3.2.2. En otra comuna¹⁷⁷ y/o a última hora

En el segundo grupo estarían quienes buscan formas de conseguir una atención de mejor calidad y que les garantice en mayor medida la posibilidad de una buena experiencia de parto dentro del sistema público de atención. Como expuse en el apartado anterior, hay maternidades conocidas por tener a nivel institucional un enfoque más alineado con las recomendaciones ministeriales y parto personalizado que otras, y dentro de cada institución hay también turnos y/o profesionales de salud que adhieren más o menos con dicho enfoque.

Buscando una atención de calidad, hay quienes se inscriben en comunas distintas a las de su residencia para poder acceder a la atención del parto en hospitales que consideran entregan una mejor atención, utilizando la dirección de algún familiar o persona conocida que viva en la comuna donde quieren ser atendidas. En casos en que no cuenten con personas cercanas que les permitan utilizar su dirección, se puede intentar llegar directamente en trabajo de parto a la maternidad deseada –a pesar de estar inscritas en otra comuna y hospital-, a intentar ser atendidas. Ahora bien, en un hospital distinto a aquel donde estén inscritas, no hay garantía de que les vayan a permitir quedarse a menos que estén en trabajo de parto muy avanzado. Reproduzco a continuación fragmentos de un intercambio que se dio en un grupo abierto de Facebook en torno a temas vinculados a la maternidad durante 2018. María comentó que quería atender su parto en un hospital que no le correspondía por residencia, pero que sin embargo no

¹⁷⁷ Sólo aplica para quienes pueden desplazarse a otras comunas, usualmente mujeres que viven en grandes zonas urbanas que cuentan con diversas maternidades públicas. En muchas regiones y localidades del país no hay más opción que una maternidad.

contaba con amistades ni familiares en dicha comuna para poder dar una dirección que le permitiera inscribirse ahí. Preguntó:

Si voy a un hospital que no me corresponde con trabajo de parto, y digo que estaba de visita en casa de un familiar por ejemplo. ¿Tienen el deber de atenderme como a cualquier paciente? He escuchado buenísimas referencias del hospital [nombre del hospital]. Pero por dirección me correspondería ir al [nombre de dos hospitales], ¡pero me dan terror ambos!! (María)

Cuatro mujeres le respondieron que lo hicieron, y si bien pertenecían a otra comuna, acudieron a ese hospital en trabajo de parto o con rotura de membranas para que las atendieran allí:

Yo quise hacer eso también en el hospital [nombre del hospital] y no me dejaron, me hicieron monitoreo y un par de exámenes y me confirmaron que estaba en trabajo de parto (tenía 3 de dilatación) pero me derivaron igual al hospital que me correspondía [nombre del hospital] y me explicaron que si yo me hubiese inscrito en algún consultorio de [comuna del hospital deseado] no hubiese tenido problema en atenderme el parto ahí, pero de lo contrario, ellos podían hasta llevarme en ambulancia al hospital que me correspondía. (Fabiola)

En este primer caso, tras llegar a la maternidad donde deseaba ser atendida con 3 centímetros de dilatación, derivaron a Fabiola al que le correspondía por residencia. A Evelyn le sucedió lo mismo, pero en lugar de trasladarse, esperó en el mismo hospital a que el trabajo de parto avanzara, y volvió a ingresar más tarde:

Yo llegue con dos [de dilatación] al [nombre del hospital], me derivaron al que me correspondía. [No se trasladó al otro hospital] Me puse a caminar en los estacionamientos [del hospital en que quería ser atendida], fui al baño, se me cayó el tapón mucoso, me ingresaron a urgencias de nuevo, tenía 4 de dilatación y me dejaron en parto. Yo creo que igual depende del criterio del equipo que este de turno, pero tuve la suerte de que mi hija nació allá. (Evelyn)

Elvira comentó que utilizó una estrategia similar, la de llegar cuando el trabajo de parto estuviera avanzado:

Yo quise tener a mi bebé allí y lo que hice fue aguantar las contracciones en mi casa casi todo el día, cuando ya eran más fuertes me fui al hospital, y esperé en los pasillos hasta que casi no aguantaba el dolor. Para mí NO ERA OPCIÓN que me derivaran, esperé hasta la mayor dilatación posible y entré. Estaba con 7 de dilatación y me dejaron altiro, pedí la sala SAIP [sala de atención integral de parto] y tuve un parto maravillosamente respetado. [...] Mientras haya alguna desocupada [sala SAIP] te la pasan sin problema. (Elvira)

Sandra también quería atenderse en el mismo hospital al que aludían las otras participantes del foro a pesar de no estar inscrita ahí, y que en su caso la ingresaron con rotura de membranas. Para ella, la clave estaría en la disposición del equipo de turno:

Creo honestamente que depende del equipo en turno, yo llegué por rotura de membranas sin contracciones y me dejaron igual. También fui porque quería parir en ese hospital [que no le correspondía por residencia. (Sandra)]

Fabiola, Evelyn, Elvira y Sandra utilizaron la misma estrategia para ser atendidas en el hospital que tiene buenas referencias en cuanto a la calidad de la atención: llegar en trabajo de parto o con rotura de membranas. Sin embargo, la diferencia la marcó el momento del trabajo de parto en que llegaron. A Fabiola y Evelyn, quienes llegaron con poca dilatación, les pidieron que se trasladaran al hospital que les correspondía. La primera lo hizo, y la segunda esperó a que avanzara el trabajo de parto en el estacionamiento del mismo hospital!, con el fin de que no pudieran negarle la atención. A Elvira y Sandra las ingresaron directamente: a la primera en trabajo de parto muy avanzado (llegó cuando “casi no aguantaba el dolor”, pues para ella “NO ERA OPCIÓN” que la derivaran), y la segunda con rotura de membranas y sin haber comenzado contracciones. Si bien para algunas de las participantes en el foro el factor “suerte” es primordial –dependiendo del equipo de turno que las reciba-, posteriores comentarios enfatizaron que si el trabajo de parto está avanzado o hay una urgencia obstétrica, no pueden negarles la atención: “Por lo que sé, si llegas con 5 de dilatación no te pueden negar la atención, incluso no teniendo habitación, tienen que hacerte un lugar igual para parir, me lo dijo mi matrona en una oportunidad”; “Por la ley de urgencias deben atenderte sí o sí, pero [...] deberías tener 4 de dilatación o ruptura de membranas, o como dice el nombre de la ley, algo que sea una urgencia obstétrica”; “Si llegas en trabajo de parto activo (más de 5-6 cm.) o con algún riesgo materno-fetal, te deberían dejar”; “Como dato, si hay rotura de membranas deben dejarte hospitalizada. Yo tuve una rotura alta de membranas y botaba muy poco líquido, pero me hicieron un examen, comprobaron que era líquido amniótico y me dejaron hospitalizada altiro.”

Lo más seguro, concuerdan las participantes del foro, es conseguir la dirección de algún familiar o amigo en la comuna donde quiera ser atendida. Y si tiene la posibilidad económica y cumple los requisitos, también está la opción de pagar el bono PAD Parto y buscar una institución y equipo que le atienda un parto respetado:

[El hospital deseado] no tiene convenio PAD. Yo te recomiendo que te consigas una dirección de la comuna y te inscribas en un consultorio. Eso hice yo, me inscribí en un consultorio de [nombre comuna] en la semana 34. (Laura)

Como comenta Laura, por una parte hay maternidades de buena reputación que no cuentan con la opción de bono PAD (es el caso de la maternidad sobre la que se discutió en el foro del cual extraigo estos intercambios), donde la opción más segura es conseguir una dirección de la

comuna donde se encuentra la institución. Por otra parte, para quienes puedan optar al bono PAD Parto, se abren una serie de opciones en diversas maternidades, como comenta Pamela en el foro:

Si puedes optar a bono PAD y quieres un parto respetado, tranquilo, sin violencia, como tú quieres de verdad tienes más opciones y yo te recomiendo [nombre clínica]. Si te da más seguridad un hospital estando con más de 5 cm de dilatación, no te pueden negar la atención en ningún lado así que así puedes escoger. [...] ¡¡Yo te recomiendo asesorarte bien y elegir el mejor equipo profesional que puedas y que te de confianza!!! (Pamela)

En el foro que revisamos participaron mujeres residentes en la Región Metropolitana, la más poblada del país y con una diversidad de hospitales públicos; sin embargo, en regiones el panorama es diferente y usualmente hay una sola maternidad de referencia. También se da el caso de que mujeres que pueden trasladarse y conseguir una dirección de alguna persona conocida, se trasladan distancias más largas para inscribirse en un hospital de buenas referencias. Por ejemplo, encontramos referencias en la Región de la Araucanía, donde la maternidad de un hospital de mediana complejidad de una localidad pequeña tiene mejores referencias entre las usuarias que la maternidad de alta complejidad de la ciudad capital de la región. Ambas localidades se distancian en 80 kilómetros, tramo que algunas parejas están dispuestas a recorrer para atender su parto. Amalia y su pareja tuvieron una primera mala experiencia de parto en el hospital regional que les correspondía, por lo cual para el segundo parto decidieron trasladarse a la otra maternidad:

Nos preguntábamos de todo lo humanizado y especial que imaginábamos el nacimiento de mi hijo, ¿cuál sería el lugar adecuado? Cosa que acá no existía, la realidad más cercana era el hospital de [nombre]. (Amalia, 350).

Julia y su pareja también decidieron trasladarse a la otra localidad e inscribirse en otra comuna con el fin de poder acceder a un parto humanista:

Ojalá las políticas públicas avancen a los partos humanizados como el que tuve en [nombre hospital] ya que para poder acceder a él tuve que asumir el riesgo de viajar de [nombre ciudades] con contracciones, lo cual fue la mejor decisión que pude haber tomado, no obstante los riesgos, porque se sabe las prácticas del hospital de [ciudad] en torno al parto, en donde lo tratan como enfermedad y la episiotomía y aceleración del parto son de rutina. (Julia, 7679)

Las mujeres, como vemos, despliegan diversas estrategias para desafiar al sistema y atenderse en los lugares que consideran les brindará una mejor atención, como inscribirse con una dirección falsa, trasladarse largas distancias, o llegar a la maternidad en un trabajo de parto muy avanzado. Así también lo confirma el estudio de Nairbis Sibirian sobre experiencias de atención

prenatal en el sistema público de salud de Chile. La autora describe casos de mujeres que cambian intencionalmente sus trayectorias de atención médica durante la gestación ante la inconformidad con la atención recibida, planteando que “cada vez es más frecuente la emergencia de saberes prácticos que cuestionan, profanan, negocian o acuerdan modos de gestionar el nacimiento hacia formas más colectivas y cuidadosas” (2020, p. 164).

III.3.2.3. Buscando a la matrona respetuosa

Si bien hay algunas maternidades públicas conocidas por entregar una atención de calidad, son muy pocas, y lo más habitual es que dentro de cada maternidad, ciertos turnos de atención y profesionales adhieren más o menos a las normativas de atención personalizada. Esta información también es compartida por las mujeres a través de sus redes e informada por los mismos equipos de salud, sin embargo resulta difícil programar la atención con un turno determinado, debido principalmente a que el inicio del trabajo de parto no se puede prever.¹⁷⁸ No obstante lo anterior, encontramos algunos testimonios en que las mujeres en trabajo de parto buscan el horario para ingresar a la maternidad en que estará el “buen turno” o una(un) “buena” profesional, a veces incluso en trabajo de parto muy avanzado, al igual que lo veíamos cuando quieren atenderse en una maternidad específica. Este es el caso de Eva, quien averiguó que el hospital que le correspondía tenía una tasa muy alta de cesáreas. Preguntando en el consultorio:

Una matrona me dio el contacto de otra matrona, que es respetuosa y trabaja en otro hospital. Contacté a esta matrona y me contó que ahí había menos cesáreas y que si yo paría ahí en algún turno que ella estuviera, me ayudaría a que fuese lo más respetado posible. (Eva, 4621)

Por ello decidió llegar a atenderse al segundo hospital a pesar de no estar inscrita en la comuna correspondiente. Para que la ingresaran y calculando a qué hora estaría la matrona recomendada, llegó en trabajo de parto avanzado:

Toda la noche en trabajo de parto, a eso de las 7 de la mañana ya no había descanso entre una y otra contracción. A las 10 de la mañana partimos al hospital. La llegada fue horrible, pasar de estar en mi casa con mi pareja y la doula, a someter mi proceso a una institución fría y deshumanizada. Me preguntaban cosas que yo ya no sabía responder a esas alturas, no respetaron mis métodos de manejo del dolor, me discriminaron por no ser de ahí [por corresponderle otro hospital], se reían de mis gritos, me rasuraron, etc. Ahí supe que tenía entre 5 y 6 de dilatación. Por suerte ahí apareció la matrona

¹⁷⁸ Además, el trabajo de parto puede durar muchas horas y pasar por varios turnos; los turnos pueden cambiar de profesionales según diversas contingencias, entre otros factores.

respetuosa y logró que me permitieran hacer el pre parto alejada de las otras mujeres, que no me acostaran, que me bajaran la luz, que me ofrecieran balón y dejaran que la doula y mi compañero se turnaran para estar conmigo. (Eva, 4621)

Nuevamente aparece en este testimonio el concepto de “suerte”; a pesar de haber buscado ingresar a la maternidad cuando estuviera la profesional recomendada, era cosa de fortuna si podría atenderse con ella o no. Durante el resto del relato vemos un conflicto continuo entre lo que dicha matrona y las otras intentaban hacer:

Gracias a la matrona respetuosa, me pusieron una dosis pequeña [de epidural] y pude descansar una hora y media, lo que mi cuerpo agradeció, pero perdí el control de mi parto. Me amarraron con un monitor de latidos, me pusieron vía intravenosa, no pude moverme más. A la hora y media volví a sentir, entre medio me habían hecho tacto y puesto oxitocina por protocolo, se había roto mi membrana, pero no sé bien cómo sucedieron todas esas cosas. (Eva, 4621)

En el caso de Eva, a pesar de haber hecho lo posible por lograr la atención respetuosa que deseaba -llegando en trabajo de parto avanzado a un hospital que no le correspondía y al turno donde atendía la matrona que le recomendaron-, vivió tratos e intervenciones que deseaba evitar, mediados por intentos de aquella matrona de brindarle una atención personalizada. En este caso, aquella profesional no fue suficiente para brindarle a Eva la atención que buscaba, pues se trataba de solo una profesional adhiriendo al enfoque personalizado en el contexto de un turno que no lo hacía.

La estrategia de llegar en trabajo de parto avanzado a la maternidad no es solo utilizada cuando se busca ser atendida en una maternidad específica o por profesionales o turnos específicos; es también una estrategia en sí misma, utilizada para pasar el menor tiempo posible en la atención de parto hospitalaria, cualquiera sea el hospital. Varias mujeres reportaron haberlo hecho en los años recientes. Presento primero el testimonio de Lucía, cuyo parto ocurrió hace 14 años, y quien considera que lo que le ocurrió a ella ya no sucede:

Mi experiencia fue hace 14 años, cuando no había acceso a analgesia, técnicas alternativas para manejar el dolor, acompañamiento, ni menos apego. Por lo que en esos momentos era mejor avanzar en el trabajo de parto lo más que se pudiera en la casa, con la contención familiar. (Lucía, 8316)

La experiencia de Lucía es descrita como terrible, de hecho, la marcó de tal forma que no quiso tener más hijas(os): “Para mí fue una experiencia tan desagradable, siendo que debía ser la más linda de mi vida, que me marcó irremediabilmente y ya nunca quise volver a pasar por eso”. Considera que “claramente muchas de estas cosas no pasan hoy en día gracias a la incorporación del programa Chile Crece Contigo”. Pero, si bien ha habido mejoras y se cuenta con programas

de parto personalizado, no hay garantía en salud pública de que la atención adhiere a las normativas.¹⁷⁹ Lamentablemente muchas mujeres siguen viviendo experiencias “terribles” como las que describe Lucía de hace 14 años. Es por ello mismo que la estrategia de llegar en trabajo de parto avanzado sigue siendo utilizada, como describe Micaela:

Llegar a última hora, eso me decía mi mamá y mis primas. Así hay menos opciones de que una lo pase mal. [¿Pase mal en qué sentido?] De que la dejen sola, que no le hagan caso, que la traten de exagerada. (Micaela, U.E4)

III.3.2.3. Portarse “bien” y otras opciones

En salud pública aparece el “portarse bien” en numerosos testimonios, en el sentido de acatar las normas e instrucciones del personal de salud, y de intentar no quejarse ni gritar. Con el fin de recibir una “buena” atención, Carla comenta que, durante el trabajo de parto, tras ver cómo “eran tratadas otras chicas que estaban en proceso conmigo y se quejaban, con comentarios como burlescos” decidió aguantar “el dolor callada para no recibir el mismo trato (Carla, 2586). Similar fue la experiencia de Nanette, quien cuenta que “la enfermera que acompañaba en preparto era muy mala, trataba a todas las niñas mal. Yo me ‘salvé’ de groserías por quedarme muy en paz, en silencio” (Nanette, 409). Polette relata que “escuchaba cómo les gritaban a otras mamás que se quejaban de dolor cosas terribles como ‘aprenda para que no tenga más hijos’, y yo aguanté lo más callada que pude mi dolor, no quería que me trataran así” (Polette, 5652). Olaya expresa que “no reclamé nada porque siempre me dijeron que no reclamara, porque o si no, me iban a tratar pésimo o podría haber represalias” (Olaya, 142). Sol estuvo 12 horas en trabajo de parto sin que permitieran entrar a su pareja, acostada en la camilla sin posibilidad de deambular, comer ni beber, en las que:

Yo me quedé calladita y tranquilita porque sabía que si vas a parir al [nombre del hospital] y eres “alharaca o gritona”, te tratan pésimo las matronas y enfermeras, así es que ahí estuve mirando por 12 horas sin moverme una mediana araña que fue mi única compañía, mientras oía a las enfermeras o matronas retar y gritar a las otras “mamitas” que se quejaban. (Sol, 900)

Cristina, Fanny y Roberta fueron advertidas por otras mujeres, antes o durante la atención, de que no se quejaran para evitar malos tratos:

¹⁷⁹ En los capítulos que siguen profundizaré en numerosos ejemplos de mujeres que habían sido informadas de las alternativas y de sus derechos para una atención del parto personalizado en los talleres del Chile Crece Contigo (por ejemplo de la importancia de la movilidad durante el trabajo de parto, acceso a medidas no farmacológicas de alivio del dolor, acompañamiento continuo de una persona de su elección, posición libre en el periodo expulsivo del parto, entre otras), las cuales no fueron posibles durante la atención del parto.

Llegué a parir con 5 de dilatación y un dolor que me atravesaba el cuerpo, tenía miedo, porque me habían advertido que no podía quejarme y gritar, pero el dolor era tan grande que no podía aguantarme. (Cristina, 583)

Me trataron relativamente bien porque ya venía advertida por mi madre de que debía aguantarme al máximo el dolor y por nada del mundo alegar o quejarme y que a esas mujeres no las pescan, y fui testigo de eso. (Fanny, 1305)

Pasé toda esa noche retorciéndome de dolor. No gritaba, sólo me quejaba de vez en cuando porque una compañera de cama en parto me advirtió que a las que gritan, no las “pescan”. (Roberta, 7048)

Si bien este “buen comportamiento” podrían ser leído como una forma de sumisión al sistema, me parece más adecuado analizarlo como una forma activa a través de la cual las mujeres buscan ser bien tratadas. Se puede analizar como una forma de “supresión testimonial” (*testimonial smothering*), que ocurre cuando las personas censuran y acallan sus propias voces al considerar que el contenido de sus expresiones los pone en situaciones inseguras, peligrosas y de riesgo (Dotson, 2011; en Chadwick, 2020). En efecto, y como veremos a lo largo de los capítulos que siguen, las expresiones de las mujeres en diferentes formas –hacer preguntas, cuestionar procedimientos, mostrar inconformidad, dolor o una amplia gama de emociones- puede tener como respuesta el que no sean tomadas en cuenta, que sean acalladas, o hasta castigadas.

Por último, integro una estrategia que solo he escuchado una vez, y que requeriría de mayor exploración. Hace unos meses fui a dar una entrevista sobre estos temas a una radio. De la radio enviaron a uno de sus taxistas, Pedro, quien me esperó en su auto durante la entrevista para llevarme nuevamente a mi destino. Al volver al auto, me comentó que había escuchado el programa completo, y me contó su propia experiencia de atención en Fonasa. Me comentó que junto a su pareja les hubiera gustado pagar el bono PAD Parto pues cumplían con los requisitos, pero que decidieron no hacerlo pues estaban ahorrando para el pago inicial de una vivienda. En su caso, tras el parto de su hijo (de pocos meses de edad al momento en que esto ocurría) y preocupado por el trato que pudiera recibir su pareja en la maternidad durante su estancia en el hospital, pidió a una enfermera que por favor la cuidara. La enfermera le explicó que no se podía dar trato preferencial a nadie, pero dejó abierta la posibilidad de que con algunas excepciones podría suceder. La interacción concluyó en que Pedro le dio \$30.000 pesos chilenos (equivalente a alrededor de US \$40 en octubre de 2020) para que “cuidaran” a su pareja, lo cual efectivamente sucedió; ella luego le comentó que la trataron y atendieron mejor que a las otras mujeres en puerperio. Yo le comenté extrañada que no había escuchado casos similares, y su respuesta fue que ofreció el dinero por recomendación de un amigo, y que varios conocidos lo habían hecho. No me atrevería a señalar que se trata de una práctica extendida, pero sería interesante indagar en este tipo de pagos. En este caso, el pago “bajo la mesa” equivale a un

noveno del valor del PAD Parto, por lo cual consiste en una posibilidad más accesible, sin embargo, esto sucedió para el cuidado durante el puerperio y no tengo antecedentes de que ocurra en caso del trabajo de parto y parto.

Para finalizar el análisis sobre las trayectorias de atención en salud pública, me detendré brevemente en analizar qué sucede con la cesárea en el subsistema público de salud.

III.3.2.4. La cesárea

Presenté anteriormente una discusión sobre la preferencia por la vía de parto en el país, concluyendo que la gran mayoría de las mujeres prefiere el parto vaginal (en ausencia de complicaciones médicas que requieran una cesárea). De quienes prefieren la cesárea, el sistema de salud presenta opciones para que las mujeres la soliciten en ausencia de motivos médicos que las justifiquen, lo que se conoce como cesárea por requerimiento materno.

Una vía es a través del bono PAD Parto, por el cual se puede escoger entre instituciones y equipos médicos que estarían dispuestos a practicar una cesárea sin motivos médicos. Pero ya he mostrado que no es asequible para todas las mujeres: las más vulnerables en la escala social – Fonasa A, que son beneficiarias carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes)- son las únicas que no pueden acceder a dicho bono, es decir, no pueden atenderse bajo las dinámicas de salud privada. Las usuarias Fonasa B, C y D pueden acceder al bono pero para ello deben poder costearlo y además cumplir los requisitos de salud que se solicitan.

Por ello, gran parte de las mujeres que se atienden en salud pública suponen que no pueden acceder a una cesárea por su requerimiento. Por ejemplo, Gracia deseaba una cesárea: “Yo siempre respeto la decisión de cada persona. En mi caso yo prefería tener a mi hijo por cesárea, ya que por un tema personal no estaba dispuesta a pasar por dolor de parto. Siempre lo quise así” (Gracia, 2887). A pesar de querer una cesárea, sus razones no justificaban que se programara la intervención y se le explicó que solo se realizaría por motivos médicos que pusieran en riesgo a su hijo, lo cual efectivamente sucedió por estar en posición podálica:

Pero fue una angustia tremenda que esperaran hasta última instancia para ver si mi hijo había girado porque me iban a inducir de igual forma el parto, sabiendo que no quería parto normal. Mi hijo nació podálico, por tanto eso ayudó a que me hicieran la cesárea. Pero la angustia y miedo fue terrible. (Gracia, 2887)

En salud pública hay también casos excepcionales en que la petición de cesárea es aceptada.¹⁸⁰ Los jefes de servicio entrevistados concuerdan en que ocurre en muy pocos casos, que se justifican cuando la mujer ha vivido abusos sexuales/violaciones, presenta tocofobia (temor extremo al parto), tiene un historial de trastornos psiquiátricos u otras condiciones que lo ameriten. Uno de ellos lo explica:

Bueno nosotros no hemos tenido aquí que enfrentarnos a las cesáreas de requerimiento, no ha sido casi un tema. En caso de haber sucedido, se han entrevistado conmigo las personas y si han insistido les hemos hecho cesárea. No hemos tenido una postura contraria ni decirle váyase a otro hospital, pero hemos escuchado sus razones. [¿Cuáles son?] Temor, temor fundamentalmente. Mujeres que han vivido abusos por ejemplo, pero es muy excepcional. [...] Es súper excepcional. (O.E9)

Por ser muy excepcionales los casos en que se permite programar una cesárea por requerimiento materno en salud pública, se genera una mayor presión que en el sector privado de parte de las mujeres y/o sus familiares por realizarlas durante el trabajo de parto mismo. Si bien esto se da en una amplia variedad de situaciones, el deseo de tener una cesárea puede estar presente en la mujer desde su temprano ingreso a la maternidad y por lo cual la solicita a pesar de lo que vaya sucediendo durante el trabajo de parto. También puede ocurrir que dicho requerimiento emerja como resultado del trabajo de parto (muy largo, extenuante, con malos tratos y/o muchas intervenciones obstétricas y/o poca contención emocional).

A continuación expongo los testimonios de dos obstetras sobre las usuarias que desean cesárea desde su ingreso:

Hay líneas de mujeres que te llegan pidiendo cesárea desde el ingreso: “yo no quiero tener ni una sola contracción”. [...] Hay una cuestión cultural que está de base, que tiene que ver con elemento de consumo, con el “yo tengo derecho a exigir porque yo doy tributo al Estado”. (O.E10)

[Algunas] quieren que les saquemos la guagua y por la vía más expedita [cesárea], y esto de convencer a una gestante que está sin patología que el trabajo de parto puede demorar, es uno de los motivos de presión y nos genera líos de convivencia con la familia de la usuaria, hasta golpes ha habido en el policlínico de urgencias de por qué no le sacan la guagua y amenazas de que, si algo le pasa, llaman a la prensa o la televisión. (O.E1)

La pregunta de fondo es por qué llegan esas usuarias con la idea de una cesárea. ¿Se trata simplemente de un “elemento de consumo”? Como planteé al referirme a la preferencia por la cesárea, el deseo de no vivir un parto vaginal se relaciona con diversos factores, y entre ellos

¹⁸⁰ Lo cual varía mucho entre distintos hospitales.

principalmente con el temor al parto vaginal: temor a que sea riesgoso para la mujer y bebé, temor al dolor, temor a vivir una mala experiencia. La cesárea evitaría estos aparentes riesgos físicos y minimizaría la exposición a la “suerte de la olla” con respecto a la calidad de la atención. La petición de las mujeres de que “les saquen la guagua” apela también a una diferencia que es percibida como injusta entre quienes pueden acceder fácilmente a una cesárea y a un trato de mayor calidad en el sector privado y quienes no tienen esa posibilidad en el público. Como ejemplo, expongo la opinión de Consuelo, que tuvo primero una cesárea programada en salud privada y luego una en el sector público, por no poder seguir costeando el sistema privado: “La diferencia en la atención fue abismante; el haber vivido los dos extremos en menos de dos años de diferencia, me quedó claro que la pobre gente de Fonasa es muy discriminada” (Consuelo, 933).

Como decía, la solicitud de cesárea puede realizarse desde el ingreso a la maternidad, o generarse durante el trabajo de parto, como consecuencia de la incertidumbre y angustia producida durante el trabajo de parto y/o por las mismas intervenciones y atención recibida. En el caso de Ada, ocurre tras un trabajo de parto de 16 horas:

Estuve 16 horas soportando tactos y maniobras de las matronas con el fin de colocar al niño en posición para el parto. Solicité, rogué, que me hicieran una cesárea, pero el médico dijo que mi juventud me permitía soportar y tener un parto vaginal. (Ada, 5726)

Jocelyn ingresó al hospital a las 7 de la mañana con 8 cm. de dilatación; se negó a la epidural y al RAM, pero le aplicaron la primera (diciéndole si la quería más tarde no iba a ser posible) y le realizaron la segunda en contra de su voluntad. Empezó con sensación de pujo a las 12 de la mañana, y pidió ponerse en cuclillas pero no la dejaron. Luego:

A las 15:00 horas pedí cesárea porque ya estaba agotada, pero me lo negaron. A las 17:30 entré a sala de parto y estuve hasta las 18:15 pujando y no lograba salir mi bebé, a pesar de que me hicieron dos cortes en la vagina para extender el canal vaginal. (Jocelyn, 746)

Este último parto sucedió con fórceps. En ambos testimonios hay alusión a prácticas que las incomodaron o vulneraron; Ada estuvo “soportando” tactos, a Jocelyn le realizaron intervenciones en contra de su voluntad y no le permitieron tomar posiciones que le acomodaran para pujar. Podría incluir muchos otros testimonios similares, en donde la solicitud de cesárea surge en un contexto poco contenedor y de agotamiento por parte de las mujeres. Atendamos también al testimonio de una matrona, que explica esta solicitud de cesárea como consecuencia de la cascada de intervenciones a la que son sometidas las mujeres:

Vamos haciendo inducciones, les administran misotrol, que es una pastillita asesina, o si no oxitocina artificial, y empiezan las contracciones y se vuelven locas. Produce muchas contracciones y muy dolorosas y se vuelven locas. Entonces, esas señoras que se vuelven

locas se desesperan y a veces están con un trabajo de parto muy inicial, y mucho dolor, y poco acceso a epidural, que si le ponen es cuando está más avanzada, y entonces se produce un círculo vicioso, porque cómo contener a las señoras, es como generar que vayan a gritar a parto [se refiere a sección de partos]. (M.E1)

Esta matrona es crítica de la indicación de la mayoría de los obstetras en su maternidad de inducir o acelerar los trabajos de parto artificialmente, lo que genera que las usuarias “se vuelvan locas” y desesperen de dolor, tras lo cual solicitan cesáreas. Si nos ponemos en el contexto de que la mayoría de las mujeres que se atienden en salud pública han heredado varias generaciones de relatos de partos traumáticos en hospitales, hace sentido que ya no quieran pasar por eso. Y la cesárea es una forma de no sentir-sufrir. Esa “desesperación” puede ser evitada en caso de acceder al bono PAD o ser atendida en salud privada.

III.3.3. Salud privada

Me he referido hasta ahora a mujeres afiliadas a Fonasa que no acceden al bono PAD Parto. Ahora me enfocaré en las mujeres que acceden a atención privada: a través del bono PAD Parto, que les da la opción a algunas mujeres afiliadas a Fonasa de elegir entre una serie de alternativas de atención con dinámicas de salud privada, tanto pensionados dentro de hospitales públicos como maternidades de clínicas privadas; o estando afiliadas a alguna de las Isapres disponibles en el mercado.

Se tiende a asumir que acceder a salud privada implica por defecto una atención respetuosa, sin embargo habría que complejizar dicha afirmación, como ya adelanté al presentar el diagnóstico “grueso” de la atención en el país. En términos generales se trata de un sistema de salud que cuenta con mayores recursos y en el cual las usuarias tienen atención 1:1, y en el cual se generan menos abusos verbales y de trato que en el sistema público, como mostró la encuesta OVO Chile (2018), resultados que profundizaré en los capítulos que siguen. Sin embargo también se dan malos tratos, así como muchas intervenciones obstétricas sin justificación médica. Y, además, se trata de un sector de atención en el que se generan muchas falsas promesas. Al igual que lo que ocurre en salud pública, en salud privada cada maternidad puede presentar un enfoque más o menos alineado con las recomendaciones ministeriales y parto personalizado, y más importante aún, contar con profesionales de salud que adhieren más o menos con estos principios.

III.3.3.1. Elegir entre alternativas disponibles

A diferencia de lo que ocurre en salud pública, en salud privada se dispone de opciones para la atención, y se escogerá entre las alternativas disponibles por una diversidad de factores.¹⁸¹ Por una parte, los planes de Isapre generalmente tienen cobertura preferencial con alguna(s) clínica(s), a la vez que también se puede desembolsar un mayor copago en otras instituciones. En algunos casos, además del plan de Isapre, las familias cuentan con seguros de salud en clínicas específicas, por lo cual se atenderán en dichas instituciones (donde obtendrán una mejor cobertura). Con el bono PAD Parto ocurre algo similar, pues si bien las condiciones de atención y coberturas mínimas son transversales y están garantizadas, hay variaciones entre las instituciones adscritas al PAD que llevarán a que se escojan unas por sobre otras (como por ejemplo la disponibilidad de habitaciones individuales o compartidas, o las condiciones de pago para eventuales atenciones no cubiertas por el PAD).

Además del factor económico, el modelo de atención que se privilegie en cada institución y equipo de atención puede constituirse también en un factor importante a considerar. Digo puede, pues no ocurre en todos los casos y hay quienes eligen equipos médicos dentro de ciertas instituciones sin considerar si adscriben o no a cierto “enfoque” de parto.

En el caso de buscarse una atención humanista, respetuosa y poco intervencionista, hay una cada vez mayor oferta de programas. Como ejemplo, una clínica privada de la ciudad de Santiago ofrece el “Programa mi Parto Natural”, diferenciándolo del “parto en ambiente tradicional”. En este nuevo programa “las madres tienen la posibilidad de ser verdaderas protagonistas del momento del nacimiento [...] sin descuidar su seguridad ni la de su hijo”. Se describe el parto como uno en el que:

[L]a pareja participa del proceso y expresa sus necesidades y preferencias con anterioridad, con el objetivo de que el nacimiento sea tan fisiológico como sea posible, evitar las intervenciones que son prescindibles y resguardar la seguridad tanto de la mamá como del bebé.¹⁸²

En el caso de buscarse una atención personalizada que limite las intervenciones obstétricas y privilegie el parto vaginal, las mujeres coinciden en que se requiere contar con la información que permita distinguir entre equipos que verdaderamente entregan dicho cuidado de aquellos que solo lo prometen, pero no lo entregan. Carlota relata que tuvo un parto maravilloso, y lo vincula con haber estado “empoderada” y haber buscado el equipo médico apropiado:

¹⁸¹ Las opciones disponibles son muy variadas entre regiones y localidades del país; en las regiones más densamente pobladas y ciudades grandes hay diversas alternativas, lo cual no ocurre en otras regiones, sobre todo en las más extremas del norte y sur. Por ejemplo, hasta fines de 2019 en la región de Arica y Parinacota había una maternidad pública y una privada.

¹⁸² Recuperado de <https://www.clinicaauandes.cl/centros-y-programas/programas-medicos/mi-parto-natural>

Apenas supe que estaba embarazada busqué un ginecólogo que apoyara mi idea de “parto natural” sin anestesia y en posición vertical, por lo que él y su equipo médico apoyaron siempre mi plan de parto y mi idea de llevarme mi placenta. [...] Fue un parto maravilloso, pero ayudó mucho el hecho de yo estar muy empoderada en el tema y buscar un ginecólogo apropiado a mis requerimientos. (Carlota, 6875)

Son numerosos los relatos en los cuales las mujeres-parejas transitan entre instituciones y obstetras hasta sentirse en confianza de que serán respetadas(os). Una encuesta realizada en 2014 a 198 parejas que habían participado en los últimos años en un taller prenatal privado en la ciudad de Santiago, con enfoque de parto humanista, mostró que un 20% de las parejas se cambiaron de equipo médico durante la gestación hasta encontrar a un equipo alineado con su enfoque. Al preguntar por las razones de este cambio, la mayoría respondió que fue porque no podían responder adecuadamente a su plan de parto (Pagola Davis y Sadler, 2014).

Rita expresa que escogió un “centro para tener un parto más humanizado” que su experiencia de parto anterior, consiguiendo una atención que transcurrió “en todo momento con mucho respeto y empatía por el proceso que estaba viviendo” (Rita, 7110). Teresa buscó un “ginecólogo que fuera pro partos respetados y lo mismo con la matrona. Velaron por nosotros, que se respetara todo que fuera la mejor experiencia y así fue” (Teresa, 7527). Nieves cuenta que: “Mi pareja y yo nos informamos mucho durante la gestación, fuimos a 4 médicos antes de quedarnos con nuestro doctor” (Nieves, 96). De modo similar, Katia, Francisca, Daniela y Margarita visitaron a varios obstetras antes de sentirse tranquilas con la elección:

Si bien tuve una buena experiencia de parto, esto fue posible a qué yo me informé y me empoderé, luego elegí un médico respetuoso y que respetará mis decisiones (visité a 3 y elegí el que me dio la tranquilidad de que el parto sería mío). (Katia, 569)

Mi parto fue excelente pero porque me di el trabajo (arduo) de buscar un equipo y una institución que me permitiera tener el parto que yo quería. Me costó porque pasé por muchos ginecobstetras que se burlaron de mí cuando les decía que quería tener un parto natural sin anestesia. Posterior a eso tuve que buscar una clínica que me permitiera el mismo cometido pues la clínica en que yo tenía planeado preferente no me permitía parir como yo quería. (Francisca, 567)

Siendo que trabajamos por un parto natural y respetado, la culminación de este en cesárea fue muy gentil dentro de todo. Me preocupé de buscar una excelente doula y matrona, y de cambiar de obstetra apenas noté que el profesional no me escuchaba realmente, al inicio de mi embarazo, para terminar en manos de un excelente doctor, cálido, humano y receptivo. Solo puedo añadir que la cesárea puede ser respetada, en intimidad y contención. (Daniela, 5790)

El parto no fue tan traumático porque busque todo el embarazo un equipo médico que mayormente respetó mi plan de parto. No obstante, llegar a estos profesionales fue traumático, visité al menos 10 obstetras que descarté por imponer: anestesia, practicantes durante los controles, comentarios sexuales, desinformación y estadísticas de episiotomía de la institución o postura abierta en favor de la episiotomía (por parte del obstetra). (Margarita, 7227)

En estos casos se trató de migrar entre obstetras –¡hasta 10!- para llegar a uno que les diera la mayor certeza posible de atender un parto personalizado, respondiendo a sus planes de parto, lo cual resultó en buenas experiencias. Esta buena experiencia no necesariamente significó que el plan o expectativa previa se cumpliera al pie de la letra, pues pudo ir cambiando tanto por deseo de la mujer o por situaciones médicas que lo ameritaran. Lo que sí implicó fue que la mujer/pareja se sintiera escuchada e integrada en la toma de decisiones. Vimos por ejemplo el caso de Daniela, que, si bien esperaba un parto vaginal, considera que la cesárea fue necesaria y la describe como “respetada, en intimidad y contención”.

Lo mismo aplica para mujeres que buscan una cesárea sin indicación médica, o que desean programar una inducción artificial; se sentirán respetadas cuando el equipo de atención responda a ese acuerdo previo. Lo interesante es que en los casos de mujeres que buscan partos “medicalizados”, en los que se les garanticen ciertas intervenciones como inducción artificial o cesárea, dichas expectativas/solicitudes son cumplidas (lo cual profundizaremos más adelante en este apartado). Pero cuando las mujeres buscan partos menos medicalizados, los equipos médicos pueden acceder a brindar una atención que al momento de parto no cumplen, haciéndolas sentir engañadas.

III.3.3.2. El engaño

Los casos recién expuestos corresponden a mujeres que buscaron equipos de atención de salud de enfoque humanista que privilegiaran la vía de parto vaginal, y sintieron que el equipo respondió a sus expectativas y respetó lo que para ellas era importante. En otros casos, habiéndose pasado por una búsqueda similar, y habiendo pensado que sus equipos de atención se alineaban con sus preferencias durante la gestación, se encuentran el día de parto con que no se respetan los acuerdos previos. El testimonio de Aline así lo muestra:

Toda la espera y preparación durante el embarazo que intencioné no fue respetada por el equipo médico que encontré. Me vendieron un servicio sobre parto respetado y natural que en la realidad no fue tal. Todo lo contrario. (Aline, 6306)

A pesar de haber acordado que se evitarían intervenciones obstétricas innecesarias, Aline relata que le administraron oxitocina y epidural, no “hicieron caso” de sus dolores y necesidades de movimiento, le realizaron la episiotomía, y que:

No existió empatía. En la sala de parto hubo mucho estrés. Se llevaron a mi hija a bañarla de una manera bestial e insensible. Se la llevaron para realizarle procedimientos y exámenes que nadie me informó que le harían. Luego me sentía triste y hasta culpable de las situaciones que había dejado que sucedieran por los malos tratos de estas personas. Me cuesta aceptar aún el estado de vulnerabilidad en el que estuve, donde las personas en las que confiaba actuaron de manera violenta y egoísta, dejándome llevar por sus procedimientos. (Aline, 6306)

Es interesante cómo Aline plantea que “le vendieron” un servicio falso, aludiendo a que se mostraron abiertos a sus preferencias y solicitudes durante los controles de gestación, pero resultó ser un engaño. Esto genera en ella sentimientos de tristeza y culpabilidad, por haber dejado que sucediera lo que ella quería evitar.

Otras mujeres relatan experiencias en la misma línea, en las cuales se sintieron engañadas por el equipo de atención. Para Francesca, no se cumplió nada de lo “que prometieron”:

Mi cesárea fue una pesadilla, a pesar de conocer al médico y a la matrona desde el comienzo de mi embarazo, no se cumplió nada de lo que prometieron, ni se respetó mi parecer pasándome a llevar en reiteradas ocasiones. (Francesca, 4180)

Francesca luego expresa que “el personal de la clínica fue inconsciente, mecánico, irreverente y falto de ética”, que no la escucharon. Dice haber rogado ver la salida de su hijo a lo que no accedieron:

Operarme tapándome con una sábana de mi vientre para abajo, sin dejarme ver cómo salía mi hijo de mí, aunque se los rogué; no tenía fuerza para levantarme un poco y sacarme la sábana, pusieron música de radio y hablaban como si estuvieran en un asado y yo fuera un pedazo de carne inerte, me sentí muy mal, yo había llevado mi música para que la pusieran como habían prometido, y no cumplieron. (Francesca, 4180)

También le habían dicho que podría quedarse con la placenta, pero vio cómo una auxiliar la guardaba en un frasco y se la llevaba. Francesca se la pidió: “le pedí que me la diera, que era mi placenta, le imploré pues quería enterrarla en mi casa, pero ella solo me miró fijamente por un segundo y se la llevó. Fue un robo.”

Romina y Loreto tuvieron experiencias similares, en las cuales no se respetó su plan de parto:

Mi matrona y doctor eran particulares. Ambos eran de parto respetado y mi parto fue negativo. Sentí que mi matrona me forzó a aceptar me rompiera la bolsa diciendo que mi

hijo tenía que nacer hoy sí o sí, y mi doctor no esperó a que tuviera ganas de pujar. No respetó mi deseo de parir en la posición que quisiera. (Romina, 6361)

Teníamos un plan de parto donde haríamos todo lo posible por tener un parto lo más natural y tranquilo. [...] Fue muy hermoso el trabajo de parto en mi casa, muy tranquilo, y las contracciones si bien eran dolorosas, estaba tranquila. A las 5 AM nos fuimos a la clínica a tener por fin a nuestra bebé. [...] ¡No me dejaron estar acompañada! (Loreto, 6849)

Luego de no permitir que su pareja ingresara con ella al trabajo de parto, Loreto describe que tenía mucho frío y se negaron a abrigoarla o taparla; que le pusieron suero de rutina a pesar de que ella explicó que su médico le había dicho que no era necesario y habían acordado no usarlo; que no le permitieron moverse ni estar en una posición que no fuera acostada; que le pusieron epidural a pesar de no quererla; que le hicieron episiotomía a pesar de haber acordado que no quería y repetirlo durante la misma atención. “Les dije que por favor no quería la episiotomía, me la hicieron igual porque o si no me iba a rajarse... eso no es cierto.” (Loreto, 6849)

Una matrona participante en un grupo de discusión, describe cómo en la clínica en la cual se desempeña permiten un trabajo de parto de parto muy breve -para que la mujer sienta que pudo intentar un parto vaginal- para luego practicar cesáreas con la excusa de que el proceso no progresó, lo cual califica de “engaño descarado”:

Uno de los médicos con que trabajo espera máximo 4 horas de trabajo de parto y hace cesárea. Por ejemplo, la paciente ingresa a las ocho de la mañana, si hasta las doce del día no pasa nada, a las doce llega después de la consulta y empieza a operar. En realidad en la clínica son varios; las mandan a hospitalizar en la noche y que se empieza temprano la inducción, o se hospitaliza temprano en la mañana y a las ocho empieza la inducción, y a las doce en lo que terminan la consulta, van y si la paciente no ha avanzado, cesárea: “No, no avanzaste, te quedaste estancada.” Algunos les darán hasta las 2, pero es así... está así planteado, y no dan más tiempo que eso. Lo del trabajo de parto es como para que ella sienta que igual se esperó, que lo pudo intentar... pero, es un engaño descarado. [...] Y yo después preguntando: “¿Qué motivo le pongo en la cesárea?” “Malas condiciones obstétricas.” (M.G2)

Entre los equipos médicos que las mujeres mencionan, hay algunos que se repiten; los siguientes cinco testimonios refieren al mismo obstetra y matrona, que atienden en la Región Metropolitana.¹⁸³ En estos casos se repite el uso de la maniobra de Hamilton (para inducir

¹⁸³ Se trata de un equipo que ya cuenta con varias demandas legales en curso.

trabajo de parto),¹⁸⁴ uso de oxitocina artificial y de otras intervenciones de rutina, y faltas de respeto de diversa índole.

El equipo médico que me atendió [nombres], nos mintió en cuanto a la línea que seguían (parto respetado) y su condición de “staff preferente” en la clínica. En resumen (hay más prácticas violentas), la matrona me realizó la maniobra de Hamilton sin mi consentimiento, que derivó en una hiperdinamia [...]. Además, nos mintieron en su calidad de staff preferente y nos querían cobrar de forma particular cifras muy elevadas. (Ángeles, 195)

Me traté con el doctor [nombre] y su matrona, ellos decían hacer partos respetuosos, mi experiencia fue muy mala, el doctor no respetó mi trabajo de parto y amenazó con hacerme cesárea todo el tiempo, la matrona indujo mi parto, sin mi consentimiento, mientras pujaba el doctor amenazaba con el fórceps, después del parto se burló por haberme defecado... Muy violento todo. (Berta, 3388)

Fuimos donde el doctor [nombre] por ser recomendado en parto natural. La matrona me hizo un tacto brusco a pesar que pedí que no lo hiciera a las 38 semanas, ella dijo que estaba listo, a pesar que yo no lo sentía así. El ecógrafo dijo que aún faltaba. Luego del tacto salió el tapón y al día siguiente se rompió la bolsa sin contracciones lo que nos llevó a cesárea en un ambiente y condiciones absolutamente opuestas a las acordadas. Luego supe de varios casos similares, quise denunciar, pero luego sentí que era mejor alejarme de esos malos sentimientos y dedicarme todo el día a mi hijo con mucho amor, tratando de soltar el maltrato vivido antes y durante el parto y la frustración frente al engaño. (Rayén, 1893)

Busqué tener un parto lo más natural posible dentro de mis posibilidades económicas de ese entonces, tenía Fonasa y encontré al doctor [nombre] que hacía parto natural y con bono PAD. Pero natural no significaba respetado. (Mabel, 1220)

Ángeles expresa que le mintieron, Berta relata cómo la maltrataron y violentaron, Rayén se refiere a la frustración de haber sido engañada, Mabel se encontró con una atención que no fue respetada. Y todo esto de parte de un equipo de atención que se dice alineado con el “parto respetado”. A Mabel y Flora, como veremos a continuación, este mismo equipo les administró oxitocina artificial mintiendo sobre la sustancia que corría por la vía venosa: “Me pusieron ‘suero’ porque estaba cansada y después me enteré de que era con oxitocina para apurar mi parto de

¹⁸⁴ La maniobra de Hamilton consiste en despegar del útero el polo inferior de la bolsa amniótica, lo cual se hace mediante un tacto vaginal en el cual se pasa el dedo índice a través del canal cervical hasta tocar la bolsa, y a continuación separa las membranas.

manera totalmente innecesaria, me arrancaron la placenta de un tirón sin siquiera darme tiempo para expulsarla” (Mabel, 1220).

Me administraron un suero intravenoso, le pregunté a la matrona qué era y me dijo que un antibiótico por el “bichito” que había tenido durante el embarazo (efectivamente había tenido una bacteria vaginal); la respuesta tenía sentido... luego mi mamá llega y descubre que el suero administrado era oxitocina química, que pusieron sin mi consentimiento y en contra de mi voluntad. (Flora, 4959)

Flora había soñado con un “parto natural y respetado”. Una de sus amigas se estaba atendiendo con el obstetra al que hemos aludido en los últimos casos, “quien vende por internet un sistema de parto respetado, yo me emocioné y fui a visitarle. Desde el discurso todo conectaba, él y su matrona apoyaban la idea de asistir un parto respetado”. Pero a la semana 40 de gestación, la matrona le indujo el parto a través de la maniobra de Hamilton: “fui a control con la matrona y me hizo una intervención con sus dedos en el cuello del útero muy dolorosa, después descubrí que era una maniobra para iniciar el trabajo de parto.” Ese mismo día inició su trabajo de parto, le administraron oxitocina sintética (como ya vimos, mintiéndole y sin su consentimiento), tras lo cual las contracciones:

[S]e dispararon excesivamente, vomité, hice diarrea y me desvanecía, pensé morir, los latidos de bebé comenzaron a bajar bruscamente y esa fue la razón para llevarme al quirófano y hacer cesárea. Durante la intervención, los doctores hablaban de fútbol y farándula, nunca me tomaron en cuenta, me amarraron los brazos, totalmente crucificada, cuando nació mi hija [nombre] solo me dejaron darle un beso y se la llevaron para no verla hasta el amanecer, me dejaron sola, abandonada, nadie fue a preguntarme como me sentía. [...] Solo pude abrazar a mi hija y amamantarla 8 horas después de su nacimiento, mi vacío era enorme. La experiencia fue horrible, una de las peores cosas que he vivido. (Flora, 4959)

Flora es enfática en plantear que este obstetra “es un hombre que engaña a las mujeres que creen en otras formas de nacer y las violenta con sus malas prácticas, es un carnicero, un ser con una bajísima calidad humana”. Expresa que su experiencia fue una “pesadilla”: “Realmente sufrí con esa experiencia, me engañaron, me embaucaron con un discurso vacío y farsante, nos hicieron mucho daño”. Repito: y todo esto con un equipo que pretende adscribir a un enfoque de parto personalizado.

Mabel, tras relatar su experiencia, expresa que:

Fue mi primera guagua y la verdad es que en parte fue responsabilidad mía porque no se me ocurrió dudar de lo que decían. Lamentablemente si tú no estás informada,

empoderada y totalmente clara en lo que quieres y lo que puede pasar en relación al parto, estás expuesta a que se te pase a llevar. (Mabel, 1220)

¿Fue su responsabilidad no haber dudado de lo que le decía el equipo médico? ¿Es responsabilidad de la mujer estar “totalmente clara en lo que quieres y lo que puede pasar en relación al parto”? Me haré cargo de responder a esta pregunta en los capítulos que siguen.

Como hemos visto, en salud privada se puede generar la promoción o “venta” –en palabras de las mismas mujeres- de servicios de parto personalizado, que resultan ser un engaño. De ahí la reflexión recién presentada de Mabel de que es necesario estar muy informada para poder detectar dicho engaño, o el tránsito entre muchos obstetras –más arriba vimos cómo Margarita visitó “al menos 10 obstetras”- para llegar a confiar en que se obtendrá una atención respetuosa. Cerramos este apartado con el testimonio de Leslie, quien expresa lo difícil que resulta lograr un parto respetado en el sistema privado de atención:

Tener un parto natural en clínica es sumamente difícil. Cuesta encontrar un equipo dispuesto y cuesta que respeten los planes de parto. Yo, en general, tuve una buena experiencia, pero no respetaron mi plan de parto en su totalidad, pasando a llevar las opciones que como mujer me correspondían. Si tengo otro hijo, escogeré la opción de parto en casa, para no tener que luchar para que respeten tus decisiones, mientras debieras estar solo preocupada de parir a tu bebé. [...]. Tener un parto natural en clínica es luchar contra la corriente, cuesta encontrar médico, cuesta que respeten tus preferencias, cuesta que dejen de ofrecerte anestesia cada cierto tiempo (esperando que uno se entregue en algún minuto), no puedes escoger en qué posición parir, y es imposible hacer piel con piel mucho tiempo porque hay que desocupar rápido las salas. Se puede, y mi experiencia no fue traumática como la de otras mujeres, pero no puede ser posible que tengamos que batallar por nuestra libertad de decidir cómo traemos a nuestros hijos al mundo mientras parimos. (Leslie, 631)

La idea de “luchar contra la corriente” aparece como tema recurrente en mujeres que tienen una clara preferencia por el parto humanista y saben o sospechan que el sistema no les ofrece fácilmente dicha opción.

III.3.3.3. La cesárea

Ya presenté una discusión sobre los incentivos organizacionales y económicos que llevan a la práctica de un número muy elevado de cesáreas en el sector privado comparado con el público, que son justificadas por los equipos de salud por motivos “médicos” y por el requerimiento de las mujeres. Si bien discutí la idea de que el requerimiento materno sea la causa principal del exceso de cesáreas en el sector privado, hay mujeres que sí las solicitan. Algunas averiguan a

priori qué equipos médicos avalan la práctica y se atienden directamente con ellos; mientras otras la solicitan sin estar seguras de la opinión del equipo (y/o sin estar completamente convencidas de su preferencia), para encontrarse con opiniones que las incentivan o desincentivan:

Quiero decir que yo tuve cesárea por decisión mía, porque a pesar de que pasé clases de preparación para el parto y me informé, no quería tener parto vaginal, afortunadamente mi doctor entendió y respetó mi decisión. Cuando se habla de respetar el plan de parto de las mujeres creo que también hay que escuchar a las que no quieren un parto vaginal. (Andrea, 527)

Mi experiencia de cesárea programada fue bastante buena. Por opción personal lo escogí a pesar que mi obstetra se oponía ya que presentaba todas las condiciones para un parto vaginal. (Delia, 394)

En los casos de Andrea y Delia encontramos un médico que “entendió y respetó” la decisión de cesárea, y otro que, a pesar de oponerse, practicó la cesárea por requerimiento materno de todos modos. En otros casos vemos que una preferencia inicial por cesárea puede cambiar a partir de la interacción con un obstetra que les muestre los beneficios y riesgos de las vías de parto:

Al principio la verdad yo quería cesárea, porque me iba a quedar dormida e iba a abrir los ojos y la guagua iba a estar afuera, pero el doctor me fue explicando que claro, la cesárea es algo quirúrgico, una operación, necesito un tiempo de recuperación. [Con un parto vaginal] Voy a poder moverme y poder atender al niño. (Johana, U.E1)

Uno ha leído tanta información que en realidad no sé... le dije al doctor, “usted vea lo que es mejor para mí”, porque al principio algunas de mis amigas me decían que tratara de ver un parto programado, cesárea, como que yo eligiera el día y todo el cuento. Entonces conversé con el doctor, y me dijo que el parto programado no era lo mejor, que yo tenía que esperar el proceso natural. Me explicó que la cesárea no era una opción, sino que era en caso de riesgo, y me empezó a explicar los riesgos. Me dijo, tú en este minuto estas súper bien, no tenemos ningún problema como para sacarla antes. (Nicole, U.E2)

Johana iba con la intención inicial de solicitar una cesárea, pero fue en la interacción con el obstetra que cambió de opinión. A Nicole, algunas amigas le habían recomendado solicitar cesárea, sin embargo ella no tenía claro qué era lo mejor, y fue el médico quien le mostró los riesgos de dicha cirugía, lo que la llevó a preferir un parto vaginal. En otros casos ocurre a la inversa, y es el obstetra el que promueve la cesárea a pesar de la preferencia de la mujer por el parto vaginal, como le ocurre a Tábata:

Desde el principio le encontré [al obstetra] toda la cara de que quería cesárea, lo de la edad fue lo que más me repitió, que a mis 39 años era muy riesgoso un parto vaginal, pero en el fondo me la vendía por mil razones (Tábata, U.E5).

En el caso de Cynthia, distintos profesionales de salud le programaron la cesárea por diversos motivos, por lo que le quedó claro que no había indicación médica y fueron otros criterios los que primaron:

El médico me dijo que iba a ser cesárea porque él no esperaba más allá de la semana 40, pero después me enteré de que justamente en mi semana 40 se iba de vacaciones. Me lo quiso sacar antes pero me negué. Se fue de vacaciones y me dejó con otro médico, que no me saludó ni preguntó si necesitaba cesárea, y solo me la programó por “no inicio espontáneo de parto”, cuando el médico anterior me la había indicado por “hipertensión”. La matrona me dijo que la cesárea era por supuesta desproporción céfalo-pélvica, siendo que el primer doctor me hizo tacto y dijo que a pesar de ser “chica” tenía buena pelvis. Finalmente, no supe el motivo que indicaron en mi orden de cesárea. (Cynthia, 1112)

Paola y Emilia descubrieron tras la cesárea que la programación había obedecido a viajes/vacaciones del obstetra: “El obstetra me mintió y presionó para programar la cesárea” (Paola, 5132), tras lo cual se fue de viaje. En el caso de Emilia:

El doctor [nombre] me mintió. Programó la cesárea para las 38 semanas, debido a que se iba de vacaciones al día siguiente. Yo le había preguntado previamente por sus vacaciones (al ser septiembre) y me lo negó. Me mintió. [Luego, en un correo electrónico] el doctor reconoce los hechos por mí sostenidos, sobre la ocultación de información para programar la cesárea e irse de vacaciones. (Emilia, 1892)

En este punto relato una experiencia que viví pocas semanas antes de estar escribiendo esta sección. En un encuentro social, Liliana –amiga de una amiga- me hablaba de su primer parto, una cesárea, ocurrido hacía unos pocos meses. Intentando parafrasear la conversación, Liliana describió cómo el obstetra, en su primer encuentro, le había explicado que hay que pensar que todos los partos, el 100%, son cesáreas, a menos que se dé una excepción. Que el parto es un proceso inherentemente riesgoso y la labor médica es proteger la vida y salud del bebé a toda costa, por lo cual no se deben correr riesgos innecesarios. Le pregunté cómo se había sentido, y me respondió que le había parecido muy honesto que hablara así de claro de los riesgos del parto, y que esa conversación le había permitido estar mejor preparada para una cesárea. Luego le pregunté qué parto ella se había imaginado, y me respondió que esperaba uno vaginal. Me aventuro a pensar que aquel obstetra atiende una alta tasa de cesáreas sin motivos médicos.

Los obstetras entrevistados confirman que su “posición” o “enfoque” con respecto al parto puede incidir de forma importante en el curso del proceso.

[Algunas mujeres] piensan que es mejor la cesárea, aunque no es tan así, hay formas de manejar los temores que ellas tienen, el dolor, las complicaciones, y si uno tiene ganas e invierte el tiempo y esfuerzo en explicarlo... las opciones que uno ofrece, esperemos a tal fecha, ahí vemos, y la mayoría de las pacientes aceptan. Pero para uno es más fácil la cesárea, entonces quiere una cesárea, perfecto. Después analizamos los casos, ¿por qué se operó?, por solicitud materna. [...] Si para justificar una cesárea uno puede utilizar cualquier argumento, si para uno es súper fácil, desde el punto de vista médico, si uno quiere cesárea, cesariza. Si la mejor opción para uno es una cesárea, es terriblemente fácil, uno puede buscar entre miles de argumentos que van a convencer a la paciente. (O.E11)

Este obstetra explica cómo usualmente, aquella que sea la “mejor opción” para el obstetra va a ser la opción que predomine y/o que finalmente ocurra: si “tiene ganas e invierte el tiempo y esfuerzo” en explicar los beneficios del parto vaginal, la “mayoría de las pacientes aceptan”. Si, por el contrario, el médico prefiere la cesárea, “puede buscar entre miles de argumentos” para “convencer a la paciente”. Sentencia: “si uno [el obstetra] quiere cesárea, cesariza”. Lo interesante es que esa “elección” es transferida a la mujer, pues el mismo obstetra plantea –en forma irónica- que al preguntar por el motivo de la cesárea la respuesta es “por solicitud materna”. Es decir, aquello que llamamos “solicitud materna” es en muchos casos la expresión de la preferencia del obstetra. Pero queda disfrazada como elección “autónoma” de la mujer a la que se le “respetar” su solicitud.

Otro obstetra pone esta misma idea en términos de que los médicos pueden “relativizar la verdad” para incidir en las opciones de las usuarias:

Porque uno puede relativizar la verdad, y contarle al paciente una verdad a medias para que tome una opción, pero que la pueda exponer a más riesgos. Y las relaciones humanas dan para eso, y como existe una asimetría en la relación, ya que hay una persona que sabe más del tema, si tú le dices la verdad a medias a la paciente, esta puede creer que es el mismo riesgo tener un parto normal que una cesárea. Y cuando te das cuenta que a la cesárea le puedes poner hora y organizarla, es más cómodo. Yo creo que por ahí va la cosa. (O.E6)

Esta argumentación es confirmada por otro obstetra, que la plantea en términos más categóricos:

Bueno, el que decide la vía del parto es uno, no la mujer. De repente uno se encuentra con grupos que pueden ser más proclives en el parto vaginal o la cesárea, pero la mayoría de las veces el que toma fuertemente la decisión es el médico. (O.14)

Estos obstetras reconocen que se utiliza la asimetría de poder que se produce en la interacción médico-usuaria para “relativizar la verdad” y hacer que la mujer adscriba a la posición que se alinea con los enfoques e intereses del equipo médico. Y en ese sentido, claro, “el que decide la vía de parto” es el obstetra. Estas afirmaciones cobran sentido cuando repasamos las experiencias de mujeres que migraron entre diversos médicos, o las que se sintieron engañadas. Se trataba de equipos de salud que privilegiaban su enfoque y/o agenda por sobre las necesidades y requerimientos de las mujeres-parejas.

El testimonio de Noemí reconoce que los médicos influyen o deciden en sus visiones sobre el parto:

Muchas veces pasa que uno confía demasiado en los médicos y piensa que ellos tienen todo el conocimiento y que nos brindarán lo mejor para nosotras, mientras que en la práctica se ve que ellos nos informan de acuerdo a lo que solo a ellos les conviene. (Noemí, 1279)

Como hemos visto, en el caso de mujeres que no tienen un enfoque o preferencia por la vía de parto definida –por ejemplo, el caso de Nicole expuesto más arriba-, la opinión o recomendación médica va a influir fuertemente. Y en el caso de mujeres que tienen una opción muy clara, más habitualmente se agencian trayectorias para encontrar equipos de salud alineados con sus preferencias. Mujeres muy decididas a solicitar una cesárea van a encontrar equipos que lo avalen, y aquellas que buscan privilegiar un parto vaginal o uno en el que se eviten intervenciones innecesarias van a (intentar) hacer lo mismo.¹⁸⁵

En el caso de cesáreas sin indicación “médica”, nos encontramos en salud privada con testimonios en los que se solicita una cesárea programada con fecha definida (usualmente sin inicio del trabajo de parto),¹⁸⁶ otras en que se planifica a priori que una vez iniciado el trabajo de parto se practique una cesárea, y otras en que en el transcurso del trabajo de parto la mujer la solicita, como los casos que se exponen a continuación:

Después de un largo trabajo de parto en donde tuve la libertad de moverme, poder comer, beber agua, estar con mi pareja en todo momento, y poder sentir cada una de mis contracciones por voluntad propia, pudiendo quejarme y vocalizar sin que nadie me criticara ni hicieran algún comentario desafortunado; yo sentía que me desvanecía, y que

¹⁸⁵ Digo “intentar”, pues en el caso de buscar un parto humanista es más difícil. Como recién vimos, las mujeres pueden ser engañadas por un equipo que pretende alinearse con dicho enfoque; pero no he encontrado casos en que un equipo que haya accedido a una cesárea por requerimiento materno la niegue al momento de la atención.

¹⁸⁶ Por ejemplo, en fechas en que van a estar parientes de visita; o fechas en que la pareja va a estar sin turno de trabajo (hay diversas ocupaciones, como la minería, en que trabajan en turnos de días alejados de la localidad de residencia).

ya no podía más, y yo solicité una cesárea, en donde se respetó mi decisión. Fue un momento lleno de contención y cariño, de intimidad y apego con mi bebé. (Ingrid, 3576)

Mi experiencia de parto fue muy bonita durante el trabajo de parto, acompañada y respetada en todo momento, en sala personal con música aromaterapia y masajes, no obstante, ya que estuve mucho tiempo en la fase expulsiva y luego comencé a asustarme lo cual influyó en la percepción del dolor y en el nerviosismo, por lo cual yo solicité cesárea. (Vera, 8617)

Ingrid y Vera describen trabajos de parto respetados, que iban avanzando hacia la vía vaginal, pero en los cuales ellas decidieron solicitar cesárea por no sentirse capaces de continuar. Se trata de dos casos en que, tras su solicitud, se les realizaron cesáreas. También hay casos en que las mujeres dudan de su capacidad de seguir con el trabajo de parto, preguntan por la posibilidad de cesárea, y los equipos médicos las alientan a seguir y les refuerzan que son capaces de hacerlo. Si bien estas interacciones toman formas variadas, el denominador común es que las mujeres sienten haber sido respetadas cuando el equipo las acompaña integralmente y va dando respuesta a sus necesidades.

En otros casos, tras la experiencia de un parto vaginal, las mujeres optan por una cesárea. En el caso de Maira, su primer parto fue vaginal, atendido en salud pública. Menciona que no le “gustaría volver a pasar por las contracciones” por lo que para un siguiente parto está planeando ahorrar y poder solicitar una cesárea en salud privada:

Yo sé que hay hartos prejuicios en contra de la cesárea y que generalmente deberían optar por el parto natural o normal, pero yo personalmente no, no me gustaría volver a pasar por eso, entonces obviamente respecto a la atención, fuera en una clínica, poder ahorrar, a mí personalmente me gustaría tener una cesárea programada. (Maira, E12)

La pregunta relevante que surge es qué significa no querer volver a “pasar por eso”. Como hemos visto y profundizaré en los capítulos que siguen, puede haber ocurrido una experiencia negativa o traumática que hace que no deseen volver a vivir un parto vaginal. Si bien puede ocurrir tanto en salud pública como privada, es más común en el primer sector de atención donde van “a la suerte de la olla”, como le ocurrió a Nadia:

Fue una muy mala experiencia, tardé 14 años en tener otro hijo, incluso solicité cesárea programada, para no pasar por un parto nuevamente. (Nadia, 990)

Como vemos en la experiencia de Nadia, tras un parto vivido como una “muy mala experiencia” no quiere volver a vivir un trabajo de parto, y para su segundo hijo se atendió en salud privada y solicitó una cesárea. Vuelvo a citar los trabajos de Dominique Béhague en Brasil, quien plantea que las experiencias de parto traumático a menudo resultan de una relación antagónica con los proveedores de atención médica y un ambiente hospitalario pobre, dos aspectos que son

particularmente agudos para las mujeres que se sienten marginadas de la sociedad. Lo que parece subyacer al miedo al parto vaginal no es simplemente la falta de información sobre cómo prepararse para dicho parto, sino problemas relacionados con la clase en función de las diferencias en la calidad de la atención brindada (Béhague, Victora y Barros, 2002; Béhague, 2002). En esta misma línea, una revisión sistemática de factores que inciden en la experiencia de parto realizada por Ellen Hodnett (2002), muestra que las expectativas respecto al parto, la cantidad y calidad del apoyo recibido de parte del personal de salud y la participación de la mujer en la toma de decisiones son factores esenciales en una percepción positiva de la experiencia. Es así como lo que más a menudo resulta central en la experiencia de la mujer no es si finalmente el parto ocurrió exactamente como se lo había imaginado, sino más bien si fue escuchada y tomada en cuenta, es decir, si se sintió respetada en un sentido integral.

III.4. El parto en escena

Ya descritos los territorios de atención del parto y las estrategias que las mujeres despliegan para acceder al cuidado, voy a describir y analizar en este apartado las formas que toma la atención misma del trabajo de parto y parto en los sectores de salud pública y privada del país, desde la experiencia vivida de las mujeres, en ocasiones mediado por los testimonios de personal de salud. Para ello, me detendré en algunas de las recomendaciones para la atención que me parecen especialmente interesantes para el análisis; aquellas que dicen relación con los tactos vaginales, movimiento y posiciones durante el trabajo de parto y parto, apoyo farmacológico y no farmacológico para el dolor, episiotomía, acompañamiento de una persona significativa de la mujer, y contacto piel con piel entre mujer y recién nacida(o).¹⁸⁷ En cada uno de estos temas, expongo la variedad de experiencias vividas que se dan en un espectro que va desde la vivencia de abusos y violencia hasta la de profundo respeto y cuidado; presentando primero información cuantitativa disponible y luego los testimonios de mujeres y/o profesionales de salud. Adelanto que voy a presentar a ratos un exceso de ejemplos para enfatizar ciertos puntos, que buscan insistir en la magnitud en que los fenómenos suceden.

Me interesa no sólo describir si y en qué medida se siguen o no las recomendaciones en torno a ciertos ejes, sino también analizar -siguiendo a Davis-Floyd (2003)- cómo operan en tanto rituales para transmitir ciertos sistemas de valores. Es así como en una reflexión sobre la forma en que se llevan a cabo ciertas intervenciones y prácticas, busco referirme al sentido de las relaciones y valores que se transmiten en la atención obstétrica. Cierro esta sección con un apartado llamado “De la falacia de la elección a la culpa”, que cuestiona el supuesto de que usuarias informadas tendrán espacio para tomar decisiones adecuadas según sus necesidades y expectativas particulares, traspasándoles la responsabilidad de manejar información, pero a la vez negándoles en la mayoría de los casos el ejercicio de dicha toma de decisiones. Si bien esto toma formas diferenciadas en salud pública y privada, es una lógica que permea al sistema completo, en el entendido de que una “buena” experiencia y resultado depende en gran medida de la mujer. El cuidarse durante la gestación, informarse “adecuadamente”, “prepararse” para el parto, “comportarse” durante el trabajo de parto y parto, son solo algunos de los mandatos sociales que tienen como foco el producto tecnocrático por excelencia: el producto de buena calidad, es decir, el bebé sano.

¹⁸⁷ En este apartado utilizo principalmente resultados de la encuesta OVO Chile (2018) para el periodo 2014-2017. Utilizo resultados cuantitativos de la encuesta, así como testimonios vertidos por las mujeres en la última pregunta abierta del instrumento. Del total de casos, las intervenciones y prácticas que se analizarán corresponden a los casos en que dichas prácticas ocurrieron. Varias de las intervenciones que se mencionan solo ocurren en procesos en los cuales hubo trabajo de parto, excluyendo cesáreas programadas o electivas (ej. tactos vaginales, anestesia epidural). Otras solo en los partos vaginales, excluyendo todo tipo de cesáreas (ej. episiotomía). Otras prácticas, como el acompañamiento de una persona significativa, fueron respondidas por la totalidad de las mujeres que conforman la muestra. Algunos de los resultados cuantitativos de la encuesta fueron publicados en OVO Chile (2018) -en caso de utilizarlos se citará la fuente-, mientras otros se analizan por primera vez para este texto.

III.4.1. El (con)tacto

En un sentido coloquial, al hablar de “tacto” nos referimos al sentido corporal a través del cual percibimos lo que entra en contacto con nuestra piel. En la atención del parto, esta connotación se reemplaza por una técnica de diagnóstico, que alude al procedimiento de medir la dilatación cervical mediante la inserción de dedos del personal de salud en la vagina de la mujer hasta el cuello del útero. En este apartado, me enfoco en el procedimiento obstétrico del tacto vaginal para abrir una reflexión sobre el (con)tacto que se genera entre quienes participan de la atención obstétrica.

En el ritual de parto hospitalario, una serie de prácticas marcan el ingreso al territorio biomédico. Para mujeres que llegan en trabajo de parto¹⁸⁸, tras el llenado de una serie de fichas y revisión de antecedentes, a la mujer se la separa de su(s) acompañante(s) para ir a un examen físico y obstétrico en el cual se formula el diagnóstico de ingreso. Si se encuentra en trabajo de parto activo permanecerá en el recinto, por lo cual pasa a cambiar su ropa por una camisa entregada por la institución y entra a la sala correspondiente (común en caso de la mayoría de los hospitales públicos, a diferencia de lo que ocurre en salud privada).

En ese primer examen obstétrico de ingreso se realiza uno de los procedimientos que será más recurrente durante el trabajo de parto; un tacto vaginal para determinar el grado de dilatación cervical. Esta dilatación, expresada en centímetros (desde 0 a 10 en dilatación máxima) opera como uno de los marcadores centrales para evaluar si y cómo progresa el trabajo de parto. Si bien la realización de tactos vaginales es parte del proceso de atención, en Chile se recomienda “realizar el mínimo de tactos vaginales y con justificación clínica, evitando exámenes de rutina” (MINSAL, 2008, p. 199). La *Guía Perinatal* de nuestro país también recomienda “evitar los tactos vaginales innecesarios; sobre 5 tactos, aumenta la incidencia de endometritis puerperal” (MINSAL, 2015, p. 318). La OMS recomienda “realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo” (recomendación N°16, OMS, 2018, p. 5).

Atendiendo a la encuesta OVO, las respuestas para el periodo 2014 a 2017 muestran que si bien la mayoría de las mujeres reporta que se le realizaron entre 1 y 4 tactos (56% en salud pública y 75% en salud privada), hay un importante porcentaje que se ubica por sobre esa cantidad. En salud pública, en un 22% de los partos las mujeres reportan entre 5 y 7 tactos, y un 19% declara haber vivido más de 7. En cambio, en salud privada un 14% relata que le realizaron entre 5 y 7 tactos, y un 5% declara haber tenido más de 7. Estas cifras muestran una importante diferencia

¹⁸⁸ Excluimos cesáreas programadas, pues ingresan con protocolos quirúrgicos.

en la cantidad de tactos realizados entre ambos subsistemas de salud: en salud pública se cuadruplican los casos en que la mujer vivió más de 7 tactos.

Analizando el número de tactos según nivel educacional, nos encontramos con que a las mujeres con menos años de educación formal se les realizan muchos más tactos que aquellas que cuentan con postgrado. A un 29% de las mujeres con educación básica completa o incompleta se le realizaron entre 5 y 7 tactos, a diferencia de un 13% de aquellas con postgrado. Un 21% de las primeras tuvo más de 7 tactos, a diferencia de sólo un 4% de las segundas. Es decir, las mujeres con menor nivel educacional dentro de la muestra vieron quintuplicada la posibilidad de vivir más de 7 tactos vaginales en comparación a las de mayor nivel educacional. También apreciamos que se les realizan más tactos a las mujeres más jóvenes: un 44% de las mujeres adolescentes reportó más de 7 tactos, a diferencia de un 15% de aquellas entre 35 y 39 años. Estas diferencias marcan un patrón que veremos en todas las intervenciones obstétricas (a excepción de la cesárea): la menor adherencia a las recomendaciones del MINSAL (2008) se da en la atención de mujeres adolescentes y de niveles educacionales más bajos.

Si lo miramos por número de personas que practicaron los tactos vaginales, en salud privada el estándar es que solo lo hagan la matrona y obstetra de cabecera. De hecho, en 90% de los partos en salud privada las mujeres reportaron que los tactos fueron realizados por una o dos personas. Sin embargo, en salud pública esta cifra se reduce a 55%, mientras un 37% reporta que entre 3 y 5 personas diferentes les practicaron tactos, y un 8% que fueron más de 5 personas. Esto nos muestra por una parte las diferencias en la organización del cuidado: en el sector privado el mismo equipo de profesionales acompaña el parto en todo momento, mientras que en salud pública ocurre según turnos de atención variables. Y, además, evidencia la práctica de que estudiantes de las carreras de salud practiquen los tactos en las mujeres atendidas en el sector público. Nuevamente vemos que son las mujeres con menor nivel educacional y las adolescentes quienes tienen mayor probabilidad de que los tactos sean realizados por más personas. Un 21% de mujeres con educación básica (completa o incompleta) y un 10% de mujeres adolescentes vivió tactos realizados por más de 5 personas, a diferencia de solo un 1% de mujeres con postgrado y un 1% de mujeres de 35 a 39 años.

En el testimonio que sigue, Lía explica esta organización del cuidado en salud pública y cómo se relaciona con el hecho de que son más las personas que les realizan tactos vaginales:

Cuando vas a parir en un hospital público uno no tiene un ginecobstetra o matrona de cabecera, te toca el que está de turno y solo se basa y opina según lo que está escrito en tu ficha. Eso quiere decir que durante en el día puede tener a 3 médicos haciéndote tacto sin conocerlos y ni siquiera sabes sus nombres porque tampoco se presentan: llegan, leen tu ficha y siguen el procedimiento, y eso que sin contar cuando llegan los alumnos en práctica por que ni siquiera te preguntan si pueden, ellos solo siguen las órdenes del

doctor encargado y ellos hacen tactos y te revisan. Eso quiere decir que tienes más menos a 5 personas haciéndote tacto, es horroroso... (Lía, 4963)

Para Lía, la experiencia de varias personas haciéndole tactos sin información ni consentimiento (“ni siquiera te preguntan si pueden”) es descrita como “horrorosa”. Son numerosas las mujeres atendidas en salud pública que mencionan experiencias similares: “Me hubiese gustado que no me hiciesen tantas veces tacto” (3873); “Lo más traumático en el caso de mi parte fue el hecho de los tactos, tantos y tan seguidos” (485); “[Deberían] limitar el número de tactos vaginales, son muy dolorosos y traumáticos” (538); “Me hicieron tacto 10 estudiantes en práctica pensando en ese momento que era por beneficio porque no me consultaron ni explicaron” (4004); “Lo más traumático fue cuando hacían rondas de tacto con 8 estudiantes en práctica, en cada turno” (4291); “Entró un médico como con 6 practicantes y sin preguntarme, todos me hicieron tacto” (5012); “Obviamente me realizaron tacto más de 10 estudiantes” (8574); “Fue mala mi experiencia, demasiados estudiantes haciendo tacto, mirando, pidiendo que separara las piernas” (8620).

Lo “traumático” que aparece en diversos testimonios en asociación a los tactos vaginales, se vincula con un contexto de atención en el cual la mujer es ignorada; no se le avisa ni se solicita su consentimiento, se siente expuesta frente a muchas personas, siente su intimidad vulnerada, y donde distintas personas realizan este procedimiento: “Cuando llegaban los doctores lo hacían con 5 o 6 alumnos en práctica los cuales todos me hacían tacto sin siquiera preguntar y delante de todas las otras pacientes; en realidad había cero privacidad” (4254); “Pasó el matrn y sus practicantes y me hicieron tacto y luego el matrn preguntó a los demás: “¿alguien quiere ver cuánta dilatación tiene?” Y se turnaron para hacerme tacto. ¡Fue espantoso!” (142). Ágata y Eliana se refieren a la falta de intimidad como una falta de respeto y como un ejercicio de violencia:

Lo que puedo decir que más me incomodó fue la poca intimidad y respeto hacia nosotras y nuestros cuerpos, yo por ejemplo tuve tactos de parte del médico, de la matrona y luego de diferentes técnicos que entraban y salían de la habitación mientras yo estaba con las piernas abiertas y con mucho dolor. Ellas entraban y salían bromeando acerca de diferentes cosas cotidianas. Eso me molestó mucho y me incomodó. (Ágata, 8028)

Lo malo de mi experiencia fue en el trabajo de parto donde me sentí violentada en mi intimidad ya que a cada rato iban alumnos en práctica con un doctor a verme mientras el doctor me realizaba tacto, eso fue muy chocante que todos me estuvieran mirando mis partes íntimas. (Eliana, 4940)

Estos testimonios corresponden todos a salud pública, donde las maternidades sirven de campo clínico a estudiantes de las carreras de salud que se involucran con la atención del parto. Este

tipo de situaciones lleva a las mujeres a sentirse “insignificantes” y “humilladas”, como lo expresan Yolanda y Mariana:

Pasaban las horas y me realizaban tacto sin cerrar las cortinas, en frente de muchas personas (no sé cuáles eran sus cargos), me lo realizaban de a varias personas, me sentía tan insignificante, pero tenía miedo de decir algo o negarme, tenía miedo de que por eso no me atendieran bien, de igual forma no fui bien atendida. (Yolanda, 3927)

También me sentí humillada cuando los médicos te hacían tacto con estudiantes en práctica, a veces eran 8 o 10, y nadie te preguntaba nada, tú tenías que quedarte callada, abrirte de piernas y acatar. Acatar que 10 personas que no conocen no respetaran tu intimidad. (Mariana, 8206)

Algunas mujeres, como Martina y Edith, comparan explícitamente la experiencia con aquella de una violación, sintiendo que su integridad sexual fue violentada: “Al paso de un rato llegaron muchos practicantes y al menos cinco me hicieron tacto, en verdad sentí una sensación de violación, de hecho, midieron sus dedos para saber quién sería más exacto” (Martina, 7996); “Me trataron como animal. Más de 12 personas diferentes me hicieron tacto. Me sentí violada y violentada, estuvieron 3 matronas diferentes en mi parto. Había muchos alumnos en práctica allí haciéndome preguntas realmente innecesarias durante todo el proceso” (Edith, 8124).

Las experiencias negativas con respecto a los tactos vaginales no son exclusivas de salud pública. Si bien en salud privada son menos los profesionales de salud que atienden a la mujer, y realizan los tactos en un ambiente de mucha mayor privacidad, pueden también ser vividos como una experiencia negativa, como relata Sonia:

Para poder ingresar al parto de mi segundo hijo, tuve que pasar por la urgencia de la clínica [nombre de la clínica] pues por el horario (4 am) mi doctor no me podía ingresar a sala de parto directamente. Entonces fui examinada por un doctor en la urgencia quien me realizo un tacto MUY doloroso, yo no quería que nadie más que mi doctor y mi matrona me asistieran. Fue una experiencia muy desagradable y lo hice saber al equipo médico. (Sonia, 8528)

La experiencia negativa se da sobre todo en partos en los cuales se aprecia una cadena de intervenciones de rutina en la que la mujer pierde cualquier opción de incidir en los procesos, como lo vivió Thiare:

[Día anterior al parto] El doctor me hizo un tacto doloroso y me dijo que tenía dilatación por lo que debía ingresar al día siguiente en la mañana para que me diera una “ayudita” y naciera mi hijo. Yo le pregunté qué era eso y me dijo “tú no te preocupes”, yo en mi ignorancia me ingresé al día siguiente y me pusieron oxitocina, sin entregarme información sobre esto. [...] Me hicieron múltiples tactos dolorosos, y cuando tenía buena

dilatación según la matrona, me rompió la bolsa de líquido amniótico e inmediatamente después me pusieron la epidural sin que yo la pidiera, todo esto fue muy doloroso y a la hora después me llevaron a tener a mi hijo, no podía pujar porque me pusieron mucha anestesia, no sentí mis piernas hasta el día siguiente. Durante el parto la matrona se subió arriba mío para que saliera mi hijo [maniobra de Kristeller]; yo no podía respirar y sentí mucho dolor, me sentí indefensa. Me hicieron episiotomía y me sacaron la placenta manualmente, después que nació mi hijo pude estar siempre con él, pero yo tenía mucho dolor pélvico y en mi vagina, además no sentía mis piernas y durante una semana después del parto no me podía sentar sin llorar de dolor y me orinaba por rebalse puesto que no sentía mi vejiga y era incapaz de controlar la orina, me paraba y se me caía el pipí por entre medio de las piernas. En relación a mi vida sexual no pude retomarla hasta que mi hijo tuvo 8 meses, por los fuertes dolores que tenía por la cicatriz de la episiotomía, la cual a 5 años de eso aún me molesta. Si hubiera sabido lo que sé ahora, nunca hubiera tenido a mi hijo con ese equipo médico. (Thiare, 8252)

En el relato de Thiare, vemos la realización de “tactos dolorosos” como parte de la cadena de intervenciones: oxitocina, RAM, epidural, maniobra de Kristeller, episiotomía, extracción manual de placenta. Intervenciones que fueron realizadas sin informarle a la mujer (“tú no te preocupes”, le dijo el médico), y sin que ella las pidiera (epidural). Además, usualmente las experiencias negativas asociadas a los tactos vaginales se dan en contextos de atención que se caracterizan por una despersonalización en la atención, como en el siguiente caso: “Cuando me hacían tacto entró todo un curso a mirar sin mi permiso, todos hablaban de mí y de cómo morían los prematuros como si yo no estuviese allí, me trasladaban igual que a un mueble” (138). Este sentirse tratada como mueble u objeto se repite en diversos relatos: “Por momentos me sentí tratada más como un objeto o mueble que persona” (8355); “Uno se siente muy sola y en manos de gente que no conoce y que te tratan como un objeto” (6566); “[Se sentía] como objeto de estudio, como que era una cosa y no una persona” (6451); “No fui considerada como persona, fui un objeto que intervinieron” (6961); “Habían tantas personas haciendo tantas cosas al mismo tiempo, que me sentía como el objeto de estudio de un laboratorio” (7854).

En sentido similar, en diversos testimonios las mujeres mencionan haberse sentido como un “pedazo de carne”: “Me trataron como un pedazo de carne” (852); “La indiferencia del personal, me sentí como un pedazo de carne” (865); “El equipo médico me trató como un pedazo de carne, nadie tomaba en consideración que lloraba y tenía miedo” (1501); “Me sentí como un pedazo de carne que tenían que cortar y coser” (3177); “Hablaban como si estuvieran en un asado y yo fuera un pedazo de carne inerte, me sentí muy mal” (4180); “Me hubiera gustado que me trataran como persona y no como una niña ni un pedazo de carne” (4680).

Enfatizo la importancia de esta despersonalización pues se trata quizás del elemento más recurrente en las experiencias negativas de parto, como iremos viendo a lo largo del texto. Según

la Real Academia Española, “despersonalizar” es: “quitar a alguien su carácter o atributos personales, hacerle perder la identidad”.¹⁸⁹ Para Davis-Floyd (2001), dos principios centrales del modelo tecnocrático de atención son los del “paciente como objeto” de la mano de la “alienación del médico del paciente”, los cuales permiten que el personal de salud se enfrente a cuerpos-máquina como el objeto adecuado del tratamiento médico, en lugar de sujetos sintientes con los cuales habría que involucrarse. En las experiencias en que las mujeres se sintieron como objeto inanimado –“mueble”, “pedazo de carne”- las intervenciones obstétricas se describen más a menudo desde sentires negativos y hasta traumáticos. Como hemos visto, los tactos vaginales que humillan, denigran, violentan y violan son vividos en experiencias despersonalizadas de atención.

En el siguiente testimonio, de Bárbara, se conjugan muchos de los elementos que hemos visto hasta ahora: estudiantes que realizan tacto sin informar ni solicitar consentimiento, tactos realizados por muchas personas distintas, objetualización, sentirse como “pedazo de carne”, sentirse violada:

Pasé por más de 10 o 15 manos distintas que se metían en mi vagina a examinar... tan solo porque son procedimientos de becarios... quienes muchas veces ni te explican por qué lo hacen... en el hospital a todas las mujeres nos usan de ratones de laboratorio (ese fue mi sentir) pues pasan profesores y alumnos ignorándote como persona, revisando tus partes como si fueras un pedazo de carne a su disposición... para mí fue horrible, me sentí pésimo, casi violada mil veces... imagino como debe sentirse una mujer que ha pasado por una violación... lo más increíble es que a una la tratan de ignorante... no estiman ni los síntomas que uno dice ni la información que uno también puede haber estudiado. Y por último, en el caso de no querer más hijos... cuestionan tu decisión como si uno fuera “tontita”. (Bárbara, 1683)

En el caso de Bárbara se advierte además cómo desestiman su saber y sentir, tratándola de “ignorante”, “tontita”, desconsiderando la información que maneja, sus síntomas como ella los expresa, y cuestionando sus decisiones. Se siente ignorada como persona.

La reflexión de la antropóloga británica Sheila Kitzinger sobre el tacto (1997) –entendido en forma más general que el tacto vaginal, como modo de interacción entre el personal de salud y la mujer- es iluminadora a este respecto. La autora identifica siete tipos de tacto en la atención del nacimiento, en base a sus funciones sociales y al valor implícito que adquiere para quienes participan: de bendición, de bienestar, de apoyo físico, de diagnóstico, manipulativo, restrictivo y punitivo. Los primeros tres corresponden a apoyo a través del contacto físico desde un nivel muy espiritual y emocional hasta uno físico donde se busca ayudar a la mujer parturienta a

¹⁸⁹ Recuperado de www.rae.es

adquirir las posiciones y movimientos que le acomoden y la calmen, son muy frecuentes y centrales en modelos no tecnocráticos de atención. Los tactos diagnóstico y manipulativo se encuentran en todos los sistemas médicos; el primero permite obtener información sobre el curso del parto y el segundo busca generar cambios en el curso del parto y/o posición del feto.¹⁹⁰ Los restantes tipos de tacto, el restrictivo y punitivo, se presentan principalmente en los contextos donde las mujeres son despojadas de cualquier autoridad para enfrentar el parto. El primero alude a las medidas que intentan restringir la autoridad de la mujer, como su inmovilización a la cama, la prevención de que haga mucho ruido, de que interfiera en las examinaciones y procedimientos que se efectúan sobre su cuerpo, de que toque las zonas esterilizadas de su propio cuerpo durante el parto. El tacto punitivo alude a contacto físico que se realiza como castigo a la mujer por haber transgredido límites o no haberse comportado como se le solicitaba. El tacto, continúa Kitzinger (1997), puede ser instrumental, para realizar una tarea; o expresivo, para entregar apoyo afectivo, o ambos a la vez; por lo general es multifuncional y expresa significados en distintos niveles.

Llevando esta reflexión a los testimonios ya presentados, el tacto vaginal puede darse en un ambiente de cuidado en el que se transmite apoyo afectivo y físico a través de todas las interacciones que involucran el tacto; o en el otro extremo, en uno en que predominen tactos instrumentales con fines puramente técnicos. En este último escenario, un tacto vaginal puede realizarse de forma restrictiva y punitiva: “[La matrona] muy enojada porque estaba cero dilatada y porque me trató de hacer un tacto y yo no aguanté el dolor, se enojó y me dijo textual “¡así no se puede!” (7915); “Al llegar a la clínica, una mujer bastante joven me hizo tacto, de muy mala manera, muy brusca, molestándose porque sólo tenía 1 cm. de dilatación” (8170); “No quise dejar que me hiciera tacto una enfermera, por ser muy dura, llegó un doctor y llamándome la atención comenzó a hacer tacto y mirándome fijamente a los ojos, fue doloroso y mal intencionado” (8180).

Incluso hay casos en que se amenaza a la mujer con castigos en caso de resistirse a los tactos, como le ocurrió a Astrid: “Jamás olvidaré las veces que [la matrona] me amenazó con amarrarme de las manos si yo no me dejaba realizar los tactos que ella indicaba, los cuales eran cada media hora y con mucho dolor tenía que aceptar” (Astrid, 2344).

¿Cuáles son las funciones rituales de los tactos vaginales? Davis-Floyd plantea que los tactos vaginales son necesarios en el modelo tecnocrático que busca minimizar a toda costa el tiempo

¹⁹⁰ Como ejemplos de tacto de diagnóstico, una partera tradicional utiliza su vista, audición, y sobre todo, sus manos; palpando el vientre puede obtener acuciosa información de la posición del feto y del curso del trabajo de parto. En el modelo biomédico, muy rara vez se palpa el vientre, nos encontramos más a menudo con que se diagnostica a través de tactos vaginales, y las manos son usadas como medio para medir, o para colocar y operar instrumentos que hacen las mediciones. Con respecto al tato manipulativo, una partera podrá utilizar masajes, sobadas, manteos y otras prácticas tradicionales; mientras en la biomedicina se puede practicar la rotación de la cabeza del feto y la episiotomía, entre otras prácticas (Kitzinger 1997).

de producción. En ningún otro sistema médico se realizan procedimientos tan invasivos, disruptivos, y dolorosos, realizados además con frecuencia y regularidad. Los frecuentes chequeos cervicales transmiten un constante mensaje sobre la importancia del tiempo, sobre la supuesta deficiencia del cuerpo de la mujer –si no cumple los parámetros establecidos de tiempo– y sobre su falta de status y poder en relación con el personal médico y la institución (Davis-Floyd, 2003). Añadamos que a través del tacto vaginal se transmiten mensajes sobre la sexualidad y el comportamiento sexual esperado de la mujer. ¡Se trata de la vagina! Y claramente se ejerce en ella y a través de ella un castigo simbólico por el ejercicio de la sexualidad: “La matrona de turno al realizar el tacto me decía que dejara de quejarme, que si acaso no me gustó hacer la guagüita” (2169); “Las matronas que me examinaron me toqueteaban y me insultaban diciéndome ‘te gustó tener relaciones, ahora aguántate’” (7976).

Los testimonios abundan en este tipo de recriminaciones durante la atención, como respuesta a las expresiones de dolor o queja de las mujeres: “¿No le gustó hacer la guagüita?, ahora calladita” (900); “La matrona me dijo ‘esto duele menos que un pene, ¿no te gustó abrir las piernas, ahora aguanta’” (2022), “Escuché como otras mujeres se quejaban y las matronas y el personal les decían ‘usted le gustó ahora aguante’” (2164); “Tenían palabras como ‘no les gustó’, ‘no se quejen ahora’” (2276); “Me dolía mucho y a veces lloré de dolor y en ese momento me humillaron psicológicamente diciéndome ‘si te gustó abrir las piernas, ahora te aguantas’” (3011); “No te gustó andar huevando, ahora te quejas, ahora vas a saber lo que es bueno” (3097).

Este tipo de expresiones son parte de experiencias negativas de parto, en las que el tacto –siguiendo a Kitzinger (1997)– es principalmente utilizado con fines diagnósticos, manipulativos, restrictivos y punitivos. En cambio, en el caso de experiencias de parto que se describen como respetuosas, desaparecen los dos últimos y emerge el tacto de bienestar y el de apoyo físico. El tacto vaginal como intervención pierde su protagonismo y hasta deja de estar presente en los relatos cuando se trata de experiencias marcadas por un cuidado integral. En caso de mencionarse, es en el contexto de una atención respetuosa, como ocurre en el caso de Iris:

Mi experiencia fue maravillosa, era mi tercer parto, pedí anestesia apenas tuve mínimo dolor y poca dilatación [...] así que me pusieron poco y pude caminar con mi marido mientras seguía con la dilatación. Me hicieron solo un tacto previo para saber si había condiciones para una inducción segura [explica que por motivos médicos se iba a realizar una inducción]. Cuando ya tuve más molestias aumentaron la dosis de anestesia y me acosté en una sala de atención integral del parto, hasta que las contracciones aumentaron, me revisaron, ¡y ya estaba a punto de salir! Con el primer pujo salió la cabeza y hombros, me sentaron y me dejaron terminar de sacarlo yo, lo tomé bajo sus brazos y me lo llevé al pecho mientras me ayudaban a secarlo [...]. Fue indescriptible, maravilloso. (Iris, 8367)

Se trata de una mujer-sujeto que participa del proceso: “pedí anestesia”, “pude caminar”, “me dejaron terminar de sacarlo yo”. Si bien en el “me dejaron” se entrevé una autoridad que debe dar permiso; Iris está presente, activa, es ella quien termina de sacar a su bebé y se lo lleva al pecho. El tacto se menciona en “solo un tacto previo”, luego en un “me revisaron” (que probablemente alude también a un tacto), sin embargo, sin las asociaciones negativas que veíamos en los relatos anteriores. Iris es interlocutora activa del proceso de atención, y describe su parto como “maravilloso”.

Un elemento central en los testimonios en que los tactos aparecen como “respetuosos” es que se informe a la mujer y se le pida permiso para realizarlos: “En referencia al tacto, varios médicos lo hicieron, pero fueron respetuosos y siempre fue con mi consentimiento y me explicaba para que se hacía” (7726). De hecho, si pienso en mis dos experiencias de parto (trabajos de parto de 36 y 15 horas), sí hubo tactos vaginales, pero no los recuerdo como prácticas invasivas, ni menos poco respetuosas. Recuerdo claramente que las matronas respectivas me avisaron y preguntaron cada vez que lo hicieron, y que se limitaron a pocos. El único tacto que recuerdo en forma específica fue aquel con el que me rompieron membranas en mi primer parto, tras haberlo conversado conmigo y mi pareja, llevar más de 30 horas de trabajo de parto y considerar que podría ser una forma de ayudar al proceso. Fue doloroso y sin embargo muy cuidado, por cuanto fue consentido, avisado, conversado.

Por tanto, una experiencia de abuso o de cuidado no se desprende de si se realizan tactos vaginales o no –lo mismo con muchas de las intervenciones obstétricas-, sino de la forma, frecuencia y contexto en que se realiza, pudiendo variar muchísimo según el ambiente de cuidado que lo enmarque. Detengámonos en dos casos de mujeres que buscaron instituciones y equipos de atención que privilegiaran un modelo de parto humanista, Rocío en salud pública, y Pati en privada. En ambos casos, gran parte del trabajo de parto sucedió en sus hogares con el apoyo de una doula, y llegaron al hospital y clínica en la fase activa del proceso.

Desde su ingreso al hospital, Rocío relata que:

Sentía que todo el rato estaba preocupada de que esas matronas que se supone que eran súper pro parto natural dejaran de hacer tantos tactos, preguntarme tantas veces que si quería anestesia, que si quería otra intervención o cualquier cosa sacándome de mi estado límbico. Era molesto y doloroso, y yo cada rato confiando menos en ellas, me sentía súper vulnerable a su trato y cuestionamientos. Hay incluso una situación que recuerdo como si fuera ayer, me rebelé de su manejo intervencionista y le dije que dejara de tocarme y tactarme, ella en un tono poco amable me dijo: “bueno, entonces ándate a caminar porque estás igual que cuando llegaste”. Esas simples palabras me desmoralizaron por completo, porque no sabía cuánta dilatación tenía, ni cuánto faltaba

ni nada, hasta llegué a dudar de mi fuerza y de mi capacidad de parir, dudé de mi cuerpo y mi energía. (Rocío, 8268)

Rocío expresa la contradicción de que las matronas que supuestamente adherían a un enfoque poco intervencionista, le realizaran “tantos” tactos e insistieran en practicarle otras intervenciones. Al pedirles que dejaran de hacerlo, vino la sentencia de que su trabajo de parto no había avanzado: “estás igual que cuando llegaste”. Esas palabras la desmoralizaron y dudó de su capacidad para parir, dado que no estaba cumpliendo con los estándares de dilatación esperados, en una narrativa de parto marcada por hitos y tiempos que derivan de una lógica mecanicista (Chadwick, 2018).

Las matronas aparecen en el relato de Rocío para practicar intervenciones “molestas” y dolorosas”, y en contraste, su pareja y amiga-doula le proporcionan (con)tacto de apoyo y bienestar:

Caminando con bata en un pasillo frío y feo le decía a mi amiga y pareja que me sostenían, que quizás yo no servía para eso (parto natural), que quizás me estaba haciendo la valiente y que no lo lograría nunca, mi pareja desde su acompañamiento silencioso y caricias me apoyaba y contenía físicamente y mi amiga con su convencimiento ancestral y energía me reforzaba que podía, que era poderosa, con motivadoras palabras que me animaban a continuar. (Rocío, 8268)

Aparecen sosteniéndola, acariciándola, conteniendo físicamente, dándole palabras de apoyo que la animaban a continuar. Este es el tipo de (con)tacto que prima en la historia de parto de Pati. En su caso, al iniciar su trabajo de parto una madrugada, llamó a su matrona, quien le explicó que no podía acudir pues tenía una emergencia familiar, y le recomendó a otra colega que compartía “una mirada muy respetuosa del parto”. Tras algunas horas de trabajo de parto en casa con su madre y doula, llamaron a la nueva matrona, quien estaba muy cerca y llegó al poco rato:

Cuando llega, no nos conocíamos de nada, era primera vez que nos veíamos. Yo ya estaba en posición fetal en la cama muy metida en las contracciones, en el dolor y en el proceso. Llega, fue muy delicada, muy respetuosa, como que honró lo que estaba pasando, se movía despacio. Yo estaba echada en la cama y ella como que llegó despacio, se acercó, primero me tocó una pierna, y me dice “mira, para ver en qué está tu trabajo de parto y ver si ya es hora de ir a la clínica o todavía no, necesito hacerte un tacto. Yo me acuerdo que ahí le dije que no quería un tacto, que yo sabía que se podía evitar, yo le dije que no quería un tacto porque conocía muchas historias de tactos dolorosos. Ella me dice “te prometo que no te va a molestar y no te va a doler, lo voy a hacer de una manera que no te va a doler”. Y me lo dijo con tanta certeza que le dije “bueno, ya”. (Pati, U.E16)

Se trataba de una matrona que no conocía previamente a Pati, que se acercó muy delicada y respetuosamente a establecer el (con)tacto. A pesar de la inicial negativa de Pati a que le realizara un tacto vaginal, accedió debido a la convicción que la matrona le transmitió que no iba a ser molesto ni doloroso.

Y me puse en la posición, ella se puso los guantes, y me acuerdo que mi sensación fue como... no lo sentí. Fue muy rápido, entró la mano, la sacó, en este mismo tiempo en que yo te lo digo, no se demoró más que eso, y me dice “estás de 7 cm.” Y me acuerdo que me quedé súper impactada, como... mentira que no lo sentí, no me dolió, ini siquiera me molestó! Porque puede ser que no duela pero moleste, ini siquiera me molestó! Y ahí yo dije, verdad, hay una forma de que los tactos sean no dolorosos, o no molestos. Si es que se hace con la preocupación de que sea así, y me imagino que si se aprende también a cómo hacerlo. (Pati, U.E16)

Pati, que había escuchado muchas historias de tactos vaginales dolorosos, se mostró tremendamente sorprendida de que fuera posible que no doliera. Para ella, por definición, un tacto vaginal era doloroso. Y traigo acá la opinión de una de las matronas entrevistadas, que explica lo siguiente: “La técnica es la misma, se trata de introducir los dedos en la vagina para medir la dilatación; pero la intención con que lo haces puede variar mucho” (M.E10). Hago un paréntesis para recordar la idea de que el tacto puede ir desde punitivo hasta de bienestar (Kitzinger, 1997). La matrona sigue: “Puedes seguir delicadamente por donde te lleve la vagina, sin ejercer presión, hasta llegar al cuello para evaluar y salir, o puedes ir ejerciendo presión, intencionar la presión” (M.E10). Si lo ponemos en los extremos de los testimonios revisados: se puede hacer un tacto sin informar ni pedir permiso a la mujer, de forma que duela y con fines punitivos; o se puede explicar, solicitar consentimiento, y hacerlo en forma delicada y respetuosa. El contexto de cuidado, por supuesto, es también parte central de la experiencia: “Es muy diferente un tacto cuando hay tensión que cuando no la hay. Una mujer con miedo, con hambre, con frío, a la que no le explican nada... isu cuerpo va a estar muy apretado!” (M.E10).

Los cuerpos que se sintieron violentados con los tactos – que vimos más arriba en este apartado – eran estos cuerpos “apretados”. El cuerpo de Pati, al que la matrona se acercó delicadamente para explicar y asegurarle que el tacto sería indoloro, se soltó y confió. Volvamos a la historia de Pati:

Y ese fue el único tacto que tuve en todo el parto, que fue en el fondo el tacto que definió cuánto estaba avanzado mi trabajo de parto, para decidir que era un buen momento para ir a la clínica. Yo no quería tener parto en casa, yo había decidido que quería tener trabajo de parto en casa, y luego el parto en la clínica. Y con esa definición de que yo ya estaba de 7 cm., no solo me puse absolutamente feliz de la vida, de decir OK, ya está, si estoy con 7 ya estoy, ya estoy haciendo mi parto, vamos pa’delante no más, ya queda la recta final.

Pero además fue súper bueno porque fue la decisión del momento preciso para irse a la clínica, y de hecho allá continuó el trabajo de parto; más adelante hubiera sido muy incómodo el traslado. Entonces fue un muy buen tacto, porque permitió tomar la decisión, permitió saber, me llenó como de optimismo y no dolió nada. Y después no hubo más tactos. Después fue simplemente trabajo súper activo en la clínica, muchas posiciones, movimiento, y ella miraba, yo me acuerdo que la matrona miraba simplemente [...], lo que sí hizo fue cada cierto rato ponerme el monitor para escuchar los latidos de mi hijo. (Pati, U.E16)

¡Puede haber “muy buenos tactos”! A Pati le puso absolutamente feliz saber que estaba en un trabajo de parto avanzado, la llenó de optimismo, le dio la tranquilidad de decidir que era la hora adecuada de trasladarse a la clínica, donde había decidido que sucediera el parto. Y durante las restantes 5 horas de trabajo de parto, no hubo más tactos vaginales, pero sí mucho (con)tacto afectivo y de apoyo.

Cierro este apartado con un breve extracto del testimonio de Verónica que menciona la función de apoyo del tacto:

Parí en casa con una matrona que casi no me tocó más que para hacerme cariño, una doula maravillosa que me contuvo todo el tiempo y se ocupó de que el ambiente fuera el adecuado y mi pareja que me apoyó todo el tiempo. Juntos vocalizamos, nos movimos, lloramos, reímos y parimos. (Verónica, 399)

III.4.2. El movimiento y posición

De los casos reportados entre 2014-2017 en la encuesta OVO Chile (2018), ante la pregunta de si hubo restricción de movimiento en parte o todo el trabajo de parto, un 65% en salud pública y un 38% en salud privada respondió afirmativamente. Con respecto al periodo expulsivo del parto, un 77% en salud pública y 79% en salud privada ocurrió en posición litotómica, es decir, con la mujer acostada sobre su espalda y sus pantorrillas apoyadas en pierneras. En el estudio de Binfa y colegas (2016), un 80% de los partos ocurrieron en esta posición, con diferencias entre las 9 maternidades públicas estudiadas.¹⁹¹ El porcentaje más alto se presentó en el Hospital estudiado en Coquimbo, donde se observó un 99% de los partos en posición supina, seguido de los hospitales de Rancagua (97%), Iquique (94%), Ancud (87%), y Santiago (86%, única ciudad en que se incluyeron dos hospitales). Con menos del promedio de 80% se encontró Valparaíso (73%), Coyhaique (61%), y sorprendentemente en Concepción solo un 4% de los partos

¹⁹¹ En el estudio de Binfa y colegas (2016), las observaciones se realizaron entre el 2010 y 2014, por tanto es comparable con el periodo 2009-2013 de la encuesta OVO Chile (2018): nos encontramos con 80% de litotomía en el primero y 81% en el segundo, ambas cifras de salud pública.

ocurrieron en litotomía (en esta región el 94% sucedió en posición sentada o semisentada).¹⁹² Queda claro entonces que se trata de una posición que se utiliza ampliamente en la atención obstétrica en nuestro país.

¿Qué dicen las recomendaciones para la atención con respecto al movimiento y posiciones? La OMS (2018) recomienda que durante el trabajo de parto se debiera “alentar la movilidad y adoptar una posición erguida” (recomendación N°25); y que, para el periodo expulsivo de parto, en mujeres sin y con anestesia peridural, se promueva la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, incluyendo posiciones erguidas (recomendaciones N°34 y N°35). En partos sin complicaciones, la postura litotómica no reporta beneficios para la mujer ni feto: la mujer pierde contacto con puntos de apoyo para pujar a su bebé; queda con la pelvis fija, sin posibilidad del movimiento que facilita el trabajo de parto; el feto debe subir por el canal de parto para salir, generando una presión inadecuada en la zona perineal (que se traduce en mayores traumas vagino-perineales) y complicando el periodo expulsivo; entre otras (Deliktas y Kukul, 2018; Paciornik, 1998). El doctor Roberto Caldeyro-Barcia¹⁹³ ya había expresado hace décadas que, a excepción de ser colgada por los pies, la posición supina o litotómica es la peor posición concebible para el trabajo de parto y parto (1975, citado en Davis-Floyd, 2003, p. 122).

La revisión Cochrane de este tema plantea que la posición litotómica se adoptó para que el personal de salud se pueda ubicar de forma cómoda para la atención del parto, pero que sin embargo resulta para muchas mujeres una posición dolorosa, incómoda y difícil. Sus autores plantean que las mujeres dan a luz más fácilmente en posiciones verticalizadas ya que la pelvis puede expandirse a medida que el feto desciende, y que la gravedad también puede ser útil y el feto beneficiarse porque el peso del útero no presionará los vasos sanguíneos principales de la madre que suministran oxígeno y nutrición (Gupta, Sood, Hofmeyr y Vogel, 2017). Hay un cuerpo contundente de evidencia que muestra los beneficios de las posiciones verticalizadas y de cuatro puntos (apoyadas en rodillas y manos) para el parto (por ejemplo: Berta, Christensson, Mekonnen y Adefris, 2019; Moraloglu et al., 2017; Walker et al., 2012).

En los lineamientos de atención de nuestro país, se indica que en partos sin complicaciones se debe “evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas), estimular a la mujer que adopte posiciones más verticales, de acuerdo a su preferencia” (MINSAL, 2008, p. 203). Siguiendo la clasificación de la OMS de prácticas para el parto normal, en el *Manual de Parto Personalizado* se identifica la “posición en decúbito supina de rutina durante la dilatación” como una de las prácticas que son claramente

¹⁹² En el caso de Concepción respondió a que contaban con camillas de atención reclinables, y no implica que el modelo de atención haya transitado hacia uno menos intervencionista (como lo comprueban además los otros datos disponibles de dicha maternidad). (Comunicación personal con una de las autoras)

¹⁹³ Médico uruguayo (1921-1996) quien fuera director del Centro Sudamericano de Perinatología y presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

perjudiciales e ineficaces y que debieran ser eliminadas (p.217). El mismo documento presenta una tabla con las ventajas y desventajas asociadas a cada posición durante el trabajo de parto y parto; con respecto a la posición supina, se expone lo que sigue:

Posición	Ventajas	Desventajas
Echada sobre su espalda (posición supina)	<p>Conveniente para los procedimientos que realizan los profesionales y la evaluación vaginal</p> <p>Puede ayudar a descansar</p> <p>Conveniente para el monitoreo fetal electrónico</p>	<p>Puede no aumentar el descenso del bebé si la situación es alta</p> <p>Cansadora en periodos largos</p> <p>Las piernas pueden tener sensación de adormecimiento, por periodo muy largo</p> <p>Puede provocar hipotensión supina y peligro fetal</p> <p>Puede aumentar el dolor de espalda</p> <p>Psicológicamente más vulnerable</p> <p>Las contracciones de trabajo de parto resultan más largas y dolorosas, menos productivas</p>

MINSAL, 2008, p. 210.

Como se ve en la Tabla N°12, las ventajas reportadas para la posición supina son principalmente para comodidad de los equipos de salud, pero queda claramente expuesto que no representa ventajas para el proceso de parto mismo ni para la mujer.

Lo que debiera promoverse, y se clasifica como una de las prácticas obstétricas útiles según el *Manual* (MINSAL, 2008), es la “libertad de posición y movimiento durante todo el parto” (p.217), señalando claramente que durante el trabajo de parto fisiológico se debe “estimular la deambulación y la adopción de las posiciones más cómodas para la mujer” (p.198). Las posiciones verticalizadas, plantea el mismo texto, sí presentan claras ventajas: “tasas más bajas de cesárea, episiotomía, analgesia, oxitocina y duración del periodo expulsivo” (MINSAL, 2008, p.23). Las posiciones que se pueden adoptar durante el trabajo de parto son las que siguen: de pie; de pie e inclinada hacia adelante; caminando; sentada derecha; semisentada; sentada, inclinada hacia delante con apoyo; sobre manos y rodillas; de rodillas, inclinada hacia delante con apoyo; echada de costado; en cuclillas; y decúbito lateral (MINSAL, 2008, p.209-210).

En la página web del Chile Crece Contigo se repite y refuerza la misma información que entrega el *Manual*:

Las guaguas nacen vía **parto vaginal**, un proceso natural propio de las mujeres; o por cesárea, un procedimiento quirúrgico que se debe realizar sólo en casos específicos, indicados por el médico. La mayoría de los partos debieran ser por vía vaginal y de manera

natural, y sólo una mínima parte debiera terminar en cesárea. Para el parto vaginal se pueden utilizar distintas posiciones:

De espalda horizontal: Esta posición ha sido la más utilizada en los hospitales en los últimos años. Permite a la matrona y/o al médico realizar las maniobras de asistencia al parto con **mayor facilidad**. Sin embargo, es la posición menos recomendada para lograr un parto normal, dado que no facilita una mayor apertura del canal de parto y la mujer no puede ver cómo nace su hijo o hija.

De espalda semi sentada: La posición **semisentada en horizontal** es una buena alternativa para el parto, tanto para el trabajo del médico y/o matrona como para la madre, ya que le permite estar cómoda durante el pujo y visualizar el parto.

En cuclillas: La posición en cuclillas puede efectuarse a nivel de **suelo** o sobre la **misma camilla**. Como es una postura de parto vertical, la mujer puede recostarse entre cada contracción para relajarse y recuperar energías.

Sentada sobre un taburete: Esta posición aprovecha la fuerza de gravedad para lograr una **mayor dilatación** durante la fase activa del parto, que es cuando la mujer debe pujar. Además, permite que quien acompañe a la madre tenga un rol más activo y de mayor ayuda.¹⁹⁴

En este texto, la posición “de espalda horizontal” es descrita como “la menos recomendada”, al igual que lo que planteara el *Manual*. Esta es la información que entrega a las mujeres de salud pública al atender a los talleres prenatales que dictan profesionales del Chile Crece Contigo. Sin embargo, a pesar de entregárseles esta información, son muchas las mujeres que al momento del ingreso hospitalario se encuentran con que no tienen la opción de un trabajo de parto ni parto en posiciones distintas a la supina, sin posibilidad de deambular o adquirir las posiciones que más les acomoden.

Es así como durante el trabajo de parto nos encontramos con testimonios que expresan la incomodidad y dolor que produce la posición de espaldas, como el de Danae: “Una persona me reprendía por moverme, a pesar de que yo estaba incómoda todo el rato en la misma posición, me dijo que si me seguía moviendo no íbamos a saber si mi guagua estaba viva o muerta” (Danae, 8188). Leonora sintió mucho dolor debido a la posición, situación que describe como “desesperante”:

“Fue muy mala [experiencia]. Me tenían atada a la camilla, no podía ni si quiera girar para cambiar de posición. Me dolía tanto la cadera, fue tan desesperante. Vomité tres

¹⁹⁴ Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/el-nacimiento/> (negritas en el texto original en la web)

veces de dolor y adrenalina. No me dieron ni agua. Fueron doce horas en las que estuve sola, completamente sola amarrada en una camilla. (Leonora, 8035)

Asimismo, las mujeres expresan que en el período expulsivo del parto la posición litotómica puede resultar muy incómoda y dificultar su capacidad de pujar: “No podía pujar ya que me tenían acostada de forma horizontal, fue muy difícil poder tener a mi hijo” (987); “Me llevaron a la sala de parto [...], me pusieron en esa camilla semi-acostada con las piernas en alto [...] no me dieron otra alternativa, ni moverme, cambiar de posición” (6342); “Estaba acostada completa, sentía presión en mi cabeza y no me dejaban sentarme” (2839); “No me permitieron parir en otra posición que no la litotómica” (8320). Para Alexandra, dicha posición se asocia a los peores recuerdos de su experiencia de parto:

Mis más negros recuerdos tienen que ver con el momento de expulsivo, sentada en la silla ginecológica yo me daba cuenta que no podía pujar bien, después del octavo pujo la cabeza de mi bebé no salía y todos comenzaron a ponerse nerviosos, a gritar, factor tiempo presente, yo insistiendo que me quería cambiar, mover de posición... finalmente una episiotomía enorme, me cortaron 2 veces, y maniobra de Kristeller hecha por el anestesista. (Alexandra, 8429)

En los testimonios que siguen, Soledad y Angélica se refieren a su frustración al no haberseles permitido adoptar otras posiciones:

Una de las cosas más frustrantes fue que yo leí en la página web del MINSAL que se respetaban diversas prácticas en el parto, como elegir la posición al parir o moverse libremente en el pre parto, etc. y nada de eso fue así, no se respeta nada. (Soledad, 8517)

Mi parto me dejó con una sensación un tanto amarga, ya que no pude decidir muchas cosas sobre él, sobre todo lo que tiene relación con las posiciones que tengo la sensación dificultaron el alumbramiento, y con la falta de contacto con mi bebé tanto en el nacimiento como en las horas siguientes. (Angélica, 8108)

Vemos cómo las mujeres expresan que la posición de espaldas incómoda y duele, y, al igual que como vimos en el caso de los tactos vaginales, puede que sean regañadas o amenazadas por mostrar su insatisfacción. Hay casos en que la inmovilización toma formas extremas, como amarrar a la mujer a la camilla (en forma de castigo por su comportamiento) o de afirmarla con fuerza para impedir que se mueva. Como ejemplo, tomamos la experiencia de Alma, ocurrida en 2015 en un hospital público de la ciudad de Santiago. La experiencia de atención estuvo cargada de humillaciones, burlas, amenazas. Alma relata que “pedía llorando que me dieran anestesia y me decían que el Dr. no andaba pendiente de pendejas calientes... Pero llegó. Me pusieron 2 epidural en 2 hrs... Luego de eso nada más y me dejaron amarrada de brazos y piernas sin comer, llorando” (Alma, 7950). En el contexto de aquel relato, se entiende que la amarran como una

forma de castigo pues ella no se comportaba como se lo exigían. En otros casos vemos que la restricción de movimiento es ejercida por el (cuerpo del) personal de salud mismo, como le ocurrió a Matilde: “Cuando me retorció en la camilla me rompieron la membrana con la mano de un pellizco y se reían de mi por gritar y entre dos me afirmaban los brazos para que no me moviera” (Matilde, 4691). Estos últimos ejemplos recuerdan la reflexión sobre la práctica de tacto restrictivo y punitivo al que aludí en el apartado anterior.

En asociación a estas formas de (con)tacto que son vividos como experiencias negativas, y de la mano de la posición litotómica (pues requiere que la mujer esté en dicha postura) aparece la maniobra de Kristeller. Más arriba presenté el testimonio de Alexandra, que describía que le practicaron dicho procedimiento. Esta maniobra, también conocida como presión de fondo uterino, consiste en la aplicación de presión con el antebrazo en la parte superior del útero al momento en que sucede una contracción, con el fin de empujar al feto para que se produzca su nacimiento. El Ministerio de Salud es enfático en plantear que “la maniobra de Kristeller está proscrita” (MINSAL, 2008, p. 204). Haciendo una búsqueda en diccionarios médicos en internet, la maniobra de Kristeller se define como: “la práctica extinta de presionar el fondo uterino para facilitar un parto vaginal, que ahora se reconoce como una maniobra peligrosa que conlleva el riesgo de ruptura uterina” (Kristeller’s manoeuvre, 2011, *traducción propia*).¹⁹⁵ Esta práctica “extinta” se reportó en un tercio de los partos!! de la encuesta OVO entre 2014 y 2017: en un 27% de los partos en salud pública y en un 32% de los que sucedieron en salud privada (OVO Chile, 2018). Esta maniobra se asocia a efectos adversos maternos y neonatales, entre ellos laceración cervical, incontinencia urinaria, rotura uterina, lesión del plexo braquial y, en ocasiones, fractura de costilla materna (Rubashkin, Torres, Escuriet y Ruiz-Berdún, 2019).¹⁹⁶

En la pregunta abierta de la encuesta OVO, hay múltiples relatos de su realización: “Se subieron a mi guata y presionaban” (2893); “Una vez que la contracción llegaba, el doctor me decía ‘puja’ y la matrona con su codo se apoyaba con toda la fuerza de su cuerpo en mi guata” (6571); “Mientras pujaba, una enfermera me empujó la guata porque según ellos yo no lo hacía con la fuerza suficiente para que pariera” (8248); “Durante el parto tuve a un paramédico sobre mí

¹⁹⁵ En inglés en el original: “The extinct practice of pressing on the uterine fundus to facilitate a vaginal delivery, which is now recognised as a dangerous manoeuvre that carries the risk of uterine rupture” (Kristeller’s manoeuvre, 2011).

¹⁹⁶ La asociación española El Parto es Nuestro lanzó en 2014 una mediática campaña para llamar la atención sobre su práctica, llamada Stop Kristeller, en la cual exponían los riesgos de esta maniobra para bebés y mujeres. Para los bebés, los riesgos incluyen: un aumento de la probabilidad de las complicaciones propias de la distocia de hombros; parálisis de Erb, que es consecuencia de una lesión en los nervios del plexo braquial que controlan el movimiento de hombros, brazos y manos; fractura de húmero o de costillas; hipoxia; lesiones de órganos internos; hematomas; incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma, hemorragias intracraneales (especialmente cuando además el parto es instrumentalizado). Los riesgos para las mujeres incluyen: hemorragia y contusiones; rotura uterina e inversión uterina, que pueden provocar hemorragias graves y, en casos extremos, desembocar en la extirpación de útero; aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, perineales y vaginales; prolapso uterogénital; desprendimiento prematuro de placenta; fractura costal; contusiones (El Parto es Nuestro, s.f.a).

empujando para que mi hijo naciera” (1767); “El técnico se subió sobre mi vientre y empujó con fuerza para que saliera la cabeza de mi hijo [...] luego, volvió a decirme que faltaba poco, que aguantara un poco más, y volvió a empujar con su codo” (987).

La maniobra de Kristeller, entre las intervenciones obstétricas que las mujeres mencionan, aparece como una de las prácticas más temidas y que se asocian a peores experiencias de parto: “Lo peor de mi parto fue la maniobra de Kristeller realizada por la matrona, también los tactos para apurar el trabajo de parto” (858); “Debo decir que lo peor fue la maniobra de Kristeller, que la hizo el anestesista sin siquiera avisarme, lo que hizo que me desmayara” (2847); “Durante el parto la matrona se acostó sobre mí, el dolor era muchísimo y [el obstetra] me decía que no era dolor, que era una sensación de presión” (3324); “[La matrona] le pidió que se subiera arriba mío para empujar, fue muy doloroso, pensé que mis costillas se hacían pedazos” (1544). En varios casos se alude a las sensaciones de asfixia y ahogo que provoca esta maniobra, que incluso dejan secuelas traumáticas, como les ocurrió a Rafaela y Pilar:

Quando me realizaron la maniobra de Kristeller tuve que sacarle las manos de encima al doctor por lo menos dos veces, ya que me apretaba tanto que sentía que me cortaba la respiración, no sentía los pujos ya que me pusieron anestesia dos veces y no sentía absolutamente nada. (Rafaela, 5855)

Mi ginecólogo fue horrible, me decía en pleno parto que no sabía pujar, que no tenía fuerza. Mi matrona con la maniobra de Kristeller, me ahogaba y aún sueño con esa sensación cuando estoy bajo mucha presión... sueño con ese momento. (Pilar, 1146)

Son varias las mujeres que relatan haberse dado cuenta de que les iban a practicar un Kristeller, frente a lo cual solicitaron que no se hiciera. En las experiencias de Yael y Miriam, dicha solicitud no tuvo eco:

[El obstetra] Me dijo que si no me apuraba haría corte de periné y como me negué a autorizar [la episiotomía], hizo salir a la matrona del pabellón para indicarme que si no lo hacía usaría fórceps, por lo tanto, no tuve otra que aceptar. En el expulsivo final perdí el conocimiento por unos segundos y días después recordé que antes de parir el doctor apretó mi guata a pesar de que yo me negué gritándole, a ese tipo de ayuda que entiendo como maniobra de Kristeller. (Yael, 1075)

Me pasaron a pabellón, me pusieron en posición ginecológica, es decir, yo me puse sola sin ayuda de nadie, sufriendo de dolor. Me hicieron episiotomía sin mi consentimiento. También la matrona me hizo la maniobra de Kristeller, cuando veo que la iba a hacer le grité que NO LA HICIERA, finalmente la realizó igual. (Miriam, 6547, *énfasis en el texto original*)

Sin embargo, en otros casos el rechazo materno a la realización de la maniobra sí es exitosa, como relatan Magdalena y Daphne:

Cuando pasamos a la sala de parto, antes que llegara mi pareja, el becado o interno se acerca y sin avisarme ni preguntarme, pone su antebrazo a la altura de mi diafragma. No había empezado a pujar, ni nadie le había dado esa indicación pues aún estaban preparando el material y el campo. Le dije “disculpa, ¿me vas a apretar?” (no quise preguntarle por Kristeller porque no sabía pronunciarlo bien). Y él respondió sorprendido que sí, durante las contracciones. Me puse seria y le dije que no quería que lo hiciera. Él se mostró sorprendido y se fue. Mi pareja llegó poco después y no lo recuerda en mi parto. Quizás la experiencia más triste fue un día antes de irme de alta, cuando llegó otra chica que me comentó su parto y fue horrible, la maltrataron verbal y físicamente, la discriminaron y al menos dos hombres le hicieron Kristeller mientras ella pedía que no lo hicieran porque le dolía. (Magdalena, 85)

Vinieron las ganas de pujar, aún no rompía la bolsa y me la hicieron ellos. La matrona dijo “yo le ayudo” y se subió encima a amasarme la panza, yo le dije “ino me haga Kristeller!” [Y la matrona no la realizó] Al final todos reían, porque cómo era posible que la mamita estuviera tan atenta y supiera esas cosas. (Daphne, 143)

Magdalena era alumna de medicina al momento de ocurrir el parto, y es probable que su status como tal haya funcionado para desincentivar la realización de la práctica. Pues en su mismo relato ella describe cómo a otra mujer sí se la practicaron a pesar de que ella “pedía que no lo hicieran”. En el testimonio de Daphne vemos que su petición de que no le realizaran la maniobra tuvo resultado, sin embargo luego vino la burla, como si a ella no le correspondiera estar tan informada.

Marcia describe que le realizaron esta maniobra varias veces, y en su relato se refiere a la tortura de haber estado en posición litotómica viviendo esta práctica:

Estuve casi de las 12 hasta las 6 de la mañana poniéndome en una posición acostada con los pies hacia arriba y pujando, ella [matrona] apretándome la parte superior de la guata, yo no tenía idea de nada, solo que mi dolor era insoportable. [...] Como a las 6 me pasaron a la sala de parto, donde fue la misma tortura, me hicieron acostarme de patas pa’arriba y pujar, ella hacía lo mismo, me apretaba la guata, yo sentía que no tenía más fuerzas, después empezó a nacer mi bebé, lo sacaron con fórceps ya que según ellos estaba muy arriba y no quería salir. (Marcia, 8498)

Este parto fue vivido como tortura. Tortura de que le apretaran la “guata” mientras estaba acostada “de patas pa’arriba” y pujando. Tortura que quiere representar la artista británica Julie Roberts en su obra *Gynaecology Chair* (1994):



Julie Roberts, *Gynaecology Chair*, 1994. Óleo y acrílico sobre tela.

Esta silla ginecológica:

Aborda la opresión del cuerpo femenino. Aquí, la silla ginecológica está pintada con un realismo casi extraño, pero flota sin ataduras sobre un fondo azul, de modo que, divorciada de cualquier contexto médico, comienza a parecerse a un arma o un instrumento de tortura. [...] El escrutinio crítico del cuerpo femenino, aunque ostensiblemente terapéutico, define simultáneamente los cuerpos femeninos como objetos para ser disciplinados y controlados.¹⁹⁷

¹⁹⁷ Fragmento del texto descriptor de la obra (traducción propia) en la exposición “Britain in the World” del Yale Center for British Art (exposición abierta entre mayo de 2016 y diciembre de 2019). Mis agradecimientos a Flora Vilches por facilitarme las fotos de dicha exposición.

La posición decúbito dorsal infantiliza a la mujer, la deja expuesta y abierta frente al personal médico, a una altura física inferior a quienes la atienden, sin posibilidad de observar directamente el momento del nacimiento. La mujer se disocia completamente de la llegada de su bebé, pues permanece desinformada de lo que sucede en su esfera genital (Paciornik, 1998). Mediante esta posición, el cuerpo femenino queda separado entre dos dominios: el segmento superior del tronco y cabeza, donde habitualmente ubican a los acompañantes no médicos del parto, y el canal de parto, territorio médico. Simboliza el status médico: el obstetra está “arriba” y la mujer “abajo”, sometida al control médico (Davis-Floyd 2003, 2018a).

Recuerdo a Clara, protagonista de mi memoria de título. Cuando estaba ya en la posición litotómica en el periodo expulsivo:

Una auxiliar sube la mesa ginecológica y pregunta ¿está bien la altura, doctor? Él responde afirmativamente, y más tarde esta y otra auxiliar insisten en preguntarle si no está muy arriba o muy abajo. Le preguntan, cada tantos minutos, si necesita algo, más luz u otra cosa; responde negativamente. A Clara no le preguntan nada: es ella quien pregunta qué le están haciendo, cómo está su bebé. Con cada contracción, puja y pregunta ¿está bien así?” (Sadler, 2003: 109).

La función ritual de esta posición, para Davis-Floyd (2003), es la de completar el proceso de inversión simbólica a la que se somete la mujer desde su ingreso al hospital: nos encontramos con sus patrones corporales habituales de relación en el mundo completamente invertidos, sus nalgas al borde de la camilla, sus piernas elevadas y suspendidas en el aire, su vagina completamente expuesta: “Me sentí vulnerable, expuesta, sola y vejada en cuanto a exposición física de mi desnudez en un pabellón frío” (959); “En el momento del parto [...] yo estaba sin nada de ropa, expuesta, y me sentí incómoda” (2173); “Estaba abierta de piernas en la camilla expuesta a toda la gente dentro de la sala” (2553); “Me sentí en vitrina con la vagina siempre expuesta” (2941).

“Como la máxima inversión simbólica, es ritualmente apropiado que esta posición se reserve para el mayor momento transformacional de la experiencia iniciática: el nacimiento mismo”, plantea Davis-Floyd (2003, p. 123, *traducción propia*). Es en el nacimiento cuando se completa el rito, al nacer el nuevo ser humano y quedar la mujer transformada en madre. Esta inversión simbólica a la que alude la autora serviría como forma de domesticación de la mujer para que adhiriera a los valores sociales que se esperan de la buena madre (Cohen Shabot, 2016).

También es relevante comentar que en casos de cesáreas hay innumerables testimonios que se refieren a la incomodidad y angustia que genera la inmovilización a la camilla. Si bien se trata de una cirugía y la posición de espaldas es un requisito, en muchos casos se les amarran a las mujeres ambos brazos con correas (con la justificación de que están conectadas a vías y no deben

moverse), impidiendo la movilidad de estas extremidades. En varios relatos las mujeres expresan haberse sentido crucificadas: “Me amarraron los brazos, totalmente crucificada” (4959); “Yo estuve todo el rato amarrada como en crucifixión, odié la experiencia” (3630); “Lo más triste de mi cesárea fue que me sentí crucificada, estaba amarrada de manos y no me dejaron tener a mi bebé en sus primeros segundos” (4936); “La cesárea fue muy fría, un segundo de mirar a mi bebé y se lo llevaron, yo estaba crucificada literalmente” (6323); “Me llevaron a pabellón y me sentía crucificada, amarrada de brazos y tenía tanto miedo que sentía como temblaba y aunque intentaba tranquilizarme no podía” (2072). En el diccionario de la RAE, se encuentran tres acepciones para la palabra crucificar: “1. Fijar o clavar en una cruz a alguien; 2. Causar un sufrimiento físico o moral a alguien; 3. Criticar con dureza a alguien o algo”.¹⁹⁸ En los testimonios de mujeres se superponen estos sentidos: estar “crucificadas” implica estar inmovilizadas en posición de cruz, viviendo sufrimiento físico y/o moral. En uno de los testimonios recién presentados se expresa haber sentido mucho miedo, en otro tristeza, y si ponemos en contexto mayor todos estos relatos, nos encontramos con experiencias de temor y angustia al sentir que no están en dominio de su cuerpo.

Además, esta “crucifixión” impide que las mujeres puedan hacer contacto con su bebé tras la cesárea: “Tenía brazos y piernas inmovilizados por lo que no pude tocar a mi bebé, sólo lo apoyaron en mi mejilla por dos o tres minutos” (3041); “Me tenían amarrada de piernas y manos y no pude tocarla, ni siquiera me la acercaron para darle un beso” (4594); “Jamás pude abrazarla porque yo estaba atada... me culpo a mí misma por no exigir que me soltaran para abrazarla y sentirla en mi pecho desnudo como lo soñé” (717).

Por el contrario, en las experiencias de cesárea descritas como respetuosas, la posibilidad de tener los brazos libres y poder sostener a sus bebés aparece como central; lo cual coincide con la recomendación del Chile Crece Contigo de que en casos de no haber complicaciones se promueva dicho contacto: “Conversa con el equipo de salud para prever que, en caso de una cesárea, puedas estar acompañada y coloquen a tu guagua en contacto piel con piel inmediatamente después de su nacimiento, si las condiciones de salud lo permiten”.¹⁹⁹ La redacción de esta medida es reveladora: al plantearlo como “conversa con el equipo de salud para prever que...”, en lugar de como una práctica que debiera realizarse, queda abierta la posibilidad de que el equipo no esté abierto a dicha conversación. De hecho, se trata de una medida que ha costado mucho implementar, por temores infundados de los equipos a la seguridad del bebé en dicho escenario (mujer anestesiada, de espaldas, con brazos conectados a vías venosas).

Beatriz y Leyla sí tuvieron dicho contacto con sus bebés tras la cesárea:

¹⁹⁸ Recuperado de www.rae.es

¹⁹⁹ Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/el-nacimiento/?etapa=gestacion-y-nacimiento>

Tengo muy buenos recuerdos de mi parto. [...] Nos sentimos protagonistas todo el tiempo. [...] Pese a haber sido una cesárea desde el momento en que nació lo tuve pegado a mi pecho. Lo entregué recién 20 minutos después de nacido, apenas 5 minutos para que lo pesaran y lo midieran a un metro mío (el papá lo manipuló siguiendo las instrucciones de la neonatóloga), luego me lo pasaron nuevamente y me lo llevé en brazos desde el pabellón a mi pieza (alguien lo sostuvo un segundo cuando me cambiaron de cama). Nunca me amarraron, no se me negó nada de lo que pedí. (Beatriz, 568)

Mi bebe nació bien, grande, en un ambiente respetuoso, nos permitieron tener mantras como música, a mí no me amarraron los brazos, pude ver cuando sacaron a mi bebé y de inmediato lo pusieron en mi pecho, hicimos apego por unos minutos, luego el papá fue con él para que lo pesaran, revisaran y vistieran. Y volvió a mis brazos. (Leyla, 5951)

No les amarraron los brazos. Ambos relatos explícitamente lo marcan, como queriendo decir que a ellas no les sucedió lo que a otras sí. Este no amarrar permite que queden menos alienadas del proceso de nacimiento de sus bebés: “lo tuve pegado a mi pecho”, dice Beatriz; “pude ver cuando sacaron a mi bebé”, expresa Leyla.

En sentido similar, en partos vaginales que ocurren en posiciones libres, las mujeres no se disocian del nacimiento de sus bebés, y aparecen relatos donde se incorporan activamente al proceso. En una experiencia de parto que su protagonista describe como “bella”, tuvo “libertad de movimiento y [para] parir en la posición que yo instintivamente elegí” (7002). En otra que fue “tan buena y me empoderó tanto”, ella pudo “caminar, moverme y elegir mi posición para parir” (6924). Una “experiencia intensa pero inmensamente satisfactoria” estuvo marcada por un constante “ambiente amoroso y de mucha contención, en el cual se respetaron mis movimientos, mis tiempos y emociones” (1284). Una mujer que recuerda su experiencia “con alegría”, relata cómo “en el hospital respetaron mi parto en todo momento”; se trató de “un parto vertical respetado sin anestesia” (8461). Otra mujer “contenta” con su experiencia, expresa que “todo fluyó a su propio ritmo, y a los 10 minutos antes del nacimiento, entró el doctor que respetuosamente aceptó mi posición y se sentó en el suelo a recibir a mi hijo” (3051). Una que evalúa que “el trato fue buenísimo” en un hospital público, cuenta que su parto fue “muy respetado, pude elegir la posición en cuál tener a mi bebé y mi esposo siempre estuvo conmigo” (2651). En otro parto descrito como “muy bueno”, “el doctor y la matrona figuraban de rodillas en el piso” (1791). En “una experiencia maravillosa” de parto en una clínica, la mujer se sintió “en plena libertad”, dio a luz “con placer, de pie y abrazada con mi marido” (4082).

En un detallado relato del trabajo de parto en casa antes del traslado al hospital, Alba describe cómo las contracciones:

Desde el principio fueron rítmicas e intensas y no podía no moverme a su ritmo candente [...] Me movía al son de cada contracción con mis caderas para que se acomodaran. [...]

Recuerdo algunas contracciones como olas bien intensas y que entre masajes, guatero, pelota y movimiento aliviaban el dolor. [...] Me balanceaba abrazada de mi compañero. (Alba, 8268)

“No podía no moverme”, dice Alba. En efecto, el movimiento y cambio de posiciones ayuda a lidiar con el dolor. “Me movía con mis caderas para que se acomodaran”, y claro, la pelvis (que ella refiere como “caderas”) se compone de tres huesos articulados (dos huesos ilíacos y el sacro coxis), que se mueven para que el feto vaya acomodándose durante el trabajo de parto (Calais-Germain y Vives, 2013). En varios relatos es la mujer misma quien recibe a su bebé:

Mi parto fue una muy buena experiencia. [...] Se respetó mi plan de parto, durante el parto solo éramos 4 personas, en un ambiente íntimo, me dilataban con compresas calientes, cuando nació yo la recibí, cortaron el cordón solo cuando dejó de latir, no me separé nunca de ella... fue muy lindo y me siento muy agradecida. (Aurora, 8370)

Me siento enormemente agradecida de la experiencia de parto. [...] Yo la recibí con mis manos, adoptando una posición que me permitiera ver su salida. [...] Fue una experiencia que me ha hecho sentir amada, respetada, capaz de superarme. (Valeria, 1143)

Aurora y Valeria describen sus experiencias de parto como buenas, respetadas, maravillosas; aparecen conceptos como ritmo, fluidez y libertad. Y volvemos a la reflexión planteada al hablar de los tactos: las mujeres que se sintieron integralmente cuidadas y cuyos partos son descritos desde sentires positivos ocurrieron en contextos de atención donde fueron consideradas como personas integrales, activas, protagonistas.

III.4.3. La epidural

Voy ahora a referirme a la anestesia, en especial la epidural –que es la que más se utiliza en la actualidad-, que nos abre a la gran temática del dolor en el parto. Como hemos visto en los apartados anteriores, las mujeres que viven un exceso de intervenciones obstétricas describen a menudo la experiencia de dolor asociada. En efecto, gran parte de las intervenciones de rutina son dolorosas en sí mismas y/o aumentan el dolor físico del proceso: los tactos vaginales –más cuando se acompañan de la divulsión del cuello del útero o de rotura de membranas-, la administración de oxitocina artificial, la imposibilidad de deambulación o movimiento libre, la posición litotómica. Como planteé al inicio de este capítulo sobre intervenciones obstétricas, se entra en la cascada de intervenciones que tiene efectos negativos y dañinos:

La oxitocina sintética provoca unas contracciones más fuertes y por tanto dolorosas que las originadas por la oxitocina endógena. Esto suele llevar a la mujer a solicitar la epidural como medio más efectivo para paliar el dolor. La epidural a su vez ralentiza el parto, lo

que obliga a aumentar la dosis de oxitocina, de manera que se entra en una espiral peligrosa, tanto para la madre como para el bebé. Este último puede terminar teniendo sufrimiento fetal, por no poder soportar el ritmo y la intensidad de estas contracciones provocadas artificialmente. [...] Cuando se usa oxitocina sintética hay que monitorizar de manera continua la frecuencia cardiaca fetal, para poder advertir enseguida si las contracciones perjudican al bebé. Esto implica que si no se dispone de un monitor inalámbrico se verá comprometida la movilidad de la mujer, que deberá estar atada al monitor mediante cables, con lo que esto conlleva de incomodidad, aumento del dolor, dificultad para el descenso del bebé, etc. (El Parto es Nuestro, s.f,b)

Como vemos en este resumen de evidencia redactado por la asociación española El Parto es Nuestro, la cadena de intervenciones provoca un aumento del dolor físico asociado al proceso y por ende lleva a que las mujeres soliciten la anestesia epidural. Paradójicamente, es común escuchar que es el dolor físico del parto mismo el que hace necesaria la epidural, cuando podríamos reformularlo como que las intervenciones obstétricas intensifican a tal grado el dolor físico –y, agreguemos, psíquico y moral- que se hace necesaria la epidural. Les invito a recorrer esta reflexión en el presente acápite.

En los antecedentes a este trabajo describimos cómo desde 2007 la analgesia del parto es una Garantía Explícita en Salud (GES), que consiste en:

El adecuado manejo del dolor con apoyo farmacológico, para mejorar la calidad de atención de la mujer durante el trabajo de parto y en el parto. Las técnicas de analgesia regional constituyen la mejor alternativa actual para el alivio farmacológico del dolor en el trabajo de parto y en el parto vaginal.²⁰⁰

En la Guía Clínica AUGÉ Analgesia del Parto (MINSAL, 2013), se explica que la elección de la técnica analgésica dependerá de factores como “la condición de la parturienta y del progreso del trabajo de parto, además de los recursos humanos y físicos disponibles en el centro asistencial” (p. 7). El *Manual de Parto Personalizado* (MINSAL, 2008) menciona como técnicas farmacológicas a la anestesia epidural y el óxido nitroso, siendo la primera la más utilizada.²⁰¹

²⁰⁰ Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-3707.html>

²⁰¹ Si bien en el *Manual de Parto Personalizado* (MINSAL, 2008) se mencionan sólo esos dos métodos farmacológicos, en la Guía Clínica AUGÉ Analgesia del Parto (MINSAL, 2013) se presentan más alternativas, mencionándose los siguientes: regional (neuraxial, bloqueos periféricos, local); inhalatoria; sistémica (intravenosa o intramuscular). Las técnicas de anestesia regional de tipo neuraxial son las más utilizadas: “El concepto neuraxial significa que se accede al neuroeje (neuroaxis), en el espacio epidural o en el espacio subaracnoideo, para la administración de agentes anestésicos locales y/o analgésicos opioides. Las técnicas involucradas en el concepto de anestesia/analgesia neuraxial son la epidural o peridural, la espinal o raquídea, y la combinada espinal-epidural” (MINSAL, 2013, p. 8). En los testimonios de mujeres que presentamos, además de la epidural se menciona el uso del óxido nitroso, que corresponde a un método inhalatorio. El *Manual* (MINSAL, 2008), indica que este método “es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efectos cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto o al recién nacido, ni afecta la lactancia. Sin embargo no ejerce un efecto analgésico potente en el trabajo de parto activo” (p. 200).

En la página web de la Superintendencia de Salud, se explica que: “Si tú o alguna de las personas de tu grupo familiar pertenece a Fonasa o a una Isapre y presenta una enfermedad, lo primero que debes reconocer es si este problema está incluido en GES.”²⁰² Se habla de “enfermedad” y de “problema”, y de hecho la lista de Garantías Explícitas en Salud se titula de “problemas de salud”.²⁰³ De este modo, la “analgesia del parto” va de la mano de una serie de cánceres, afecciones cardiovasculares, respiratorias y otra larga lista de enfermedades, instalándose en la categoría de enfermedad o problema de salud.

Por ello, la medida parecía contradictoria con el espíritu con el que el gobierno impulsó el parto personalizado desde 2008, que pone énfasis en des-patologizar y des-medicalizar el parto. Reconociendo lo anterior, de todos modos se consideró una medida necesaria para que se asignaran recursos económicos a la prestación y reducir la brecha de acceso existente entre los dos subsistemas de salud. Como mencioné en los antecedentes, en 2006 en salud privada la cobertura de epidural era casi total, mientras en salud pública era de 42% (Villagrán et al., 2012). Es importante mencionar que para lidiar con el dolor sin medidas farmacológicas se requiere de un ambiente de contención y cuidado integral de la mujer, de limitar las intervenciones de rutina, y de potenciar todas aquellas prácticas que ayudan a lidiar con el dolor (movimiento y posiciones libres, acompañamiento continuo, masajes, aplicación de calor, entre otras), lo cual es muy poco usual en el país. Podemos suponer que gran parte del 58% de los partos que no contaron con epidural en 2007 sí tuvieron numerosas intervenciones de rutina, incluida oxitocina artificial, y contaron con pocas medidas de apoyo no farmacológicas de apoyo al dolor. Este tipo de experiencias son las que construyen el relato contemporáneo del parto como extremadamente doloroso, pues de hecho lo es.

Atendiendo al Manual (MINSAL, 2008) y a las prestaciones del Chile Crece Contigo, se aprecia la intención de evitar la comodificación del uso de la epidural durante partos vaginales. El *Manual* plantea que, en caso de indicarse la analgesia epidural, se utilice “en la etapa de trabajo de parto activo y en las menores dosis posibles, lo cual disminuiría la incidencia de prolongación del periodo expulsivo descrito en algunas publicaciones” (MINSAL, 2008, p. 200). Estas dosis bajas permiten que la mujer mantenga sensaciones corporales (a la vez que el dolor se alivia), y pueda por tanto continuar moviéndose. Observando los datos de la encuesta OVO Chile (2018) para el periodo 2014-2017, en salud pública se reportan más partos en posición litotómica (77%) que los que tuvieron epidural (74%), mientras en salud privada ocurre lo inverso; y ocurren menos partos en posición supina que los que contaron con epidural (79% y 87% respectivamente). Es decir, en salud privada se promueve más que en pública el parto en posiciones que no sean la supina habiéndose administrado anestesia.

²⁰² Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-3130.html>

²⁰³ <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index>

En la página web del Chile Crece Contigo se presenta una reflexión sobre el sentido del dolor durante el trabajo de parto:

Una de las características del dolor en el parto es el ritmo, hay dolor, pero luego hay pausa en la que inundada de endorfinas, te sientes muy bien. **El dolor NO es permanente ni constante.** Esta experiencia tiene una cualidad emocional, puede ser influenciada positivamente por un ambiente agradable, calmado e íntimo. Cuando logras comprender el sentido del dolor y lo integras como uno de los desafíos del parto, lo aceptas y disminuye el miedo, comprendiendo que el dolor del parto no es sinónimo de sufrimiento. Es un aviso de que el nacimiento se acerca. Dan ganas de moverte y ello facilita el descenso de la guagua. Te pone alerta y ayuda a ingresar gradualmente en un estado de trance que permite entregarte al parto y dejarte llevar por las contracciones.

El uso de **anestesia** para disminuir el dolor durante el parto es una alternativa, pero no es la única forma de aliviar el dolor. Es importante estar bien informados, ya que todo medicamento analgésico o anestésico, conlleva potencial riesgo para la madre o la guagua. Dentro de la garantía GES (AUGE) 2007 de atención de parto personalizado se contempla la incorporación del manejo del dolor mediante disponibilidad de alternativas de analgesia.²⁰⁴

En el *Manual* (MINSAL, 2008) también se encuentra una reflexión sobre el dolor durante el parto que va más allá de la mera sensación fisiológica: “Es importante destacar que el dolor también puede estar influenciado por las experiencias pasadas vividas, o transmitidas entre generaciones, en el entorno socio-cultural y las expectativas individuales ante este evento” (p. 199). Por ello enfatiza que:

Es de responsabilidad del equipo profesional el dar la respuesta más adecuada a la madre al momento de informarle sobre el plan inicial, en términos del apoyo que recibirá al momento de solicitar ayuda para alivio del dolor. Este dependerá de los recursos locales humanos y físicos, de los problemas médicos u obstétricos concurrentes, y de los recursos psicológicos y preferencias de la parturienta. (MINSAL, 2008, p. 199)

Esta “respuesta más adecuada”, atendiendo a una serie de factores que se configuran en la atención de cada usuaria, debiera ser central. Sin embargo, como muestro en los testimonios en este apartado, lo más habitual es que en la atención del parto se reduzca el dolor a su dimensión física. Ello, como plantean Kleinman y colegas, responde a que el paradigma biomédico es uno reduccionista: reduce la experiencia del dolor a mecanismos etiológicos; procesos biológicos que se miden en términos objetivos y cuantitativos (Kleinman, Brodwin, Good y DelVecchio Good, 1992). Sin embargo, desde las ciencias sociales se enfatiza que el dolor es un concepto que

²⁰⁴ Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/el-nacimiento/> (negritas en el texto original)

sintetiza la experiencia corporal y psíquica, una característica íntima de la experiencia vivida de los individuos en el contexto de su mundo social local y época histórica (Serementakis, 1998; Kleinman et al., 1992). Como tal, es una experiencia dinámica que no puede cuantificarse u objetivarse. Pero no obstante lo anterior, la biomedicina tiende a abordar el dolor principalmente como una experiencia negativa que debe y puede evitarse mediante el uso de métodos farmacológicos, invisibilizando así dimensiones importantes de dicha experiencia (Núñez, 2014).

Antes de revisar las experiencias de mujeres, destaco algunos datos disponibles para nuestro país. En el estudio de Binfa y colegas (2016),²⁰⁵ en mujeres que tuvieron trabajo de parto (excluyendo cesáreas programadas), como medidas de apoyo al dolor un 66% de las mujeres utilizó exclusivamente anestesia epidural, un 10% métodos no farmacológicos, y un 24% métodos mixtos. Sumando las mujeres que recibieron solo epidural más las de métodos mixtos (que también utilizaron epidural), nos encontramos con un total de 90% de mujeres con epidural. En la encuesta OVO Chile (2018), de las experiencias de parto vaginal reportadas para 2014-2017, un 74% en salud pública y un 89% en privada contó con anestesia epidural.²⁰⁶ Con respecto a métodos no farmacológicos de apoyo al dolor,²⁰⁷ un 38% en salud pública y 39% en privada expresó haber tenido acceso.

Con respecto al uso de epidural en salud privada, es importante destacar que en este subsistema de salud hay acceso completo a dicha anestesia, y la cifra de uso de 89% (OVO Chile, 2018) implicaría que un 11% de la muestra optó a no utilizar epidural (o se trató de casos excepcionales en los que no se alcanzó a administrar). En salud pública en cambio, si bien ha aumentado considerablemente la cobertura durante la última década, no se cuenta con acceso para todas las mujeres que la requieran. En los testimonios de la encuesta OVO Chile nos encontramos con esta situación: “No me asistieron con la anestesia que pedía a gritos” (8); “Lo que más me molestó es que cuando pedí anestesia me dijeran ‘no hay anestesista en la noche, así que tendrás que tener así no más la guagua,’ pues si hubiese pagado el parto sí habría estado el anestesista” (906);

²⁰⁵ Recordemos que se trató de un estudio observacional realizado en 9 maternidades públicas del país, cuyo trabajo de terreno se realizó entre los años 2010 y 2014.

²⁰⁶ El estudio de Binfa et al. (2016) se realizó en grandes hospitales del país, todos de alta complejidad, por lo que se trata de instituciones que cuentan con profesionales anestesiólogos en forma continua (aunque no siempre disponibles); probablemente por ello dicho estudio tiene mayor uso de epidural que el de OVO Chile (2018). A diferencia, la encuesta OVO Chile (2018) fue respondida por mujeres ubicadas en distintas regiones y localidades del país, incluyendo partos ocurridos en hospitales de mediana y baja complejidad donde el acceso a epidural es bastante más restringido.

²⁰⁷ Entre las alternativas no farmacológicas, el *Manual* plantea que se deben privilegiar aquellos métodos y técnicas que sean inocuas y seguras para la madre y el recién nacido, como técnicas de relajación y de respiración aprendidas durante clases prenatales, masaje dorsal, cambios de posición, ducha o baño de tina tibio al comienzo del trabajo de parto, hielo lumbo-dorsal, masaje y ejercicio sobre pelotas de masaje (MINSAL, 2008, p. 200).

“Después de 6 horas de trabajo de parto solicité anestesia, la cual se me negó, justificando que a esa hora no había anestesista” (1296); “Fue un parto sin nada de anestesia muy, muy doloroso” (8693); “Pedí la anestesia dos veces y nunca hubo respuesta” (8694).

Los obstetras y matronas entrevistados(as) confirman esta situación:

Idealmente la analgesia al parto, como está dentro de las garantías AUGE, debería ser del 100%, pero estamos en alrededor de un 70%. A la mayoría de las mujeres a los 4-5 centímetros se le está ofreciendo la anestesia peridural. (O.E14)

La peridural, ahí el problema es que no hay anestesista. A todas las pacientes se les indica peridural, quedan todas con su indicación dada, pero la administración depende de la disponibilidad de anestesista [...] acá debemos andar alrededor del 70% de partos con epidural. Generalmente hay un anestesista por turno; si hay solo uno para todo lo que se opera, que es harto -sea ginecológico, legrado, cesáreas- entonces a veces están en pabellón casi todo el día y las peri [epidural] no las ponen. (M.E16)

Acá en la maternidad tenemos solo un anestesista por turno, ese anestesista tiene que ver... tiene que ver con, tiene que sacar la tabla operatoria, porque una paciente puede salir con parto natural sin anestesia, pero una cesárea no puede salir, o sea no puedes operarla así. Si ese medico está en tres cesáreas consecutivas esta toda la mañana en pabellón, las pacientes de pre parto no tienen analgesia. Uno les ofrece analgesia inhalatoria, pero no tienen epidural. (M.E5)

Nos comprometimos como país en cosas que no íbamos a cumplir, entonces nosotros sacamos la garantía de analgesia de parto sin tener anestesistas que pudieran dar cobertura y tenemos el absurdo de casi la mitad de partos vaginales que no tienen analgesia en el momento del parto, terminan teniendo el parto con analgesia local, a veces si el anestesista está ocupado le pasan la boquilla a la paciente [óxido nitroso]. (O.E8)

Estos testimonios comprueban los datos de los estudios revisados: a pesar de ser la anestesia una garantía de salud, no se encuentra disponible para la totalidad de mujeres que la solicitan en salud pública. Considerando esta información, sería importante que a estas mujeres se les ofrecieran alternativas no farmacológicas; pero, como vimos antes, el acceso a dichos métodos es también restringido. Un acompañamiento no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto implica una mayor dedicación del personal de salud a cada mujer en trabajo de parto. Esta dedicación, en palabras de los equipos de salud entrevistados, depende tanto de la disposición del personal de salud como de la carga asistencial. Con respecto a esta disposición, una matrona entrevistada comenta:

Son pocas las matronas dispuestas a hacer ese acompañamiento, porque para nosotros obviamente es mucho más rápido, más fácil que el manejo de dolor sea con anestesia, porque permite un manejo más adecuado de la paciente para la dilatación, para la aceleración con oxitocina... porque también si estamos con un pre parto lleno tenemos que ir sacando esos partos que tenemos ahí, y por eso las vamos manejando con oxitocina, con RAM, con toda la cosa... Se supone que no debería ser así, pero nosotras tenemos que manejar esos partos para poder desocupar las camas. (M.E2)

Con respecto a la carga asistencial, si bien hay maternidades que tienen la cantidad de personal suficiente para un acompañamiento de una matrona por usuaria (principalmente en hospitales de mediana y baja complejidad), en la mayoría de partos de salud pública (hospitales de alta complejidad) no se cuenta con esta proporción, por lo cual el acompañamiento de parte del personal de salud puede resultar más difícil de implementar:

Acá es difícil más que nada por la sobre demanda de pacientes, que uno no puede dedicar mucho tiempo exclusivamente a cada una. El manejo adecuado del dolor requiere de tiempo de estar ahí acompañándola, y si tienes 3 pacientes más, ¿cómo lo haces? En este hospital el promedio de partos al día es de 24, y en cada turno trabajamos 8 matronas para recuperación, pabellón y preparto. En 24 horas son 24 partos y en las 24 horas pasan dos turnos, pero siempre son 8 matronas, entonces eso nos impide poco hacer este tipo de manejo porque el pre parto está lleno. Entonces yo creo que ese tipo de manejo de dolor no se podría hacer acá, en estas condiciones, porque requiere estar ahí acompañando a la paciente casi todo el trabajo de parto. (M.E12)

Ahora bien, también es relevante plantear que el apoyo en el dolor no es exclusivo del personal de salud; quienes acompañan a la mujer -sus parejas u otras personas- pueden también cumplir ese rol -y de hecho en los talleres del Chile Crece Contigo se les entregan herramientas para hacerlo-, si se les permite estar presentes en forma continua. Por otra parte, hay medidas como la deambulación, movimiento libre, uso del balón kinésico, que no requieren de un acompañamiento de uno a uno, y que la mujer puede hacer por su cuenta. Pero ello requiere que esas medidas se posibiliten y permitan.

En ocasiones, a pesar de existir los recursos para administrar la anestesia epidural, se dan situaciones en las que se amenaza a las mujeres que no se les aplicará (las que suceden principalmente en salud pública): “La matrona fue terrible, se reía de mí y mi dolor, no me consideraba mientras hablaba de mí, se burló de mí con el anestesista y me amenazó con no ponerme anestesia” (3715); “Cuando el anestesista llegó me tocó la espalda, salté y me retó, me dijo que si me movía de nuevo él se iba y no me ponía la anestesia” (6729), “También escuché cómo amenazaban con la [no administración de] anestesia a otras mujeres” (5890). El testimonio de Victoria profundiza en esto:

Al minuto de aplicar la anestesia epidural, la anestesista llegó con una actitud tremendamente prepotente con todas quienes nos encontrábamos en la sala de parto, incluso a una de las mujeres ahí la trató muy mal porque finalmente se arrepintió de aplicarse anestesia y entonces le gritó que para qué la hacían perder el tiempo, que ella no estaba ahí para perder su tiempo con nosotras. A mí me gritó porque no me podía poner en la posición que ella necesitaba para aplicar la anestesia, y me amenazó con no poner anestesia. Debo reconocer que no le respondí de la mejor manera, pero cuando le hablé se dio cuenta de que yo, al igual que ella, también tenía educación y estudios, y cambió el tono un poco. Pero las demás mujeres, que lamentablemente no habían tenido tal vez oportunidades como las mías, no eran tratadas en buenos términos, y no decían nada, ni ellas ni las matronas. Es más, cuando yo le respondí a la anestesista, la matrona me hizo callar, me ayudó a ponerme en la posición requerida y después me dijo que tal vez la anestesista no tenía el mejor carácter, pero que era “súper buena profesional”. A ella le respondí que más allá de su calidad profesional, ni ella ni nadie tenía derecho de tratar o responder de mala manera a personas que en verdad están en un momento súper vulnerable. (Victoria, 8202)

Vemos la amenaza de la anesthesióloga de no administrar anestesia si Victoria no acata lo que se le impone, de la mano de la recriminación hacia otra mujer que “se arrepintió de ponerse anestesia” de que la hacía perder su tiempo. Victoria explicita que se enfrentó a la doctora, y considera que pudo hacerlo debido a que contaba, “al igual que ella”, con “educación y estudios” (refiriéndose a haber alcanzado un mayor nivel educacional que las otras mujeres usuarias que se encontraban ahí). En cambio, las otras mujeres recibían malos tratos sin responder; observación que refuerza el hallazgo de la encuesta OVO Chile (2018) de que las mujeres con menores niveles educacionales son las que reportan peores tratos. Una matrona intenta justificar la conducta de la anesthesióloga aludiendo a que pese a su mal carácter es una buena profesional; y vemos aquí cómo el profesionalismo se evalúa en una capacidad meramente técnica pero no en términos de calidad de trato (dimensión relacional del cuidado).

Son muchas las mujeres que relatan cómo intentaban “portarse bien” para que les administraran la epidural. Tomemos un caso atendido en salud pública, en que a Maida le inducen el parto a las 38 semanas con oxitocina, lo cual no da resultado, por lo cual le “pusieron la pastilla para dilatar”, con lo cual comienza el trabajo de parto. Tras varias horas:

El dolor de las contracciones y el dolor de los huesos de la cadera era insoportable. Cuando le pedía a la matrona que por favor me pusieran epidural, ella me preguntaba: ‘¿Su mamá tuvo parto normal?’ Yo le contestaba que sí, dos. Ella decía: ‘Aguántese como su mamá entonces, no sea cobarde.’ [...] Una técnico me explicó que había solo un anestesista de turno y estaba en emergencias, que ya venía a la maternidad. Cuando llegé puse todo de mi parte para estar tranquila. (Maida, 3091)

Este testimonio presenta varios elementos que son comunes con experiencias de otras mujeres. Por una parte, Maida expresa haber puesto “todo de su parte para estar tranquila”, pues ya le habían indicado que no fuese “cobarde”. Aparece en diversos relatos de salud pública la idea de que si la mujer se comporta como se lo solicitan tiene más opciones de acceder a anestesia, como si por portarse “bien” la recompensa fuera un mejor trato y la epidural: “Como no fui escandalosa con mis contracciones me decían que por portarme bien me darían más anestesia, mientras a mi lado habían mujeres gritando y rompiéndose sus ropas de dolor” (2883); “Intenté portarme bien y no quejarme puesto que el trato con las mujeres que expresaban su dolor no era muy bueno” (7706).

Por otra parte, se trata de un caso con inducción oxiócica, que aumenta el dolor físico del proceso, pese a lo cual tratan a Maida de “cobarde”, añadiendo que debe aguantar como lo hizo su madre. Atendamos a otro caso similar, el de Gabriela:

No sabía que la oxitocina artificial es muy dolorosa. Mientras vivía las contracciones de la inducción sentí mucho dolor [...]. Cuando le pedí [a la matrona] por favor la epidural me dijo que no se podía porque después de dos horas tenía solo 3 cm. de dilatación [...]. Me dijo [la paramédico] que no me quejara, me preguntó cuántos hijos tenía mi madre. Le dije que tres. Me dijo “imagínate que ella pasó esto 3 veces”. Que lo que me pasaba no era nada. (Gabriela, 254)

Gabriela plantea que la oxitocina artificial hace que el proceso sea más doloroso, lo cual es confirmado por un matrn entrevistado: “Tenemos a la mayoría de las mujeres con inducción y ahí acostadas con el monitor; y esto genera más dolor” (M.E6). Otra matrona refuerza la misma idea: “Esto que siempre decimos de que las pacientes toleran muy mal el dolor del parto, lo que no vemos es que es porque nosotros mismos intervenimos mucho en su proceso, rompemos membranas, aceleramos” (M.E4). Esta matrona explica que cuando ven que no hay posibilidad de anestesista, intentan “aconsejar” a los obstetras que no intervengan, que no rompan membranas, que no indiquen la aceleración oxiócica, “porque sabemos que provocamos más dolor en la paciente, y si no le puedo ofrecer nada [epidural], dejémosla tranquila” (M.E4).

No obstante lo anterior, es poco habitual que se reconozca que parte del dolor proviene de las mismas intervenciones, y las más de las veces se conceptualiza como intrínseco al trabajo de parto mismo, como algo que cada mujer tiene que poder soportar, como lo han hecho las demás mujeres antes de ella. En la expresión de “aguántese como su mamá”, no se considera que durante buena parte de la historia las mujeres contaron con mucho apoyo emocional e integral para lidiar con el proceso de parto, con la posibilidad de moverse libremente y utilizar una serie de medidas no farmacológicas para apoyar el dolor durante el trabajo de parto.

Y, como estamos “hechas” para parir, en caso de no poder lidiar con el dolor se nos puede tildar de “cobardes”: “Lo que más recuerdo es a un ginecólogo obstétrico recalándome que por ahí

[vagina] habían hecho nacer guaguas de hasta más de 5 kilos, y que yo era cobarde por quejarme” (2377); “[La matrona] todo el tiempo me decía que era una cobarde, que no estaba nada de dilatada y no podía estar con tanto dolor como decía” (2525). A Dalia también le recriminaban el ser cobarde:

[La matrona] me reclamaba porque yo decía que me dolía, me decía que era cobarde, que no era capaz de aguantar el dolor, que si yo quería parto normal sin intervención con ese nivel de quejas ante las contracciones le iba a pedir a gritos anestesia, que tenía el umbral del dolor bajo, etc. (Dalia, 4038).

A Dalia finalmente le administraron epidural sin su autorización, y expresa que la matrona “decidió por mí. Tengo recuerdos muy tristes del nacimiento de mi hijo” (Dalia, 4038). En estos últimos casos, es el personal de salud que recrimina a la mujer; sin embargo, el epíteto de “cobarde” también puede ser utilizado por la propia mujer al referirse a sí misma cuando no logra cumplir con las expectativas de “aguante” que el sistema le impone, como Elisa:

Una encargada del lugar, paramédico o algo así, estuvo mucho rato haciendo comentarios como que cerrara las piernas, que tengo recién 5 de dilatación y me ve tan mal y que me queda mucho (a mí me hicieron desprendimiento de membrana el día anterior a las siete de la tarde, estuve toda la noche con contracciones cada 10 minutos, eran las dos de la tarde), y ella me decía que no estuviera cansada, que era alharaca, que no podía tomar agua... me angustié y me puse a llorar, sentía que era cobarde, mi parto anterior había sido maravilloso, parto normal con poca anestesia, súper consciente y lo recuerdo con mucho amor, y sentía que en el parto de este hijo que estoy relatando, no le daba las condiciones de nacimiento que yo quería, mi esposo no podía entrar y apoyarme y la encargada de la sala de pre parto era cada vez más hiriente. (Elisa, 2072)

En este último relato, alrededor de 19 horas después de que a Elisa le desprendieron membranas, habiendo pasado toda una noche y una mañana con contracciones, le recriminan el estar cansada y ser “alharaca”. Ella dice haberse sentido cobarde y que además no “le daba” a su hijo las condiciones para el nacimiento que había esperado.

Otro tema recurrente con respecto a la anestesia que me interesa destacar es la dificultad o imposibilidad que se le puede presentar a las mujeres cuando cambian de opinión con respecto a su uso; lo cual se reporta tanto en salud pública como privada. Vemos a continuación algunos ejemplos de lo ocurrido a mujeres que habían planeado un parto sin analgesia pero luego la solicitaron: “Me negué a la anestesia peridural al primer ofrecimiento, pero cuando la solicité, la anesthesióloga hizo mofa de mi idea de un parto sin anestesia” (1080); “Pedí anestesia ya que necesitaba descansar, la anestesista fue muy brutal y dura, se rio de mi intento de parir sin anestesia” (4621). Similares burlas recibieron Irene y Juliana por cambiar de opinión:

Del personal de la clínica, el único que fue sarcástico y tuvo un trato burlesco fue el anestesista porque cambié de opinión de tener un parto sin anestesia y solicité anestesia, lo que significó comentarios del tipo “para qué hacerse la valiente”, “todas terminan arrepentidas”. (Irene, 927)

Mi parto fue exactamente como lo tenía planeado, natural, todo gracias a mi matrona ya que mi ginecólogo no entendía mi decisión. Pero, creo que si tengo otro hijo lo tendría con anestesia, todo fue muy doloroso, llegue con 8 cm. a la clínica y 9 a la sala de parto por lo que me dijeron que ya no se podía poner anestesia (la cual pedí), ahora sé que sí se puede pero mi matrona dijo esto ya que yo había indicado que quería natural. (Juliana, 997)

Hay una contradicción enorme entre la “oferta” que se hace de una variedad de opciones de analgesia farmacológica y no farmacológica desde los programas de salud con la imposibilidad que se produce en muchos casos de acceder a estas alternativas, e incluso de cambiar de opinión. Además, en estos últimos casos en que se le pide a la mujer apegarse a su decisión original (sobre analgesia), se desestima la experiencia de parto como una que no se puede anticipar. El parto es mucho más que una experiencia física-corporal; las autoras de una meta-síntesis sobre experiencias psicológicas de las mujeres en partos vaginales lo describen como una experiencia psicológica profunda que tiene un impacto físico, psicológico, social y existencial tanto a corto como a largo plazo (Olza et al., 2018). Si se comprende el parto como una intensa y profunda experiencia existencial, se hace muy difícil reducirlo a un proceso que se puede programar y para el cual se puedan tomar decisiones cerradas a priori.²⁰⁸

Al igual que lo que ocurría con la posición litotómica –que muchas veces no se permitían otras opciones-, ocurre que hay mujeres que desean un parto sin anestesia (o desean esperar a que avance el trabajo de parto sin la misma) y no se les permite, lo cual ocurre en ambos subsistemas de salud. Diana y Olivia se sintieron presionadas por el personal de salud que insistía en que iban a requerir epidural:

La matrona del equipo no respetó mi decisión de no querer anestesia, me insistió majaderamente sobre la “necesidad” de peridural, que ella “sabía” lo que era mejor para mí. En todo momento estuvo apurada por “sacar” el parto, como una carrera a toda velocidad. (Diana, 28)

Cada cierto rato [la matrona] iba y me decía “¿cómo vas?, ¿todavía no quieres anestesia?” Cuando llegaba la matrona de turno de la clínica y preguntaba cómo iba yo, la otra

²⁰⁸ Incluso si pensamos en la comodificación de las prestaciones médicas, en este caso de la anestesia, y se ofrece como una opción de mercado, estaríamos abriéndonos a la posibilidad de que se cambie de opinión. Casi cualquier producto de mercado puede ser devuelto/cambiado.

matrona le respondía: “no, es que ella no quiere anestesia”, con tono burlesco. Me miraba y me decía: “yo te voy a decir algo, esto es cada vez peor, así es que, si no aguantas ahora, después menos”. Sentí muy poco apoyo de parte de ella, poca contención. (Olivia, 1957)

A Ester e Isidora les administraron epidural por insistencia del personal de salud:

La anestesia me obligaron a ponerla mucho antes de lo que yo quería y necesitaba, por orden de la matrona. Ella ironizó conmigo incluso en los controles postparto porque para ella mi episiotomía fue porque yo insistí en querer parto vaginal. Dije cómo quería mi parto, aunque no lo dejé por escrito. No se respetó nada prácticamente. (Ester, 75)

Yo no quería anestesia, pero la enfermera insistía en que me pusiera porque me estaba quejando mucho y cuando me pusieron (epidural) nunca me ofrecieron una alternativa como la anestesia local vaginal. Mi médico de cabecera no estaba y no se respetó su decisión para esto. Cuando él llegó tuvo una discusión con la enfermera porque cuando me pusieron la anestesia mi hija ya estaba en canal de parto y era innecesaria. (Isidora, 105)

El último testimonio corresponde a salud privada; a Isidora no se les respeta su decisión y queda en evidencia una discrepancia de criterios entre la matrona (quien insiste en administrar epidural) y el obstetra, quien consideró que fue innecesaria. A Fernanda le sucede algo similar: la matrona desestima la solicitud de un parto sin anestesia y es el anestesista quien la valida a la (sin embargo, igual administran la epidural):

Mi parto no fue nada de lo que me prometieron en las charlas [...]. [La matrona] me trató despectiva de hippie por no querer anestesia ni medicamentos, me rompió la bolsa con la mano sin anestesia, convenció a mi pareja de que era necesario por la vida del bebé, me asusto contándome cosas que ahora sé que no eran tan reales, y utilizó el que yo estaba cansada para decirme “ya, oye, si ya no puedes”, en vez de motivarme para seguir me deprimía, a los 7 de dilatación me pusieron anestesia, y el anesthesiólogo me dijo: “¿tú querías? Porque eres súper valiente, podrías tenerlo sin”. Le dije que sí, pero la matrona me dice que mi bebé no está bien si está en el canal de parto tanto rato, y que llevo más de 24 horas con contracciones y que eso era peligroso, después supe que eso no es así. (Fernanda, 78)

En este último relato además aparece una ridiculización de Fernanda como “hippie” por optar a un parto sin anestesia, lo que en otros testimonios toma la forma de “loca”: “Yo quería sentir contracciones, que el proceso empezará solo, ojalá sin anestesia; el médico me decía que bueno, pero me miraba como que estaba loca” (3732). En la experiencia de Elsa se repite la idea de “loca”, pero en este caso aludiendo a que sin anestesia la mujer se pondrá como loca:

Al plantearle a mi doctora y mi matrona mis intenciones de tener un parto natural, en lo posible sin anestesia, para el cual había yo preparado un plan de parto, estas fueron algunas de las respuestas/comentarios: “No puedo permitirte que estés gritando como loca de dolor ya que pondrá nerviosa a otras mamás, si te pones a gritar te tengo que poner anestesia. ¿Parto vertical?, lo que se pueda hacer sobre una camilla ginecológica, nada de andar pariendo en cuatro patas como se les ocurre a algunas, porque tú tal vez no sepas, pero en el parto se sale de todo, y después soy yo la que queda llena de orina y de fecas”. (Elsa, 1920)

Se produce así una inversión de lo “adecuado”: es la mujer la que solicita la posibilidad de que se respeten opciones que la evidencia avala, encontrándose cuestionadas por los equipos de salud. Nos encontramos además en múltiples relatos, tanto en salud pública como privada, con la presión ejercida por el equipo médico para administrar la anestesia en los tiempos adecuados para el equipo médico y anestesiólogo en lugar de la mujer. Veamos dos ejemplos:

Indiqué que quería parto natural a la matrona en reiteradas veces, me hablaba indicando que no soportaría los dolores, que no era buena decisión. Cuando entra el anestesista me dice lo mismo, que me tiene que colocar el epidural yo me negué, ya estaba con 6 cm., feliz y con dolores soportables, quería sentarme o pararme y no me lo permitió la matrona. Entra por segunda vez el anestesista para decirme que no volverá más y que esta es mi última opción de anestesia ya estaba con 8 cm., le digo que no veo la necesidad de la anestesia y me sigue convenciendo. [...] Me sentí presionada y accedí. [...] Cuando estaba a punto de nacer mi hija volví a conectarme con las contracciones y con el momento que vivía, al entrar a pabellón un hombre me pone algo en la vía y volví a no sentir nada, fue terrible. Estaba lista para vivir el momento de forma natural y fui privada de eso. (Marta, 4551)

En este caso, la matrona y anestesista desestiman la solicitud de parto sin anestesia que Marta indicó “reiteradas veces”. Invalidan sus opciones, diciéndole que no soportará los dolores, que tomó una mala decisión. Ella se siente “feliz y con dolores soportables” a los 6 cm. de dilatación, y se le niega la opción de movimiento (cuando el movimiento y deambulación libre son medidas de apoyo al dolor). La presión de administrar epidural se ejerce con mayor intensidad al plantearle a los 8 cm. de que es “su última opción” y no podrá solicitarla más adelante en el trabajo de parto. Finalmente accede y termina en un parto en el cual no sintió nada, que describe como “terrible”. Analicemos un segundo caso:

Mi experiencia en Chile no fue buena porque yo quería intentar un parto sin anestesia. Ya había tenido un hijo en USA sin problemas y sin anestesia y había sido maravilloso. En Chile, salvo una matrona (que estaba de turno y no me podía ayudar porque tenía que hacer rondas) no existió en mi caso apoyo alguno para mi opción de parto en la clínica.

Mi esposo y yo tuvimos que pelear para que nos respetaran en cosas mínimas (moverse de manera libre por ejemplo, menos monitoreo para que me pudiera mover, etc.). El anestesista llegaba a cada rato a preguntar y apurándome a tomar una decisión: “bueno, quiero o no la anestesia porque yo estoy ocupado y no puedo esperar”. [...] Ante el ambiente de estrés que nos generó el personal médico de la clínica, opté por ponerme anestesia hacia el final ya que el dolor era muy fuerte y no tenía la calma y concentración para enfrentarlo (se me había roto la bolsa). Afortunadamente, mi hija nació a la media hora de poner la anestesia por lo que el fármaco no alcanzó a tomar efecto completo. Gracias a eso pude sentir las contracciones y participar de la etapa de empuje como quería. Una enfermera de la clínica nos insultó en la sala de parto. (Nina, 942)

Vemos cómo se presiona a Nina para aceptar la epidural, lo cual finalmente hace dado todo el contexto de atención, el “ambiente de estrés” que les generaron, el cual no le permitía “la concentración y calma para enfrentarlo” (como había podido hacer en un parto anterior). Relata un trabajo de parto en el cual junto a su pareja tuvieron que “pelear” para que se respetara el movimiento libre, monitorización intermitente (prácticas recomendadas!). Cecilia relata una experiencia similar, había planificado un parto sin anestesia y se atendió en un centro donde se le aseguró que la apoyarían en dicha decisión, sin embargo en el trabajo de parto se encontró con que:

[La matrona] insistía en ofrecerme la epidural una y otra vez, hasta el extremo que me dijo: “es la última oportunidad, porque el anestesista se va y no vuelve”; nuevamente no sabía qué hacer, perdí el control de mi trabajo de parto, pasaba el tiempo y no sabía cuánto faltaba ni si podía lograrlo. (Cecilia, 8268)

Atendemos cómo esta situación hizo que Cecilia perdiera la confianza en que podía lograr el parto natural que se había imaginado. Recordemos que la recomendación es la de administrar analgesia epidural cuando la mujer la solicite, junto con ofrecer métodos no farmacológicos de alivio del dolor. Hemos visto casos en que las mujeres la solicitan y no la obtienen (en salud pública) y casos en ambos sistemas de salud en los que solicitan que no se les administre (o quieren esperar por si más adelante en el trabajo de parto la requirieran), pero se les niega esta posibilidad.

Me detengo a continuación en el caso de Paula, que dice mucho sobre el dolor. El parto de Paula ocurrió en un hospital público de Santiago en el año 2014. Empiezo el relato cuando ella estaba en el área de partos, con 4 cm. de dilatación, y le informaron:

[Q]ue pronto llegaría el anestesista a aplicar la anestesia correspondiente, pero la verdad es que no sentía apuro en ello; estaba tranquila, tolerando muy bien las contracciones y realizando ejercicios de respiración. Me encontraba en dicha situación cuando llegó un grupo de personas que no se presentó. Por la interacción entre ellas, deduje que se trataba

de una doctora y de internos de medicina, junto a una matrona que tampoco se presentó y de la cual desconozco el nombre. La mujer que presumo era la doctora, dijo textualmente: “aquí quiero tocar” y, levantando la sabanilla, me realizó un tacto sumamente invasivo y doloroso. No pude evitar emitir un quejido, y es algo inusual en mí, pues tolero bastante bien el dolor físico, pero esta vez no me fue posible soportarlo en silencio. La doctora seguía con el procedimiento y yo comencé a gritar de dolor, pidiéndole que se detuviera. Ella no se detuvo y los estudiantes internos sujetaban mis piernas para que no me moviera. Entonces, la matrona que se encontraba presente me preguntó qué edad tenía. Le contesté, como pude, que tenía 26 años, a lo que ella contestó textualmente: “entonces compórtese como una mujer adulta, cómo se le ocurre gritar”. Mi temor era tal que me disculpé y le dije que no había sido a propósito, sabiendo que no tenía por qué disculparme. Mientras tanto, el grupo continuó con el tacto y entonces alguien, ya no recuerdo quién, empezó a intentar romper la bolsa de líquido amniótico con los dedos. El dolor era insoportable y yo suplicaba que pararan, pero me señalaron en tono de reproche que me quedara quieta, que tal vez necesitaría cesárea [...] finalmente rompieron la bolsa con una varilla, sin decir una palabra más. (Paula, 1149)

En este primer fragmento, Paula expresa que estaba “tranquila, tolerando muy bien las contracciones”, pero llegó una ronda médica con estudiantes y le realizaron un tacto doloroso sin su consentimiento. Paula pidió que se detuvieran; no le hicieron caso, y es más, sujetaron sus piernas para continuar con el procedimiento. Le recriminaron además el haber gritado y exigieron que se comportara “como una mujer adulta”. Paula, a pesar de comprender que no tenía por qué hacerlo, pidió disculpas, debido al temor que sentía en dicha situación. Luego siguieron intentando romper la bolsa, “el dolor era insoportable”, mientras Paula suplicaba que se detuvieran. Nuevamente le reprocharon su comportamiento, y mencionaron la posibilidad de una cesárea. Tras mencionar que rompieron la bolsa con una varilla, Paula continuó su relato expresando que nadie antes había mencionado la opción de cesárea pues todo iba “bien” y su bebé venía en una posición adecuada para un parto vaginal. Tras lo ocurrido:

Comencé entonces a temblar involuntariamente, y no podía dejar de llorar. Había vivido una experiencia increíblemente dolorosa –totalmente diferente a mi primer parto- y además había sido duramente increpada por manifestar dicho dolor. [...] Mientras aún lloraba por el dolor que me había producido el tacto, las contracciones se fueron haciendo más intensas, y comencé a necesitar la anestesia. Me indicaban que tenía que seguir esperando, que había sólo un profesional para todo el edificio y que estaba ocupado en ese momento. Comprendí que era un asunto de fuerza mayor así que intenté sobrellevar el dolor, pero la situación angustiada vivida con anterioridad me dificultaba el control sobre mis emociones. (Paula, 1149)

Paula expresa que intentó sobrellevar el dolor, pero la angustia generada por la situación vivida se lo hacía difícil. La historia continúa: empieza a sentir la “necesidad incontenible de pujar, lo que es una clara señal de que el momento del parto está cerca. Lo sabía pues ya había vivido un parto, así que informé a las personas que se encontraban ahí.” Dichas personas desestimaron su saber y su sentir, expresándole que recién estaba de 5 centímetros de dilatación y que la dilatación tarda un centímetro por hora, por lo que faltaba “bastante”. Cuando una matrona se acercó a mirarla, gritó de inmediato “¡A parto, ¡A parto!”

Empezaron a trasladarme y volví a suplicar por anestesia, a lo que ella respondió: “lo siento, vas a tener que aguantarte, ya no alcanzamos”. Comencé a sollozar de pavor, porque sentía que no iba a ser capaz de parir sin anestesia. El miedo me llevó a pensar eso: sé que las mujeres podemos parir de forma natural, muchas lo hacen y las admiro por eso. Pero es muy distinto un parto natural en un ambiente de respeto, a un parto sin anestesia en donde el miedo aumenta el dolor. (Paula, 1149)

Esta última frase es la que me hizo escoger este testimonio para hablar del dolor. Paula sabe que las mujeres podemos “parir de forma natural”. Pero, continúa, es muy distinto en un ambiente de respeto que en uno de miedo, “donde el miedo aumenta el dolor”. Miedo causado en la misma atención de salud; recordemos que Paula se sentía tranquila hasta que comenzaron las intervenciones dolorosas sin su consentimiento, de la mano de malos tratos. Cuando Paula ya “sentía la cabecita de mi niña asomándose”, llegó el anestesista y “la epidural fue cosa de segundos. Mi niña nació.”

Lo que no he expuesto hasta ahora es que, durante su gestación, a dicha niña le habían detectado una cardiopatía grave.²⁰⁹ Paula, que vivía en otra ciudad, se había trasladado a Santiago para ingresar en un hospital donde pudiera acceder a las cirugías que su hija necesitaría. Había ingresado a hospitalizarse al área de embarazo patológico del hospital para una inducción, la cual no fue necesaria pues antes de la inducción comenzó su trabajo de parto en forma espontánea. Su niña nació ese día, y murió al día siguiente.

No sé qué les pasará a ustedes al leer este texto, pero a mí me parece tan sorprendente y tan profundamente triste que el equipo de salud que interactuó con ella ese día, sabiendo a lo que Paula se enfrentaba, la tratara así. Me parece tan grave porque me gustaría pensar que aquella naturalización cotidiana de los tratos abusivos durante la atención al menos no sucede en ciertos casos, en los cuales de alguna forma se pone en suspenso para dar un acompañamiento y cuidado integral. Y cierro el relato de Paula con las palabras de ella:

Ahora que he expuesto detalladamente la situación que viví en el recinto hospitalario, paso a explicar las causas que me llevan a contar mi experiencia. No espero obtener

209

compensación alguna ni tampoco deseo que las funcionarias que me maltrataron reciban algún tipo de sanción. De hecho, no conozco sus nombres ni me he preocupado de averiguarlos porque una amonestación no es lo que me importa; ya de nada serviría. Cuento esto porque deseo que nadie nunca más reciba este trato en un momento tan delicado, especial y único como el nacimiento de un hijo.

Deseo que nunca más una madre sea tratada como una ignorante, tanto de sus propios procesos fisiológicos como de otros aspectos de la vida. Yo no era ignorante de mis procesos fisiológicos: sabía que el parto se aproximaba y lo hice saber. Tampoco soy ignorante en otros aspectos de la vida, he aprendido de la experiencia y también a través de la educación formal. Tengo estudios universitarios y eso parece sorprender a algunos funcionarios de los hospitales públicos (al completar los papeles para la hospitalización estaban dando casi por sentado que mi nivel de educación era enseñanza media, y tuve que aclarar que no era así)... Lamentablemente queda la sensación de que las madres somos ignorantes y por lo tanto no merecemos un trato digno.

Deseo que nunca más se realicen procedimientos invasivos, como un tacto o la rotura de las membranas, sin anunciar a la madre que se harán y sin señalar la importancia de estos.

Deseo que nunca más se ignore la situación individual de cada paciente, desaprovechando la información disponible en la ficha. Las personas que me atendieron sabían que yo venía de otra ciudad, sabían que mi hija padecía una enfermedad gravísima, sabían que tenía un parto anterior. Y sin embargo ignoraron todo eso.

Deseo que nunca más un profesional que trabaja con personas, olvide precisamente eso, que trabaja con seres humanos. Quienes trabajamos con seres humanos a diario no deberíamos olvidar que cada uno tiene su historia, que cada uno percibe la realidad de distinta manera, que no se trata de papeles, números u objetos que no sienten y que por lo tanto no necesitan un buen trato. Si las funcionarias que me atendieron hubiesen recordado que estaban trabajando con una persona, seguramente se hubiesen presentado, habrían explicado cada procedimiento y, por sobre todo, hubiesen procurado permitirme tener un parto respetado, más aun teniendo en consideración el estado de salud de mi hija. Ella murió, y yo ni siquiera puedo consolarme con el recuerdo de un parto humanizado, porque fue todo lo contrario.

Deseo que los profesionales de la salud sean capaces de tomar decisiones contingentes y flexibles de acuerdo a las circunstancias. Que puedan ajustar ciertas reglas a la situación que vive cierto paciente. [...]

Deseo que lo que me pasó a mí no le pase a nadie más, nunca más. (Paula, 1149)

¿Qué es lo que Paula necesitaba? Como ella misma lo expresa, necesitaba ser tratada como un ser humano integral, con dignidad, con respeto; necesitaba consentir para las intervenciones, que se le hubiera explicado si eran necesarias y en qué consistían; necesitaba que le hubieran preguntado su nombre; necesitaba que hubieran respondido cuando manifestó sentir mucho dolor, cuando pidió que se detuvieran; necesitaba que hubieran hecho eco de su caso particular; necesitaba que los protocolos se flexibilizaran para entregarle una atención de acuerdo a sus circunstancias. ¿Qué es lo que Paula pide? Que lo que le pasó a ella “no le pase a nadie más, nunca más”.

Una buena experiencia hubiera necesitado contar con todo aquello. Como en las otras prácticas obstétricas que hemos revisado, en el caso de las medidas de apoyo al dolor, la buena experiencia incluye que se escuche a la mujer y se respondan sus inquietudes y solicitudes, se respeten sus decisiones –e incluso sus cambios de opinión- con respecto a lo que necesita. E incluso en caso de no haber posibilidad de epidural –por falta de tiempo o de recursos humanos para su administración- se puede tener una experiencia respetada y satisfactoria: “Mi parto fue de urgencia, sin anestesia ya que el anestesista no alcanzó a llegar, a pesar de ello y gracias al apoyo del equipo logré vivirlo de forma muy rápida y natural” (1088). Una matrona entrevistada refuerza esta idea:

Es muy distinto si tienes a la mujer gritando y pidiéndote anestesia cuando sabes que quizás la epidural no va a llegar y no le haces caso, que si hay contención y desplegamos otras formas de ayudarla a lidiar con ese dolor. No podemos comparar una mujer que se está moviendo, que está acompañada, que se le hacen masajitos y le ponemos calor, con mucha contención; con otra que está sola y conectada al monitor fetal sin moverse. (M.E4)

Esta matrona continúa dando ejemplos de partos en que no hubo disponibilidad de epidural, pero que en los cuales se entregó una atención respetuosa, contenida, y con medidas no farmacológicas de apoyo al dolor, que describe como de “cariñoterapia” y consiste en que:

Tú le vas explicando que hay muchas formas de ayudar con el dolor, por ejemplo, la respiración y hacer ciertos ejercicios, masajes en la colita, con los cuales la guagüita va a bajar; y cuando tú la acompañas tanto la paciente es súper agradecida, de hecho yo creo que si bien es cierto lo puede haber pasado mal respecto al dolor, no se va en mala con todo el sistema, es lo que yo veo acá. (M.E4)

Otra matrona plantea algo similar, que “hay pacientes que finalmente te dicen que en realidad era lo mejor, después que ya han vivido el parto normal; hay pacientes que a uno la ven y le dicen gracias” (M.E3). Es el caso de Jessica: tuvo una primera experiencia de parto en un hospital público cargada de abusos, que dejó un “daño psicológico ya que marcó tanto mi vida que no quería tener más hijos”. Aquel primer parto ocurrió sin anestesia, estando desatendida en una

sala donde casi dio a luz sola, tras haberse sentido “como un cuerpo que estudiaban nada más”. Tras cuatro años tuvo una nueva gestación, que describe como “horrible, no pude disfrutarlo, tenía mucho miedo” a volver a vivir malos tratos. Ya en trabajo de parto llegó al mismo hospital y cuenta que:

Caí en manos de una estudiante en práctica que captó el pánico que yo tenía y me ayudó mucho, incluso pude disfrutar del parto, sin anestesia y con las técnicas que ella usó. Lamentablemente no recuerdo su nombre, pero siempre me acuerdo de aquella profesional que en ese entonces era estudiante y me ayudó a recuperar la confianza en los seres humanos. (Jessica, 2011)

En la historia de Jessica, vemos cómo una atención con cariño y atendiendo a sus necesidades particulares –menciona cómo la matrona “captó el pánico” que tenía- logra revertir una experiencia negativa anterior, al punto de ayudarla a “recuperar la confianza en los seres humanos”. Ambas experiencias de parto ocurrieron sin anestesia, pero la primera es descrita como horrible, mientras en la segunda disfrutó del parto.

Y volvemos al denominador común de las buenas experiencias, son aquellas en que se respeta a la mujer como ser integral, según sus necesidades particulares y que pueden ir cambiando a lo largo del proceso de atención. Veamos por ejemplo el relato de Adela, que sí quería epidural:

Siempre optamos por un parto normal [vaginal] para el nacimiento de mi hija. Solo si era necesario se aplicaría otra técnica [cesárea]. Debo decir que fue un parto muy lindo, cálido, de acuerdo a las condiciones que yo quería. Para mí no era opción parir sin anestesia, pero sí estar con personas de confianza, con la cantidad justa y necesaria del equipo médico, y todo ello fue respetado. Solo quisiera que cada vez más mujeres tengan la opción de decidir cómo quieren sus partos, sea cual sea la opción, y para ello tener un buen o buena guía, que presente la diversidad de posibilidades de acuerdo a las características del embarazo. (Adela, 1928)

En el caso de Moira, ella “quería tener un parto natural” (sin anestesia). Una vez en trabajo de parto, expresa que:

Resistí 8 horas sin anestesia, haciendo lo que quería para estar cómoda, acompañada del papá de mi hijo. No resistí más y me pusieron una dosis de anestesia epidural, lo que me permitió descansar y dilatarme. Parí semisentada, me lo pasaron altiro por más de media hora, sin limpiar, y una vez que dejó de latir el cordón mi pareja lo cortó. (Moira, 1952)

Camila, al poco rato de iniciadas las primeras contracciones, sentía mucho dolor. Le ofrecieron anestesia, pero ella escogió esperar “porque no tenía aún nada de dilatación”. Alrededor de media hora después solicitó la anestesia:

Ya no podía más y pedí anestesia y fue el paraíso; podía moverme, caminar, pero no sentía el dolor. Ahí me revisaron y ya tenía dilatación 6, o sea en menos de una hora me había dilatado mucho. Al final, para resumir: me dilaté muy rápido, pero después de tener dilatación 10, estuve por lo menos unas 5 horas esperando que bajara, en todo momento me apoyaron en mi decisión de tener parto vaginal [...] Después de mucho pujar y de mucha ayuda, nació de parto vaginal. En todo momento me sentí muy apoyada y respetada. (Camila, 3592)

Marianne había imaginado un parto sin anestesia. Tuvo un trabajo de parto de 30 horas en total, empezó en su casa y llegó a la clínica:

[C]on 5 centímetros de dilatación y agotada físicamente. La matrona me rompió membranas y me pasaron una pequeña dosis de anestesia que yo acepté. Dormí y en una hora pasé a 9 de dilatación. Pude moverme libremente. [...] Agradezco la dosis baja de anestesia que me permitió sentir durante el parto y por sobre todo no haber terminado en cesárea. (Marianne, 562)

En los tres últimos casos, se ve un manejo flexible de la anestesia epidural, que se adapta a las necesidades de la mujer y se puede administrar a pesar de que ella se hubiera preparado o imaginado un parto sin intervenciones. En otros muchos casos, el parto sin anestesia sí ocurre por decisión de la mujer: “Mi parto fue muy lindo, todo el trabajo lo hice en casa, llegué con contracciones cada dos minutos a la clínica y mi gorda nació en 40 minutos, tuve un parto natural sin anestesia por decisión propia [...] fue hermoso” (917); “Quise un parto natural sin anestesia [...] Mi parto fue muy bueno” (1791).

Al igual que en las prácticas obstétricas que revisamos antes –tactos, movimiento y posiciones– se encuentra en el manejo del dolor una diversidad de experiencias que muestran enfoques más reduccionistas o más integrales del proceso. Si bien se identifican una diversidad de posiciones, la mayoría de los testimonios, tanto de profesionales de atención de salud como de mujeres, muestran una conceptualización del dolor del parto como uno difícil de soportar y que requiere apoyo farmacológico. Por una parte, el dolor se reduce a su experiencia física, y por otra, se hiperboliza como experiencia física difícil de soportar (Sadler y Rivera, 2015). Vimos como en varios de los casos mencionados el personal de salud insiste en que la mujer no será capaz de soportar el dolor: “para qué hacerse la valiente, todas terminan arrepentidas” (Irene, 927), “[le indicaban que] no soportaría los dolores” (Marta, 4551). En el caso que presentamos de Nina, ella expresa que para enfrentar el dolor habría necesitado un ambiente de calma y concentración, lo cual no se generó, lo que muestra claramente que la forma en que se experimenta y se puede lidiar con el dolor es parte de un contexto de atención.

De ahí que la experiencia del dolor sea también una construcción sociocultural. Es decir, que emerge como un fenómeno en estrecha relación tanto con la conceptualización que cada sociedad

hace del proceso de nacimiento, como con las condiciones locales en que sucede (Sadler y Rivera, 2015). Así lo expone Le Breton:

La experiencia atesorada por el grupo conduce a sus miembros a una espera del sufrimiento tipificada para cada hecho. El parto es un ejemplo de ello. La dosis de dolor esperada y las maneras convencionales de responder a él se transmiten de generación en generación o por grupos de semejantes. (1999b, p. 133)

III.4.4. La episiotomía

Voy ahora a detenerme en la episiotomía, que es una de las intervenciones que no se recomiendan de forma rutinaria, es decir, solo debiesen ser utilizadas en casos justificados médicamente (MINSAL, 2008; OMS, 2008). La episiotomía es una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal blando para abreviar el parto y apresurar la salida del feto; se realiza con tijeras o bisturí, y requiere sutura. Su práctica se masificó bajo el supuesto de que como las mujeres pueden tener graves desgarros en el tejido perineal en los partos, es mejor prevenirlos mediante la episiotomía. ¿Pero si lo analizamos como otra de las consecuencias iatrogénicas del excesivo intervencionismo en el parto? En el modelo tecnocrático de atención del parto, es la misma cadena de intervenciones obstétricas la que genera desgarros más complejos que los que se producirían sin dichas prácticas: la aceleración artificial del parto, la posición de espaldas sin posibilidad de movimiento durante el trabajo de parto, la posición litotómica de parto, el pujo dirigido, y la maniobra de Kristeller (entre otras), generan una presión excesiva en el periné femenino que produce desgarros mucho más graves que los que ocurrirían sin estas intervenciones. Analizando partos en casa, que ocurren sin estas intervenciones, esto queda de manifiesto: en Chile, una tesis que analizó indicadores de 491 partos ocurridos en casa entre 2003 y 2014, mostró que solo un 2.2% requirió episiotomía. De la muestra, en un 32.2% de los casos hubo algún desgarro, de los cuales un 99.4% fueron de primer grado (leves), un 0.6% de segundo grado y ninguno de tercer grado (los considerados más graves) (Reischmann, Risi y Serrano, 2015). Estos datos contrastan con el 56% de episiotomías reportado por el estudio de Binfa y colegas (2016) en nueve maternidades públicas del país, que mostró grandes diferencias entre las maternidades estudiadas: desde un 78% en Rancagua hasta un 28% tanto en Ancud como en Coyhaique. Este estudio (en términos de los periodos de levantamiento de la muestra) es comparable al periodo 2009-2013 de la encuesta OVO Chile (2018), para el cual hubo un reporte de un 58% de episiotomías en el sector público. En el periodo 2014-2017, en la misma encuesta se reporta un 44% en sector público y un 41% en privada. Si bien se aprecia una disminución de la práctica de episiotomías, aun se reportan en un número excesivo de casos,

considerando que se trata de una intervención que se recomienda usar de forma justificada y con discreción.

La evidencia es clara en plantear que la episiotomía no tiene beneficios. De hecho, la revisión Cochrane sobre el tema no identifica beneficios de la episiotomía de rutina para el bebé o la madre y concluye que su realización de rutina para prevenir el traumatismo perineal grave no está justificada por la evidencia actual (Jiang, Qian, Carroli y Garner, 2017). Como técnicas para prevenir el traumatismo perineal, la OMS (2018) no recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo (recomendación N°39), y sí recomienda el uso de técnicas para facilitar el nacimiento espontáneo como masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles (recomendación N°38).

En el *Manual de Parto Personalizado* se plantea claramente que la episiotomía de rutina es una de las prácticas que “pueden ser físicamente abusivas, una forma de violencia contra las mujeres” (p. 22). El *Manual* plantea que:

La realización rutinaria de una episiotomía es considerada como de daño, porque crea una incisión quirúrgica de una magnitud mayor que lo que muchas mujeres podrían haber experimentado si no se hubiese realizado. Existe poderosa evidencia para recomendar el uso restrictivo de la episiotomía. (MINSAL, 2008, p.24)

El daño al que alude el MINSAL se refiere a que las secuelas del corte quirúrgico son usualmente mayores a lo que sucedería sin dicho corte: que no se genere ningún desgarro o que ocurra un desgarro natural, cuya recuperación es más rápida, menos dolorosa y con menores probabilidades de infectarse que el primero. ¿Pero son las características del corte o desgarro todo lo que importa? Se trata del corte de los genitales femeninos, y por ello es que diversas autoras han planteado que la episiotomía es una forma de control de la sexualidad femenina (Davis-Floyd, 2003; Kitzinger, 1981), incluso una forma de mutilación genital femenina (Kitzinger, 1993, 2012; Diniz y d'Oliveira, 1998; Wagner, 1999). La antropóloga Sheila Kitzinger en 1981 publicó *Episiotomy: Physical and Emotional Aspects*, cuando esta intervención era realizada en prácticamente todas las mujeres que daban a luz en hospitales en Inglaterra, enfatizando que la experiencia de una mujer en el parto no se puede separar de otros aspectos psicosexuales de su vida. En *Birth & Sex* (2012), la misma autora planteó que:

A lo largo de Occidente, estamos conmocionados por el sufrimiento causado a muchas mujeres africanas por la circuncisión femenina [...]. Deberíamos analizar más críticamente nuestra cultura occidental del parto y ver qué le hace a las mujeres también. Si un corte no es médicamente necesario, ¿por qué son tantos de los órganos sexuales de las mujeres quirúrgicamente cortados y luego suturados? La episiotomía es nuestro ritual occidental de mutilación genital femenina. (p. 83, *traducción propia*)

En 1998, en un provocador artículo sobre violencia de género y salud reproductiva, las autoras brasileñas Simone G. Diniz y Ana Flavia L.P. d'Oliveira (1998) ya se habían referido a la episiotomía como una forma de mutilación genital. Un año más tarde, el médico Marsden Wagner, quien fuera director del Programa de Salud Materno-infantil de la OMS, llamó la atención de la comunidad médica sobre el mismo asunto en una carta al editor publicada en *The Lancet*:

Señor –en sus “*Sketches from The Lancet*” (April 24, p. 1453) Peter Kandela describe cómo hace 130 años *The Lancet* jugó un papel en desviar el apoyo de una forma de mutilación genital femenina en el Reino Unido: la clitoridectomía.²¹⁰ Con suerte, usted puede desempeñar un papel para desviar el apoyo de otra forma de mutilación genital femenina que está muy extendida en el Reino Unido hoy en día: la episiotomía. [...] ¿Puede *The Lancet* una vez más ayudar a desviar el apoyo de la mutilación genital femenina, en este caso su forma moderna, la episiotomía? (Wagner, 1999, p. 1977, *traducción propia*)

Wagner expone en su artículo que la evidencia es clara en mostrar que la episiotomía, en comparación con un desgarro natural, produce mayor sangramiento, mayor dolor, mayor deformidad vaginal permanente, mayores dificultades temporales y a largo plazo para tener relaciones sexuales. Más aún, sigue, los principales beneficios reclamados por los defensores de la episiotomía (prevención de desgarros de tercer grado, prevención de daños a largo plazo en el suelo pélvico y protección del bebé contra las consecuencias adversas de una segunda etapa prolongada del parto) no están respaldados por la evidencia (Wagner, 1999).

En otra carta publicada como respuesta a la de Wagner en *The Lancet*, Marc Girard felicita al autor por atreverse a colocar la episiotomía en la categoría de mutilación genital, agregando que la evidencia disponible demuestra que está en lo correcto:

En nuestro tiempo de medicina basada en la evidencia y de feminismo, la persistencia de una mutilación tan bárbara y la falta de preocupación pública sobre el tema son simplemente asombrosas. La aceptación actual de la episiotomía puede estar relacionada en parte con la fuerte renuencia de la obstetricia a la medicina basada en la evidencia. (Girard, 1999, p. 595, *traducción propia*)

En otro artículo, Diniz y Alessandra S. Chacham (2004) recopilaron aportes de diversa autoría que nombraron la episiotomía innecesaria como “lesión genital iatrogénica”, “daño sexual iatrogénico”, o “herida sexual iatrogénica”, como forma de visibilizar que constituye un caso arquetípico de violación de los derechos humanos en relación con la salud. Como forma de

²¹⁰ La clitoridectomía es una de las formas de mutilación genital femenina que consiste en la resección parcial o total del clítoris y, solo en casos muy raros, del prepucio -pliegue de piel que rodea el clítoris- (OMS, 2013).

comprender la validación y persistencia médica de la práctica de la episiotomía, Davis-Floyd (2003) la analizó como uno de los procedimientos que buscan des-sexualizar el parto. Para la autora, la vagina es un símbolo transcultural de la potencia sexual femenina que amenaza a lo masculino, y por tanto debe ser deconstruida por la obstetricia patriarcal como forma de disminuir dicha potencia.²¹¹ Además, la episiotomía encarna varios de los principios de la obstetricia tecnocrática, reforzando e intensificando los mensajes de la importancia de la producción en serie, optimización del tiempo y la incapacidad inherente del cuerpo femenino de parir por sí mismo (Davis-Floyd, 2003).

“Episiotomía” proviene del griego ἐπίσιον (pubis) y τόμος (corte): el corte del pubis. Nombre que describe la intervención fisiológica sin aludir a sus connotaciones simbólicas. ¿Por qué cuando se enmarca en una práctica biomédica se llama “corte de pubis” mientras si es practicada al alero de “otras” culturas se denomina “mutilación genital femenina”? Claro, es que solo es condenable cuando se enmarca en prácticas de grupos culturales “atrasados”, “bárbaros”; pero no si sucede al alero de la medicina “científica”, que erróneamente se supone como libre de valores y “acultural” (Rhodes, 1996).

Si atendemos a los relatos de mujeres, al igual que lo que veíamos con la realización de tactos o administración de epidural, hay numerosos casos en que la episiotomía se aplica simplemente por rutina: “Me hicieron episiotomía porque el médico la hacía siempre en un primer parto” (398); “Le planteé [al obstetra] el tema de la episiotomía, me dijo que era parte del protocolo del parto y que era necesario hacerla sin mucho derecho a réplica de mi parte” (495); “Cuando consulté sobre los procedimientos de parto, el médico me informó que la episiotomía iba sí o sí, no era una elección” (4303); “Episiotomía sin siquiera esperar a ver si se necesitaba (antes de pujar me la hicieron, sin darme cuenta)” (3392); “La episiotomía la hicieron como parte del parto, no en caso de que se rompiera y no me preguntaron si la hacían o no” (5023). Algunas relatan además que se les explica –erróneamente- que sin episiotomía se le producirán graves desgarros: “Al preguntarle a la matrona por la episiotomía me dijo: ‘Si no te hacen el corte tu vagina se va a rajarse así’, y me dibujó un sol de una plana” (6337); “Tampoco quería episiotomía, a lo cual me respondieron ‘¿que es mejor, coser eso o un desgarro?’, así que no tuve más opción” (2556).

En estos testimonios, vamos viendo que en muchos casos se practica la episiotomía (al igual que muchas otras intervenciones de rutina) sin informar a la mujer: “Me molestó que me realizaran episiotomía sin informar, sólo vi cuando me estaban cosiendo” (92); “Me hicieron episiotomía sin ningún aviso previo y mi hijo era prematuro y pesaba 2 kilos (injustificado)” (479); “Se me

²¹¹ Por ejemplo, como muestran los mitos amazónicos de las vaginas dentadas: los varones vivían subyugados a las mujeres, las cuales poseían peligrosas vaginas dentadas. Los hombres se liberaron de la opresión femenina al arrancarles a las mujeres los dientes de sus vaginas -y convertirlas así en penetrables (Palma, 1992).

realizó una episiotomía sin consultarme, supe que esto se efectuó porque mi pareja pudo ver este procedimiento” (4402). Marisol considera como un “atropello” el que no se solicitara su consentimiento para la episiotomía, y expresa: “Me sentí mutilada y de cierto modo violada” (Marisol, 1023). En el caso de Carmen, a quien tampoco se solicitó su consentimiento, hubo amenaza de no suturar la episiotomía si no dejaba de quejarse:

Las matronas me trataron pésimo, me forzaban las piernas (abriéndolas más de lo que podía), me trataban de gorda, que si no dejaba de gritar no me iban a coser (puesto que me realizaron episiotomía sin mi consentimiento ni aviso previo). (Carmen, 4018)

Incluso cuando las mujeres solicitan que no les practiquen una episiotomía, puede suceder que la realicen de todas formas. Así ocurre en los casos de Julieta y Gloria en salud privada: “Lo único que podría comentar respecto a mi parto, es que me realizaron episiotomía a pesar de haber solicitado explícitamente a mi médico en los controles que no se realizara” (Julieta, 2760); “A pesar de haberle manifestado [al médico] que yo no deseaba episiotomía, igual la hizo, explicándome por qué él la consideraba necesaria” (Gloria, 7351). Cindy, atendida en salud pública, solicitó que no la practicaran una vez que el matrón le avisó que lo haría, petición que no fue respetada:

Cuando estaba a dos pujos de nacer, el matrón me dice “voy a tener que cortar”. Yo le grité “¡¡¡Noooooo!!!” y en el próximo pujo sentí cuando cortó. “¡¡¿Por qué?!!”, le pregunté. Es que tenía que hacerlo, ibas súper bien pero tenía que hacerlo. (Cindy, 900)

Hay una serie de testimonios en los cuales quedan en evidencia los efectos adversos de la episiotomía, que llevan a plantear que sería adecuado hablar de una “lesión genital iatrogénica” o “herida sexual iatrogénica” (Diniz y Chacham, 2004). Se trata de un procedimiento que puede tener como secuelas infecciones, molestias y mucho dolor, como expresan Constanza, Susana y Alexia:

Aun hoy después de casi tres años de haber tenido a la niña sufro las consecuencias físicas de una episiotomía gigante que me hicieron y una posterior sutura mal hecha (algo que era innecesario, aun ni pujaba cuando el natrón me hizo el tajo, y mi hija era muy pequeña). [...] Tuve una infección gigante a raíz de la episiotomía que me hicieron, cuando fui al control de los 7 días post parto, la matrona me hizo un tacto y no podía creer lo gigante y profunda que era la episiotomía. (Constanza, 181)

Lo único que hubiera cambiado sería la episiotomía, no me indicaron que era necesario, mi bebé nació pequeña y el dolor de la cicatriz me duró hasta que mi hija cumplió como ocho meses. Así para la próxima le pediría a mi gine que no realice esa práctica. (Susana, 2599)

Lo más terrible para mí fue la episiotomía, muy dolorosa, molesta, yo no sabía en ese tiempo que uno podía hacer un plan de parto y me cargó ese procedimiento, se me salieron los puntos y se me formó un queuloide. (Alexia, 8508)

Para Ana y Florencia, las secuelas de la episiotomía fueron vividas como la “peor pesadilla” y “peor experiencia”:

El doctor me hizo un corte muy grande y suturó muy mal, tuve que ir a otro ginecólogo para que me revisara y él me tuvo que sacar como tres puntos porque era imposible poder sentarme, fue muy doloroso, eso fue mi peor pesadilla que pude tener. (Ana, 4638)

En el puerperio no diagnosticaron la infección de los puntos de la episiotomía por lo que tuve que volver a los cuatro o cinco días del nacimiento de mi hija al hospital, donde se negaron a internarme y me devolvieron un par de veces a la casa. No podía de los dolores por lo que empecé a inyectarme y tomar diclofenaco por mi cuenta, se cayeron todos los puntos y el dolor no me permitía sentarme y estar de pie. A los nueve días volví al hospital cuando ya la infección había avanzado mucho, me hicieron de nuevo la episiotomía, permanecí por cuatro días más en el hospital en una sala de infecciosos. Estuve sin mi hija esos días, ha sido la peor experiencia que he vivido. (Florencia, 6868)

En diversos testimonios las mujeres además se refieren a la imposibilidad de retomar sus relaciones sexuales durante meses producto del dolor y secuelas de la episiotomía. Para Belén, fueron cuatro meses y la secuela de sentir el tejido perineal duro:

Lamento haber accedido a la episiotomía. Estuve cerca de un mes imposibilitada de mantenerme de pie más de cinco minutos, sin poder sentarme ni defecar sin dolor. Terminé en urgencias por el malestar. Estuve cerca de cuatro meses sin poder tener relaciones sexuales y hace ya 11 meses que no dejo de sentir el tejido perineal duro. (Belén, 3949)

A Vanesa y Luciana les tomó más de un año:

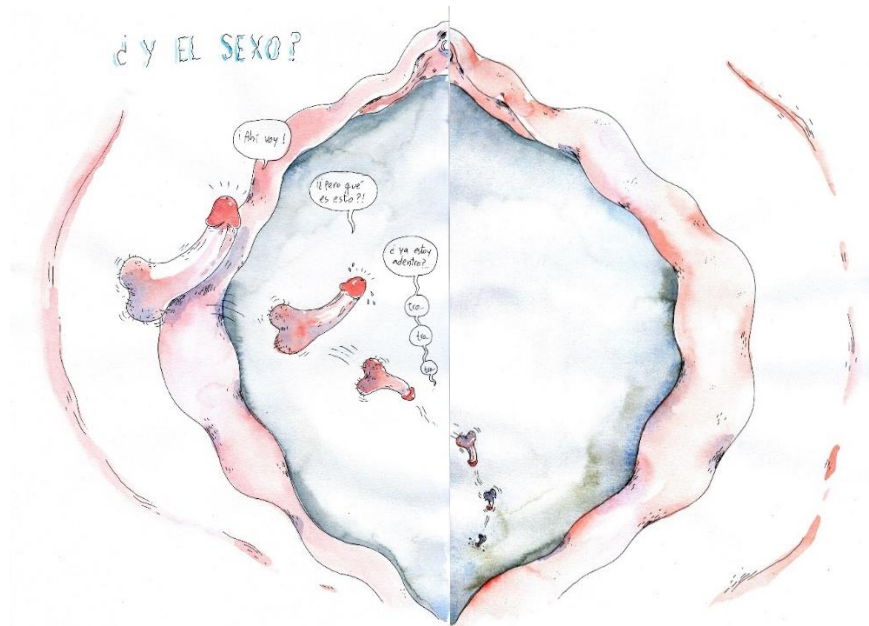
Me hicieron una episiotomía, que me hizo sufrir por meses y que hasta el día de hoy, que mi hijo ya tiene más de un año, tengo dolor para tener relaciones, cuestión que nunca me había pasado antes. (Vanesa, 377)

Me hicieron episiotomía y los puntos de esta se rajaron, dejándome con un dolor inmenso y sin poder caminar por al menos dos semanas y sin poder tener relaciones sexuales con mi pareja por más de un año. (Luciana, 7976)

Estos relatos nos muestran la incompleta descripción médica sobre la anatomía sexual y reproductiva de la mujer que ha primado en la obstetricia moderna. Diniz y Chacham planteaban en su artículo de 2004 que las descripciones anatómicas de la anatomía uretral y genital humana

femenina eran inexactas, lo que subestima la extensión de las estructuras del clítoris y la vulva (y sirve para explicar la extensión de las laceraciones que se producen con la episiotomía). Muchas de estas estructuras pueden dañarse por las intervenciones en el parto, no solo la capacidad de contraer y relajar los músculos, sino también los vasos sanguíneos, los nervios y el tejido eréctil. Con frecuencia, siguen las autoras, las consecuencias iatrogénicas y las secuelas sexuales de estas intervenciones se confunden con el parto vaginal. Un año tras la publicación recién citada, la neuróloga australiana Helen O'Connell y colegas publicaron el primero de una serie de artículos sobre la anatomía del clítoris, denunciando que las descripciones anatómicas del clítoris eran en muchos casos inexactas (O'Connell, Sanjeevan y Hutson, 2005). Desde entonces, han surgido diversas reflexiones sobre cómo esa representación anatómica inexacta reflejaba formas limitadas de comprender la sexualidad femenina (Zachary, 2018). Por ejemplo, Diniz y Chacham (2004) habían planteado que la construcción médica de la vagina como un órgano pasivo, que se puede describir como apretada o flácida según lo experimenta el falo durante el coito- era reflejo de una representación de género en la cual lo femenino es comprendido como pasivo y lo masculino como activo. Al alero de dicha construcción se instaló la idea de que el parto provocará que tejido vaginal pasivo quede flácido, y que el pene no será capaz de estimular o ser estimulado durante el coito.

Esta idea de la vagina flácida, que he encontrado en diversos testimonios de mujeres y personal de salud a lo largo de los años en Chile, fue ilustrada por Sol Díaz en *La Historia Ilustrada de un Embarazo* como sigue:



Sadler y Díaz, 2017, p. 28-29.

Como reflejo de estas representaciones, uno de los temores hacia el parto vaginal que mencionan las mujeres es el de ver disminuido el placer sexual. Una obstetra entrevistada comenta:

La mujer tiene mucho miedo al parto vaginal [...] entonces si yo tengo parto vaginal me voy a desgarrar entera y mi vagina va a quedar toda amplia, laxa y mi marido no me va a querer como antes, y más encima, cuando esté vieja voy a tener un prolapso. (O.E1)

La pregunta que surge es: ¿la mujer tiene mucho miedo al parto vaginal en sí mismo o a la representación cultural que se ha construido sobre él? El miedo es en muchos casos expresado como a las consecuencias del parto vaginal, suponiendo que el parto mismo produce daños. Sin embargo, y como ya hemos comentado, más que una consecuencia del parto vaginal en sí, las consecuencias negativas en la vida sexual, sensibilidad y placer son producidas por las intervenciones innecesarias y aceleración del trabajo de parto, y en especial por la misma episiotomía. Debería ser reconfigurado entonces como miedo a las intervenciones obstétricas de rutina e innecesarias.

En opinión de la obstetra cuyo testimonio recién presenté, lo que preocupa a las mujeres es que el marido ya no las va a “querer” (desear) como antes; antes de que la vagina quedara “toda amplia, laxa”. ¿Y qué con respecto a su propio placer? ¿Es tematizado? Aparece claramente la construcción del “ser para otros” en oposición al “ser para sí” del que nos hablara Marcela Lagarde (1994). Para la autora, los cuerpos femeninos son cuerpos destinados para funciones y usos que implican la negación de la primera persona. El cuerpo femenino es simbolizado como cuerpo para otros y las decisiones sobre este son tomadas por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres decide la sociedad a través de las instituciones y las personas con poderío reconocido y legitimidad para hacerlo, en este caso, el personal médico. En la cultura dominante, simbólicamente se venera al cuerpo femenino si expresa la maternidad y se le consume si es dedicado al eros; la norma central consiste en que la sexualidad femenina no esté centrada en ellas mismas. Cada mujer debe ser dejada de lado por sí misma y dar satisfacción a las necesidades corporales de tipo vital de otros. Así, la autora sostiene que las relaciones sociales fundamentales de las mujeres se derivan de la sexualidad y son funcionales a esta y a su cuerpo *de* otros y *para* otros: fecundidad, conyugalidad, maternidad y erotismo, son ejes constitutivos de la identidad femenina patriarcal (1994).

Volvamos al argumento de Diniz y Chacham (2005): tras el “daño” supuestamente producido por el parto vaginal a las funciones sexuales femeninas, estas necesitan ser devueltas a su “estado virginal”. En las entrevistas de las autoras con profesionales de salud en Brasil, aparecía la mención al “punto del marido”, aludiendo a un punto de sutura extra para que la vagina quedara más estrecha (p.106); “del” marido enfatizando que su función es de provocarle a él mayor placer sexual. En los testimonios de mujeres vertidos en la encuesta de OVO Chile esta idea aparece

cuando el equipo de salud le dice a la mujer que quedó “como de 15” tras la sutura de la episiotomía:

Como secuela de la episiotomía, “me cosieron mucho” y cuando pedí que me revisaran, me dijeron “afortunada” porque “parecía de 15” y no le dieron importancia, no pude tener relaciones sexuales durante 18 meses posteriores al parto porque me dolía demasiado. (Marcela, 6015)

En este último relato se privilegia claramente el placer masculino ante la imagen de una vagina estrecha, minimizando el dolor que sufrió Marcela. ¿Es ella la “afortunada”? ¿Es “afortunada” al sufrir “demasiado” dolor al tener relaciones sexuales? En el testimonio de Elena, el doctor le hace este mismo comentario al padre del bebé –quien ya no era su pareja, reduciéndola nuevamente a objeto sexual para entregar placer al hombre (mientras ella sentía que “casi” la omitían). Aparece una especie de complicidad masculina en que el obstetra comparte con el otro –y no con Elena, a quien le ha practicado la sutura- lo que ha hecho, pues se trata de un procedimiento realizado para él y no para ella:

Me sentí muy mal porque al ser joven ellos casi que me omitían. Así también porque el doctor dijo “mira la dejé como de 15 de nuevo” al papá de mi bebé, quien ya no era mi pareja y estaba ahí en su rol de padre. (Elena, 7775)

Atendamos a otros fragmentos donde se repite el comentario de dejar a la mujer “como de 15”:

Me realizaron una episiotomía sin consultarme ni notificarme, y cuando me di cuenta de que el doctor me estaba “cosiendo”, le pregunté qué me estaba haciendo, y él me respondió que me estaba dejando como “cabra de 15”, y el personal de salud que lo acompañaba se rió. Me sentí tan mal que no fui capaz de decirle nada, estaba agotada por el trabajo de parto como para reclamar. (Josefina, 2910)

En este caso, el comentario causa la risa del personal de salud, lo que intensifica la gravedad de la experiencia vivida para Josefina, quien se sintió “tan mal” que no fue capaz de reclamar. ¿Qué podría causar risa? La imagen es casi como la de un grupo de niños que se ríen ante la travesura del líder (estén o no de acuerdo con lo que ha sucedido). Valeska y Sarah también reciben la sentencia de los 15:

Después el interno procedió a coserme, “te dejaremos de 15”, me dijo el matrn. Con uno de los puntos me dejó pellizcado un pedacito de piel por lo que después se me dificultaba bajarme de la camilla, caminar, sentarme, etc. (Valeska, 1690)

El ginecólogo me realizó episiotomía y al parecer puso muchos puntos, me dijo “te dejé como de 15”, por lo cual hasta el día de hoy (cuatro meses post parto) sufro de dispareunia y problemas de lubricación. (Sarah, 2937)

Traigo a continuación un fragmento del cuento “El punto de más”²¹² que Carmen María Machado publicó en 2017 como uno de varios cuentos en *Su cuerpo y otras fiestas*. Se trata de la historia de una mujer, desde que conoce al hombre que supo sería su marido, hasta que muchos años después él la traiciona, desatando el lazo verde que ella llevaba al cuello desde antes que se conocieran. El texto duele, saca lágrimas, es sobre aquello de “ser para otros” que analicé anteriormente. El fragmento sobre “el punto de más” (o punto del marido) es breve dentro del relato, sin embargo se configura como la pieza central en la construcción de lo femenino; por algo el cuento toma el título de ahí. Durante el trabajo de parto, el médico anuncia:

-No estoy seguro de que vayamos a tener un parto natural-anuncia el doctor-. A lo mejor tenemos que intervenir para sacar al bebé.

-No, por favor- le ruego-. No quiero, por favor.

-Si no se produce algún movimiento pronto, es lo que haremos- dice el doctor-. Quizás sea lo mejor para todos. –Levanta la mirada y estoy casi segura de que le guiña un ojo a mi marido, pero el dolor hace que la mente distorsione las cosas.

Llego a un pacto mental con Pequeñín. *Pequeñín, pienso, esta es la última vez que estaremos tú y yo solos. Por favor, que no tengan que sacarte cortando.*

Pequeñín nace veinte minutos más tarde. Al final sí que hacen un corte, pero no en la barriga, como yo me temía. En lugar de eso, el doctor baja el escalpelo, y siento poca cosa, un tirón, aunque quizás sea por lo que me han administrado. [...]

Se llevan al bebé para poder arreglarme el corte. Me administran algo que me da sueño a través de una mascarilla que me aprietan con suavidad contra la boca y la nariz. Mi marido bromea con el médico mientras me sujeta la mano.

-¿Cuánto por el punto de más? –pregunta-. Entra dentro de sus servicios, ¿no?

-Por favor- le digo. Pero me sale en un medio balbuceo deformado, seguramente no más alto que un gemidito. Ninguno de los dos vuelve la cabeza hacia mí.

El doctor suelta una risita.

-No es usted el primero...

Me deslizo por un túnel largo para salir de nuevo a la superficie, pero cubierta de algo pesado y oscuro, como aceite. Me parece que voy a vomitar.

-...dicen que es como...

-...como si fuese vir...

Y de repente estoy despierta, completamente despierta; mi marido no está ni el médico tampoco. Y el bebé, dónde...

La enfermera asoma la cabeza por la puerta.

²¹² Traducción al español de *The Husband's Stitch*. La traducción omite parte importante del sentido del título –que el punto de sutura extra es para el marido- por lo cual hago esta aclaración.

-Su marido ha ido a tomar un café –explica-, y el bebé se ha dormido en el capazo.
El médico entra tras ella, limpiándose las manos con un trapo.
-Ya estás cosidita, no te preocupes –dice-. Bien apretada, todo el mundo contento. Ya te contará la enfermera lo de la recuperación. Vas a tener que descansar un poco.
El bebé se despierta. La enfermera lo saca con mimo del fajero y me lo pone de nuevo en brazos. Es tan bonito que tengo que acordarme de respirar. (Machado, 2017, s/p)²¹³

En este cuento es el marido el que pregunta al médico si le puede poner el punto de sutura extra. Ella escucha, intentando articular palabras y pedirles que “por favor...”, pero ni siquiera voltean su cabeza hacia ella. Escucha que comentan que el rumor es que quedan como “vir...” Vírgenes. Se duerme, despierta. “Estás toda cosidita”, le dice el doctor. “Bien apretada, todo el mundo contento”. Y a mí me caen lágrimas mientras escribo esto. Pues sé que no es ficción.

El informe sobre violencia obstétrica de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, reporta que en diversos contextos del mundo se practica la sutura tras la episiotomía con más puntos de los necesarios, los llamados “puntos para el marido”, en pro de la satisfacción sexual del esposo. “Esta práctica es consecuencia de unos nocivos estereotipos patriarcales y de la desigual relación entre hombres y mujeres” (Šimonović, 2019, p. 12).

Ignacia, adolescente gestante, relata que durante el trabajo de parto:

Me dijeron cosas como para qué me embarazaba tan chica o “ile falta aquí al hombre para que le de fuerza, pues!”, “lo hubiese pensado mejor” y el típico “yaaa, si no es para tanto el dolor, que es exagerada”. El doctor aparecía cada cierto rato a ver la dilatación y hacía comentarios desubicados, me dijo “de ahí te voy a dejar como si nunca hubieses dejado de ser virgen” y, peor aún “eso sí que no te vayas a meter de nuevo con cualquier huevón”. [...] Fue bastante traumática mi experiencia de parto, tanto que no existe ninguna posibilidad de querer embarazarme de nuevo. (Ignacia, 4594)

Siguen los testimonios sobre los célebres 15 años, aquellos en los cuales las mujeres teníamos la vagina estrecha:

Me hicieron una inducción innecesaria y dolorosa, todo porque el personal que me atendía siempre (médico y matrón) tenían turno en el hospital y no en la clínica donde yo tenía todo preparado. Por miedo a quedar sin mi médico y matrón acepté y aún me arrepiento y me duele todo ese proceso, quizá no era aún el día en que debía nacer mi hija, a pesar que tenía 40 semanas justas. Se me hizo episiotomía sin autorización y de

²¹³ El cuento es parte del contenido gratuito del libro que se puede ver en google books. Recuperado de https://books.google.cl/books/about/Su_cuerpo_y_otras_fiestas.html?id=HZ1xDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

esta aún no puedo recuperarme, mi hija tiene 9 meses y aún estoy con kinesioterapias de piso pélvico. El médico que me hizo el parto, cuando fui por el granuloma me dijo que era un papiloma vaginal y que mi cicatriz estaba perfecta, de 15. Fui a otro médico y este me derivó a terapias porque ni un espéculo infantil era capaz de entrar para revisar mi cuello del útero. Esto ha generado muchos problemas en mí, estoy con terapia psicológica. Cuando recuerdo todo lo que ha pasado me da rabia y ganas de haber tenido un mejor médico ese día y que se hubiera ido a hacer su turno y otro me hubiera atendido.
(Raquel, 834)

Raquel aceptó una aceleración del trabajo del parto para que su equipo médico alcanzara a atenderla en la clínica. Aparece ya una práctica cuestionable, dado que en salud privada lo que se compromete es la continuidad de la atención del mismo equipo de salud. Son las “agendas peripatéticas” de obstetras entre distintas instituciones que describía Susan Murray en sus trabajos en Chile, que llevan a una programación/aceleración de los partos (Murray, 2000; Murray y Elston, 2005). Se le hizo una inducción “innecesaria y dolorosa”, luego una episiotomía sin su autorización. El comentario de los “15” lo hace el médico en una consulta posterior por presentar una verruga genital; al revisarla le comenta que la “cicatriz estaba perfecta, de 15”. Otro médico la deriva a terapia psicológica por las secuelas del parto, que ella enuncia como que “ni un espéculo infantil era capaz de entrar para revisar mi cuello del útero”. Se trata sin duda de secuelas físicas y emocionales por lo vivido, que se exponen claramente en muchos otros relatos, en los cuales el dolor físico va acompañado de sufrimiento emocional y moral; las mujeres hablan de “pesadilla”, de “tristeza”, del dolor de que no respetaran sus decisiones.

Catalina comenta que “la episiotomía, sobre la que no se me consultó y que yo no habría autorizado, me dejó secuelas de por vida” (Catalina, 7228). Es así como:

La episiotomía y sutura del perineo no es solo una cuestión de por qué, cuándo y cómo, pero de los efectos que la mutilación genital quirúrgica y su subsecuente reparación puede tener en los sentimientos de las mujeres sobre sus cuerpos, autoestima, vidas sexuales, sus relaciones con una pareja, y con su bebé. (Kitzinger, 2012, p. 100, *traducción propia*)

Se trata, sin duda, de una de las intervenciones obstétricas que más secuelas negativas puede dejar en las mujeres. En Chile, un análisis secundario de la información recolectada en el estudio de Binfa et al. (2016) citado anteriormente, se propuso identificar qué procedimientos o intervenciones obstétricas son predictores significativos de la satisfacción materna. Los resultados muestran que uno de los factores significativamente asociados con una menor satisfacción con la experiencia de parto fue la episiotomía (Weeks et al., 2017).

El informe de Šimonović (2019) sobre violencia obstétrica es claro en plantear que una episiotomía innecesaria y/o sin consentimiento constituye una violación a los derechos de la mujer:

Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre [...] puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS. [...] La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer. (p. 11).

Ahora bien, al igual que en los acápites precedentes, es importante plantear que no toda intervención obstétrica, en este caso, no toda episiotomía lleva por defecto a una experiencia negativa del parto. Algunas mujeres adhieren al discurso tecnocrático de la necesidad de la episiotomía como forma de prevenir desgarros, para quienes la no realización de la intervención puede ser vivida como problemática, como el caso de Luisa: “Lo terrible fue que no me hicieron episiotomía así que me desgarré” (Luisa, 2075).

Por otra parte, algunas mujeres expresan que prefieren un desgarro natural a la episiotomía, como se aprecia en los testimonios de Bernardita, Estefanía y Gisela:

Tuve un parto normal sin complicaciones, quise evitar la episiotomía (a la cual tengo TERROR) y lo logré, consiguiendo un pequeño desgarro en la pared de mi vagina (que fue suturado posterior a la administración de anestesia local) sin complicaciones. (Bernardita, 426)

El doctor siguió todas las cosas que le pedí. No hablarme, no indicarme la dilatación, no requerir anestesia para tener un parto natural, etc. No autoricé a que me hicieran episiotomía y tuve un desgarro natural, que es lo que yo prefería. (Estefanía, 4182)

Mi parto fue inducción a las 39 semanas producto que de que tenía el líquido amniótico disminuido. Fue una inducción de pocas horas, con uso de oxitocina. Tuve la posibilidad de caminar y usar el balón kinésico cuando lo necesité. Luego de la anestesia permanecí

acostada y al cabo de dos horas nació mi hija por parto vaginal sin episiotomía, solo un pequeño desgarro de horquilla. [...] Mi experiencia fue hermosa. (Gisela, 6667)

En otros casos, encontramos partos que no tuvieron desgarros y que tienen en común el movimiento libre y apoyo con medidas no farmacológicas de apoyo al dolor. En un parto que ocurrió con movimiento y posiciones libres, y uso de ducha caliente, Renata expresa que “no me hicieron episiotomía, tampoco tuve desgarro por lo que no me pusieron puntos ni ninguna intervención, luego del parto pude comer y beber y estuve en todo momento con mi hija y mi pareja. Fue un parto maravilloso” (Renata, 961). Mónica relata cómo “el equipo médico fue muy contenedor y cariñoso... jamás me cuestionaron poder tener a mi hija por parto normal y no tuve ni la más mínima fisura [...]. En resumen, la mejor y más feliz experiencia (Mónica, 3453). Marina comparte que su “hija nació cuando quiso, por parto natural, sin episiotomía ni desgarros, sin anestesia de ningún tipo, con luz baja y una matrona que no intervino en nada, muy respetuosa” (Marina, 5).

Para cerrar este acápite, el parto de Melissa, que se describe como “la mejor experiencia de la vida”, “simplemente espectacular”, “maravilloso”. En su caso, tras un primer parto que describe como “traumático”, cambió de equipo médico y su segundo hijo:

Nació por parto natural a las 38 semanas, fue un parto totalmente espontáneo i en la pieza donde hice el parto! Fue mágico, maravilloso y sanador, mientras estaba en trabajo de parto comí helado, tuve agua a libre disposición, me duché para calmar el dolor... nunca estuve obligada a estar acostada, yo elegí la posición para parir... no tuve ni un desgarro... todo el equipo fue fantástico en el trato, fue lejos la mejor experiencia de la vida [...] simplemente espectacular... no usamos anestesia, iy me dolió menos que mi primer parto que fue con anestesia! De verdad fue maravilloso, volvería a tener un parto natural con el mismo equipo, me sentí súper segura y capaz de parir. Sin duda fue la mejor experiencia de la vida. (Melissa, 8250)

III.4.5. La compañía

Durante gran parte de la historia las mujeres estuvieron acompañadas durante el parto por sus familiares, parteras empíricas y otras mujeres con experiencia para apoyar el proceso, y las(os) bebés quedaban en contacto permanente con sus madres. Solo desde la expansión de la medicina tecnocrática y hospitalización del parto es que estas dos tradiciones dejaron de ser práctica generalizada; las mujeres fueron separadas de sus redes de apoyo y sus bebés llevados a guarderías a ser observadas(os).

Me detengo ahora en estas dos grandes dimensiones de la atención: el acompañamiento de una persona “significativa”²¹⁴ de la mujer durante el trabajo de parto y parto, y el contacto inmediato piel con piel con la(el) recién nacida(o). Las agrupo en un mismo acápite por tratarse de los dos indicadores de calidad del Chile Crece Contigo que evalúan la atención personalizada del parto, y por hablar ambas de la forma en que se conciben los aspectos relacionales de la atención.

En este punto, es muy relevante no generalizar lo que constituiría una experiencia de respeto en estas dimensiones, pues no siempre se vincula con la participación de un acompañante o de la realización del contacto piel a piel inmediato. Estas prácticas se deben promover siempre que la mujer así lo desee, poniendo sus necesidades al centro del cuidado. Ello, pues puede suceder que se institucionalicen prácticas sin atender a los contextos específicos de cada mujer, o que se promuevan -incluso contra los deseos de la mujer- por responder a concepciones normativas de pareja/paternidad y de maternidad que pueden permear la atención a expensas de las situaciones de cada mujer.

El “acompañamiento significativo” se da en la mayoría de los casos por el padre biológico de la(del) bebé que nace, lo cual implica un avance en el reconocimiento de la importancia del papel que los hombres juegan en la salud sexual y reproductiva y cuidado de sus hijas(os), con implicancias fundamentales en las relaciones de género. Se trata de medidas que pueden colaborar y avanza hacia modelos de crianza compartida, como ha sido foco central del trabajo del Chile Crece Contigo. Es por ello que los esfuerzos por el cumplimiento de estos indicadores de atención pueden hablar de avances significativos en un cambio de modelo de atención. A continuación, presento cómo se comportan estos indicadores en la actualidad y analizo de qué nos hablan.

Como expuse en el capítulo de antecedentes, en el componente de salud del Chile Crece Contigo se encuentra el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PASBP). Como parte de este último se encuentra la atención personalizada del parto, y la indicación del programa es que dicha atención se realice de acuerdo a las normas contenidas en el *Manual de Parto Personalizado* (MINSAL, 2008), entregando una “atención integral y personalizada a la mujer gestante y a su acompañante en los diferentes momentos del proceso del nacimiento: preparto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas” (ChCC, 2018, p.17). En dicho *Manual* se hacen recomendaciones específicas para todas las intervenciones durante el proceso de parto, sin embargo, no tiene carácter de obligatoriedad; a diferencia del Chile Crece Contigo, cuyos indicadores sí se traducen en indicadores y metas sanitarias por ser

²¹⁴ Digo persona “significativa” pues así es como se nombra en los manuales de atención de salud. Y lo marco entre comillas para poner atención al hecho de que se permita la presencia de alguien que para la mujer es importante en un momento en que ello nunca debiera haber dejado de ser posible. Lo que expresa es que la mujer estuvo por mucho tiempo rodeada solo de personas no significativas para ella, en la mayoría de los casos desconocidas(os).

ley. De hecho, esta diferencia de “jerarquía” puede explicar que de todas las recomendaciones para la atención personalizada del nacimiento, los dos indicadores asociados al Chile Crece Contigo sean los que han visto una mayor adherencia en los últimos años.²¹⁵ Se trata del acompañamiento de las mujeres beneficiarias durante el parto y el contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo en bebés con peso mayor o igual a 2.500 gramos, con una meta de 80% en ambos indicadores (ChCC, 2018).

III.4.5.1. El acompañamiento de personas significativas

En cuanto a quienes participan en el parto, Jordan distinguió entre “especialistas” (profesionales de salud en el sistema biomédico, parteras “empíricas” y otras especialistas en otros sistemas médicos) y quienes no lo son, que pertenecen a la familia y redes comunitarias de las mujeres parturientas. La autora releva que el tipo de participantes determinará la naturaleza de las interacciones que ocurran, e influirá en la experiencia que la mujer tenga del proceso y en los resultados obstétricos. En este sentido, la inclusión de acompañantes continuos (distintos al equipo médico) entrega un componente de apoyo emocional e integral que tiene efectos interaccionales, experienciales, y médicos positivos (Jordan, 1993).

En el modelo tecnocrático de atención se llegó a aislar por completo a las mujeres de sus redes de apoyo durante el parto, y fue durante la década de 1990 que se comenzaron a documentar los beneficios del apoyo continuo durante el parto. Una serie de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas demostraron los resultados positivos para la salud materna y neonatal del acompañamiento continuo por personas externas al personal de salud, lo que llevó a la OMS a incluirlo como una importante recomendación (Diniz et al., 2014). La revisión Cochrane sobre el tema concluye que el acompañamiento de personas de apoyo de la mujer es beneficioso, y en comparación con no tener compañía durante el parto, el apoyo de un familiar o amigo aumenta la satisfacción de las mujeres con su experiencia (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa y Cuthbert, 2017).²¹⁶ La revisión sistemática de estudios sobre lo que las mujeres esperan del parto (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, y Gülmezoglu, 2018) que informó las más recientes recomendaciones de la OMS (2018) para el parto muestra que el acompañamiento de personas significativas es central para una experiencia de bienestar. Este acompañamiento debe considerarse como un indicador de seguridad, calidad de la atención y respeto por los derechos de las mujeres en la atención materna (Diniz et. al, 2014). Estudios en Chile muestran el mismo resultado: una muestra de mujeres de nueve maternidades del país también se encontró que el

²¹⁵ Voy a complejizar esta afirmación más adelante comparando los datos que publica el Chile Crece Contigo con los resultados de la encuesta OVO Chile (2018).

²¹⁶ Personas de apoyo pueden ser de las redes familiares y comunitarias de la mujer, o personas entrenadas para dicho fin, como el caso de doulas.

acompañamiento de una persona de elección de la mujer durante el parto es un predictor significativo de satisfacción materna con la experiencia de parto (Weeks et al., 2017).²¹⁷

En la actualidad, el acompañamiento por al menos una persona significativa de la mujer en el parto en instituciones biomédicas es una clara recomendación: “se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y parto por la persona de su elección” (OMS, 2018, p. 4). En el catálogo de prestaciones Chile Crece Contigo 2018, una de las acciones del componente de atención personalizada en el proceso de nacimiento es la de fomentar la compañía del padre o familiar cercano durante el trabajo de parto y parto, que se evalúa a través del indicador de porcentaje de mujeres acompañadas por su pareja o familiar cercano en el parto. La meta de este indicador es de 80% (ChCC, 2018, p. 17).

Es importante mencionar que la forma en que el(la) acompañante participa (o más bien, se le “permite” participar) varía mucho, y se vincula al modelo de atención que se promueva. En un trabajo de parto con movilidad y deambulación, puede moverse junto a la mujer prestando apoyo físico, haciendo masajes, y tomando un rol mucho más activo y participativo que en los casos en que las mujeres están inmovilizadas en las camillas de parto. En el parto ocurre lo mismo, el(la) acompañante puede ser un(una) activo(a) agente que da apoyo físico y emocional, o un(a) acompañante que solo sigue instrucciones de lo que le permite el personal de salud. Por lo general, mientras más protagonismo se le da a la mujer, se le otorga también al(la) acompañante significativo. Como ejemplo, Josefa recuerda la experiencia “de manera súper romántica, bailando y besando a mi marido al ritmo de Michael Buble, de hecho mi bebé nació durante una de sus canciones” (Josefa, 41). En los partos de corte más tecnocrático, lo habitual es que permanezcan quietos al lado de la cabeza de la mujer y que se les recomiende no acercarse ni observar el parto mismo. Pero incluso en tales contextos, donde se permite poca participación activa tanto de las mujeres como de sus acompañantes, dicha presencia es muy valorada (Sadler, 2004; Diniz et al., 2014).

Los datos de la encuesta OVO muestran un aumento sostenido de acompañamiento en el parto en las últimas décadas (OVO Chile, 2018), en la misma línea de los resultados del Chile Crece Contigo desde que comenzó su implementación en 2007.²¹⁸ Si bien se trata de una muy buena noticia, los resultados de la encuesta OVO muestran un panorama menos alentador. El

²¹⁷ Que se requieran estudios para “comprobar” los beneficios del acompañamiento de personas significativas para la mujer nos habla de la profundidad alcanzada por el modelo tecnocrático de atención, donde se llegó a desestimar por completo la importancia del bienestar emocional de la mujer en el desarrollo del proceso de gestación y parto. Mi tesis de magíster, cuyo trabajo de terreno se desarrolló a fines de la década de 1990, trató sobre la incorporación de los padres en los partos del sector público (antes prohibida), en el marco de un hospital “innovador” en el que además del padre se promovía el apego inmediato piel con piel (Sadler, 2004). Las resistencias del personal de salud reflejaban que el padre podía interferir y ser un obstáculo al “adecuado” desarrollo del proceso como se concibe desde el modelo tecnocrático.

²¹⁸ Los datos presentados en este acápite fueron obtenidos desde el sistema reportabilidad ChCC para consulta rápida, Recuperado de <http://chcc.minsal.cl/indicadores/>

“porcentaje de partos con acompañamiento durante preparto y parto de mujeres beneficiarias” del Chile Crece Contigo fue de un promedio de 63% entre los años 2014 y 2017.²¹⁹ En este mismo periodo, los reportes de las mujeres en la encuesta OVO Chile (2018) indican que un 39% de los trabajos de parto y parto ocurridos en salud pública hubo acompañamiento continuo de una persona significativa (OVO Chile, 2018). Hay una gran diferencia entre el 63% registrado por el Chile Crece Contigo y el 39% de la encuesta OVO.²²⁰ Probablemente esto ocurra porque si bien el indicador Chile Crece Contigo se formula como “acompañamiento durante preparto y parto”, ocurre que se registra como habiendo ocurrido en casos en que no es continuo, y en los cuales el acompañamiento ocurrió solo en algunos momentos del proceso (lo más habitual es en el periodo expulsivo donde la mujer se traslada a un pabellón o box individual de atención). Por tanto, lo más probable es que el 63% reportado por el Chile Crece Contigo corresponda a la suma de trabajos de parto en que hubo acompañamiento de una persona significativa en algún momento del proceso y en forma continua, lo cual es corroborado por las(os) profesionales de salud entrevistados en el estudio FONIS que informa esta tesis.

Otro dato importante que nos entrega la encuesta OVO es que se presenta una gran brecha entre salud privada y salud pública. Si bien en todos los indicadores evaluadores (a excepción de la cesárea) hay un menor cumplimiento de las recomendaciones en salud pública, en el acompañamiento es donde se observa la mayor distancia. En el periodo 2014-2017 las mujeres reportaron haber estado acompañadas durante todo el trabajo de parto y parto en un 39% en el sector público y en un 79% en el privado. Esto quiere decir que, en salud pública, en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no pudieron contar con un acompañante significativo en algún o todo momento durante el trabajo de parto, mientras que esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias en salud privada. Más aun, en un 7% en público y 0,2% en privado estuvieron privadas de acompañante en todo momento. Esto quiere decir que en Chile la presencia continua de un acompañante significativo para la mujer durante el trabajo de parto y parto es un privilegio de clase, de aquellas mujeres que pueden atenderse en salud privada.

En opinión del personal de salud, la menor presencia de acompañantes en salud pública en comparación al sector privado se genera principalmente por la inadecuada infraestructura, al tener salas de preparto comunes con poca privacidad para cada usuaria. Sin dudar de que este factor es relevante, se ha visto que en diversas maternidades públicas, aun con espacio muy limitado, se permite un acompañante ubicado al lado de la camilla, lo cual se da por la voluntad

²¹⁹ 59% en 2014, 62% en 2015, 63% en 2016, y 67% en 2017. En el sistema público se aprecian grandes diferencias entre regiones: en el año 2016 la diferencia entre la región con mayor acompañamiento y la con menor fue de 72%, entre las regiones de Coquimbo (93%) y Maule (21%); en el año 2017 esta diferencia fue de 50% (entre Aysén con un 96%, y Maule con un 46%).

²²⁰ En la encuesta OVO la pregunta sobre acompañamiento incluía las opciones de nunca haber estado acompañada, en algunos momentos, y siempre. El 39% corresponde a quienes siempre estuvieron acompañadas.

de los equipos de atención de permitir que suceda (Sadler, 2009). En maternidades, equipos de salud y/o turnos de atención que promueven una atención más personalizada, es más usual que esto suceda que en partos donde prima el modelo tecnocrático, incluso cuando suceden en maternidades con limitaciones de infraestructura. En este sentido, las personas que acompañan pueden ser vistas por el personal de salud como apoyo o como amenaza, de lo cual dependen los esfuerzos que se hagan por hacerlas participar.

En los testimonios de mujeres se aprecia claramente como el acompañamiento continuo de una persona significativa es central para sentirse cuidada. Al igual que en las prácticas que hemos revisado en los apartados precedentes, las experiencias van en un espectro desde el sentirse vulneradas en sus derechos hasta de profundo respeto. Si bien no voy a detenerme en relatos, me interesa dejar la experiencia de Nora, que habla tanto de la importancia del acompañante significativo como del contacto inmediato con su bebé:

En la sala de parto estuve sola, con dolores, con pena, *mi pareja corría de un lado a otro buscando información, nunca lo dejaron estar conmigo, acompañarme, al parto tampoco lo dejaron pasar*, el parto fue frío, *no me dejaron estar piel con piel al tiro cuando nació*, de hecho ya en la sala común, cuando llevaron a mi hija, yo tuve ganas de sentirla, hacerle cariñito y la matrona que la llevaba me dijo textual "¡ya, ya, ya!", después vas a tener tiempo de eso, ahora necesito saber si va a agarrar la pechuga o no" [...]. Tenía frustración, pena, rabia, me sentí penca de no haberme empoderado, eso hasta el día de hoy me frustra, del año pasado me dan crisis de pánico, sinceramente, no sé si tendrá que ver, es un cúmulo de cosas, pero me doy cuenta al responder esto, que *aún no sano esta herida, no sé qué hacer para devolver el tiempo y empoderarme, defender a mi cría, estar con mi amor sujetando mi mano en parto*. (Nora, 7376)

El relato de Nora no detalla el tipo de intervenciones, ni siquiera la vía de parto, pero destaca los dos elementos que marcaron su experiencia de “frustración, pena, rabia”: el no haber estado acompañada de su pareja, y la separación de su recién nacida. Ella querría haber “defendido a su cría” y estar con su amor sujetando su mano.

III.4.5.2. El contacto piel con piel inmediato

Tras el nacimiento de la(del) bebé, se recomienda que permanezca en contacto piel con piel inmediato con la mujer, siempre que nazca sin complicaciones de salud que requieran una separación, y que la mujer así lo desee. La OMS plantea que “se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora después del nacimiento” (OMS, 2018, p. 7). En el catálogo de prestaciones Chile Crece Contigo se describe como sigue:

Ejecutar el primer contacto físico piel a piel entre la madre, padre e hijo/ hija, desde el momento del nacimiento hasta 60 minutos después del parto, a menos que exista contraindicación médica. Todo procedimiento postalumbramiento, que no sea estrictamente necesario, debe ser diferido al menos 60 minutos para realizar contacto piel a piel entre el bebé y su madre.

En parto normal: si las condiciones de salud de la madre y el niño(a) lo permiten se recomienda contacto piel a piel de por lo menos 60 minutos, en cuyo contacto se favorecerá el reconocimiento sensorial (visión, audición, olfato, tacto) mutuo, la reptación y búsqueda del pezón y el acople boca pezón para iniciar lactancia. Si la madre no está en condiciones de realizar este contacto, lo puede realizar el padre del recién nacido(a), exceptuando el acople.

En parto cesárea: si las condiciones de salud de la madre y el niño(a) lo permiten se recomienda contacto piel a piel de por lo menos 30 minutos. Si la madre no está en condiciones de realizar este contacto, lo puede realizar el padre del recién nacido(a), exceptuando el acople.

No se recomienda en cesáreas de urgencias.

Si las condiciones de pabellón no permiten esta intervención, se recomienda hacer las modificaciones para que esta intervención sea posible.

Nota: No se considerará contacto piel a piel si el recién nacido(a) está vestido. Tampoco aquel contacto que se realice recién después de 20 minutos post parto.

El objetivo del contacto piel a piel es dar inicio a la relación vincular entre el bebé y su madre y padre de la forma más sensible y humana, la evidencia demuestra que este contacto es necesario para calmar el estrés por nacimiento y por cambio de ambiente del bebé, para iniciar lactancia exitosa, para consolar al bebé; y todo esto promueve seguridad en la relación de apego. Por otro lado la madre y el padre se benefician también mostrando una mayor sensibilidad y autoeficacia en el cuidado del bebé.

ChCC, 2018, p. 18, *negritas en el original.*

El indicador que evalúa esta acción es el porcentaje de bebés con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo, con una meta de 80%. Un indicador relacionado es el porcentaje de bebés que inician lactancia durante el contacto piel a piel. Los resultados del Chile Crece Contigo muestran que el porcentaje de “recién nacidos(as) con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo” fue de un promedio de 75% entre 2014 y 2017”.²²¹

²²¹ 71% en 2014, 75% en 2015, y 76% en 2016 y 2017. En este periodo se dieron grandes diferencias entre regiones: en 2016 las mayores diferencias se presentaron entre Coquimbo, que tuvo el mejor cumplimiento del indicador con un 88%, y Antofagasta el más bajo con 50%; mientras que en 2017 los extremos se presentaron en las regiones de Aria y Parinacota (92%) y de Atacama (48%). Datos obtenidos desde el Sistema Reportabilidad ChCC para consulta rápida, Recuperado de <http://chcc.minsal.cl/indicadores/>

Al igual que lo ocurría en el caso del acompañamiento, los reportes de las mujeres en la encuesta OVO muestran un menor cumplimiento del contacto piel con piel que el Chile Crece Contigo, sin embargo, la diferencia es aún mayor. En la encuesta OVO solo un 17% de mujeres en salud pública reportó que su bebé estuvo en contacto piel con piel mayor a 30 minutos, cifra muy similar a la de salud privada, donde fue de 18%. Pero, para salud pública, entre los resultados del Chile Crece Contigo y de la encuesta OVO se aprecia un 58% de diferencia. Nuevamente, la explicación más probable es que ocurre un sobre reporte del cumplimiento del indicador, lo cual es corroborado por el personal de salud entrevistado. Una reciente tesis de título de sociología entrega el testimonio de una mujer sobre esta práctica: “Lo primero que hice al salir fue pedir mi ficha clínica, como para tener mi respaldo... uno ve lo que escriben y de verdad que es nada que ver... sale que tuve dos horas de apego que yo no tuve... yo la tuve dos minutos” (Giacaman y Saavedra, 2019, p. 40).

En la encuesta OVO Chile (2018) se encuentran muchos testimonios en los que las mujeres relatan que no se les permitió permanecer con sus bebés. En partos vaginales, tanto en el sistema privado como público de atención se relatan estas experiencias de temprana separación tras el parto: “No me agradó estar tan poco tiempo piel con piel, se la llevaron muy luego y tardaron mucho en llevármela de vuelta” (2423); “Tampoco me dieron a mi bebé cuando nació, para tenerlo piel con piel, sólo me lo mostraron y se lo llevaron” (2605); “¿Contacto piel con piel? Ni tocarla pude, solo fue un besito en la mejilla y una eterna espera para darle el pecho, más de una hora creo” (2841); “Me dejaron darle un beso y verlo por menos de 5 min, sin que tuviera él alguna urgencia médica” (4945), “Una vez nacida mi bebé me la pusieron en el pecho para el contacto piel a piel pero solo 1 minuto, yo creo que fueron unos segundos, no la pude acariciar y dar pecho con tiempo, fue como si tuvieran prisa” (5613), “El piel a piel al nacer fue corto, 10 o 15 minutos” (5974); “No pude estar con mi bebé después de estar piel con piel unos momentos después del parto, me dejaron en una sala durante más de dos horas sin mi bebé” (817), “Lo que más siento es no haber podido tener contacto piel con piel con mi hija sino pasadas un par de horas, cuando nació sólo pude besarla y se la llevaron” (1118).²²²

Son muchas las mujeres que relatan que el motivo de la separación fue para que la(el) bebé “regulara temperatura”, desconociendo que el contacto piel con piel fomenta dicha regulación, como lo expresan Amanda, Sigríd y Marisa:

En la clínica donde tuve a mi hijo les hace falta actualizarse tanto en permitir la libertad de postura para el parto y del apego inmediato ya que tienen protocolos muy rígidos y pude estar solo unos minutos con mi bebé y luego se lo llevaron por 2 horas para “regular

²²² En este acápite se seleccionan fragmentos de testimonios en los que se entiende explícitamente que no hubo complicaciones o emergencias médicas que justificaran una separación temprana.

su temperatura”, pese a que la lógica dice que no hay mejor regulación que piel con piel. (Amanda, 67)

Mi hija fue llevada a mis brazos después de casi 4 horas, debido a que no regulaba temperatura; gracias a la insistencia de mi compañero me llevaron a mi hija, 4 horas lejos de mí y en menos de 5 minutos recuperó temperatura al ponerla piel con piel. (Sigrid, 558)

Mi hijo no me lo pasaron, salvo cinco segundos estando ya limpio y muy envuelto. Después se lo llevaron, diciéndome que estaba bajo de temperatura, aun cuando pedí entibiárselo piel con piel. (Marisa, 1159)

En otros casos se da a la mujer el argumento de que debe “descansar” tras el parto, como le ocurrió a Javiera: “No me dejaron tenerla piel a piel a pesar de que lo pedí, no me dejaron verla en 5 horas para dejarme “descansar” a pesar de que no lo quería ni necesitaba” (Javiera, 4302). A Isabel también se la envía a “recuperación”, mientras que su bebé va a “observación”, prácticas que ella disputa:

Salió mi hijo y lo pusieron un minuto si acaso sobre mí y se lo llevaron a las miles de mediciones inútiles que pueden hacer tres días después de nacido. [...] Mi esposo se fue a perseguir a nuestro hijo que lo llevaron a la sala de observación, y decían que debía quedar en “observación”, pero insistió y peleó con todo el personal para que lo llevaran a mi lado y poderlo poner al pecho lo más rápido posible, mientras tanto yo en mi sala de “recuperación” (ino sé de qué recuperación porque yo me sentía muy bien!), yo peleaba también para que me trajeran a mi hijo y me permitieran amamantarlo. Pasaron 4 minutos de peleas mías y de mi esposo por separado para conseguir que nos subieran juntos a la habitación y poder por fin amamantarlo. (Isabel, 6342)

Isabel cuestiona que la hayan separado de su hijo para realizar la atención pediátrica (“mediciones inútiles”) que ella sabe se pueden hacer en forma diferida, y tras su insistencia y la de su pareja consiguieron que su bebé permaneciera con ella. En otros, como le sucedió a Eugenia, la explicación fue que debía recuperarse de la anestesia: “[Me dijeron que] Tenía que pasar el efecto de la anestesia mía y porque ella estaba con baja temperatura. Tuve que exigir que me la trajeran” (Eugenia, 4273). A pesar de su insistencia, estuvo 5 horas sin ver a su recién nacida. Erika lamenta que en su caso el personal de salud no haya considerado la importancia de este contacto: “Tuve que luchar porque me la dejaran un rato. Pero todos minimizan el contacto piel con piel y su importancia. ¡¡Incluida la pediatra!! Que me dice ‘pero si la vas a tener para siempre’” (Erika, 315).

En el caso de cesáreas, las restricciones para que suceda el contacto inmediato piel con piel son mayores. Las mujeres relatan que las razones que da el personal de salud son que es peligroso

debido a las vías venosas que tienen conectadas en los brazos y debido a la anestesia que recibieron, lo que puede provocar que no puedan sostener a la(al) bebé adecuadamente, además de las mismas razones expuestas anteriormente (que bebé debe regular temperatura, debe ser “observado”, que mujer debe descansar). En algunos casos simplemente les explican que el contacto inmediato piel con piel no se permite en casos de cesáreas, como le ocurrió a Jael: “Me llevaron dos horas a una sala de recuperación lejana de mi hija por protocolo de cesárea” (Jael, 1211). A Jimena le ocurrió algo similar:

Supuestamente por ser cesárea no me pasaron a mi hijo altiro, ni estuve piel con piel inmediatamente. Cuando llegamos a la pieza, por separado, una media hora después recién me lo pasaron. Me habría encantado haberlo hecho altiro, cuando irradiaba emoción y felicidad. (Jimena, 725)

Las consecuencias negativas de la separación en la experiencia de mujeres que hubieran deseado estar en contacto inmediato con sus bebés son de frustración, tristeza, trauma, culpa. A Gladys se le “permitió menos de cinco minutos de contacto piel a piel”, tras lo cual estuvo “más de 45 minutos a 1 hora separada de mi bebé, lo que me produjo una descompensación, baja de presión sanguínea y llanto” (Gladys, 889). Luz dice haber quedado marcada por la inicial separación de su bebé: “La conocí después de una hora y eso me marcó, me sentí triste después del parto y sentía que me habían robado la oportunidad de besar y tocar a mi hija justo cuando ambas más lo necesitábamos” (Luz, 6654). Ariela se sintió muy frustrada: “Pedí que me dejaran estar con ella piel a piel por lo menos unos minutos, pero sólo fue un instante. Eso me frustró mucho” (Ariela, 894); Ema se entristece al recordarlo: “Yo quería hacer piel con piel por lo menos 20 minutos antes de que lo limpiaran, pero me dijeron que el procedimiento no era así. Me entristezco cuando lo recuerdo” (Ema, 1281). Fabiana expresa que la temprana separación de su bebé fue “terrible, lo más triste que me ha pasado no tener contacto piel con piel con mi bebé luego de que me lo sacaran sólo porque debían limpiarlo, pesarlo y medirlo” (Fabiana, 3885). Conoció a su bebé tres horas después de su nacimiento. Para Elba fue una experiencia traumática; Zoé se siente culpable por lo sucedido:

Mi cesárea fue exitosa médicamente hablando y traumática para mí y mi hijo al negarme hacer piel con piel con mi hijo a pesar que pedí que me lo pasaran y mi guagua lloraba mucho y solo se calmó cuando lo pusieron en mi mejilla. (Elba, 122)

En la cesárea me sentí sin voz, no pude hacer piel con piel por más que lo solicité, no me respetaron... el médico hablaba de fútbol mientras mi gorda nacía, para el equipo médico fue un trámite y no un nacimiento... aún lloro y me siento culpable por ello. (Zoé, 711)

Se aprecia que en diversos casos –al igual que lo que hemos revisado en otras intervenciones obstétricas- se niega en el momento de la atención el contacto piel con piel, a pesar de haberse informado previamente que sí se iba a realizar. Así le ocurrió a Amaya: “A pesar de que había

conversado con el obstetra sobre mi plan de parto natural y apego, me amarraron un brazo durante la cesárea y no permitieron apego piel con piel” (Amaya, 4924). A Vanessa tampoco le permitieron dicho contacto a pesar de haberle expresado que sí era posible en las interacciones previas con su equipo de salud:

Al llegar la cesárea, ella [matrona] no me hizo el contacto piel con piel como lo habíamos hablado en el plan de parto. No me permitió el contacto piel con piel como yo lo imaginaba (y como habíamos acordado en preparación al parto y plan de parto), ella recibió a mi guagua, y se la llevó al lado a la pediatra, la aspiraron (el ruido lo recuerdo y me trae malos recuerdos) y después de eso me la trajo (para mí fue eterno) envuelta en paños y me la puso sobre mi hombro izquierdo muy poco rato y solo pude tocarla con mi mano derecha tratando de abrazarla y retenerla... pero se la llevó a pesar y medir mientras terminaban con mi sutura... Eso me cala hondo hasta el día de hoy. El contacto piel con piel que tanto pedí, no me lo respetaron. Lo recuerdo y lloro cada vez, mi bebé tiene ahora 1 año. (Vanessa, 1554)

En muchos otros casos es el acompañamiento y/o contacto con el bebé que se respeta o “permite”, pero en el marco de experiencias en las cuales muchos otros elementos son considerados irrespetuosos y/o no se basan en las recomendaciones de atención. Como ejemplo, Dominga describe haber vivido horrores y maravillas durante la atención, reflexionando sobre las inconsistencias de un modelo que respeta y a la vez vulnera:

Eliminaría el haber pasado por los horrorosos tactos, es realmente una forma de “medición” que tienen instaurado dentro de los protocolos de los nacimientos. El médico tuvo la intención de entregarme la placenta, como yo lo solicité, pero no fue posible debido a los protocolos de la clínica donde me atendieron. Aun así de verdad, el hecho de haber estado en movimiento, de sentir mis contracciones, de estar acompañada por mi madre y mi compañero, y que él participara del corte tardío del cordón, y lo más maravilloso, haberme quedado con mi hija piel con piel hasta que ella lactó por primera vez, supera el mal rato de los tactos. Espero de corazón que todo el equipo médico del país que participan de los nacimientos, pueda aprender a respetar a las mujeres en este momento tan importante. Que logren entender que un nacimiento no es un procedimiento de urgencias, es el inicio de la vida, y por tanto se debe tratar con muchísimo respeto. (Dominga, 5771)

Dominga tuvo un parto en posiciones libres, acompañada de su pareja y su madre, luego tuvo contacto ininterrumpido con su bebé hasta que se inició la lactancia. Si bien expresa que en los aspectos positivos superaron a los negativos, le hubiera gustado evitar los “horrorosos tactos”, le hubiera gustado poder llevarse la placenta, y hace un llamado a que “se pueda aprender a respetar a las mujeres” en la atención del nacimiento.

En otros muchos casos, el acompañamiento y contacto con la(el) bebé se enmarca en experiencias de cuidado integral, en las cuales las mujeres sienten haber sido respetadas en todo momento. Roxana, quien vivió una experiencia “maravillosa, perfecta y llena de amor y contención, un equipo profesional espectacular” relata que la atención se caracterizó por la paciencia de los tiempos del proceso, que estuvo acompañada continuamente por su matrona y doula que fueron “las mejores del mundo” y por su marido, “el mejor de la vida”:

Mi hijo nació por parto natural, luego de 12 horas, lo tuve conmigo piel con piel cerca de 3 horas, [...] no le hicieron ningún procedimiento a él tampoco como yo había pedido, solo lo pesaron y midieron, de hecho estaba tan oscura la sala que no se veía nada más. La neonatóloga lo fue a ver al día siguiente a mi pieza con tranquilidad. [...] Emoción y amor a flor de piel. (Roxana, 1225)

Tania, cuyo hijo nació por cesárea, se refiere a un “excelente equipo médico”, que a pesar de tener una cesárea programada esperó a que iniciara espontáneamente el trabajo de parto. Se trató de un proceso que ocurrió con luces bajas, con la música y aromaterapia que la pareja había preparado, tras la cesárea:

El corte del cordón fue después que dejó de latir y el contacto piel con piel fue de inmediato y mi bebé nunca más se separó de mi lado, ya que el neonatólogo logo solo le dio la primera atención y fue en mi pecho. El equipo siempre respetó mi intimidad y fue muy amoroso. Fue una bella experiencia. (Tania, 1243)

Denisse describe haber vivido un parto “maravilloso”, en el cual el personal de salud fue muy respetuoso de los tiempos del trabajo de parto y de sus decisiones. Al nacer su bebé, estuvo más de una hora en su pecho y el personal de salud “abandonó la habitación para tener un momento especial los tres con mi esposo” (Denisse, 100). Celeste expresa que tuvo “un parto increíble”, acompañada siempre por su marido. Su equipo médico y doula estaban presentes:

En una actitud tan respetuosa, que en muchos momentos sumergida en el trabajo que estaba realizando perdía noción de su presencia. Luego de una hora nació mi hija a quien tomé inmediatamente en mis brazos y la puse en mi pecho, con el cordón latiendo y en la posición que yo había elegido para parir. Tuvimos todo el tiempo y el respeto para abrazarnos y mirarnos por primera vez. Una vez que el cordón dejó de latir mi marido lo cortó [...]. Pasaron más de dos horas y media en las que mi guagua se quedó en mis brazos tal como había salido de mí, abrigada con una colcha que nos tapaba a ambas, en ese rato se agarró al pecho y mamó por primera vez y por largo rato. Luego fue mi marido quien la tomó y una vez que él quiso la pesaron, midieron, vistieron y examinaron. Todo sin prisa y según los tiempos de mi guagua y nosotros. (Celeste, 441)

Jacinta vivió una “experiencia fantástica, un parto cuidando cada detalle, tanto del personal médico, del entorno (excelente trato, música, cariño) y apego con mi hija al nacer, desde el momento que nació nunca más me separé de ella!! (Jacinta, 7390)

III.4.6. De la falacia de la elección a la culpa.

En los apartados precedentes revisé las formas que toma la atención obstétrica en torno a algunas prácticas e intervenciones específicas, contrastando lo que indican los programas y políticas de atención del parto en Chile con las experiencias encarnadas de las mujeres. Quedó de manifiesto que muchas mujeres manejan información actualizada de estos programas, por haber asistido a los talleres del Programa Chile Crece Contigo, haberse informado por cuenta propia y/o accedido a cursos que se ofrecen de forma particular en una variedad de temáticas vinculadas al proceso reproductivo. Ahora bien, ¿con qué se encuentran dichas mujeres?

Hagamos memoria a varios apartados más atrás, cuando relaté el caso de Mabel, a quien el equipo médico engañó, habiendo declarado que la apoyarían en un parto “respetado”, lo cual no sucedió.²²³ Mabel se sintió culpable por no haber dudado de lo que su equipo médico le decía. Dejé abierta una pregunta: ¿fue lo sucedido culpa de Mabel, por no haber dudado de su equipo médico? Ahora me hago cargo de avanzar en la respuesta.

En 2012, la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud consagró la entrega de información como un derecho de las personas durante la atención en salud. El Artículo 10 de la ley establece que:

Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. (Ley N° 20.584, 2012)

Asimismo, en el *Manual de Parto Personalizado* se especifica que entre los parámetros para evaluar la calidad de la atención en cuanto a los procesos -acciones involucradas en la provisión y entrega de atenciones en salud- se encuentra el intercambio de información entre personal de salud y usuarias(os), que debe permitir a la persona atendida recibir toda la información que necesita para opinar y tomar decisiones respecto a su salud, su enfermedad y los distintos tratamientos posibles. Se plantea que:

²²³ En apartado “El engaño”.

Esta información debe ser veraz, pertinente, actualizada y en un lenguaje comprensible para la persona que la recibe. Aunque un procedimiento no deba ser objeto de consentimiento informado, la persona tiene derecho a saber lo que le va a suceder y para qué. (MINSAL, 2008, p. 81)

En el caso de la atención del nacimiento, la información “veraz, pertinente y actualizada” es la contenida en los lineamientos emanados por el Gobierno, especialmente desde el Ministerio de Salud y Chile Crece Contigo (MINSAL, 2008; ChCC, 2018). Estos no operan en forma aislada, sino en el contexto de Leyes y políticas que regulan la atención de salud en general, y de salud sexual y reproductiva en particular.²²⁴ Entonces, a continuación, veamos qué sucede con respecto al acceso a esta información.

Como mencioné anteriormente, en 2018 la cobertura de los talleres prenatales del Chile Crece Contigo en el sistema público fue de un 49%.²²⁵ Las mujeres (y sus parejas o acompañantes) que asisten a estos talleres reciben información referida al modelo personalizado de nacimiento en base a un programa de contenidos preestablecidos que debiera cumplirse de forma más o menos similar a lo largo del país. La otra mitad de mujeres del sistema público –que no asiste a los talleres- recibe información del personal de salud que realiza los controles gestacionales, la cual puede variar mucho en contenido. Lo mismo ocurre con quienes se atienden en salud privada, que pueden asistir o no a cursos prenatales y que reciben información de su obstetra y matrona tratante, la cual puede variar mucho entre los enfoques e intereses de cada equipo de atención. Con enfoques me refiero a su adherencia a modelos más o menos tecnocráticos o humanistas; y con intereses me refiero a que los equipos pueden influenciar a las usuarias para conseguir sus propios objetivos, tema ya analizado anteriormente.

Suponiendo que las mujeres pueden o no haber asistido a talleres y que la información con que cuentan es muy heterogénea, es central que también se les informe durante la atención del parto. El *Manual* establece que en la atención del trabajo de parto y el parto fisiológico se debe: explicar a la gestante al ingreso a la maternidad sobre las situaciones en las cuales se le solicitará su consentimiento informado; informar a la mujer y su pareja o acompañante, solicitando su consentimiento, sobre todos los procedimientos que se realicen; favorecer la toma de decisiones por parte de la mujer; estimular la comunicación activa entre la mujer, su pareja o acompañante,

²²⁴ Como la Ley N°20.584 de deberes y derechos del paciente a la que hago mención en esta sección, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (MINSAL, 2008), entre otros. Podría cuestionarse cuán actualizadas están todas estas normativas, pero sería complejo exigir al personal de salud que opere en base a lineamientos que no están contenidos en las políticas nacionales de atención (aunque pudiera estar más actualizados). Por ello usamos las normativas nacionales como referencia. En cuanto a regulación para atención hospitalaria, están bastante alineadas con las más recientes recomendaciones de la OMS, sin embargo no contemplan territorios de parto distintos a los institucionales.

²²⁵ Datos obtenidos desde el Sistema Reportabilidad ChCC para consulta rápida, “A02 Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria (2018)”. Recuperado de <http://chcc.minsal.cl/indicadores/resultados/1179>

y el equipo de salud que asiste el proceso; animarlos a plantear sus inquietudes sobre el trabajo de parto y condición de su hija(o), así como a participar en la toma de decisiones (MINSAL, 2008).

En la encuesta OVO Chile (2018) se preguntó a las mujeres si se les entregó información sobre los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas. Para partos ocurridos entre 2014 y 2017, un 53% en salud pública y 34% en salud privada respondieron que “nunca” (las otras opciones de respuesta eran “siempre” y “a veces”). Abundan los testimonios en los cuales las mujeres declararon no haber recibido ningún tipo de información: “Tuve una información nula al procedimiento a seguir en mi parto” (184); “Nunca me informaron nada de nada” (1560); [realizaban] “Cuanto se les ocurría sin mi consentimiento y obviamente sin explicarme nada” (2689); “Nunca se me comentó ningún procedimiento” (6831), “A mí en general nunca me informaron de los procedimientos que iban a seguir con mi parto. Ellos sólo hicieron lo que ellos quisieron y yo no tuve opinión en nada” (3326); “No me informaban de nada” (4072); “El ginecólogo jamás me explicó nada” (4906).

Si bien muchas mujeres responsabilizan al personal de salud por no haberlas informado, aparece también una auto recriminación por no haberse informado adecuadamente, como le ocurrió a Mabel, quien considera que una mayor información podría haber aumentado sus capacidades de negociación o decisión durante la atención. Como Mabel, muchas otras mujeres se sienten responsables y hasta culpables: “Hasta hoy me culpo por no haberme informado antes de lo que ahora ya sé” (38); “Yo no me informé adecuadamente, pensando que recibiría más información de los doctores y matrona. [...] Fui a cesárea sin saber exactamente qué me harían” (412); “Fui muy ignorante, confié mucho en el médico, que era el médico de la familia y confié en lo que me dijo” (53); “Fue mi ignorancia la que me llevó a tener un parto medicalizado y muy intervenido” (1395); “En mi parto lo pasé demasiado mal, fui tonta al dejarme pasar a llevar tanto y no saber mis derechos y los de mi bebé” (257); “La verdad fue por mi culpa, por no haberme informado mejor y no haber averiguado las reales razones que tuvo el doctor” (4562).

Voy a analizar esto por partes. Con respecto al impacto de los talleres de educación prenatal, se confirma que la participación en ellos se relaciona con una disminución de las intervenciones obstétricas. La encuesta OVO Chile (2018) muestra que quienes asistieron, tanto en el marco del Chile Crece Contigo (salud pública) o en forma privada, tuvieron menos intervenciones obstétricas y menos cesáreas. El impacto es además bastante más notorio en el caso de talleres contratados en forma particular. Por ejemplo, la maniobra de Kristeller aumenta en un 18% en mujeres que no asistieron a talleres prenatales en el sistema público comparadas con aquellas que sí lo hicieron (58% versus 40%); y en salud privada esta diferencia es de un 50% (25% versus 75%). En el caso de la cesárea, las mujeres que participaron en talleres en el sistema público tuvieron la mitad de probabilidades de tener una cesárea que las que no lo hicieron (33% versus

66%), mientras en las del sistema privado esa probabilidad se redujo en más de dos tercios (23% versus 76%).

Este resultado es congruente con otros estudios realizados en el país: la tasa de cesárea de 198 participantes en un taller prenatal privado en la ciudad de Santiago entre los años 2007 y 2013 fue de un 26% (Pagola Davis y Sadler, 2014), lo que se puede comparar con la tasa de 71% de partos por cesárea en sector privado en el país en el año 2013 (INDH, 2016). La tasa de cesárea de mujeres que participaron en un programa educativo durante la gestación en centros de salud municipales de la ciudad de Concepción entre 2001 y 2004 fue de 8% a diferencia de un 27% en el grupo que no participó. En dicho estudio, el uso de oxitocina fue 38% más elevada y la realización de episiotomías fue un 35% superior en el grupo que no participó del programa (Soto et al., 2006).

Como vemos, entonces, la asistencia a talleres de educación prenatal tiene un impacto positivo en el componente técnico de la atención, impactando en menores intervenciones obstétricas de rutina, lo cual es más marcado en el caso de salud privada. Y, ¿qué ocurre con la dimensión relacional del cuidado? Los resultados de la encuesta OVO Chile (2018) nos muestran que hay impacto solo en salud privada, y no así en pública. En salud privada, en las experiencias de parto ocurridas entre 2013-2017, las mujeres que reportaron que el personal de salud no respondió sus dudas, las desatendió o acalló fueron un 8% menos en caso de haber atendido a talleres que de no haberlo hecho. Tanto el reporte de lenguaje grosero, sarcástico o humillante de parte del personal de salud como el trato con amenazas presentan un 6% de diferencia entre ambos grupos, siendo más bajo entre quienes asistieron a talleres. En cambio, estas mismas dimensiones del trato se mantienen casi idénticas entre mujeres atendidas en salud pública que asistieron y no asistieron a talleres del Chile Crece Contigo.²²⁶

Leyendo estas cifras a la luz de las formas en que ambos sistemas operan, se puede ver que en el sistema privado hay una mayor respuesta a la demanda usuaria al ser un servicio que se percibe como de pago, a modo de hotelería (se paga por un buen servicio). Se trata, además, de un sistema en el cual hay recursos para hacerlo, como la atención 1:1 que rara vez se puede dar en salud pública. Esto respondería a la dimensión relacional del cuidado. Pero entonces, ¿por qué la asistencia a talleres de educación prenatal sí tiene impacto en la dimensión técnica del cuidado, y se asocia a menos intervenciones obstétricas de rutina? Probablemente se deba a que todavía priman los criterios técnicos como los principales del cuidado: el equipo de salud puede ser demandado judicialmente –y de hecho lo es– por malas decisiones técnicas, pero muy rara vez por malos tratos. La ficha clínica y el registro de atención está construido exclusivamente en

²²⁶ Incluso hay un muy leve mayor reporte de malos tratos en quienes sí asistieron a talleres (diferencia de 2% en cuanto a la respuesta a dudas, y de 1% en el trato con amenazas).

base a criterios técnicos de la atención, por lo cual se puede evaluar y cuestionar la atención entregada, pero no así por criterios relacionales –los cuales quedan en el reino de las percepciones de las(os) participantes. En este marco, es mucho más probable que el equipo responda cuando una mujer cuestiona la aplicación de la maniobra de Kristeller –que está proscrita- que de quejarse por sentir que están utilizando lenguaje grosero.

Habiendo hechas estas distinciones, avancemos sobre la idea general de que a mayor información habría una mejor atención. El impacto de la asistencia a talleres en la posibilidad de tener un parto personalizado es confirmado por las mujeres. Maite y Leticia consideran que el acceso a información es clave para una atención respetuosa:

Tuve una excelente experiencia de parto natural. Creo que fueron clave el acceso a información gracias a mi curso de parto y la comunicación abierta con mi ginecólogo quien respetó plenamente nuestras decisiones y en quien yo confiaba en caso que hubiese un inconveniente. (Maite, 453)

Tuve un parto bueno, respetado y sin complicaciones tal como me lo imaginaba. Gracias a un curso de preparación de parto sabía cuáles son mis derechos y qué puedo exigir al personal de salud. [...] Es importante que conozcamos nuestros derechos y que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a la información necesaria para tener un parto respetuoso. (Leticia, 6833)

No obstante lo anterior, si bien una mayor información puede ir de la mano con una atención respetada y/o puede aumentar la capacidad de “negociación” con el equipo de salud, ese no es siempre el caso y puede ocurrir lo contrario, como se aprecia en los casos de Adriana y Vania:

Nos han discriminado en el CESFAM [Centro de Salud Familiar] y hospital por tener la información y por optar por un parto sin mayores intervenciones médicas e intimidación. (Adriana, 589)

Me sentí permanentemente cuestionada durante la gestación por diversos profesionales de la salud y familia, amigos, colegas, etc., por mi decisión de tener un parto respetuoso y prepararme para ello. Es increíble lo difícil que el sistema te pone parir siendo protagonista, cuando debiese ser lo lógico y natural. (Vania, 96)

Estos testimonios muestran que el sistema de salud no siempre responde adecuadamente a la información que poseen las usuarias. Y, además, el manejo de información puede tener como respuesta amenazas, castigos o peores tratos –lo cual ocurre sobre todo en salud pública-, como lo expresa Kelly:

El principal problema es que no te informan de casi nada, todo se hace porque es lo que hay que hacer, pero como mujer que estas en TU proceso no tienes elección, solo debes

adecuarte a ese trato, por muchos motivos, por ejemplo: miedo a que el trato empeore, miedo a que tal vez tu hijo tampoco reciba un buen trato luego de reclamar o exigir ciertas cosas, esto y mucho más acalla estas prácticas normalizadas. (Kelly, 8599)

Aquel miedo a que el trato empeore también es expresado por Asunción, quien relata cómo el estar informada derivó en peores tratos:

Tuve que transar mi dignidad para “evitar” males mayores, funcionan a través de amenazas y egos, mecanizados y rigidizados dentro de un famoso protocolo hospitalario ignorante. Decidir desde el conocimiento y rechazar lo que para ellos son soluciones (ej.: oxitocina sintética) en mi caso fue condicionante para un trato peor aún, y casi que es un favor para la madre. Es grave este tipo de violencia, dejan frustración, rabia, incompreensión, donde sólo debiese haber amor, fuerza, confianza, emoción. (Asunción, 1563)

Por lo mismo, hay mujeres que, si bien manejan información basada en las recomendaciones actuales para la atención, no se atreven a plantearla por temor a las consecuencias negativas, como expresa Carol: “Sólo seguí las indicaciones del equipo sin poner resistencia por miedo a ser maltratada” (856).

Esto nos lleva a la pregunta de a quiénes le corresponde informar/educar a la población sobre estas materias, y si es o no responsabilidad de las mujeres. Sucede que el posar en ellas dicha tarea genera y refuerza las inequidades que hay desde el inicio de la vida misma: aquellas en posiciones sociales de mayor privilegio tendrán mayor acceso a información, tendrán herramientas para sostener una interacción menos jerárquica con el personal de salud y por ende mayores posibilidades de ser escuchadas y respetadas. Vimos que las mujeres se responsabilizan a sí mismas y se culpan por no haberse informado. Esta misma percepción sobre las mujeres la encontramos en varias de las entrevistas a profesionales de salud, quienes plantean que ellas llegan con poca información, educación o poco preparadas para el parto: “[Las mujeres] están muy desinformadas, entonces dejan que les hagan cualquier cosa” (M.G2); “La mujer llega muy mal preparada a tener un parto” (O.E2); “Las pacientes muchas veces no están preparadas para enfrentar el parto” (O.E8). Ocurre así una transferencia de responsabilidad (¿el personal de salud no debe acaso educar?), y además se les traspasa dicha responsabilidad en forma individual (“usted no se preocupó de educarse”) sin atender a que el sistema en muchos casos no les provee de las condiciones para hacerlo. Esto queda claramente expresado por un obstetra entrevistado, cuando responde a la pregunta por las razones del exceso de intervenciones obstétricas realizadas en el país:

El primer punto es la mala calidad de los médicos que atienden a esas mujeres, y lo segundo es la tontería de la mujer, la incapacidad intelectual y cultural de distinguir lo

que es buena de mala medicina, porque no tienen los elementos de juicio ni la inteligencia necesaria para discernir. (O.E4)

Como ya vimos en el apartado de “Antecedentes”, en Chile no se cuenta con un currículo de educación sexual y reproductiva transversal entregado en la escuela, y el tema se le “carga” principal o exclusivamente al sector salud. De ahí que, para gran parte de las mujeres, la primera información “formal” sobre el proceso de gestación y parto que reciben ocurra una vez que ya se encuentran embarazadas, en el control gestacional. Un obstetra entrevistado plantea que:

Esto parte por la información a las pacientes, a las mujeres, en edades tempranas, de qué consiste esto [el parto]. Yo creo que eso se debiera hacer a nivel escolar, cosa que una mujer que llegue a una edad fértil y que llegue al momento de su parto sepa claramente a qué se va a enfrentar y tenga las herramientas para poder elegir ella dentro de una conciencia ilustrada de lo que va a ser; yo creo que eso debiera partir muy tempranamente en la educación no solo en las mujeres. Esta es una cuestión que debieran empezar a tratar desde niños, desde que aprende en qué consiste esta cosa del parto, en algún minuto de su educación, en la biología, yo creo que eso ayudaría mucho a que en el fondo la mujer pueda tomar una decisión consciente, una decisión informada de lo que va a suceder en el fondo. (O.E6)

Este obstetra opina que la mujer solo podrá elegir, tomar decisiones “conscientes”, decisiones informadas, “dentro de una conciencia ilustrada”. Este punto se puede vincular con el “nivel cultural” al que aludían obstetras en el acápite anterior, quienes se referían a que mientras más elevado sea dicho “nivel”, las mujeres manejarán información más apegada a las actuales recomendaciones de atención. Ahora bien, como plantea este último obstetra, efectivamente un acceso equitativo a la información durante la educación escolar, a toda la población, disminuiría las brechas en el “nivel cultural” de las usuarias. Pero incluso así, ¿cómo se garantiza que esa capacidad de toma de decisiones informadas será respetada por los equipos de salud que las atiendan? Ya he mostrado cómo operan incentivos económico-organizacionales, y sobre todo cómo operan ciertos constructos de género sexistas, en detrimento de lo femenino, en la educación médica. Aquella “conciencia ilustrada” que menciona el médico, opera en detrimento de las mujeres, especialmente de aquellas pobres, quienes siguen siendo consideradas como sujetos que no pueden discernir de la misma manera que los hombres (o que las mujeres de más recursos).²²⁷ ¿A cuántas mujeres muy informadas/educadas se les priva del ejercicio de sus derechos durante el parto? Porque se trata de: pacientes en el reino biomédico, pero además y sobre todo, de mujeres. Al igual que en la atención del parto, en el acceso a métodos

²²⁷ Recordemos que la gran discusión durante la Ilustración sobre el acceso a la educación pública como requisito para generar personas libres quedó zanjada en sistemas educativos donde las mujeres tenían acceso limitado, y solo los hombres eran reconocidos como ciudadanos.

anticonceptivos o a aborto por las tres causales que permite la ley desde 2017, se producen innumerables barreras que en poco y nada se relacionan con la información que las usuarias manejen (Sadler, Obach, Luengo y Biggs, 2011; Eguiguren, 2019).

Y acá me permito extenderme en diversos estereotipos sexistas que se posan sobre las mujeres durante la atención y que las privan del ejercicio de sus derechos. A la falta de acceso a información y/o ignorancia que se le carga a la mujer, se le suman una serie de condiciones emocionales y de carácter que justifican que no puedan ejercer su agencia durante la atención. Algunas mujeres estarían “desempoderadas” o no tendrían el carácter necesario para hacer valer sus derechos, como plantea una matrona: “Hay mujeres que cualquier cosa que les digan la van a aceptar porque están tan desempoderadas” (M.G2). Y las mujeres así lo reflejan: “Fue mi falta de carácter para afrontar la situación” (1850); “No me perdono no haber tenido la fuerza ni el conocimiento para exigir estar con mi hijo recién parido” (3726); “Me arrepiento de no haberme informado, me culpo por haber sido muy joven y no haber tenido la capacidad ni el empoderamiento para decir ‘no quiero esto’” (2126); “Yo tampoco me empoderé y me consumió el miedo a parir, al dolor, a confiar que alguien me podía sostener” (3438); “Fue culpa mía por no haber leído más y haberme empoderado de la situación, [...] me siento tonta por haber dejado que me trataran así, por haber ‘permitido’ que se llevaran a mi hijo” (4491).

A esta falta de “empoderamiento”, sumemos el apelativo de “cobarde” que aparece en diversos testimonios de mujeres, tanto recordando cómo las trataba el personal de salud, como describiéndose a sí mismas: “Lo que más recuerdo es a un ginecobstetra recalcándome que yo era cobarde, que ahí habían nacido guaguas de más de 5 kilos” (2377); “La matrona todo el tiempo me decía que era una cobarde, que no podía tener tanto dolor como yo decía” (2525); “No me explicaron nada y yo estaba muy angustiada, no podía dejar de llorar, y me decían que no fuera niña y cobarde” (4321); “La doctora me dijo que era una cobarde y le dijo al anestésista que haga presión en mi guata porque ‘esta cobarde no va a poder sola’” (7089). Nuevamente, la “cobardía” introyectada: “Me sigo culpando porque mi hija no llegó a esta vida como se merecía, solo porque fui una primeriza cobarde” (8294). Podría extenderme en testimonios sobre mujeres que no toleran el dolor, exageradas, alharacas, difíciles, descontroladas, que no cooperan. En estos imaginarios operan contradicciones muy complejas, pues por una parte las mujeres estarían “hechas” naturalmente para dar a luz, pero por otro, tanto su constitución fisiológica como emocional lo hace difícil: “Debido a mi falta de experiencia física y emocional al momento de llegar al trabajo de parto sentí muy disminuidas mis preocupaciones, dolores, incluso peticiones” (2273).

Otra categoría son las mujeres muy jóvenes o “añosas”. Ya me he extendido en los castigos y culpa que se cierne sobre mujeres adolescentes, lo cual también puede suceder en mujeres que se embarazan cerca de o tras los 40 años, por lo cual también son responsabilizadas por haber “decidido” ser madres a dicha edad. Así lo expresa un obstetra: “Las mujeres tomaron, en mi

opinión, la peor solución para ellas y para la sociedad: postergar la maternidad, (...) ha aumentado la edad del primer embarazo en la mujer de manera dramática, en términos poblacionales (O.E4). Se trata de uno de los factores que da este médico para justificar la necesidad de muchas de las intervenciones obstétricas y la alta tasa de cesáreas en el sector de salud privado. Y algunas mujeres confirman esta visión en sus relatos: “Fueron inevitables las intervenciones por yo tener ‘placenta vieja’ y 40 años” (2183); “Escuché y viví el maltrato de los funcionarios hacia las madres; en mi caso, por ser ‘mayor’ o ‘vieja’” (3452).

Cuando se trata de mujeres en posiciones vulneradas de la sociedad, a la “ignorancia” se suman supuestas conductas o “estilos de vida” de riesgo -malnutrición, sobrepeso y obesidad, alcoholismo, drogadicción- depositando principalmente en ellas la responsabilidad de dichas situaciones. “Tenemos muchas pacientes que no se cuidan: mal alimentadas, obesas o un estado nutricional deficiente, ya sea enflaquecida u obesa, [...] la mayoría de nuestras pacientes tienen un mayor riesgo de hacer un montón de complicaciones porque la paciente es obesa, mal nutrida, mal alimentada, son tejidos de mala calidad” (M.G1). En muchos casos, en lugar de la contención y comprensión de los contextos de vida en que se desenvuelven, la culpa y castigo recae en ellas por no comportarse adecuadamente: “Me decían que la preeclampsia era culpa mía por no haber cuidado mi embarazo, siendo que estuve en estricto control médico incluso previo a este. [...] En el puerperio, mientras mi hijo está hospitalizado, me da una crisis hipertensiva y la matrona no me deja ir a verlo, como ‘castigo por tener la presión alta y no haberme cuidado’. ¿Desde cuándo una crisis hipertensiva debe ser castigada?” (220).

Por último, me gustaría mencionar otra “categoría” de mujeres, como es caracterizada por el personal de salud entrevistado y que ha aparecido varias veces a lo largo de las páginas precedentes. Se trata de las “hippies”, “veganos”, “anti-vacuna”, a veces también descritas como “locas”, que tienen en común que buscan partos con un mínimo de intervenciones obstétricas y en muchas ocasiones con elementos de tradiciones médicas o espirituales diferentes a la biomedicina. Este amplio grupo es en la práctica muy heterogéneo, sin embargo es caricaturizado como de “fanáticas” y “extremistas” que están dispuestas a poner en riesgo la salud del bebé debido a sus intransigentes convicciones. Traigo a colación nuevamente la historia en la cual, tras una presentación clínica en la cual yo expuse, un médico expresó que mi discurso estaba contaminado por grupos “radicales”, que resultó eran las “hippies, veganos y doulas”. Solo para que el auditorio médico agregara en la misma categoría a las “anti-vacuna”. Una de las matronas entrevistadas expresa que esto es frecuente de escuchar de parte de obstetras: “Todo lo que es natural es hippie, todo lo que es natural es lento, todo lo que es natural es moda, es el boom, es el no sé qué, ‘ya se les va a quitar’”. Se quejan de que esas mujeres asustan a las otras, que por qué no quieren anestesia, que es como parir como los animales” (M.E11). Otra matrona relata que: “Los anestesiólogos me han dicho, ‘¿Te falló el incienso que me necesitas?’, ¿qué respuesta es esa de un médico? Y todo tipo de burlas si queremos acompañar de estas formas que se salen de

lo típico” (M.E5). Esta idea de lo animal, de la mano de lo retrasado, está presente en diversos testimonios de mujeres: “Entró el anestésista y dijo, ‘¿Por qué esta niña tiene esa cara?’, la matrona le respondió que quería parto normal. ‘¡Pero cómo, si los partos normales son para los animales!, dijo” (254); “[La matrona] Me trató despectiva de hippie por no querer anestesia ni medicamentos” (78); “Yo iba manejando súper bien el dolor y cuando me ponen la vía para la anestesia, yo comenté que todavía no la quería, y el matrnón me dijo: ‘¿Por qué? ¿Acaso usted quiere parir como en las cavernas?’” (6075). Expongo a continuación dos ilustraciones que expresan esta caricaturización:



Sadler y Díaz, 2017, p. 93.



Ilustración de Pascale Bussenius para este trabajo.

Las burlas que reciben muchas veces las mujeres que no quieren someterse a ciertas intervenciones obstétricas contravienen el derecho al consentimiento a los procedimientos médicos, como está estipulado en la Ley 20.584 sobre derechos y deberes en la atención en salud. Además de garantizar el derecho a información (Artículo 10), el Artículo 14 se refiere al consentimiento informado, estableciendo que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud”. En este Artículo se especifica que:

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10. [...] Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse. (Ley N° 20.584, 2012)²²⁸

Se entiende entonces que debiera haber consentimiento verbal para todos los procedimientos o tratamientos, y que además deberá ser firmado en algunos casos. En la atención del parto se requiere de consentimiento firmado para la administración de anestesia (epidural y raquídea) y para la realización de cesárea (MINSAL, 2008).²²⁹ El *Manual* (MINSAL, 2008) se refiere a los mismos derechos sobre consentimiento que consagra la Ley; plantea que el consentimiento informado es un instrumento que resguarda el derecho a la participación de la persona en las decisiones técnicas que se toman en el proceso de atención de su salud, que su objetivo es ofrecer una información comprensible y relevante de modo que la persona pueda participar en la toma de decisiones que le conciernen.

Analizando los testimonios de mujeres, nos encontramos con que en algunos casos se ha conversado sobre el proceso de consentimiento en talleres o controles prenatales, y las mujeres manejan información y saben lo que deberán firmar con anticipación, lo cual sucede sobre todo en el caso de cesáreas programadas, en cuyo caso los consentimientos pueden estar ya firmados al momento del ingreso para la intervención. Sin embargo, nos encontramos con innumerables casos en que:

-no se entregó información sobre el proceso de consentimiento y no hubo consentimiento verbal ni escrito –o incluso que los procedimientos se realizaron en contra de la voluntad de la mujer o en los que se pidió su firma sin ninguna explicación ni lectura del documento-;

-se solicitó la firma del consentimiento en forma posterior a la realización de la intervención;

²²⁸ Al igual que en el Artículo 10 sobre la entrega de información, se explicita que hay situaciones en que la persona no se encuentra en condiciones de expresar su voluntad como por ejemplo emergencias o condiciones que impliquen riesgo vital en las que se debe entregar la atención médica inmediata e impostergablemente.

²²⁹ En el Manual aparece además un modelo de “Consentimiento informado para Parto” (MINSAL, 2008, p. 89) al que nos referiremos más adelante.

-hubo amenazas o ejercicio de coerción para que la mujer o su acompañante firmaran.²³⁰

Para la administración de anestesia epidural se identifican muchos casos en que es administrada sin el consentimiento verbal y escrito que es requisito para su uso: “Entonces me indujeron con fármacos y sin mi consentimiento me pusieron tanta anestesia” (6167); “Me aplicaron la epidural sin ningún consentimiento” (4840); “Mi mayor miedo siempre fue la epidural, entró otra persona más a la sala, me pidió que siguiera unas indicaciones y listo: epidural puesta sin información ni consentimiento” (4228).

En algunos casos, la firma del documento de consentimiento para la epidural ocurre después de haberla administrado: “Más tarde en las salas de puerperio la matrona salvaje que atendió mi parto subió para decir que firmara el consentimiento que no había firmado, cosa que debieron siempre preguntarme” (1544); “Me medicalizaron desde un inicio, me hicieron firmar el consentimiento al otro día” (3993); “Firmé consentimiento de epidural el día que me iban a dar de alta, papel que me obligaron a firmar” (7223); “Me entregaron la hoja para firmar por la administración de anestesia cuando ya había sido puesta” (6892).

En cesáreas de emergencia, hay varios ejemplos de firmas a último minuto sin haber informado adecuadamente a la mujer ni pedido su consentimiento. Graciela relata que, si bien su equipo médico había decidido la cesárea hacía más de dos horas, “cuando estaba en el pabellón, desnuda, me estaban haciendo firmar el consentimiento” (Graciela, 5475). Yenny explica que “tuve que firmar un consentimiento informado en el pasillo, cuando iba en la camilla entrando a pabellón, apoyada en la mano del anestesista, y me dijeron que si no firmaba no me operaban, que se les había olvidado” (Yenny, 5620). En el testimonio de Yenny, no hay una petición de firma sino más bien un acto coercitivo en el que se amenaza de no hacer la cesárea si no firma. Natalia, a quien ya le habían administrado epidural sin entregarle información ni pedir su consentimiento (verbal ni escrito), relata que:

Al rato [tras la epidural] llega un doctor con muchos alumnos en práctica y dice que el líquido está meconioso (término médico que yo no entendí). Y mandó a los alumnos en práctica a decirme que realizarían una cesárea de emergencia, pero le bajaban el perfil, yo en shock, no entendía, y solo firmé. (Natalia, 1247)

En el caso de Natalia, vemos que en los dos procedimientos que según las normativas nacionales requieren de un documento firmado durante la atención del parto, este proceso no se realiza, y aún más grave, no se le explica nada. Ella se describe como “en shock, no entendía nada.”

²³⁰ En los testimonios presentados excluimos casos de emergencias o situaciones de alto riesgo, por tratarse de excepciones al proceso de consentimiento en los que se puede justificar que no se aplique. En el caso de cesáreas de “emergencia”, distinguimos entre aquellas en que a las mujeres se les informa con anticipación de la decisión de aquellas que suceden en pocos minutos y constituyen escenarios de “real” emergencia. Utilizamos solo ejemplos de las primeras.

Todo esto nos lleva a preguntarnos: ¿sirve de algo el proceso de consentimiento? El *Manual de Parto Personalizado* dice: “¡¡¡Las/os usuarias no son hijas/os menores a los que se tiene que proteger como un padre o una madre, sino adultos autónomos, a los que se ha de enseñar a que se cuiden ellos mismos!!!” (MINSAL, 2008, p. 86). Nótese la triple exclamación de esta frase, como queriendo darle un gran énfasis. Se releva que las usuarias no son “menores” de edad, sin embargo es claro que muchas veces se las trata como tales: “[Una auxiliar] me retó tal cual fuera una niña” (343), “Las auxiliares y enfermeras te siguen tratando como que fueras una niña” (378), “[Durante todo el trabajo de parto y posparto] me trataban como una niña, incluso como si fuera retrasada” (546), “Durante mi estadía en maternidad fui atendida por médicos que me trataban como niña” (1537); “Desde que entré me trataron como una niña” (344). Marianela lo explica del siguiente modo:

Siempre fui tratada por el equipo médico como una “mamita”. Una mujer/niña a la que se le atiende pero se le trata condescendentemente. Los gringos tienen un término para ese tipo de paternalismo machista: “mansplaining”, creo que acá hay “healthsplaining”, una explicación respecto de tu salud como si fueras menor de edad sin capacidad de entender. (Marianela, 7763)

Para Marianela, se trata de una articulación del “mansplaining” con el “healthsplaining”, porque en la atención del nacimiento se suma el “paternalismo machista” al paternalismo característico de la biomedicina hacia todas las “pacientes”. Y acá es interesante reflexionar sobre las excepciones que se estipulan en la Ley 20.584 para la entrega de información:

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente. (Ley N° 20.584, 2012)

La “condición” de la mujer parturienta puede ser vista a ojos del personal de salud como una que no le permita recibir información. Se le quitan atributos de racionalidad y capacidad de entendimiento por el hecho de estar en trabajo de parto. O, mejor dicho, por estar en trabajo de parto, se intensifican/profundizan estos despojos de racionalidad, a los que ya estaba sometida como mujer (como vimos en la cita del obstetra que aludía a la “tontería”, “incapacidad intelectual y cultural” y carencia de “elementos de juicio ni la inteligencia necesaria para discernir” entre buena y mala medicina).

Vuelvo a los énfasis con que el *Manual* se refiere al proceso de consentimiento informado:

iiiEl C.I. está lejos de constituir una molestia o una amenaza para el profesional de la salud, debe ser visto como la oportunidad para una relación más plena con los/as usuarios/as de sus servicios y como la posibilidad de satisfacer uno de los derechos más específicos de la persona humana: el derecho a saber y a decidir!!! (MINSAL, 2008, p. 86).

Nuevamente el texto presenta una triple exclamación, es decir, se trata de una afirmación enfática: el proceso de consentimiento es una oportunidad para una “relación más plena” con las usuarias, que garantice “el derecho a saber y a decidir”. ¿Pero es posible? Atendamos al testimonio de Rosario:

En la situación de aplicación de fármacos (oxitocina) o rotura de fuente por ejemplo, fueron prácticas que se hicieron con mi consentimiento pero que a la vez nadie me preguntó y que quizá de haberlo hecho, yo habría querido informarme. Pero también creo que en estos centros de salud no hay opción, te pueden explicar pero nadie te pregunta: ¿estás de acuerdo? ¿Lo hacemos? Porque el NO no es opción. Además que de cualquier modo te van a convencer para hacerlo. Quizá maquillan las cosas para explicártelas de la forma en que uno más acceda a la conveniencia de ellos. (Rosario, 6666)

Es decir, se puede cumplir con informar, pero ¿hay espacio para no acatar? Atendamos a la opinión de algunas(os) profesionales de salud entrevistados. Un obstetra plantea que el consentimiento informado:

Es una reverenda estupidez, te voy a explicar por qué [...] La intención es muy buena, pero en la práctica el consentimiento informado es muy malo, porque en realidad yo hago que los becados hagan esas tonteras, yo no las hago, imagínate tú que entra una paciente que da un consentimiento para una cesárea cuando tiene sufrimiento fetal, ¿qué posibilidad de elegir tiene? Ninguna, entonces la voluntad no es libre. El consentimiento informado de verdad, como se hace en los países desarrollados, no voy a decir desarrollados, voy a decir los países civilizados como Europa, a ti te hacen el consentimiento informado antes, en el prenatal, en el control prenatal [explica que les entregan toda la información, opciones, tasas de intervenciones de las instituciones], pero tú cuando estás entrando al pabellón no tienes ninguna posibilidad de elegir. [...] Hay un documento pero no existe un proceso de consentimiento informado. Claro, es para la formalidad, es una reverenda estupidez. (O.E8)

“La voluntad no es libre”, el consentimiento es “para la formalidad”, se trata de una “reverenda estupidez”, dice este obstetra. Veamos qué dice una matrona:

Mira, ese famoso consentimiento informado que ya lo tenemos en todos lados yo creo que es una tontera, una tontera, porque si bien la intención, como siempre la primera intención de crear esto es que la mujer estuviera informada y que uno tiene que explicar, que fuera como la información la que primara, en la práctica fue materializada como un papel más, una firma más, que nadie les lee lo que aparece, nadie le explica lo que sale en el consentimiento, donde solamente se firma y rellena para cumplir un protocolo y genera este proceso de la acreditación de los criterios de calidad del servicio. Pero a mí parecer no tiene validez, hay tantos consentimientos, de pabellón, de anestesia, de parto, que te explican como usted será sometida a un parto, tiene tales riesgos, entonces tantos que tú dices en verdad a la mujer... hacerla firmar su consentimiento, lo encuentro ilógico. Ahora si le diéramos el tiempo de que esta mujer, como lo hacen en algunas clínicas, en el ingreso antes, y tú de verdad te sentaras con ellas y les explicarlas, en las clínicas haces un pre ingreso y cercano a la fecha probable de parto y la matrona te hace la ficha y te hace firmar los consentimientos, que en caso de parto natural también hay. (M.E6)

Para ella, el consentimiento también es una “tontera”, un “papel más” que se llena para cumplir un protocolo, pero no cumple la función de mejorar la relación entre personal de salud y usuarias, ni de garantizar el derecho a saber y a decidir a los que alude el *Manual* (MINSAL, 2008). Esta última matrona menciona el consentimiento “de parto”, que efectivamente es uno de los modelos de consentimiento que aparece como anexo en el *Manual*. Se trata literalmente del “Consentimiento Informado para Parto”. Tras la identificación del médico o matrona que solicita la firma del documento, y el registro de la fecha, el documento sigue:

B: INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO:

Parto es la forma en como el feto se separa de la madre. La resolución del embarazo, el parto, implica un proceso que podrá ser iniciado espontáneamente o necesitar ser inducido o acelerado mediante medicamentos de indicación profesional y concluirse por vía natural espontánea o requerir de una intervención: Episiotomía, Fórceps o Espátulas, o Cesárea.

1: ¿Existe algún riesgo en el parto?

He sido informada por el equipo (Médicos y Matronas) que este proceso dinámico de parto tiene, cualquiera sea la vía de resolución, posibilidades de complicaciones maternas (desgarros, hematomas, hemorragias, transfusiones, infecciones, operaciones), y fetales (sufrimiento fetal, daño neurológico, infecciones, trauma, muerte fetal) que me han sido explicadas y que, en razón de ello, seré evaluada permanentemente por el equipo Médico a fin de evitarlas o controlarlas si se producen, lo cual puede requerir de otras intervenciones. Asimismo he sido informada que durante el parto, se pueden producir situaciones de riesgo y que ellas podrían requerir de intervenciones Médicas o Quirúrgicas de Urgencia.

2: Si tengo factores de alto riesgo en el embarazo, ¿cuál es mi condición en el parto?

En la condición personal de ser portadora de factores de mayor riesgo obstétrico, entiendo que estos pueden generar mayores posibilidades de complicaciones en mi parto.

3: ¿Se usará anestesia en mi parto?

Iniciado el proceso de parto y en la alternativa de parto normal podré optar al uso de anestesia epidural, la que me será ofrecida según mis molestias de dolor y guías de carácter técnico Obstétrico–Anestésico. El uso de anestesia es obligatorio en los partos quirúrgicos, y también se me ha informado por el equipo Médico Ginecobstétrico que su aplicación o colocación se asocia a bajos riesgos.

C: CONSENTIMIENTO PARA ATENCION DEL PARTO

- Fui informado de la naturaleza de los procedimientos, sus objetivos, riesgos y beneficios.
- He entendido la información que he recibido sobre la atención.
- He tenido oportunidad de preguntar para aclarar mis dudas. (MINSAL, 2008, p.89)

¡Se trata ante todo de una lista de riesgos! Se trata de un documento contradictorio con los principios expuestos en el mismo *Manual* que lo contiene, que denuncia y critica la excesiva medicalización y la patologización del proceso, y que plantea que se deben entregar herramientas a las mujeres para que enfrenten el proceso con confianza y sin miedo. Tras el texto recién citado, en el documento de consentimiento informado se pide la firma de la usuaria, y luego se presentan las siguientes dos opciones:

- Autorizo al equipo de salud para realizar el procedimiento (firma de la usuaria o representante legal).
- No deseo saber de los riesgos a que me expongo en esta atención médica. Doy mi consentimiento (firma de la usuaria o representante legal).

MINSAL, 2008, p. 89.

¿Cuál sería “EL” procedimiento que habría que autorizar? ¿O bien autorizo; o como otra opción doy mi consentimiento sin enterarme de los riesgos a que me expongo? ¿Dónde está la opción de NO aceptar? Se trata de la firma de un cheque en blanco. Al preguntar por este consentimiento, hay profesionales de salud que reconocen que en las instituciones donde se desempeñan se utiliza, mientras otros dicen que ya no se aplica. Es, en pocas palabras, una firma para autorizar que se haga lo que el personal médico considere adecuado.

Recordemos que el Artículo 14 de la Ley 20.584 establece que “toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud.” ¿Tiene ese derecho? Y esto me hace traer la siguiente cita de

un obstetra a esta discusión. Conversando sobre las posibilidades de las mujeres de evitar intervenciones innecesarias como por ejemplo la episiotomía, comenta:

Yo siempre digo a mis pacientes, que lo mejor que les puede pasar es tener la guagua en el taxi o en el auto antes de llegar a la clínica, porque cuando llegas a la clínica o al hospital tienes un 95% de posibilidades de que le hagan episiotomía independiente de las condiciones. (O.E6)

Se trata de un obstetra que reconoce que desde que se entra a la institución, se pierde casi toda posibilidad de ejercer el derecho de consentimiento y autonomía. Le dice a sus “pacientes”, que si quieren evitar intervenciones innecesarias, es más recomendable dar a luz en el auto que en la institución!!! Y hay todavía quienes se preguntan por qué está en creciente aumento el parto en casa. De hecho, las últimas guías para la atención del parto en el Reino Unido, del National Institute for Health and Care Excellence, indican que para mujeres de bajo riesgo obstétrico, es más seguro que el parto ocurra en unidades o centros exclusivos de matronas (*midwifery-led units*) que en hospitales, y que para mujeres desde su segundo parto es más seguro un parto en casa con atención profesional que un hospital (NICE, 2014). Esto, por el peligro de vivir intervenciones innecesarias que incidan negativamente en la salud de mujeres y recién nacidas(os).

Volvamos a la matrona que se refería al consentimiento informado como una “tontera”. Continúa diciendo que:

No creo que sea adecuado que llegues con contracciones y tener que firmar hojitas. Tú puedes informar verbalmente de manera mucho más empática, atinada, creo que eso vale mucho más que firme un papelito que explica todo, creo que es el acercamiento y la empatía verbal tienen mucha más validez. (M.E6)

Esta matrona habla de empatía, acercamiento verbal. Y, efectivamente, en las buenas experiencias de parto, se entregó información sobre los procedimientos, se respondió empáticamente a todo lo que fue preguntado por las usuarias y sus familiares, quienes se sintieron tomadas en cuenta y parte de la toma de decisiones sobre los cursos de acción. Piera expresa: “Me siento feliz del parto que tuve, fui respetada e informada en todo momento de los procedimientos. Quisiera, de corazón, que todas tengamos esta oportunidad en este importante momento de nuestras vidas” (Piera, 29). De forma similar lo plantean Amelia y Silvia:

Tengo una experiencia preciosa [...]. La matrona fue un gran apoyo durante todo el proceso, me explicaba sobre los efectos de la anestesia y sobre el proceso de parto de manera muy acogedora e incluía a mi marido en todo momento. Sentí que realmente se preocupaba de mi bienestar y de hacer del parto un momento bello del que quedarán buenos recuerdos. (Amelia, 322)

Durante el embarazo respondieron nuestras preguntas y nos instaron a informarnos. Llegado el momento nos informaron de cada procedimiento, de las alternativas que teníamos, los pro y los contra y se respetó siempre nuestra decisión. Nos trataron con respeto, empatía y hasta cariño. Se preocuparon de nuestro bienestar. (Silvia, 568)

Es importante mencionar que, para muchas mujeres, la información funciona como una herramienta para contrarrestar la hegemonía del modelo tecnocrático de atención. Conscientes de que hay pocas opciones de tener un parto respetado en un sentido integral –donde sean protagonistas, se les trate con dignidad y se realice el acompañamiento médico en base a la evidencia-, se ocupan de informarse: “Lo más importante fue informarme, luego de eso fui capaz de tomar decisiones con argumentos y firmeza” (1350); “Me preocupé de informarme bien y buscar la alternativa de parto respetado (7440); “Fundamental que la pareja se empodere y durante los 9 meses que el cuerpo nos regala, se tome consciencia para prepararse e informarse con el fin de poder tomar decisiones” (54); “Mi experiencia fue satisfactoria porque me dediqué mucho tiempo a informarme correctamente” (94). En este último testimonio es interesante apreciar cómo la experiencia “satisfactoria” se desprende de haberse informado “correctamente”, a sabiendas de que sin dicha información pudiera haber tenido otro tipo de experiencia.

Pero, como ya hemos visto, incluso aquella mayor información no garantiza una atención respetuosa: hay un largo camino entre acceder a información fiable, a instituciones y/o equipos de atención que promuevan dicho respeto, y que efectivamente se genere un contexto de atención respetuoso. Como en todo orden de cosas en el mundo social, quienes tienen las mayores opciones de ser respetadas son aquellas de mayor capital cultural y económico, como expresan las mismas mujeres. Juana reconoce que tuvo “la suerte de tener a mis hijos en manos de un equipo médico maravilloso. [...] Pero sé que fui privilegiada, por conocer al equipo y estar en una clínica privada (2757). Bianca cuenta con dos postgrados, pertenece a un segmento socioeconómico alto de la sociedad y expresa claramente esta idea:

Yo tuve una gran experiencia de parto, muy respetuosa, pero creo que es excepcional en el país, pues nos atendimos en una de las mejores clínicas y con un equipo de atención que es conocido por atender partos integrales que me daba la confianza de que no se iba a intervenir innecesariamente. Me considero una persona muy informada en el tema y he participado en varios cursos en temas afines. Con esto quiero decir que nos ocupamos de investigar y encontrar las mejores opciones disponibles, y tuvimos acceso a las mejores opciones que el sistema ofrece, que nos garantizaran la experiencia de un parto respetuoso. (Bianca, 324)

III.5. Los cuerpos vivos: de la violencia a la justicia epistémica²³¹

El parto es un momento de re-conocimiento ontológico, un inicio, un cuento biográfico, una memoria que teje las primeras relaciones humanas. En el parto se observa un cuerpo vivido, un cuerpo en acción, transformado y transformante, experienciado. Se observa como una fenomenología del cuerpo *-Leib-*, un cuerpo que está viviendo la política corporal del parto. Así que podemos decir que vivimos corporalmente el parto, que tenemos el parto experienciado, resaltando esta dimensión de vivencia, de las subjetividades que se constituyen en relación entre ellos y a través del relato. Por esto el parto es, asimismo, una estrategia corporal de resistencia, contestación, disidencia y transformación. (Brigidi, 2016, p. 129-30)

Es en la vivencia corporal del parto, este parto experienciado al que refiere Serena Brigidi (2019) en la cita recién presentada, que me interesa profundizar a continuación. En el recorrido que he presentado, he comenzado desde factores estructurales-organizacionales del modelo y estructura de atención a Chile, y luego me he detenido en ciertas prácticas y momentos de la atención desde una multiplicidad de voces, en especial las de las mujeres usuarias, para encontrar una gran diversidad de experiencias descritas. Ahora busco profundizar en los relatos de cuatro mujeres desde sus cuerpos vividos, aquellos que son vinculación dinámica entre cuerpo tangible, emocional y social (Lock y Farquhar, 2007). Se trata de historias que nos permitirán analizar cómo se recrean y disputan ciertas prácticas de disciplinamiento y discursos normativos que permean los cuerpos femeninos que dan a luz. Tras los relatos, me detengo en los dos extremos del espectro del cuidado obstétrico, para plantear algunas cuestiones que me parecen fundamentales. En un extremo, sitúo experiencias de mujeres que describen su parto en términos brutalmente crudos, incluso utilizando el concepto de “tortura” en sus relatos. En el otro, ubico experiencias en que se sintieron cuidadas, respetadas, tomadas en consideración como sujetos con un conocimiento encarnado válido y relevante. Y en dicho lugar de cuidado, me permito “desviarme” del hilo conductor del parto como sucede en instituciones biomédicas, para presentar el caso de Olga, cuyo parto ocurrió en su hogar. La reflexión de esta sección se sitúa en un nivel analítico que podría describir como más “elevado” que los anteriores, poniendo

²³¹ Los relatos de Rosa, Macarena, Alicia y Olga, que se presentan en este capítulo, fueron publicados en Sadler (2018). Al momento de publicar dicho texto, estaba trabajando en el formato de tesis por compendio de publicaciones, idea que luego cambió al formato tradicional que presento aquí. En esta tesis expando las historias de parto de estas mujeres y agrego elementos nuevos al análisis y un relato nuevo; el de Carmen. Estas 5 historias de parto fueron recogidas en entrevistas del proyecto FONIS detallado en la metodología, y corresponden a las siguientes: Rosa (U.E15); Carmen (U.E8); Macarena (U.E9); Alicia (U.E3); Olga (U.E13).

el foco en una discusión sobre las mujeres como sujetos epistémicos, o, por el contrario, como cuerpos-objeto negados de su posibilidad de *ser-estar* en sus propios cuerpos y mundo que habitan. Se trata de un esfuerzo por reconocer al parto como un momento de re-conocimiento ontológico (Brigidi, 2019).

Dicho esto, relevo que la mayoría de las experiencias de parto se ubican en lugares intermedios de dicho espectro: con momentos de agencia y otros de silenciamiento y cosificación; o con la interacción de profesionales de atención de salud de diversa índole en distintos momentos de la experiencia. No obstante lo anterior, es también importante reconocer que los miles de testimonios escuchados y leídos se ubican -a modo general, como conjunto- en el lado negativo de dicho espectro. La presencia de algún elemento que podemos considerar abusivo desde un enfoque de derechos está presente en la gran mayoría de ellos. En línea con lo anterior, y en el marco de la normalización de prácticas y conductas abusivas, es que muchas mujeres describen sus partos como “buenos”, en situaciones en que aquello puede ser considerado, a lo menos, dudoso, desde un marco de derechos. Vuelvo a traer como ejemplo un estudio de Freedman y colegas (2018): al comparar la prevalencia de abusos en la atención del parto en dos hospitales de Tanzania, entre las mediciones realizadas por enfermeras entrenadas en reconocer dichos abusos (que observaron la atención), y el reporte de las usuarias de su experiencia al ser dadas de alta; encontraron una gran disparidad entre ambas medidas (70% de abusos en observación versus 10% de auto-informe).

Como he mostrado en los capítulos precedentes, las formas de violencia más explícitas y crudas se dan en el sistema público de atención; sin embargo, también se dan en el sector privado. La crudeza de lo público se exagera por las salas comunes, menos personal de atención por cada mujer, presencia de estudiantes practicantes que lleva a la repetición de procedimientos (muchas veces acompañado de la despersonalización de las usuarias), entre otros factores. En el apartado de “El diagnóstico ‘grueso’” mostré que si bien los estándares de cuidado en cuanto a los aspectos relacionales (que podríamos resumir como el trato explícito que recibe la mujer) son muy inferiores en el sistema público con respecto al privado; las dimensiones técnicas (el tipo de intervenciones y la forma en que se ejecutan) es similar e incluso se practican más intervenciones sin justificación médica en el sector privado.

Paso entonces a profundizar, primero, en cuatro relatos de parto, para luego describir los extremos del abuso y del cuidado integral desde una reflexión de la posición epistémica que ocupan -o se les permite ocupar a- las mujeres.

III.5.1. Relatos encarnados

III.5.1.1. Rosa y el cuerpo muerto de miedo

Rosa tiene 30 años, y como ella misma plantea, pertenece a un linaje de cesáreas. Su abuela materna tuvo a todos sus hijos mediante parto vaginal, pero:

Uno se lo sacaron con fórceps y era una guagua macrosómica, tragó líquido amniótico, le dio una hipoxia y quedó mal. Desde esa experiencia todas mis tías decidieron tener cesáreas [...] A mi mamá le costó quedar embarazada, tuvo tres cesáreas, entonces todos me aconsejaban tener cesárea porque iba a ser mejor.

Rosa es una de seis hermanas, de las cuales cuatro han sido madres, y tres de ellas han tenido solo experiencias de cesáreas. Cuenta que su mejor amiga tuvo una “experiencia traumática” de parto vaginal: tuvo inducción artificial, un trabajo de parto muy largo, y luego durante el expulsivo le hicieron la maniobra de Kristeller:

El doctor tuvo que subirse arriba, le dejó marcados los puños en la guata, y se le reventaron venitas en la cara [...] Tuvo problemas para pujar, y la guagüita comenzó a tener problemas de asfixia y se la tuvieron que sacar rápidamente, tuvieron que meterle las manos y dilatarla. [...] Yo siempre pensé que si tenía guagua la tendría por cesárea. Es como el pensamiento recurrente que tienen mis primas y compañeras; dicen que si tuvieran otro hijo lo tendrían por cesárea.

En esta primera parte del relato vemos cómo desde el entorno femenino cercano de Rosa se construye un imaginario de parto vaginal como riesgoso y hasta traumático. Resulta interesante que Rosa no remita a buenas experiencias de parto vaginal, lo cual podría implicar que no ha escuchado o ha escuchado menos de aquellas, y/o que no las considera tan relevantes o impactantes como los casos que decide seleccionar. Esto no quiere decir que no existan buenas experiencias de parto, pero quizás podría tratarse, como ha señalado Davis-Floyd (Pascali-Bonaro, 2008), de que aquellas vivencias satisfactorias se compartan menos en contextos donde la norma no son las experiencias gratificantes.

Si se sigue el hilo argumentativo del relato de Rosa, se va comprendiendo que la selección de estas historias de parto sirve como antesala para explicar una experiencia negativa propia. Rosa tuvo un primer embarazo, atendido en salud pública, que terminó en un aborto espontáneo alrededor del segundo mes de gestación. Al acudir a la cita médica tras la pérdida, relata:

Yo llegué con sangramiento, con una eco [ecografía] abdominal donde me dijeron que no había ningún feto. Después me dieron hora para una eco transvaginal, empecé con dolores y ahí boté el feto. Y el doctor me dijo que era un aborto espontáneo y que lo

botara al basurero. Cero tacto, cero tino, la enfermera tampoco me ayudó en nada, yo lloraba.

Rosa suma así su propia vivencia, que en su testimonio también califica como “traumática”: en este caso no se trata de una complicación del parto vaginal sino de la experiencia de un aborto espontáneo acompañada de una atención médica cargada de insensibilidad. Mientras lloraba de tristeza, el equipo de atención de salud no la “ayudó en nada”. La ayuda que Rosa necesitaba era aquella de la empatía, del acompañamiento amoroso y contenedor al estar viviendo una experiencia dolorosa. Pero en lugar de ello le dijeron que botara el feto al basurero. Rosa relata que la experiencia del aborto reforzó su temor al parto vaginal y cuando quedó nuevamente embarazada decidió afiliarse al sistema privado para poder solicitar una cesárea. Relata que se sentía:

Aterrada, muerta de miedo, y le dije a mi doctor [que quería cesárea] y al final me dijo que bueno, que si yo quería cesárea así sería. [...] Yo tenía miedo, me decían que como tenía hipertensión a mi guaguüita le podía pasar algo, o que a las 40 semanas y más al bebé se le puede enrollar el cordón en el cuello y puede morir. Ese miedo que te meten las personas que han tenido cesárea, el miedo que me metieron mis tías, que me decían que como yo tenía sobrepeso podía tener problemas y cosas así, que no vas a poder pujar por tener los músculos débiles. Entonces yo elegí eso para que mi hijo estuviera bien, y también para estar bien yo. [El médico además le planteó que sería más segura una cesárea pues] Como yo tenía sobrepeso, consideró que bajo mis condiciones un parto normal sería riesgoso, porque me podía subir mucho la presión, que no podría pujar y que no podría hacerlo bien.

Vemos que cuando Rosa comunicó sus temores al médico, él reforzó la idea del parto vaginal como riesgoso y accedió a practicarle una cesárea por requerimiento materno, agregando justificaciones médicas a dicha decisión. En este sentido, la palabra médica afirmó el temor ya instalado en Rosa sobre los riesgos del parto vaginal, incluso el riesgo de que su bebé muriera. Rosa dice haber estado “muerta de miedo” ante los terrores del parto vaginal, por lo cual la cesárea hizo sentido como forma de *estar bien*, tanto ella como su bebé.

Este temor al parto es un tema de gran recurrencia en las experiencias de las mujeres tanto en nuestro país como en diversos contextos del mundo, como vimos anteriormente en este texto; y son numerosos los estudios que sugieren que tiene efectos negativos en la salud de las mujeres, como fatiga y aumento de estrés y ansiedad (Hall et al., 2009; Zar, Wijma y Wijma, 2001), y que además es un factor de gran relevancia para la aceptación de las intervenciones médicas y el uso de tecnología, incluida la preferencia por la cesárea como vía de parto (Haines, Rubertsson, Pallant y Hildingsson, 2012; Kalstöm et al., 2010).

La gestación de Rosa avanzó sin problemas y programaron la cesárea para la semana 39. Al preguntar por su experiencia de parto, responde lo siguiente:

Yo recomendaría mil veces el equipo médico que tuve. El anestesista, yo ni siquiera sentí cuando me pinchó. La matrona era un amor, era estar como mi mamá en el pabellón, me abrazaba, me tocaba el pelo, ponía música, entró mi marido, me acuerdo que estábamos abrazados cuando me pusieron la anestesia y después me atendieron y no sentí nada. Con el doctor estaba totalmente relajada, a cada rato me preguntaba que cómo estaba, cómo me sentía. Venía el anestesista, me hacía cariño en las manos, me decía que estuviera tranquila. Todo muy bien. Nació mi hijo y lo dejaron de inmediato conmigo, estuvo siempre ahí hasta que se los llevaron para hacerle los exámenes correspondientes, no tengo de qué quejarme. [...] No tuve ningún problema, ningún dolor, no tengo nada malo que decir de la cesárea.

Lo primero que Rosa hace es remitir al buen trato que recibió de parte del personal de salud que la atendió. Recuerda que estuvo relajada y que el obstetra, matrona y anestesista tuvieron actitudes cariñosas hacia ella, lo que le lleva a evaluar que todo estuvo muy bien y no tiene nada de qué quejarse. Este relato contrasta con el terror que previamente tenía al parto, que la hizo evitar la posibilidad de sentir el proceso. De hecho, Rosa menciona que mientras le practicaron la cesárea, ella no sintió nada.

Y aquí retomo algunas reflexiones en torno a la cesárea por requerimiento materno que presenté anteriormente en el texto. ¿Qué la llevó a optar por una cesárea? Fueron los temores –más bien terrores- al parto vaginal, dada por una representación social en su entorno cercano del proceso como peligroso; sumada a una mala experiencia de atención obstétrica anterior. En su entorno la cesárea había sido la vía de parto más habitual. Una vez que se normaliza en una sociedad el nacimiento por vía quirúrgica, esto es, como proceso que requiere un especializado conocimiento médico y ninguna participación de la mujer, las historias que dan forma al corpus de conocimiento en que las mujeres confían para dar a luz cambian para reflejar este modo de nacimiento. Como las mujeres asumen este modelo, se transforman en defensoras de la medicalización de sus experiencias y por consiguiente, influyen las expectativas de sus descendientes, amigas y familiares, como sucedió en el caso de Rosa. Estos cambios llevan a la normalización de las prácticas, no solo en relación a las intervenciones obstétricas sino también sus supuestos subyacentes sobre la insuficiencia emocional y fisiológica de las mujeres para enfrentar el parto (Bergeron, 2007; Cohen Shabot, 2016, 2020a). Recordemos cómo el médico le había advertido a Rosa que –debido a su sobrepeso²³²- “un parto normal sería riesgoso, que no podría pujar y que no podría hacerlo bien.” La pregunta que surge entonces es la cesárea por requerimiento materno promueve la justicia y equidad de género al permitir el ejercicio de la

²³² Es importante mencionar que el sobrepeso no es una justificación para realizar (más) intervenciones.

“autonomía” de la mujer, o si, por el contrario, se trata de una práctica que se disfraza como un aumento de autonomía mientras sirve a los intereses del sistema médico. En este sentido, numerosas autoras han cuestionado el concepto de autonomía que se maneja en la atención del nacimiento, pues se invita a las mujeres a ejercer una autonomía ilimitada, pero situándola dentro de una gama limitada de opciones que la medicina les ofrece (Bergeron, 2007). El modelo quirúrgico de parto que sugiere la cesárea por requerimiento materno presenta la agencia de las mujeres como su decisión de permitir la cirugía y luego permanecer pasivas.

En el caso de Rosa, la experiencia de la cesárea la hace reflexionar sobre estos asuntos, al pedirle que profundice sobre cómo se sintió tras la cesárea, relata:

Después de la cesárea, con mi marido hablamos y queremos tener otro hijo, como en cuatro años más, y a mí me gustaría vivir la experiencia de un parto natural [...] Ahora me siento como con la fuerza de pensar que quizá no sea tan malo como me lo han contado, porque he leído mucho sobre mamás que tienen partos naturales y se sienten muy empoderadas. A mí me gustaría eso porque al final la cesárea es como que te saquen un tumor, como que te abren te lo sacan y te lo pasan. Entonces a mí gustaría tener la sensación de haber parido a tu hijo, tener la sensación de tener a mi hijo y que me dejen tenerlo altiro en mi pecho. Yo al principio, cuando me pasaron a [nombre bebé] yo me estresé, yo pienso que quizá mi cuerpo y mi mente no estaban preparados para que él naciera antes, ni fisiológica ni hormonalmente, dos a tres semanas antes de lo normal. Yo no estaba preparada, lloraba y yo lloraba, no sabía qué hacer, cómo consolarlo, me rechazaba la pechuga, rechazaba al mundo. Yo salía a despejarme, y salía con él en el coche y yo lloraba. Entonces yo le digo a mi marido que para el otro embarazo sería mejor esperar un poco más. Además, quiero vivir la experiencia para saber de qué están hablando, cuál es el miedo al que me debo enfrentar, si se supone que la mujer nació para esto [...] Como tuve cesárea, ahora me gustaría sentir que tengo mi guagua por parto normal, sentir las contracciones [...]. Igual quiero sentirlo, quiero saber qué es, creo que a mi parte femenina le haría muy bien, creo que me hace más mujer de lo que me siento, no me imagino a esas mujeres que tienen partos naturales y dicen que no les dolió y que fue bueno. Ni siquiera me lo imagino porque ni siquiera tuve contracciones, ni una cosquilla, no sé lo que es eso, no me imagino toda esa parte y me encantaría vivirlo.

En este fragmento del relato de Rosa, una referencia importante para situar su experiencia es cómo elabora la idea de lo femenino, en un imbricado sistema simbólico de representaciones específicas a través de los cuales se mira a sí misma y configura cómo debe ser. Butler (2006) plantea que llegar a ser mujer es un proceso propositivo de autoconstrucción y de apropiación de un conjunto de actos, de habilidades y sentires de un cierto estilo y de ciertos significados corporales, como un trabajo consciente de *embodiment*. En el caso de Rosa se evidencia la relación que ella establece entre la vivencia de un parto vaginal (“ni siquiera tuve contracciones,

ni una cosquilla, no sé lo que es eso”) con el mandato de género acerca de lo que debemos encarnar las mujeres. Rosa afirma que “se supone que la mujer nació para esto” (refiriéndose al parto vaginal) y que a su “parte femenina le haría muy bien”: vemos cómo el estereotipo de lo que implica lo femenino produce contradicciones insalvables, pues, al mismo tiempo que ser mujer significa para Rosa vivir el proceso de parto vaginal (es decir, ser fuerte, valiente, poderosa), este proceso le es prohibido por ser inadecuada para vivirlo (por su insuficiencia fisiológica al presentar sobrepeso y presión alta, e insuficiencia emocional al estar muerta de miedo). Es así como el parto vaginal es significado como una amenaza, un peligro, tanto por la esfera médica como por su círculo de mujeres cercanas.

Cohen Shabot (2016) argumenta que los cuerpos parturientos son potencialmente percibidos como antitéticos al mito de la feminidad, por ende, quebrantan el modo femenino de comportamiento corporal bajo el patriarcado y amenazan seriamente a los poderes hegemónicos. De ahí que sea necesario domesticar dichos cuerpos, para hacerlos “femeninos” nuevamente. La autora recoge la descripción que hace Young (1980) de la existencia femenina bajo el patriarcado, conformada por un perpetuo y opresivo “no puedo”. El miedo que siente Rosa es tal que la insensibiliza y paraliza, encarnando dicha sentencia. Ella decide en función del temor, en el que se combinan relatos de segundo orden y discursos médicos de invalidación. En este sentido, Rosa no cuestiona los discursos que recibe, el temor y discurso de riesgo se encarnan para llevarla a decidir que no quiere/no puede pasar por la experiencia de un parto vaginal, solicitando por ello una cesárea. Sin embargo, su cuerpo vivido resiente algo: “Yo al principio, cuando me pasaron al [nombre bebé] yo me estresé, yo pienso que quizá mi cuerpo y mi mente no estaban preparados para que él naciera antes [...]. Yo no estaba preparada.” Rosa intuye la vivencia del parto alienado y plantea que a futuro quisiera vivir un parto vaginal, y enfrentarse a su miedo para tener la posibilidad de “sentir” el proceso.

III.5.1.2. Carmen y el cuerpo que no quiere sufrir

Carmen solicitó ser entrevistada junto a su pareja, Miguel, con quien llevaban 10 años como pareja –y 5 casados- al momento de la entrevista.²³³ Relatan que al enterarse del embarazo ella estaba cesante por lo cual fue atendida en el tramo A de Fonasa, lo cual no les daba la posibilidad de optar al bono PAD, que hubieran deseado. Por comuna de residencia le tocaba atenderse en un hospital determinado, sin embargo, como su hospital de referencia tenía malas referencias, entregó una dirección falsa para poder ser atendida en otra institución:

²³³ Gran parte del relato es contado por Rosa; cuando se presenten diálogos en que ambos participan se distinguirá a Carmen con una “C” y a Miguel con una “M”.

Me habían contado malas experiencias sobre el hospital [nombre del hospital], entonces me dio un poco de susto atenderme ahí, entonces usted sabe que uno puede hacer cosas, conseguirse la dirección con un familiar, para poder hacer los trámites y poder atenderme en [nombre de otra comuna], en el hospital [nombre del hospital], que me habían contado que era maravilloso, que iba a tener una atención fabulosa.

Su gestación la describe como “excelente”; hizo todos los controles en el centro de salud en el que se inscribió, donde “la atención fue súper buena, no tuve ningún problema.” Ella prefería un parto vaginal y siempre tuvo “la idea de un parto normal”. Sin embargo, a la semana 32 de gestación empezaron, en sus palabras, las “complicaciones”, pues la matrona que la atendía le planteó que:

Teníamos que anticiparnos a una posible macrosomía del niño, porque por el sobrepeso podía darse la situación de que el niño viniera muy gordito, estuvimos monitoreando por supuesto el tema de la diabetes gestacional, yo me hice todos los exámenes, me salieron impecables gracias a Dios, no tuve ningún problema con el tema de los exámenes, de los niveles de azúcar, todo impecable, pero igual se monitoreaba por las ecografías que el niño venía grande, entonces lo que hicimos fue que ella me dio una interconsulta para que yo me fuera a hacer una ecografía al hospital a las 32 semanas de embarazo, para que nos anticipáramos y pudiéramos hacer una cesárea programada en el caso de que el niño viniera grande.

Si bien la ecografía mostró que “el niño no venía dentro del percentil 90 que es el que se considera macrosómico, que estaba en el 75”, la matrona en la siguiente consulta siguió insistiendo en que podía ser muy grande y sería necesario programar una cesárea; y tres semanas después les pidió otra ecografía, y “de nuevo el bebé salió que tenía un peso relativamente normal para la gestación, entonces nos mandaron de vuelta y nosotros ya nos quedamos más tranquilos, pensamos que venía todo bien”. Carmen explica que su “después la matrona siguió con que el bebé era grande”, y les pidió una tercera ecografía a las 40 semanas de gestación. A esas alturas Carmen plantea que ya estaba viendo la “posibilidad de un parto normal como más lejana”. La matrona les dijo: “vayan de nuevo para que veamos si el niño está grande para que hagamos una cesárea programada.” Y “nuevamente la ecografía arrojó que no, que el peso del niño era el adecuado, que teníamos que esperar”.

Vemos cómo la idea inicial de Carmen de un parto vaginal es puesta en duda por la matrona, quien –a pesar que los resultados de las ecografías lo desmienten una y otra vez- insiste en plantear que probablemente será necesaria una cesárea. Es la matrona quien instala la idea del riesgo obstétrico, que va tomando un rol cada vez más protagónico en la vivencia de Carmen de su gestación. Y si bien Carmen deseaba un parto vaginal, la constante alusión a una posible macrosomía que haría difícil un parto vaginal fue afectando las expectativas que inicialmente

tenía de su parto. Montes (2007) plantea que la referencia al riesgo como condición inherente a la mujer gestante, cuando es emitida desde el juicio de los expertos, genera miedo e incertidumbre y abre una puerta a la manipulación del comportamiento, a la entrega del cuerpo y la voluntad a las manos de las(os) profesionales de atención. Hace sentido así que las mujeres estén dispuestas y hasta deseen someterse a intervenciones médicas y a la cesárea –aunque en un inicio no las hayan deseado- a costa de minimizar los riesgos para sus bebés y para sí mismas.

Al acudir a la semana 41 al hospital –pues la matrona les indicó que no podían pasar de esa fecha- les indicaron que la fecha de gestación estaba mal calculada y que en realidad faltaba otra semana para cumplir las 41 semanas. Por tanto, le dieron una nueva fecha en la que debía volver para inducción, si es que no había iniciado trabajo de parto en forma espontánea. Carmen se sintió muy frustrada pues ya se había hecho la idea de que el parto iba a ocurrir: “No lo podía creer. Yo en mi mente me quedaba con mi fecha porque estuve todo el embarazo con esa fecha, entonces me dijeran lo que me dijeran que era, no me iba a cambiar mentalmente la fecha.” Dos días antes de la nueva fecha indicada, llegó con Miguel temprano en la mañana al área de urgencias, pues pensó que estaba botando líquido. “Ahí empezó el caos”, plantea. Tras esperar todo el día, los atendieron a las 6 de la tarde. Estuvieron:

Esperando a que llegara un médico, yo la verdad es que me sentía casi que ridícula esperando ahí [...] sin comer nada entre las 11 de la mañana y las 6 de la tarde, ya no podía uno salir, no podían entrar los familiares entonces ahí ya fue mi primera decepción.

Cuando finalmente la atendieron:

Fue una cosa así: “[nombre y apellido] pase, ya, ¿por qué viene?, ya, desvístase, súbbase a la camilla”. Me hicieron tacto, “no hay dilatación, ya, a ver, pase por acá, súbbase a la camilla”. Con el ecógrafo latidos cardíacos normal, posición cefálica, “ya no perfecto, no ha perdido líquido, súper bien”. La verdad es que no leí lo que le pusieron a la ficha, entonces fue “ya gracias, me voy”, y cuando me subo al auto, me fijo en la ficha y decía textualmente, todos los datos del bebé normales y abajo decía “paciente complicada, se pone difícil para atenderla, reclama”, una cosa así. Yo le digo a Miguel: “jamás yo reclamé, para nada.” Yo soy lo menos reclamona que hay, estaba como achacada no más, pero me escribieron ahí eso, y yo de verdad, verdad no, entonces no entiendo por qué me escribieron eso. Ahora yo me imagino, yo como deducción lógica, la ficha dice la hora que uno entra impresa por la gente de la recepción y lamentablemente ellos tienen que ponerle la hora en que hacen el procedimiento, entonces seguramente yo me lo imagino que como para poder excusar lo largo de la espera le deben poner ahí como que en el caso de reclamar ellos digan es que “no, esta señora la tuvimos que...” No sé, algo así se me ocurrió a mí.

En el relato, se aprecia cómo las dinámicas de atención van afectando su percepción del sistema, sintiéndose cada vez más frustrada por el tipo de interacciones y de información contradictoria que le entregan. Cuando Carmen pensaba que estaba en su fecha de parto –por las indicaciones que le había dado la matrona-, le comunican que hubo un mal cálculo y le falta otra semana. Es interesante como expresa que estuvo todo el embarazo con “esa fecha” y que no le “iban a cambiar mentalmente la fecha”. Aquí vemos, como muestra Chadwick (2018), que los marcos biomédicos se convierten en guiones narrativos y performativos que enmarcan las experiencias e historias de nacimiento de las mujeres. La autora denomina a estas narrativas biomédicas como “narraciones de relojería” (*clockwork narratives*), aludiendo a las formas mecanicistas en que la biomedicina infiltra y a menudo coloniza las tramas de parto, produciendo ontologías particulares de cuerpos gestantes y parturientos. La “historia de relojería” (*clockwise story*), sería para la autora una narrativa cultural del parto, derivada de los enfoques biomédicos normativos, que provee de un guion ideal de parto, marcado por hitos y formas de medición que conciben al nacimiento como un proceso eminentemente fisiológico, medible y lineal. De ahí que para Carmen fuera difícil pensar en una temporalidad –extensión de la gestación- diferente a la que le habían indicado. Y fueron estas contradicciones, sumadas a las deficiencias de la atención –largas esperas, nota en su ficha de ser una “paciente complicada”- las que llevan su experiencia a comenzar a ser “caótica”.

Tras la experiencia de atención en la urgencia hospitalaria, Carmen relata: “Me empecé a pasar todos los rollos de la vida, le decía a Miguel “qué voy a hacer si empiezo con trabajo de parto, me van a tener 6 o 7 horas esperando”, me sentía muy mal.” Llegó la semana 41, sin trabajo de parto, y volvieron al hospital. Cuando la atendieron, Carmen le explicó al obstetra que la matrona le había dicho que su hijo probablemente era muy grande y tenían que hacerle cesárea. Nuevamente vemos cómo ha internalizado el discurso y sentencia de la matrona –de la necesidad de una cesárea- para hacerla propia. Agrega:

La verdad es que toda la idea del parto normal y toda esa idea a mí ya se me había esfumado, lo único que quería era que naciera mi hijo, tenía una barriga gigante que me llegaba a las rodillas, estaba muy cansada, no podía dormir. [...] Me hacen la ecografía y me dice el doctor: “Mira, para que nosotros te hagamos una cesárea, tu bebé tiene que tener un peso mayor a 4 kilos 300, y para que te hagamos una inducción tu hijo tiene que estar pesando por lo menos 4 kilos y tu hijo no está pesando 4 kilos”.

La ecografía muestra que no hay razones para indicar una cesárea - ¡al igual que todas las ecografías anteriores! -, lo que nuevamente contradice el sentir que ya se había instalado en ella de la necesidad de dicha intervención, como ella misma expresa: “Toda la idea del parto normal [...] a mí ya se me había esfumado.”

Le indican que vuelva dos días más tarde si no ha iniciado trabajo de parto, en cuyo caso harán una inducción: “Me dijeron que era un procedimiento donde se le coloca Misotrol, una pastilla para la dilatación y ya, maravilloso.” Tras la nueva frustración de seguir esperando, vuelven a acudir el día indicado:

Yo con el bolso y todo, si me dijeron que me iban a hospitalizar, ya era imagínate el tema que uno organiza a la familia, que te van a dejar, nosotros somos una gran familia, a mí me fueron a dejar 10 personas más, con máquinas fotográficas, así como toda una cuestión.

Tras cinco horas de espera, le comunican que no pueden hospitalizarla ese día pues no hay camas disponibles, y que debe volver al día siguiente. Así lo hacen; llegan al día siguiente a las 6:15, esperan hasta las 12:30 y le informan que no la van a hospitalizar pues no hay camas disponibles. Rosa relata: “Ya ahí me quería morir, me sentía muy mal, ya era pena”. Miguel reclama y exige hablar con un doctor, quien les asegura que al otro día tendrán cama.

Y al otro día fuimos, ya era una cosa tragicómica, llegamos al hospital, pasé, el médico no estaba, me asusté, y más encima era el mismo turno del día anterior entonces estaba la misma niña en la parte urgencias, ya todo el mundo había escuchado, entonces yo sentía que me iban a atender mal porque habíamos reclamado. Ya llegué y claro, a esas alturas te hacen un monitoreo cortito con el ecógrafo [...] llegan 2 enfermeras o matronas, entonces una le dice a la otra: “¿Y esta mamá?”. Y la otra le dice: “No, está esperando camilla para inducción.” Y escucho que le responde. “Pero si no hay camilla, ¿por qué la tienen esperando?” Yo morí cuando escuché eso, me quería morir, me sentía tan mal, estoy perdiendo el tiempo, mándenme a mi casa para no estar aquí hasta las 12 muriendo de frío, hambre, incomodidad, me voy.

Recapitulando esta historia, Carmen y Miguel acudieron al hospital a la supuesta semana 41 de gestación, para enterarse de que había un mal cálculo de fecha de parto y debían esperar una semana más. Volvieron dos días antes de la nueva fecha -por sentir Carmen que estaba botando líquido-, y les pidieron regresar al cumplir la (nueva) semana 41 para revisión. Así lo hicieron, y como no se había iniciado el trabajo de parto, les indicaron que volvieran en dos días, y que la ingresarían incluso sin inicio espontáneo de trabajo de parto. Al acudir nuevamente, les comunicaron que no había camas disponibles, lo cual se repitió durante tres días consecutivos.

Al tercer día en que ocurría lo mismo, el obstetra que la había visto el día anterior y que conocía su historia le propuso algunas intervenciones para inducir el parto y poder hospitalizarla ese día. Carmen relata que “una doctora me hizo algo que no sé qué fue, pero me dolió mucho, me hizo tacto como que me hizo un gran tacto, yo sentí su mano acá que me hizo como así [dibuja un círculo en el aire], no sé qué habrá hecho”, tras lo cual tenía 1 cm. de dilatación. Por la descripción de Carmen, es probable que le hayan practicado la maniobra de Hamilton, que se

utiliza para inducir el parto. Luego pasaron a Carmen a preparatos, la ingresaron y comenzaron a administrarle oxitocina. Se le aplicaron tres técnicas de inducción –rotura artificial de membranas, maniobra de Hamilton, y administración de oxitocina artificial. Tras 20 minutos comenzaron las contracciones.

En preparatos, Carmen describe una mejor atención que en la sección anterior de urgencias. Si bien con ella el personal de salud fue amable - “súper bien, súper simpáticos” -, relata que “la verdad es que ahí uno escucha de todo, se estresa, yo no era de las mamás gritonas, estaba callada, había unas que gritaban tanto, porque de verdad uno sentía que gritaban mucho.” La dilatación y el dolor fueron aumentando, tuvo “la mala suerte en que la primera entrada de todos los papás, los llamaron a todos y yo fui la única que no recibí a mi pareja al lado porque se equivocaron de apellido al nombrarlo, me sentí súper mal porque entraron todos menos él.”

Carmen hace un detallado relato de cómo van pasando las horas y progresando el trabajo de parto, lo cual expresa en centímetros de dilatación y nos remite nuevamente a las narrativas de relojería (Chadwick, 2018). Tras varias horas:

C: Yo ahí ya me sentía mal, ya muy mal, llamé a un enfermero porque habían unas mamás que gritaban, era una cosa no sé cómo explicarlo, como que las hubieran estado torturando, unos gritos endemoniados, y como que te pones más nerviosa y a mí siempre me habían dicho que lo mejor era no gritar, que no sirve de nada, se pone más nerviosa, le afecta al bebé, no te van a poner anestesia antes porque estés gritando.

M: Y siempre te decían que las que más gritan son a las que menos pescan, y es súper cierto, persona que yo he escuchado dicen que mejor calladitas porque mientras más grites menos te pescan, te tratan de alharaca.

C: Cierto, entonces me sentía muy mal, me acuerdo que pasó un niño a cambiarme el suero y le dije “sabes qué, me siento demasiado mal, de verdad me siento mal, yo no me voy a poner a gritar ni nada, pero por favor te pido que me pongan anestesia, no tengo idea con cuánto estaré, me voy a morir”; no entendía por qué mi cuerpo seguía funcionando resistiendo tanto dolor.

En el relato de Carmen y Miguel, se confirma lo que hemos visto en muchos otros casos a lo largo de estas páginas, y que he descrito como una forma de “supresión testimonial”: la auto censura de las mujeres de su propio sentir y de su voz al considerar que su expresión las puede poner en situaciones inseguras, peligrosas y de riesgo (Dotson, 2011; en Chadwick, 2020). Carmen repite varias veces a lo largo de su narrativa de parto que hacía lo posible por portarse bien, no gritar, no reclamar, consciente de que, de hacerlo, podría haber represalias, como “no poner anestesia”, lo cual es confirmado por Miguel. De hecho, el relato continúa con la descripción de que a Carmen le pasaron un balón de óxido nitroso para que inhalara cuando viniera cada contracción,

“pero a las otras gritonas nada”. Es decir, su “buen” comportamiento tuvo como retribución que le permitieran utilizar un analgésico inhalatorio. En ese momento ya habían permitido que Miguel ingresara a acompañarla, y –sobre el óxido nitroso- le comentó:

“Negro, mira, esto es mejor que el carrete”. Fue muy chistoso, porque yo soy súper sana, somos súper sanos, no consumimos nada, te lo digo como para que me lo entiendas, ni marihuana, con suerte fumamos de vez en cuando, entonces le dije “me siento como drogadicta”, así se sentirá, como que aspiras eso y te volai.²³⁴

Luego le pusieron una dosis de epidural, y se sintió mucho mejor. Al pasar el efecto “me sentía mucho peor, tampoco grité, pero ahí ya me agarraba de las barandas y Miguel me sujetaba los pies para que yo hiciera la presión en sus manos”. Le administraron otra dosis de epidural, pasaban las horas y no dilataba más de 5 cm.:

C: Llevaba varias horas sin avanzar, de las 5 o 6 de la tarde estaba con 5 de dilatación y pasaban las horas y no avanzaba. Y claro las mamiitas entraban y salían porque había unas que entraban, estaban listas en media hora. [...] Entonces, me fueron a revisar y me dijeron que todavía tenía 5 cms. y que, si a las 12 de la noche me hacían otro procedimiento y no había avanzado, me iba a cesárea, si yo avanzaba 1 cm. seguíamos con el trabajo de parto y...

M: Ahí empezamos a rogar que no avanzara, en serio.

C: Ya me sentía muy mal, ¿qué pasó?, se me pasó la anestesia, no me duró nada, a las 10 de la noche me quería morir. La enfermera me dijo: “No te podemos poner una tercera peridural porque es demasiada anestesia”. Tenía mucha sed, no había tomado nada ni comido nada, y me dijo “no podemos darte líquido ni anestesia porque la cesárea no lo permite, tienes que aguantar.” Entonces entre las 10 y las 12 fue horrible [...]. Me sentía, de verdad, mal, mal, me daba vuelta, me retorció en la cama, moría, le decía a Miguel “me voy a morir, yo me voy a morir del dolor”, no podía entender por qué tanto dolor, una cosa inexplicable, no creo que haya algo comparable.

Miguel interrumpió a Carmen para decir que empezaron a rogar que el trabajo de parto no avanzara. Ya no veían la posibilidad de que Carmen pudiera pasar por un parto vaginal, y la cesárea se había instalado como la mejor opción posible. A las 12 de la noche le hicieron a Carmen una nueva revisión, y cuando le expresaron que no había avanzado en la dilatación, ella

²³⁴ El óxido nitroso es también conocido como gas de la risa, pues provoca un estado eufórico en la persona; Carmen describe haberse sentido como drogada. En la Guía Clínica AUGÉ Analgesia del Parto (MINSAL, 2013), aparece en la categoría de analgesia inhalatoria: “La utilización de Óxido Nitroso (N₂O) en mezcla al 50% con Oxígeno es una alternativa eficaz del trabajo de parto. (...) El N₂O es fácil de administrar, tiene una latencia y de término de efecto cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto o al recién nacido, ni afecta la lactancia” (MINSAL, 2013, pp.12-13).

expresa que fue “como escuchar la melodía de los dioses”, pues significaba que le iban a practicar la cesárea. Su hijo nació por cesárea en la madrugada.

Sobre su experiencia de parto y cómo ve la posibilidad de más hijos y de futuros partos, responden:

C: Mira, Miguel a mí preguntó que si lo haría de nuevo, porque en realidad me dijo que entendía si yo no quería tener más hijos después de todo lo que pasé, me dijo que lo entendería y aceptaría.

M: Yo la veía y me daban ganas de que me doliera a mí y no sufriera ella, me daba lata verla sufrir. Y yo le dije: “Si tú no quieres tener más hijos...” Y aparte siempre le he dicho a ella si vamos a traer niños al mundo que vivan bien, uno no sabe cómo van a estar las vacas más adelante.

C: Y yo la verdad es que en el momento de las contracciones pensaba por qué, si me hubieran dicho que era así habría dicho que no, pero en cuanto lo tuve dije sí, me gustaría tener más hijos. Mira, siéndote súper honesta, me encantaría tener dos hijos más, por eso te digo, yo sé que hay hartos prejuicios en contra de la cesárea y que generalmente deberían optar por el parto natural o normal, pero yo personalmente no, no me gustaría volver a pasar por las contracciones, entonces obviamente respecto a la atención fuera una clínica, poder ahorrar, a mí personalmente me gustaría tener una cesárea programada. Yo me acuerdo perfectamente del dolor que pasé y no me gustaría vivirlo de nuevo, no quiero, o sea si se diera la situación nada que hacer, pero si puedo la próxima vez, atenderme y programar una cesárea para que sea todo tranquilo y lindo, yo ingresar en la mañana, me pongan la inyección y me saquen al niño, pucha para mí sería ideal. [...] Yo sé que, a mí me pasa que yo siento que me faltó esa parte del sentir el nacimiento, de verlo todo sucio, rico, esa cercanía, ahora por lo que me han dicho, me decían que eso es una cosa soñadora lo que muestran en la televisión, porque en Chile en un hospital no es así. Pero no, no me gustaría pasar de nuevo por el tema, si yo tuviera mucho dinero tendría cuatro hijos, porque me encantó el tema de la maternidad, el embarazo, me encanta mi hijo, yo soy feliz, me encantaría tener muchos hijos más, pero el dolor propiamente tal, no quisiera tenerlo de nuevo, entonces la intención principal es poder tener una cesárea programada y ahorrarnos todo el proceso, ahorrarse el sufrimiento.

M: Aparte la atención es muy diferente en una clínica que un hospital, lo que te decía la china lo que más lamentamos es el tema de la urgencia, horrible.

Vemos una serie de elementos que en este caso contribuyen para instalar en la pareja la percepción de la cesárea como la vía de parto deseable, a pesar de haber querido en un inicio un

parto vaginal: el riesgo de un bebé muy grande, las contradicciones entre opiniones de distintas(os) profesionales de atención, el mal-cálculo de la edad gestacional, las demoras y falta de camas en la atención pública. Durante el trabajo de parto se le practicó la cadena de intervenciones: maniobra de Hamilton, oxitocina artificial, numerosos tactos, óxido nitroso, dos dosis de epidural. Agreguemos que estuvo acostada en la cama sin deambular ni moverse, que se le prohibió la ingesta de alimentos o líquidos, que a ratos no estuvo acompañada de su pareja. Carmen destaca el dolor como marcador fundamental de su experiencia. Sabemos que la administración de oxitocina artificial produce un dolor intenso que no da descanso, aumentado por el hecho de estar sin movilidad, privada de hidratarse y alimentarse. En ese contexto, hace sentido que la indicación de cesárea haya sido vivida como “melodía de los dioses”, pues Carmen deseaba que dicha experiencia acabara pronto.

Para su próxima gestación desearían ahorrar para poder atenderse en el sistema privado y programar una cesárea. Al tanto de los “prejuicios” en contra de la cesárea, Carmen no quiere volver a sentir contracciones, quiere que sea “todo tranquilo y lindo”, que sea rápido –“ingresar en la mañana, me pongan la inyección y me saquen al niño”-, no quiere sentir de nuevo aquel dolor, quiere que puedan ahorrarse “todo el proceso, ahorrarse el sufrimiento.”

Es interesante cómo al final del relato Carmen cambia el uso del concepto de “dolor”, que fue protagónico a lo largo de toda su narrativa, por “sufrimiento”. ¿A qué alude Carmen con “sufrimiento”? ¿Por qué el giro desde hablar del “dolor de las contracciones” a la búsqueda en un futuro parto de “ahorrarse el sufrimiento”? Pues en retrospectiva, el dolor físico fue solo uno de los componentes de una experiencia de sufrimiento en un sentido más amplio: incertidumbre por su fecha de parto; decepción de esperar en varias ocasiones por horas y horas que la atendieran; injusticia de ser marcada como “paciente complicada” cuando ella no reclamó “para nada”; “pena” de que no la hospitalizaran en la tercera ocasión agendada; sensación de querer morir por el dolor de las contracciones, sin medidas no farmacológicas de apoyo; sonido de fondo de “gritos endemoniados” de mujeres que parecían estar siendo “torturadas”. Efectivamente, con la cesárea una se “ahorra” todo eso. Y, paradójicamente, para ahorrarse el sufrimiento, hay que “ahorrar” dinero que permita transitar hacia la atención en salud privada.

III.5.1.3. Macarena y el cuerpo silenciado

Macarena, de 36 años, relata la historia de la gestación y nacimiento de su primera hija. Se trató de una gestación, que si bien no fue planificada, recibió junto a su pareja, con quien vivía hace 4 años, “de manera muy positiva”. En ambas familias recibieron la noticia con gran felicidad:

Estaban todos contentos, es niñita y la décima nieta por mi lado, y por el lado de Cristóbal, tercera. [...] Mi último sobrino tiene 8 años, así que hacía tiempo que no

llegaba un nieto nuevo. Así que todos muy felices, mis hermanas lloraban de felicidad, fue súper bien recibida la noticia.

Al sospechar el embarazo se realizó un test en casa, que salió positivo, y a los pocos días agendó una hora en salud privada con su ginecólogo –mismo médico de sus hermanas y único que ella había visto desde su adolescencia-. Él le indicó:

Que teníamos que hacer un examen de sangre, y dependiendo de eso, después había que hacer una eco [ecografía] para ver si estaba vivo, y además si el saco tenía un embrión vivo o no. Yo creo que ninguna mujer piensa que su hijo está muerto o no, una se da por embarazada y listo. Y ahí como que fui consciente, entonces ahí también aumentó mi ansiedad de ver que todo estuviera bien.

Los primeros dos meses de embarazo Macarena se sentía “rara”, “con el cuerpo cortado, cansada”, le molestaban mucho los olores fuertes, sentía asco. Al tercer ms desaparecieron las molestias y se sintió “súper bien, tenía harta energía, ninguna molestia, con ganas de hacer cosas. Yo iba a un grupo de biodanza, así que bailaba, hice después yoga [...]. Nada que decir, el segundo y tercer trimestre fue maravilloso, me sentí súper bien hasta el último día.” Al preguntarle por la vía de parto que prefería, explica que tenía deseos de vivir un parto vaginal:

Yo tenía muchas ganas de que fuera parto vaginal y poder poner música al momento de su nacimiento, de que estuviera el papá, tener contacto directo con ella, ojalá que naciera y tenerlo altiro y quedarme con ella un ratito. Pero también estaba un poco entregada a lo que fuera. [Su pareja] Decía que fuera lo mejor para ella, que también fuera lo más seguro, él sabía que lo ideal era un parto vaginal, aunque también me decía que viéramos lo que pasara. [...] Yo creo que [el parto vaginal] es lo más natural, es como debiese ser, igual yo le tenía miedo a hacerme una operación, porque la cesárea es una operación. Para mí implica más riesgo una cesárea que un parto vaginal, porque el parto vaginal es lo que debiese ser, y toda mujer debiese esperar, entonces no debiera implicar mayor riesgo. Entonces la operación me preocupaba más, todo lo que es la anestesia, o el tajo y la sangre, y te duele todo después. Yo sabía que las mujeres con parto vaginal se recuperaban mejor y más rápido, y se podían hacer cargo de sus bebés más rápido, entonces esa era mi idea. [...] Mis exámenes siempre estuvieron buenos, nunca tuve problemas de nada, de glicemia ni de nada, todos mis exámenes normales. Entonces no había ningún factor de riesgo, el peso era el adecuado.

Sin embargo, relata que en los últimos controles de embarazo, cuando ya se aproximaba la fecha de parto:

Comencé a tener la sensación de que ya no iba para parto normal. Porque me decían [...] que había que ver, que tiene que encajarse, que está muy arriba. Entonces ahí pensé que

no se venía tan fácil como para un parto vaginal, pero no perdía la esperanza tampoco, por eso salía a caminar y sabía que el yoga me ayudaba. Incluso le hablaba a mi guata, y le decía que bajara, que se encajara, que yo la estaba esperando y todo el tema.

Macarena concibe al parto vaginal como lo “normal” y menos riesgoso que una cesárea. Conoce los riesgos de la cesárea: riesgos asociados a la anestesia, a la herida, a hemorragias; y además menciona que la recuperación del parto vaginal es mejor y más rápida. Su deseo es el de poder vivir un parto vaginal, y a pesar de vivir una gestación normal y saludable, relata cómo desde el discurso médico se va instalando el riesgo desde su primer control con el obstetra. Al inicio del embarazo fue la mención al realizar una ecografía para chequear que el feto estuviera “vivo”, lo cual instaló en Macarena “la ansiedad de que todo estuviera bien”, y al final de la gestación fue el comentario de que el feto estaba “muy arriba” y tenía que encajarse. Esto es perfectamente normal en un embarazo de término, de hecho, el descenso del feto se produce gracias al trabajo de parto; sin embargo, en su caso se menciona como un factor que puede impedir el parto vaginal.

En una revisión del uso del concepto de riesgo, Lupton (1999) plantea que la aproximación hegemónica al riesgo en las sociedades contemporáneas es la tecno-científica, que lo conceptualiza como un fenómeno objetivo que puede ser predicho y controlado a través de la ciencia y el conocimiento experto. Para Chadwick y Foster (2016), en ningún dominio la omnipresencia del riesgo es más evidente que en el embarazo y nacimiento: mediante los avances tecnológicos en medicina reproductiva, el concepto de riesgo ha llegado a dominar en las últimas décadas las experiencias femeninas durante estos períodos. Y paradójicamente, mientras el parto se ha hecho un evento más seguro en países desarrollados, los discursos de riesgo se han intensificado, y se utilizan para justificar una serie de intervenciones obstétricas sin condiciones de salud que las hagan necesarias. Blázquez recoge una serie de estudios sobre las representaciones del cuerpo de la embarazada que: “producen que la mujer viva su cuerpo durante el embarazo con miedo y desconfianza, vivencia que facilita la apropiación de la atención de sus cuerpos embarazados por parte de los(as) expertos(as) profesionales médicos” (Blázquez, 2005).

Veamos entonces cómo continúa desarrollándose la experiencia de Macarena. Cuando su embarazo ya estaba de término, una noche tuvo un leve sangrado, y al poco rato comenzó a sentir contracciones. A la mañana siguiente fue a la consulta de la matrona quien le confirmó que estaba iniciando el trabajo de parto y le indicó que volviera a la clínica a la una de la tarde pues su bebé tenía que nacer ese día:

Pero no me dio más antecedentes, “de hoy día no pasas”, me dijo. [...] Yo creo que a lo mejor hubiese podido esperar más tiempo, otro día tal vez, no sé, me fui a la clínica y ahí me hicieron el ingreso. Y ahí empieza a ver el tema de los latidos del corazón y me dice

que hay contracciones, muy pocas y bajitas, las detectaba más el monitor que yo, entonces ahí me dijo: “¿Sabes qué?, vamos ayudar un poquito a las contracciones y listo”. Y ahí fue el festival de las contracciones, empezaron a full las contracciones y dolorosas, seguidas, y ahí los latidos del corazón de mi hija empezaron a bajar, entonces me volvió a hacer tacto y ahí me dice que no bajaba, y me dijo: “vamos a romper membranas para ayudarla a que baje, vamos a meter este palillito que tiene esta puntita redonda, pero no va a doler nada”, y sentí como un tironcito así, y salió el líquido amniótico. Ahí me dice: “ah, está con meconio entonces está con sufrimiento fetal, vamos a llamar al doctor”. Lo llamó, el doctor miró y dijo: “a pabellón”. Y entre toda esa parafernalia, no debe haber pasado mucho rato, fue todo súper rápido, porque yo ingresé a la clínica a las 13:30 y la gordita nació a las 16:40, si te pones a pensar entre que te meten a la pieza, te saquen la ropa y toda la cosa deben haber sido como las 14:30, entonces fue como una hora y media de todo eso, todo muy rápido.

Macarena explica que cuando llegó el doctor:

Como que yo todavía no tenía tanta claridad de que iba a ser una cesárea, me sentía como media... no sé cómo explicarlo, como que no era capaz de entender la realidad, como que estaba en un estado medio, como tan... no era capaz de decir está pasando esto, no veía las cosas con la seriedad con que las veía el doctor o la matrona y de decir está pasando algo realmente malo. Llegué con 6 de dilatación a pabellón y le digo a mi marido que ponga la música que habíamos preparado, y la matrona dice “no cariño, esto es una cesárea de emergencia así que olvídate de la música”, y ahí fue que caí en el estado de que no entendía nada y, ¡pum!, como que me pegué un aterrizaje, está pasando algo, ahí como que me rompieron la burbuja.

En el caso de Macarena se aprecia el uso de una cadena de intervenciones que no se recomiendan en la atención obstétrica a menos que se identifiquen factores médicos que las justifiquen. Con un trabajo de parto inicial, se le acelera el trabajo de parto con conducción oxitócica artificial y luego se le rompen membranas. En casos que no presentan complicaciones se trata de prácticas que no ayudan al trabajo de parto, y es más, están contraindicadas y lo pueden complicar. Todas estas son intervenciones desaconsejadas como prácticas de rutina.²³⁵ Macarena relata que durante el trabajo de parto hubo:

²³⁵ En este caso, no se cuenta con los antecedentes clínicos para evaluar si las intervenciones que se le realizaron a fueron o no “médicamente” necesarias, sin embargo desde el testimonio de Macarena pareciera que fueron intervenciones realizadas como procedimientos de rutina y sin complicaciones que las ameritaran. Aunque las intervenciones hubieran sido justificadas por condiciones médicas, el testimonio de Macarena abunda en prácticas abusivas como la falta de entrega de información y de su consentimiento para su realización.

Cosas que me molestaron, pero yo pensé que a todas las mujeres les pasaba, entonces como que no... por ejemplo el hecho de que la matrona no me dejara levantarme de la cama cuando estaba con contracciones, porque yo lo único que quería era pararme o moverme, no sé, caminar, ponerme en cuatro patas, no sé, ponerme de alguna forma, estar acostada en una forma que no te dejaban mover, era desesperante. Lo otro era no poder tomar agua, que fue horrible, no sé por qué no me dejaron tomar agua, me acuerdo que lo único que hizo fue mojarme los labios y cuando lo chupo era suero salado, entonces fue como peor, esas cosas que yo no las entiendo. Yo necesitaba mojarme la boca, porque tenía la boca seca de todo el esfuerzo.

Una situación que Macarena releva como especialmente perturbadora fue que durante el trabajo de parto su matrona le comentó:

Acerca de toda esa desgracia que había pasado con una mamá anteriormente, que la habían llevado, que le había dado un infarto, le habían hecho una cesárea de urgencia en la sala de partos, que era un chorrero de sangre, me hizo toda la descripción de la situación cuando hablaba con otra matrona, y ahí yo no era consciente que podían pasar cosas malas. Mi embarazo fue todo tan maravilloso que para mí no cabía en mi mente que pudieran pasar cosas malas, para mí era, no, estas cosas no existen, entonces fue como que me pegué muchos aterrizajes con ella.

Continúan en este fragmento las prácticas inadecuadas: a Macarena se le impide comer, tomar líquidos y moverse. A estas restricciones se suma la conversación del personal de salud sobre un caso de emergencia obstétrica mientras Macarena está en trabajo de parto. Esto es lo que Cardús i Font (2015) denomina “enseñar la carta del niño muerto”. Se utiliza esta expresión para referirse al uso por parte de los profesionales sanitarios de argumentos de dudoso apoyo científico para convencer a las embarazadas que se sometan a ciertas rutinas médicas mediante la exposición de todos los riesgos de no hacerlo, por remotos que estos sean. Se fuerza a las madres a acatar, por lo tanto, en base al miedo.

En el relato de Macarena se identifican varias de las subcategorías de abuso identificadas por Bohren y colegas (2015) en su revisión sistemática sobre abuso en la atención de partos: información inadecuada o incompleta sobre beneficios y riesgos de los procedimientos obstétricos, procesos inadecuados de consentimiento informado, desestimación de las preocupaciones de las mujeres, la mujer tratada como un objeto pasivo, negación de dar alimentos, líquidos y de permitir movimiento y posiciones escogidas por la mujer durante el trabajo de parto y parto. Macarena no fue informada de las razones de la serie de intervenciones que le realizaron; ella ni siquiera comprendía por qué le iban a practicar una cesárea.

Luego, en el pabellón, Macarena preguntaba “por las cosas que me estaban haciendo, y me acuerdo que alguien me dijo que no hablara, creo que fue el anestesista”. Tras prepararla para a

cesárea y anestesiarla, entró Cristóbal a pabellón. Realizaron la cesárea, “la sacan y estaba toda cochinita porque tenía caquita, meconio y todo, la muestran así y se la llevan y no supe lo que le hicieron.” Cristóbal fue a ver la atención de la recién nacida y luego volvieron a mostrársela a Macarena, pero no la pudo tocar pues “no podía levantar los brazos, estaba con un monitor conectado al dedo, con unos cables y con el otro tenía algo conectado a la vena.” Relata que:

Sentía que me apretaban mucho, y que me salía y me salía [sangre], así como cuando uno está con la regla, pero a *full*, me apretaban, me apretaban y ahí también empecé a ver algo raro, como instinto, algo raro, me apretaban la guatita y él [obstetra] cerró una parte y después llegó una cirujana a terminar. [...]

Al tratar de preguntar algo, le insistían en que “no hablara más, y ahí ya no hablé más, me lo tomé tan en serio que después ya me arrepentí, porque después en la sala de recuperación estaba súper asustada.” Tras terminar la sutura la trasladan a la sala de recuperación, donde:

Como me dijeron que no hablara, no decía nada, y el anestesista metía muchas cuestiones en el suero, sentía que me salía un líquido de entre las piernas, yo no sabía lo que era, la matrona apretaba mucho y yo sentía que me seguía saliendo, debe haber sido yo calculo que hasta unas dos horas. Ahí empecé a cachar [entender] que pasaba algo raro, por la cara del anestesista y la cara de la matrona, gil igual yo, porque tampoco dije yo “¿qué pasa?”, ellos tampoco me explicaban, como yo tenía miedo de hablar, lo único que sentía era que pasaba algo malo, me empezó a dar un sueño y me acuerdo que era tanto el miedo que me pasara algo y decía “no, no me puedo quedar dormida porque si me muero me tengo que dar cuenta que me estoy muriendo para hacer algo”, porque estaba asustada, yo sabía que algo malo pasaba, pero no tenía claridad.

Ni a ella ni a Cristóbal les comunicaron lo que sucedió, más tarde se enteraron de que tuvo una hemorragia producto de una inercia uterina: “Él quedó más en estado de pánico, nadie le había ido a decir nada, entonces él no sabía lo que había pasado conmigo y tampoco lo que había pasado con nuestra hija.” Macarena calcula que estuvo unas dos horas en una atención de emergencia en la que sabía que algo malo pasaba, sin embargo, nadie le daba explicaciones. Recuerda que pasó una primera noche terrible, muy adolorida; no se sentía capaz de cuidar a su bebé:

Me sentía tan mal que les dije llévensela, pero me la traen apenas llore, no la dejen llorar [...]. Durante los días de recuperación, fui entendiendo que no me la traían cuando lloraba, siempre la encontraba con perfume de mujer, entonces seguramente la tomaban harto en brazos, entonces eso me consoló, ya que no me la traían cuando yo la pedía, me decían que descansara.

Luego relata que los primeros meses tras el parto se sintió muy afectada por todo lo sucedido y que la relación con su hija estuvo marcada por la inseguridad sobre su capacidad para cuidarla:

Yo estaba con mucho temor, tenía miedo de todo y con una inseguridad de saber si estaba haciendo o no estaba haciendo bien las cosas, de mucho miedo de lo que le pasara a la Amelia, de lo que me podía pasar a mí [...] yo lloraba porque me sentía pésima madre [...] tenía miedo de todo, tenía miedo de que le pasara algo a ella, que me pasara algo a mí. Salía a la calle y tenía miedo que me atropellaran, yo salía de la casa y empezaba a sentir angustia, lo único que quería era estar en la casa con ella. De forma indirecta yo creo que es a consecuencia de esto, de todo lo que yo pasé en la cesárea, porque mi cesárea no fue la típica cesárea, estuve mucho tiempo alejada de ella, todo el tema de la hemorragia, el susto que yo pasé, yo creo que me volví una persona muy temerosa de lo que me podía pasar a mí, lo que le podía pasar a ella, entonces no fue una maternidad relajada, no, yo estaba siempre llena de temores y siempre pensando que iba a pasar algo terrible, entonces era angustiante, era agotador.

En el relato de Macarena se evidencia un cuadro postparto complejo, cuyo origen ella sitúa en la vivencia de un parto traumático. Según recoge la psiquiatra española Ibone Olza, se estima que entre el 2 y el 6% de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT) completo tras el parto y el 35% de las madres presenta algún grado de TEPT. Señala que un tema central para las mujeres traumatizadas es el haber recibido cuidados inadecuados durante el parto; el trauma es a menudo el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras (Olza, 2014).

Macarena describe que no tuvo ningún control sobre su experiencia de parto, se le trató de forma autoritaria y sus necesidades, opiniones y deseos fueron ignorados. Su experiencia de postparto muestra que el parto puede ser altamente traumático para algunas mujeres y conlleva una gran carga de dolor emocional manifestado en pérdida de confianza y autoestima, temor, angustia y agotamiento, los que inciden negativamente en su salud física y psíquica tras el parto.

Al preguntarle si habló sobre lo sucedido con su equipo de salud, comenta que algunos meses tras el parto se encontró con la matrona en el supermercado y:

No fui capaz de enfrentármela, o sea la vi y se me apretó el estómago, se me puso un nudo en la garganta, se me llenaron los ojos de lágrimas, me di media vuelta y me fui a otro pasillo, o sea no fui capaz de enfrentarla. Fue increíble como una persona me puede producir este nivel de angustia, ahí como que la evité y también pasé mucho tiempo sin ir a control con el ginecólogo, buscaba puras justificaciones para no ir.

A su obstetra se lo pudo contar tras algunos meses:

Fue como mi cierre de ciclo. Fui a control y le dije “mira sabes que yo tengo que contarte algo, acerca de mi día de parto”. [...] Le conté lo que me había pasado. Le dije que yo no tuve una muy buena experiencia con [nombre matrona]. Sentí que realmente le conté todo lo que había pasado, quedó muy impresionado: “Sabes que me impresiona mucho lo que tú me dices, porque yo llevo trabajando 6 años con ella, de estos 6 años jamás he recibido un reclamo”. Le dije que a lo mejor hay mujeres que no le dan la importancia que yo le doy, o que no se atrevieron a decirlo, o no quieren hablar más del tema y es un caso cerrado, pero que yo necesitaba decírselo. [...] Yo le decía que efectivamente había sido muy poco criteriosa para sus comentarios, que yo sentía que a lo mejor para ella era un parto más y que a lo mejor por eso no tuvo el cuidado que hay que tener, pero que para mí era mi parto, era el momento más importante de mi vida y que ella era el momento en que más cuidadosa y criteriosa tenía que ser y no lo fue. Y me dijo: “Efectivamente, nosotros en nuestra profesión no podemos perder la delicadeza con la paciente, tenemos que ser muy cuidadosos con lo que decimos, cómo lo decimos, qué tocamos, cómo lo tocamos, todo; tú tienes toda la razón”. Entonces por esa parte fue un alivio, porque sentí que realmente él acogió bien mis palabras, y fue un desahogo [...] porque siento que para ellos es como todo tan común, que lo hacen tan a diario, que como que pierde toda capacidad y sensibilidad, capacidad de asombro y sensibilidad que uno tiene [...]. Entonces no hubo el cuidado de explicar la situación.

Es interesante que Macarena personalice la figura abusiva en la matrona, cuando en su relato se muestra la intervención de diversos agentes, incluido el anestesista y el obstetra que acoge su reclamo posteriormente. El obstetra escucha el relato y le da la razón, enfatizando la importancia del cuidado integral en la atención. En este sentido, adhiere a la personalización del maltrato que se produjo en la figura de la matrona; sin ninguno de los dos poner en contexto el modelo que promueve la sobre intervención y pasividad de las mujeres. En ningún momento del relato se ponen en duda los procedimientos en sí, sino solo la forma en que la matrona se comportó.

Cuando se le pregunta a Macarena si el parto dejó secuelas, ella contesta: “Físico no creo, emocional sí, o sea sí, absolutamente, yo, todavía me da pena, mucho menos que antes, yo antes lloraba a moco tendido”.

Cohen Shabot (2016) afirma que explicar los sentimientos que las víctimas de la violencia obstétrica experimentan involucra atender a lo que llama una fenomenología feminista, es decir, comprender que se trata de un tipo de violencia de género (dirigida hacia las mujeres porque son mujeres). Este tipo de violencia se perpetúa a través de la naturalización de las prácticas; ejemplo en el caso de Macarena es que ella siente molestia ante la privación de consumir agua y la restricción de movimientos, pero lo asume como si se tratara de situaciones normales y cotidianas, lo cual se expresa en su “yo pensé que a todas las mujeres les pasaba”. Lo mismo

sucede cuando comunica la compleja situación emocional de postparto a otra profesional de salud, quien minimiza su experiencia:

Yo por algún momento pensé que tenía depresión postparto, pero mi doctora de medicina general me decía: “No, lo tuyo es cansancio, yo creo que es pena guardada porque hace dos años atrás perdiste a tú papá, entonces ahora se detona todo en estas cosas, no, tus miedos van porque a ti te gusta hacer bien las cosas”. Como que me justificaba las cosas, y la verdad es que nunca pensé en ir a una psicóloga.

El sentimiento de opresión hacia su cuerpo es patente en su relato, sucede también cuando le entregan a su hija recién nacida pero no le es posible cargarla en el estado en que se encuentra, conectada a monitores y vía intravenosa. También es manifiesta la disminución de su agencia a través de la imposición del silencio, del habla interdicta por medio de la amenaza y la infantilización física y emocional, que ocurre cuando la pasan por alto, la ignoran y no le informan sobre los procedimientos que le practican y sobre la emergencia de salud que vive. Como señala Cohen Shabot (2016), este tipo de entramado de prácticas apuntan a la subjetividad de las mujeres en cuanto tales, amedrentando su confianza sobre sus capacidades, cuestionándolas, sancionándolas, desconociéndolas, y causando daños físicos y emocionales que impactan su relación con otros.

III.5.1.4. Alicia y el cuerpo que retiene

Alicia tiene 38 años y sus dos hijos fueron concebidos mediante fertilización in-vitro tras cinco años de tratamientos. Relata que para ella era muy importante que sus hijos nacieran mediante partos vaginales:

Que la guagua viviera la experiencia del canal del parto, y eso siempre me lo puse como un tema de experiencia de vida para mi hijo o mi hija más que para mí, mi cuerpo ya había sufrido tanto que las intervenciones en mí me daban un poco lo mismo [...] Quería que fuera lo más natural posible, que esa pasada por ese túnel va generando en la guagua misma una experiencia que tiene que ver con abrirse el camino, como con esa parte de la experiencia de pasar por el cuerpo donde se viven miles de experiencia a nivel fetal que me parecían importantes, que haya esa armonía que va pasando en el cuerpo de la mamá a través de los movimientos que va haciendo la guagua, se van produciendo las hormonas necesarias al ritmo que la guagua las va solicitando.

En el relato de Alicia aparecen dimensiones más espirituales que en los casos anteriores; plantea que su deseo de parto vaginal se vincula con la posibilidad de que su bebé viviera la experiencia de abrirse camino al mundo en su paso por el canal de parto. Esto hace sentido con las trayectorias terapéuticas que siguieron Alicia y su pareja durante los cinco años en que buscaron

su primer embarazo: en paralelo a los tratamientos biomédicos a los que se sometieron integraron una serie de terapias y medicinas complementarias, en una búsqueda por generar respuestas a su problemática que incluyera los diversos aspectos de su persona. Acudieron al budismo, medicina china, naturopatía, utilizaron Flores de Bach, Flores Californianas, reflexología y terapia de sonido, además de asistir ambos (en forma separada) a psicólogos. Este peregrinaje terapéutico muestra que para esta pareja la biomedicina se ocupaba exclusivamente de la dimensión fisiológica de su situación, escindiendo la materialidad/fisicalidad de la emocionalidad/espiritualidad y contexto de su vivencia. Alicia considera que finalmente sus embarazos se lograron por cambios internos -potenciados por todas las terapias complementarias que tanto ella como su pareja utilizaron- que se hicieron físicos con ayuda de la tecnología –propia de la biomedicina-. El largo camino recorrido para lograr una gestación hizo que generaran un lazo de confianza con el obstetra que supervisó sus tratamientos biomédicos, por lo que decidieron seguir atendándose con él durante el embarazo:

Aunque no fuera un equipo súper humanizado, pero prefería mucho más a que llegara una situación de parto con gente que no conocía, en ese sentido yo con mi médico hablamos bastantes meses antes y yo quería un parto lo menos intervenido posible, y su reacción fue muy divertida, me dijo “ah, tú eres de ESA filosofía” y con eso me dijo todo, entonces yo le dije “¿qué significa ser de ESA filosofía?”, y respondió: “No, que en esas cosas sin anestesia y esas tonteras”. Y yo le dije: “Mira, no sé si serán tonteras o no, para ti pueden ser tonteras, pero yo no te estoy pidiendo que sea sin anestesia, yo te estoy pidiendo que sea lo menos intervenido posible”, y él un poco se fue en una lógica de mercado, de decir “bueno, vamos a ver, de cómo vamos a hacer lo que podamos, yo nunca intervengo mucho.”

Alicia plantea el deseo de un cierto enfoque de atención, que considere menos intervenciones de rutina, el cual es ridiculizado y tildado de “tontera” por el médico. Es interesante que el obstetra describa a ese enfoque como una “filosofía”, a diferencia, podríamos pensar, de la ciencia que él profesa y practica: una “tontera” en oposición a ciertas certezas médicas o científicas. Se evidencia así la subordinación de una mirada integral de la experiencia humana a la supremacía biologicista de su materialización física. Vemos también en este fragmento la expresión de lo que Walsh (2010) ha descrito como una polarización de los discursos en torno al nacimiento, que revisamos en el marco teórico de este texto, hacia dos modelos contrapuestos que compiten por ganar territorio como la forma de nacimiento más segura y/o más satisfactoria para las mujeres: el parto biomédico (o tecnocrático, como definimos con anterioridad), versus el modelo de parto humanista. En esta dicotomía, las mujeres como Alicia que buscan experiencias de parto íntimas y más integrales son usualmente tildadas de fanáticas que están dispuestas a poner en riesgo la vida de sus bebés, dejando muy poco margen para discutir la posibilidad contemporánea de tener

partos seguros y respetados, con las características que las mujeres y sus familias decidan como su ideal (Sadler, 2016). Veamos qué pasa en las experiencias de parto de Alicia.

Su primer embarazo fue saludable, empezó trabajo de parto en forma espontánea y pasó buena parte del mismo en su casa junto a su pareja. Relata que, al llegar a la clínica, y a pesar de que su médico le había dicho que “nunca intervenía mucho”, comenzó una rápida cadena de múltiples intervenciones que terminó en un parto vaginal. Le administraron una dosis fuerte de anestesia, a pesar de su solicitud de que no lo hicieran, que vivió como sigue:

Fue una sensación de que venía la contracción y no sabía qué estaba pasando, o sea súper ajeno a mi cuerpo, entonces fue como bien frustrante, te están diciendo qué está pasando con tu cuerpo y tú no lo estás sintiendo, es como un desdoblamiento [...] mi cuerpo pasó a un plano invisible.

A pesar de ello, recuerda el parto como “bien bonito dentro de toda esta parafernalia que te ponen oxígeno y todo [...] pero se logró que fuera un parto vaginal.” Su segundo embarazo fue también muy tranquilo y saludable, según Alicia relata, hasta que en la última ecografía, del octavo mes, apareció una doble circular en el cuello. El ecografista lo puso en su informe y les explicó que eso no significaba nada, que no había que modificar el rumbo natural del embarazo. Sin embargo, el obstetra la llamó y le dijo que tendrían que ver qué acciones se tomaban. Alicia recuerda:

Y ahí como que se instaló un poco el fantasma de la cesárea, no solo se instaló a nivel médico, sino que también a nivel familiar, o sea como que igual su tono fue de catástrofe total, lo comenté en mi familia y la primera reacción fue: “Hay que hacer lo que sea, si esa guagua hay que sacarla ahora hay que sacarla.” [Desde entonces] Me empecé a tensionar y a no tener idea de qué estaba pasando ahora, en territorio totalmente desconocido y un poco bien crédulo, porque lo que está en juego es la vida de tu hija y me sentí como súper desempoderada, como decir: “Bueno, me entrego, tengo que confiar en alguien, confiaré en mi equipo, pero también estoy viendo que están siendo absolutamente exagerados.” [...] Igual me sentía bien a la deriva y también como se instaló esta cesárea yo entendía que iba a ser totalmente innecesaria, tenía esa sensación, sentía esa tensión. [...] Ahí mi estado emocional igual cambió, como que estaba más alerta, andaba mucho más cautelosa con los movimientos de mi hija, andaba mucho más pendiente; antes andaba súper relajada y ahí se generó ese cambio, me dio bastante lata.

El médico propuso programar una inducción de parto para la semana 37, pero frente a la insistencia de Alicia la fueron posponiendo hasta la semana 39, cuando ya no le dieron otra opción más que la de inducir el parto. Realizaron una inducción oxiótica, luego administraron anestesia epidural, y más tarde realizaron rotura artificial de membranas mientras continuaban administrándole oxitocina. En medio de estas intervenciones, durante el trabajo de parto su matrona le comentó a Alicia que ella trabajaba también en un centro de partos “naturales”, donde

promovían el proceso con las menores intervenciones obstétricas posibles y sin anestesia, ante lo que Alicia reacciona:

Me empecé a dar cuenta que eso nunca había sido parte del discurso que ella me había dado, o sea yo no era posibilidad para ella para ese tipo de partos. [...] Yo estaba muerta de hambre, estaba súper tensa y atenta también a qué me estaban metiendo y evitar que también se llegara a una cesárea, y empecé también a encontrar una discordancia absoluta en lo que estaba pasando, no entender qué pasaba, es decir, que hay otros partos que son naturales, pero que el tuyo por naturaleza ya no lo es, entonces tenemos que asistirlo hasta el final de manera mucho más monitorizada.

Al igual que en los procesos de Rosa, Carmen y Macarena, en la experiencia de atención de Alicia prima la alusión al riesgo y a la posibilidad de daños en la salud del bebé en caso de no seguir las indicaciones médicas, que siempre implican el uso de intervenciones. En el proceso de Alicia, como ella misma explica, el equipo médico había decidido que le iba a practicar la cascada de intervenciones obstétricas a pesar de la solicitud de ella de que, en lo posible, no se interviniera. Alicia menciona que se concebía que su proceso ya no era “natural”, e insiste, “por naturaleza”, queriendo explicar que, al haber ocurrido la concepción mediante fertilización asistida, había entrado al carril de la intervención obstétrica por defecto. Lo que le extraña es que, a pesar de su solicitud, nunca se abrió con el equipo médico la conversación o posibilidad de otras opciones. En este sentido, estaba ya destinada al uso de tecnología.

Jordan y Thatcher (2009) argumentan que el uso de la tecnología, incluida la tecnología obstétrica, está respaldada por ideologías que promueven la modernización y el progreso. Estas ideologías contribuyen a la aceptación acrítica de la tecnología obstétrica entre las mujeres de los países de ingresos altos, ya que el no uso de la tecnología significa que las madres están negando a sus hijos el nivel más alto y seguro de cuidado. Para Jordan (1987, 2014), la tecnología sofisticada introduce nuevas concepciones de lo que se considera información relevante y nuevos juicios sobre quién es competente para interpretar la información, para comunicarla y para tomar decisiones sobre la gestión del nacimiento. La autora sostiene que la propiedad de los artefactos o técnicas necesarias para realizar la obra define y muestra quién debe ser considerado poseedor del conocimiento autoritativo y, por consiguiente, quién tiene legítimo poder de decisión. Akrich (1992) se refiere al poder de las tecnologías como portadoras de formas de conocimiento, argumentando que los objetos técnicos y las personas se transforman en un proceso de definiciones recíprocas en las que los objetos son definidos por sujetos y los sujetos por objetos. En las prácticas biomédicas durante el parto la tecnología tiene un lugar central, se trata de un espacio que ha sido reificado por los practicantes y apropiado por las usuarias, un territorio actual de disputas, donde las mujeres comienzan a cuestionar el orden establecido, a requerir el sentido de las intervenciones, a resistirlas e incluso rechazarlas cuando no lo encuentran. Las mujeres incluso pueden negociar durante el proceso, consigo mismas y con los

equipos médicos, el límite tolerable del uso de tecnología. Sobre estas nociones construyen la sobre intervención, el abuso y la violencia y, al mismo tiempo, son construidas como exigentes, poco realistas. En el caso de Alicia, cuando el equipo médico ve agotarse las posibilidades de intervención médica sin lograr el resultado esperado -el parto vaginal- se traspassa la responsabilidad por el fracaso a la misma mujer parturienta.

Ella [la matrona] empezó con un discurso a culparme a mí de por qué no había, por qué yo no me estaba dilatando, entonces fue como un proceso de culpabilización bien heavy [...] en todas las horas, el cansancio, todo tipo de emocionalidad, empezó con esta onda de que: “Tú no estás soltando la guagua, no estás permitiendo que esta guagua salga.” Y yo pensé: “Y tú, pelota [idiota], estás obligando a esta guagua a que nazca y la estás obligando a salir”. La guagua no estaba lista para nacer, no estaba lista, pero en un minuto esto se transformó en un tema mío, y que yo la retenía [...] Entonces todo este escenario se empezó a transformar en que yo tenía un tema con el control, empezó a cambiar de responsabilidad y de repente nos encontramos con que la responsabilidad era mía por mi exceso de control, de no soltar, y este cuerpo mío que retiene.

El obstetra le insistió en reiteradas ocasiones que no iban a lograr un parto vaginal, hasta que dio su diagnóstico final, planteándole a Alicia: “Hemos llegado a esta situación en que hemos hecho todos los intentos, lo más sano para esta guagua es una cesárea”, y Alicia le respondió muy firmemente “no, yo no quiero una cesárea.” Alicia relata que: “Ahí ya me cayó como todo el cansancio, toda la tensión y caí en un llanto absoluto.” Fue la matrona quien intercedió para pedir más tiempo al doctor, administró más oxitocina artificial y el trabajo de parto empezó a progresar más rápidamente, hasta que lograron el parto vaginal que Alicia anhelaba. Si bien logró la vía de parto deseada, comenta: “Pero yo me quedé tensa hasta el final.”

El cuerpo de Alicia que retiene se transforma en el responsable de que el trabajo de parto no progrese, pues ya se había hecho todo lo médicamente necesario y posible. Para Alicia se trata de una contradicción absoluta, pues se la llevó a aceptar el inicio artificial del trabajo de parto, es decir, fue el equipo médico el que produjo la situación a la que llegaron. Las presiones para que el trabajo de parto avanzara con la amenaza constante de la cesárea hicieron sentir a Alicia ansiosa, “tensa hasta el final”, por tanto, el llamado a “soltar” y la acusación por estar reteniendo o controlando en exceso se torna irrisoria. Su cuerpo que retenía y su exceso de control se transformaron en protagonistas del fracaso.

Vemos aquí que las creencias y suposiciones sobre el riesgo en el nacimiento se encuentran profundamente arraigados, reflejan diferentes percepciones sobre quién es culpable si las cosas van mal e incorporan puntos de vista diferentes en torno a la naturaleza y la tecnología en relación con el parto (Coxon, Sandall y Fulop, 2014). Retomo la discusión que había iniciado anteriormente en este relato, en torno a la polarización de las decisiones de las mujeres entre la

preferencia por un parto “natural” o “médico”, que falla en comprender los matices de sus experiencias, o la extensión de las influencias del contexto sobre sus decisiones. La polarización de lo natural versus lo tecnológico refleja un debate central en la teoría del riesgo identificada por Zinn (2008), que intenta contrastar los méritos relativos del conocimiento objetivo o racional (asociado con un conocimiento tecnológico dirigido por expertos) con estrategias no racionales informadas por experiencias personales, creencias y sabiduría popular. El autor sostiene que en la práctica, la toma de decisiones individuales se basa en estrategias que están entre estos extremos, conduciendo a decisiones que no sólo se basan en el conocimiento “objetivo” sino también en la intuición, confianza y emoción. Recordemos que Alicia escogió atender su embarazo y parto con el obstetra que la acompañó durante el proceso de fertilización asistida, consciente de que no era el equipo más adecuado para consentir a un parto sin intervenciones, pero basándose en el vínculo emocional que había desarrollado y que la hacía sentir en confianza. A posteriori ella evalúa la situación desde un sentimiento de cierta frustración:

Con toda la información que yo tengo no me sentí capaz de enfrentarme al equipo médico, no me sentí capaz de decir: “Chao, me siento súper empoderada, tengo toda la información, me voy a otro equipo que no considere la doble circular.” No, yo creo que todos los miedos los tenía instalados y me habían transmitido todos los miedos que no podía poner en riesgo la vida de mi hija, peleé lo que más pude, pero acepté mucho que en teoría, que viéndolo fríamente diría “ah eso no lo acepto ni cagando”, pero en el momento lo acepté todo, tampoco lo cuestioné, o sea lo cuestioné internamente, pero no me atreví. [...] En el momento del parto entras en la máquina de salchichas del sistema medicalizado y del protocolo, no sales de ahí [...] Yo me sentí con la sensación de incapacidad propia de enfrentarme al sistema, porque en el fondo también lo que está entre medio es la vida de la guagua, y ellos hablan desde una autoridad absoluta, te lo ponen así. Es súper complicado, por eso te digo que para mí, bueno por lo menos logré hasta la semana 39 y fue un parto vaginal, esa mini lucha la logré.

Alicia reconoce que, a pesar de cuestionar las indicaciones médicas recibidas, incorporó los temores del equipo médico y no se atrevió a actuar para desafiarlas. Se sintió incapaz de enfrentarse al sistema, que describe como “máquina de salchichas”, lo que nos recuerda la descripción de Davis-Floyd de la adopción del modelo de montaje en el nacimiento como metáfora de base del parto hospitalario moderno: en el hospital-fábrica, el cuerpo-máquina defectuoso de la mujer produce bebés-producto (2001). Una vez dentro de dicha fábrica, “no sales de ahí”, o, podríamos decir, se hace extremadamente difícil cuestionar el orden de las cosas. Pero no obstante lo anterior, Alicia mostró agencia dentro del mismo modelo, se trata de un cuerpo que resiste hasta donde puede –“peleé lo más que pude”- y logra la victoria de un parto vaginal –una “mini lucha que gané”- siempre a costa de la tensión con que vive el proceso.

III.5.1.5. Los cuerpos que dan a luz

Hemos recorrido las historias de parto de cuatro mujeres que nos hablan de una diversidad de formas de vivir el proceso de nacimiento de sus hijas(os). En Rosa, el temor a los riesgos del parto vaginal la lleva a solicitar una cesárea, mientras que Carmen, Macarena y Alicia anhelan un parto vaginal. Macarena invierte la percepción de riesgo con respecto a Rosa, considerando la cesárea más riesgosa y el parto vaginal como “lo más natural”, y “como debiese ser”. Carmen, quien al inicio de su gestación deseaba un parto vaginal, va cambiando de idea a medida que desde el sistema de salud le instalan la idea de riesgo hasta que ya no se cree capaz de dar a luz a su hijo en la forma que había imaginado. Alicia, por su parte, deseaba un parto “lo más natural posible”, y consideraba importante que sus hijos vivieran la “experiencia del canal de parto”, vinculada con “abrirse el camino” en la vida.

En el cuerpo muerto de miedo de Rosa, los riesgos como los define el modelo tecnocrático del parto priman en su concepción y encarnación del proceso, por tanto, la tecnología aparece como central para dominar los peligros de lo “natural”. El cuerpo que no quiere sufrir de Carmen es resultado del propio proceso de atención; ella no desea volver a vivir la experiencia de pasar por el trabajo de parto, quiere “ahorrarse el sufrimiento”, y solicitar una cesárea programada en su próxima gestación. El cuerpo silenciado de Macarena es uno sumiso, que si bien desea un parto vaginal, asume los riesgos obstétricos como le son presentados y no pone en duda sus principios, siguiendo todos los mandatos médicos obedientemente, al punto de no atreverse a hablar –pues así se lo habían indicado- mientras vive una situación de emergencia obstétrica que nadie le explica. Alicia, en cambio, desafía y cuestiona el modelo intervencionista y encarna la contradicción de entender que le recomiendan y practican intervenciones que podrían haberse evitado, pero sin atreverse a desafiarlas por completo. En su cuerpo que retiene opera una transferencia de responsabilidad desde el equipo médico hacia ella, en la que se le culpa de no soltar a su bebé y estar obstaculizando el proceso.

En estas experiencias se aprecian formas complejas, diversas y contradictorias de encarnar los imaginarios y mandatos sobre el parto, donde si bien predominan los principios tecnocráticos, pueden ponerse en duda: esa duda está en Rosa, que se siente alienada tras la cesárea en que “no sintió nada” y anhela aquel sentir en una futura experiencia; está en Alicia, que desafía a su equipo médico y se niega a aceptar el discurso de riesgo con que el obstetra intenta convencerla de la cesárea, para lograr el parto vaginal que quería.

La experiencia sentida y corpórea de las mujeres no es la que informa el curso de acción, sino el conocimiento autoritativo de la obstetricia (Jordan, 1993), que despliega un set estandarizado de prácticas para evaluar el curso del trabajo de parto y hacer emerger aquel cuerpo biomédico, como es definido por dichos estándares. Como se aprecia en los relatos, ese cuerpo no

necesariamente es el que las mujeres experimentan. En este contexto, se hace relevante la pregunta que plantean Akrich y Pasveer al analizar narrativas de parto: ¿Podríamos concluir que la mujer se encuentra “dividida” a lo largo del proceso de parto, que su cuerpo está irreparablemente separado de “sí misma”, y que esta dicotomía representa un empobrecimiento de su experiencia de parto, o incluso una fuente de sufrimiento? (2004, p.7, *traducción propia*) Recordemos lo que planteaba Alicia con respecto a su primer parto, que tras la administración de anestesia (que ella no quería): “Te están diciendo qué está pasando con tu cuerpo y tú no lo estás sintiendo, es como un desdoblamiento [...] mi cuerpo pasó a un plano invisible.” Su cuerpo, como ella lo sentía y conocía, como ella lo sentía antes de la epidural, se disoció del sí misma, y ya no fue capaz de sentirlo. En el caso de Carmen, el cuerpo que ella creía podía dar a luz de forma vaginal fue puesto en duda por la matrona a tal punto que dejó de confiar en dicha posibilidad.

Es importante que en este análisis no quede la sensación de que hay un tipo de conocimiento biomédico que se impone sobre otro tipo de conocimiento encarnado propio de las mujeres, como dos sets opuestos o contradictorios. Las experiencias encarnadas de las mujeres ya están permeadas por el discurso biomédico desde antes que se produzcan las interacciones de atención, antes incluso que las mujeres estén gestando. Aquel yo encarnado que despliegan las mujeres es activamente construido por los diferentes actores y sets de conocimiento a que han accedido, lo cual a su vez da forma a sus experiencias encarnadas. Vimos por ejemplo en Alicia un cuerpo integrado activamente por dimensiones emocionales y espirituales y un tránsito por diversos sistemas médicos. En esta construcción colectiva del *yo encarnado*, las experiencias emocionales de las mujeres aparecen permeadas por el trato de los profesionales de salud, donde el *buen* trato se define diferencialmente según el imaginario de parto y expectativas de cada mujer. Como plantea Le Breton, “las emociones nacen de una evaluación más o menos lúcida de un acontecimiento por parte de un actor nutrido con una sensibilidad propia; son pensamientos en acto, apoyadas en un sistema de sentidos y valores” (1999a, p. 11). Para Rosa, la cesárea en sí fue casi un trámite –“como que te saquen un tumor, como que te abren, te lo sacan y te lo pasan”- y releva una positiva evaluación del equipo de salud. Carmen describe haber recibido una mala atención en urgencias, pero haber sido bien tratada en la sección de prepartos, un “buen” trato que podríamos cuestionar a la luz de todo lo que relata, y que probablemente ella construye en comparación con los tratos que veía hacia otras mujeres. Además, recordemos que ella misma recalca que se portó bien para recibir un mejor trato. En los casos de Macarena y Alicia hay un reconocimiento de abusos en los tratos de parte de los profesionales de salud, que impactaron negativamente en su experiencia y fueron causa de gran ansiedad y temor. Macarena reprocha solo los malos tratos vividos, sin cuestionar el modelo que los sustenta y que la silencia. En cambio, Alicia cuestiona el paradigma mismo que prescribe las intervenciones obstétricas como destino difícil de escapar, que la culpa a ella por lo que se le impuso, y resiste hasta lograr el parto vaginal que deseaba.

Hace casi tres décadas desde que Brigitte Jordan, antropóloga considerada como pionera en los estudios de la antropología de la reproducción, propusiera tratar el proceso de parto dentro de un marco *biosocial*, es decir, como un fenómeno que es producido conjunta y reflexivamente por la biología (universal) y cultura (particular) (Jordan, 1993). Hoy podemos plantear que la mera distinción entre biología y cultura es artificiosa e imposible de sostener. Rosa, Carmen, Macarena y Alicia viven su parto *en* el cuerpo, *a través* del cuerpo y *con* el cuerpo; reproducen, recrean, resignifican y/o desafían modelos heredados e impuestos, agregando los suyos propios, en un proceso dinámico que nos recuerda que somos cuerpos vividos, territorios múltiples e híbridos que no pueden ser comprendidos por partes sino solo en su completitud y a través de las inscripciones de la historia y la cultura.²³⁶

A continuación, y como adelanté en la entrada de este apartado, paso a enfocarme en los extremos de la atención: por una parte, en experiencias vividas de forma muy negativa, y por otro, aquellas vividas como una experiencia de profundo bienestar, para levantar una reflexión epistemológica sobre la posición que ocupan las mujeres en la atención obstétrica.

III.5.2. De la violencia a la justicia epistémica

III.5.2.1. La violencia epistémica

La violencia y el maltrato que yo he visto ejercer en los paritorios no lo he visto en ningún otro ámbito del ejercicio profesional. Supone un reducto particularmente resistente a cuestiones desde la más básica educación, hasta la *lex artis* y el respeto al derecho de la autonomía. El embrutecimiento que se vive en los paritorios es brutal. Y los y las profesionales tienen muchas dificultades en aceptar esto. Prefieren llamarlo manzanas podridas cuando es el árbol, prefieren hablar de prácticas inadecuadas cuando es una cultura profesional. Creo que, a pesar de la negativa a ver la realidad, hay que seguir ayudando a mostrar a profesionales y mujeres qué es violencia obstétrica. (Reflexión de una ginecobstetra) (Brigidi y Ferreiro Mediante, 2018, p.42)

Abro este apartado con el testimonio de una ginecobstetra, expuesto en un documento del Observatorio de Violencia Obstétrica de España, que incorpora varios de los puntos centrales a los que quiero referirme en este apartado: el tipo de violencia que ejercen profesionales de salud

²³⁶ En los cuatro casos elegidos para este capítulo hay una coincidencia entre los partos con mayores niveles de intervención obstétrica y los cuerpos más ausentes, lo cual no significa que esto necesariamente ocurra siempre así en la práctica. Puede suceder que una mujer reciba o intencione una atención muy intervencionista y lo viva desde un lugar activo y agenciado. En este sentido, es importante recordar la invitación a superar asociaciones dicotómicas entre “natural/normal” y respetado, versus “intervencionista/medicalizado” como abusivo, para poder observar la diversidad de experiencias vividas.

en la atención de nacimiento es de una crudeza no vista en otras prestaciones de salud, ha mostrado ser un ámbito muy resistente al cambio, y se ha tendido a analizar más como un problema de ciertas personas o prácticas aisladas que como un problema estructural. De todas las experiencias de parto narradas por mujeres en la encuesta OVO Chile (2018), en esta sección selecciono algunos de las más crudas: se trata de una selección de 60 planas de testimonios elegidos por utilizar conceptos como “pesadilla”, “crueldad”, “tortura”, “trauma”. Los he leído, releído, subrayado, destacado, llenado de marcas y etiquetas, y vuelto a subrayar.

He presenciado y escuchado experiencias como estas durante los últimos 20 años, pero siempre con pausas, entrando y saliendo de terreno, dándome tiempos de descanso de lo presenciado, de lo oído, de lo sentido. Las peores experiencias han ido siempre acolchadas por algunas más buenas, y por algunas profundamente respetuosas. Pero durante los días en que he trabajado con esta selección, ha primado el horror. Tengo el estómago revuelto, me cuesta comer, a ratos siento náuseas, he dormido a saltos y tenido pesadillas. Siento rabia y una sensación de que se avanza lento y poco. Y pienso que mientras estoy aquí cómodamente sentada tecleando palabras, con vista a la cordillera de Los Andes, hay miles de mujeres siendo abusadas en sus partos. Miles de mujeres a las que se les roba la posibilidad de tener esa experiencia encarnada de sentirse cuidadas mientras sale un ser humano de sus entrañas. “ERA COMO UNA FÁBRICA DE BEBÉS” (6729), escribe Ámbar en su narración, así, en mayúsculas. Y si bien con el tiempo he aprendido –como muchas lo hemos hecho– a convivir con estas escenas de terror, insisto en que no podemos permitirnos normalizarlas, ni menos aun podemos dejar de nombrarlas ni dejar de denunciarlas. Deborah relata que “todo era horrible, y además oía los llantos y gritos de otras mujeres en otras salas, parecía sala de tortura” (2689); Zaira, que “esa sala me parecía como un ‘matadero’” (3091); Viviana, que “lo único que quería era irme luego de ese lugar de tortura” (6571); Ariana, que “me sentí como en una sala de tortura donde retaban a las mujeres que gritaban de dolor” (7335).

A las mujeres que compartieron sus experiencias: no se imaginan mi agradecimiento por su apertura y generosidad. Piden perdón en el escrito por haberse extendido en detalles, por haberse volcado así, por haber contado cosas tan crudas; agradecen a quien quiera que esté leyendo por el simple acto de escucha. Las leo, las escucho, lloro con ustedes, las abrazo desde aquí. Inés dice “gracias por esta iniciativa, esto alivia un poco el alma” (2335); Luna expresa que “espero que mi experiencia les sirva, para que nadie vuelva a pasar por esto tan terrible (3364). Yo les digo: gracias infinitas a ustedes. Y perdón, perdón por no hacer más.

“No podría describir la sensación de desamparo que sentí” (7693), expresa Amparo. Ella tenía un plan de parto, que había conversado con su obstetra; ella se imaginaba un parto en soporte vertical. Hasta había contratado un “servicio externo [a la clínica] para un parto vertical”. Al llegar a la clínica, en trabajo de parto, le comunican que su doctora ya no podía atender ahí y siente que queda “a la deriva”. Llama por teléfono a la doctora, quien se disculpa y le recomienda

a otro médico en la misma clínica –quien, eso sí, “no iba a estar de acuerdo con un parto vertical”- y le da además la opción de atenderse con ella en el hospital universitario donde trabaja. “Decidimos irnos al hospital porque la ginecóloga era de allá”, relata Amparo, donde la doctora avisaría a una matrona “de confianza, que sería muy amable”. Amparo sigue: “Nunca hubiese imaginado que se transformaría en una tortura.” Con la matrona “de confianza” a cargo, la acuestan e impiden moverse libremente, la obligan a ponerse epidural contra su voluntad –“es obligatorio”, le dicen-, le inyectan oxitocina, le hacen múltiples tactos dolorosos. Se generan discusiones entre la matrona y un obstetra que pasa a revisarla que al parecer no está de acuerdo con lo que ve. Amparo trata de levantarse y: “Grande fue mi sorpresa cuando me di cuenta que no podía, mis piernas no respondían, yo lloraba y ella me comenzó a retar”. El dolor tras la oxitocina era muy fuerte, la matrona se burlaba diciendo: “Y tú que querías un parto natural y vertical”. La obstetra de Amparo llegó tras varias horas de esto, cuando la dilatación estaba completa. Su hijo nació con fórceps. “No era la llegada al mundo que yo quería para él”.

Sheila Kitizinger escribió en el 2006 “Birth as Rape”. Ahora hablemos del “Parto como Tortura”. En 2008, Gill Thomson y Soo Downe publicaron el artículo “Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse”. Mostraron cómo en las narrativas de partos traumáticos se repiten descripciones de violencia, tortura y abuso. Las autoras plantearon que, de forma similar a víctimas de tortura, en la atención de parto la agencia de las mujeres fue restringida físicamente (imposibilidad de movimiento), psicológicamente (supresión de sus sentimientos) y cognitivamente (a través de la imposibilidad de comprender e involucrarse en la toma de decisiones). Identificaron similitudes con literatura más amplia sobre abuso y trauma en las sensaciones de las mujeres de desconexión, alienación y aislamiento de relaciones sociales; en el desbalance de poder entre las víctimas y las figuras abusivas de poder, y en la inducción de la pasividad y dependencia de las mujeres, causándoles la sensación de impotencia.

En 2016, en un seminario en la ciudad de Bergen, Noruega, en el marco del proyecto COST ACTION IS 1450 titulado BIRTH²³⁷, liderado por Soo Downe (autora del artículo anterior), presenté junto a la psiquiatra española Ibone Olza una provocadora ponencia sobre violencia obstétrica.²³⁸ Mostramos cómo Thomson y Downe (2008) habían planteado que en el parto las mujeres se sienten “de forma similar a víctimas de tortura”. Pero lo “similar” no basta, dijimos. Son víctimas de tortura. Lo mismo con “violencia” y con “abuso”: son víctimas de violencia, son víctimas de abuso.

Son varios los reportes y documentos de derechos humanos y de derechos de las mujeres que han hecho el vínculo entre la tortura y la vivencia de las mujeres en la atención tecnocrática del

²³⁷ BIRTH es acrónimo de “Building Intrapartum Research Through Health –an Interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualizing physiological labor and birth”

²³⁸ Digo “provocadora”, pues recordemos que en los países del “norte” se ha preferido el uso del concepto de “abuso y falta de respeto” (como se detalló en el apartado conceptual sobre violencia obstétrica).

parto. Solo por nombrar algunos, en Argentina, el reporte *Con todo al Aire 2, reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos* (INSGENAR, 2008), estableció claros vínculos entre los abusos cometidos en maternidades con la tortura:

La insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes, son algunos de los múltiples ejemplos que dan cuenta de los malos tratos que a veces reciben las mujeres. En momentos como el parto o la consulta ginecológica, revisten mayor crueldad dado el estado de vulnerabilidad de las mujeres en dichas situaciones. Estos malos tratos pueden llegar a ser considerados una forma de tortura como es el caso del legrado o raspaje sin anestesia, en los abortos provocados que recurren a la asistencia médica. Podemos decir que existen una continuidad de estos tratos pero que revisten diferentes grados, que van desde el menoscabo y falta de respeto a la dignidad de la mujer, tratarla como una “menor” (infantilizarla), hasta la existencia de tratos inhumanos y degradantes que pueden llegar a la tortura... (p.51)

Un informe de 2016 del Observatorio Español de Violencia Obstétrica (El Parto es Nuestro, 2016) afirma que las mujeres que han vivido violencia obstétrica describen su experiencia como tortura física, y principalmente como tortura psicológica, al sentirse abandonadas y humilladas. En un volumen recientemente recopilado de trabajos sobre violencia obstétrica en América Latina (Quattrocchi y Magnone 2020), varios capítulos mencionan el concepto de tortura, como menciona Sadler (2020) en el prólogo de dicho texto.

El vínculo entre tortura, género y parto está siendo cada vez más visibilizado por organismos internacionales de derechos humanos, que han reconocido que numerosos derechos humanos están involucrados en estos abusos, incluidos los derechos a no ser objeto de tortura y otros malos tratos, a la privacidad, a la salud, y a la no discriminación e igualdad. Aunque este reconocimiento es reciente, sienta las bases para un debate más profundo sobre la gravedad de esta violencia y sus consecuencias (Khosla et al. 2016; Zampas et al. 2020). En esta línea, han sido varios los informes de relatores especiales de Naciones Unidas que han tocado el tema. Dos de ellos fueron realizados por Relatores Especiales sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, integrando el enfoque de género en la tortura. El reporte de Manfred Nowak de 2008 argumentó que la indiferencia de una sociedad hacia la condición de subordinación de la mujer o incluso su apoyo a ella, junto con la existencia de leyes discriminatorias y un patrón de omisión para castigar a los perpetradores y proteger a las víctimas, “crean las condiciones bajo las cuales las mujeres pueden ser sometidas a sufrimiento físico y mental sistemático, a pesar de su aparente libertad para resistir” (p. 7). Nowak observó que las distintas formas de violencia contra las mujeres en todo el mundo “se siguen trivializando” (p. 14), y planteó que la comparación entre ellas y la tortura en sus formas “clásicas” permitiría sensibilizar sobre el grado de atrocidad al que la violencia contra las mujeres puede llegar y conceptualizarlo como tortura.

Casi una década más tarde, el informe del Relator Especial Juan E. Méndez, de 2016, planteó que históricamente, debido a que el marco de la tortura evolucionó en respuesta a prácticas y situaciones que afectaban de manera desproporcionada a los hombres, los marcos analíticos “no habían tenido una perspectiva interseccional y de género, ni habían tenido en cuenta adecuadamente el impacto de la discriminación arraigada, estructuras de poder patriarcales, heteronormativas y discriminatorias y estereotipos de género socializados” (p. 3). Al identificar escenarios y prácticas que podrían constituir tortura, y en la misma línea que Nowak (2008), mencionó entornos en los que el Estado no protege a las víctimas y “crea condiciones en las que las mujeres pueden ser sometidas a sufrimiento físico y mental sistemático, a pesar de su aparente libertad para resistir” (p. 15). Esto se aplica a los servicios oficiales (biomédicos) de salud sexual y reproductiva, donde las mujeres y niñas “a menudo están expuestas a dolores y sufrimientos severos y son coaccionadas o sujetas a procedimientos y exámenes no deseados, degradantes y humillantes” (p. 13). Es así como identifica que, en todo el mundo, las mujeres que buscan atención de salud reproductiva, y especialmente durante el parto, corren un alto riesgo de sufrir malos tratos. Este maltrato suele estar motivado por estereotipos sobre el papel de la mujer en la procreación y ocasiona sufrimiento físico y psicológico, que, según su gravedad, puede llegar a constituir tortura (Nowak, 2008).

En 2019 se publicó el Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, titulado “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica”, que mencioné anteriormente en este trabajo. Este reporte constituye un hito al reconocer que la violencia obstétrica es un problema sistemático y generalizado que puede llegar a constituir tortura, y al validar las experiencias de las mujeres como fuente válida de denuncia de este tipo de violencia (Šimonović, 2019).

“Era como una tortura” (7997), recuerda Karin, idea que se repite en muchos relatos. Y acá no pretendo hacer un análisis legal del concepto de tortura, sino simplemente tratar de comprender cómo es que una mujer describe su parto como tal. En lo que sigue voy a utilizar solo relatos en los que se utilizó explícitamente el concepto de “tortura”. Y acá, le pido por favor, a usted que está leyendo, que no caiga en la tentación de pensar que esto es una exageración, o que se trata de mujeres “alharacas”, o que están sacando el concepto de contexto. De hecho, ese es un recurso que el personal de salud utiliza a menudo para disminuir la agencia de la mujer en trabajo de parto, haciéndola sentir que es una demostración desmedida de dolor o sufrimiento para llamar la atención. Voy a reproducir en forma completa uno de los relatos que me parecen más crudos,

en el cual se dan múltiples formas de violencia. Se trata de un parto ocurrido en un hospital público de la ciudad de Santiago. Nombremos a la protagonista como Alma:²³⁹

Trataré de ser breve...

Partí mis contracciones un día sábado 11 de julio de 2015... Pero no eran suficientes para ser ingresada a parto. El día lunes 13 de julio a las 21 hrs. rompí bolsa por lo que me ingresaron al hospital [nombre del hospital]. Lo primero que hicieron fue retarme por mi vello púbico, que cómo se me ocurría ir tan peluda. Luego me acostaron en una camilla y así bien por 1 hora... Hasta que llega la primera matrona y me pone suero con oxitocina... Ahí empezó la tortura. A las 5 horas ya gritaba de dolor, me dolía mucho... Me amarraron y me pusieron un gas que según ella me calmaría, pero que en realidad me sentía peor... Como si estuviera drogada. Ya a las 9 AM aprox. les dije si me podían dar algo para comer... A lo que la segunda matrona (por cambio de turno) se ríe y me dice que para qué quería comer si ya estaba gorda, le pedí agua y también me la negó. A las horas llegan las niñas practicantes que creo yo las mandó Dios... Me dieron agua... Me sacaron las amarras de los brazos y piernas... Pude caminar, me llevaron a una sala con una pelota de pilates... Me daban contención y cariño, hablaron para que mi pareja pudiera acompañarme... Aún agradezco su presencia. Como a las 5 o 6 de la tarde ellas debían irse... Y ahí nuevamente quedaron las matronas conmigo... Me metieron mano ellas y practicantes hombres... Un tacto que dolía mucho. Pedía llorando que me dieran anestesia y me decían que el Dr. no andaba pendiente de pendejas calientes... Pero llegó. Me pusieron 2 epidural en 2 hrs... Luego de eso nada más y me dejaron amarrada de brazos y piernas sin comer, llorando, perdieron mis cuadros y mis cosas... Cuando ya les suplicaba por favor que terminaran con mi dolor decidieron hacerme pujar con 8 cm. de dilatación... Pero no pude... Me dejaron ahí hasta unas horas más... Me gritaban que me callara, que no era para tanto... ya a las 22 hrs. entro a sala de parto sola... Pero le rogué que dejaran entrar a mi pareja... Hasta que entró... Me hicieron pujar 1 vez y me cortaron la vagina 2 veces porque la primera la hizo una practicante y lo hizo mal... Me dolió el alma... Comencé a pujar y sentía que me iba a morir... No veía, no escuchaba... A los que siento una cachetada y me gritan “¡reacciona!” Volví a mí... Mi hijo lleno de materia fecal... Lo limpian y me lo dejan en mi pecho... Casi sin fuerzas lo tomé y al rato se lo llevaron... Me cosieron sin anestesia... Desangrada me fui a sala de recuperación... Con un frío espantoso... Llego a puerperio sin mi hijo... Pasan las horas y me dicen que mi hijo está en neonatología por poliglobulia... Yo estudiaba párvulo por lo que sabía que eso es solo causado por mala manipulación en el parto... No pude verlo hasta 2 días después... Hasta que fui y traté de amamantarlo mientras me decían que cómo no iba a

²³⁹ Presenté anteriormente un breve extracto de este relato en el apartado “El movimiento y la posición”.

saber poner la teta, como tan tonta.... Pero ya nada importaba... Estaba con mi hijo. Me fui a casa sin él... Nació un martes y lo llevé a casa un domingo... La lactancia fue un fracaso... La depresión y los ataques de pánico y de ansiedad estaban terminando conmigo... Gracias al apoyo de mi mamá y mi pareja me recuperé. Nunca más en mi vida quiero tener un bebé... Ni siquiera en clínica... Chile es un mal país para parir y criar... Lamento que haya sido un relato tan largo y mal redactado. Gracias por su atención.
(Alma, 7950)

Alma vivió múltiples agresiones verbales que la menoscabaron, humillaron y ridiculizaron: recriminación por su aspecto físico (la regañan por “ir tan peluda”, la tratan de “gorda”), recriminación por el ejercicio de su sexualidad (al pedir anestesia le dicen que el médico “no anda pendiente de pendejas calientes”), desestimación de su dolor/sufrimiento (“me gritaban que me callara, que no era para tanto”), inhabilitación de su capacidad de cuidar al recién nacido (traté de amamantarlo mientras me decían que cómo no iba a saber poner la teta, como tan tonta). Se advierten una serie de prácticas no recomendadas: aceleración oxitócica, numerosos tactos por personas diferentes, inmovilización –la amarran a la camilla-, negación de alimento y líquido, el instarla a que puje antes de la dilatación completa, negación de acompañante significativo durante el trabajo de parto, episiotomía de rutina, sutura sin anestesia. La agreden físicamente cuando le pegan una cachetada acompañada de un “¡reacciona!!”, después de que ella ya “no veía, no escuchaba”. Alma se sintió morir. A Alma le dolió el alma. La depresión y ataques de pánico casi terminan con Alma. Nunca más *en la vida* quiere tener un bebé.

Muchas otras mujeres se han sentido morir, como Paloma y Maribel: “Sentí que me estaba muriendo y le pedí a Dios no morir” (Paloma, 3091); “Sentía que me moría, no podía creer tanto sufrimiento” (Maribel, 7997). Judith, en un extenso relato, cuenta los malos tratos que vivió durante el trabajo de parto. El personal de salud estaba al tanto de su historia; había vivido violencia psicológica grave de parte del padre de su hija durante la gestación, y fue diagnosticada de depresión. En lugar de apoyo, recibió regaños y humillaciones, estuvo horas sola en una camilla, en el pasillo del hospital, esperando dilatar. Estuvo al borde de una crisis ansiosa:

[L]lorando mucho, sin emitir ruidos, solo se me caían muchas lágrimas y demoraba unos segundos en responder. Las matronas que estaban allí me hicieron burla varias veces por ese motivo. Yo ni siquiera me quejaba por las contracciones, solo aguantaba, lloraba. Después decidieron apresurar mi parto, me pusieron un suero sin mayores explicaciones, yo me sentía como una muñeca de trapo con la cual podían hacer cualquier cosa, la desesperación era tanta dentro de mí que parecía no tener voluntad. De un rato a otro las contracciones se intensificaban, no lo podía soportar, me pusieron la epidural, de un segundo a otro se intensificaron al punto que no podía tomar un ritmo para respirar, ni mucho menos pujar, la matrona entonces me hizo la episiotomía, nunca había querido que me la hicieran, aún me faltaba dilatar naturalmente, estoy segura que no hubiese

sido necesaria si hubiera seguido mi ritmo natural. Al momento de suturar ya no me atendió la misma matrona, era otra en práctica (siendo que yo no había autorizado que me atendieran personas en práctica), escuchaba sus conversaciones, la matrona sabía que yo no había aceptado practicantes, pero viendo mi estado, sola, sin acompañante y casi sin voluntad, igual había dado paso a que me suturara una practicante. Me hicieron los puntos mal y súper lento y doloroso. Me dolió el procedimiento, pero me dolió más que no respetaran mis decisiones sabiendo que yo en el fondo estaba consciente de todo... pero que no iba a hacer nada porque se notaba que estaba mal psicológicamente en ese momento, además de sola. (Judith, 8450)

A Judith no la escucharon, no respondieron a sus requerimientos. Ella no quería episiotomía, estaba segura de que “no hubiese sido necesaria”. Le dolió la sutura, pero le dolió más que no respetaran sus decisiones. Aparece en este último relato una constatación tremendamente cruda: ella se dio cuenta de que el personal de salud asumía que “no iba a hacer nada” –negarse, contrariarlos, quejarse, entablar reclamos- “porque se notaba que estaba mal psicológicamente en ese momento, además de sola”.

Ahora atendamos al caso de Rebeca, que relata su segundo parto. Como antecedente, describe que se preparó mucho para su primer parto, y tuvo el parto contenido que se había imaginado. Para esta nueva experiencia se estaba atendiendo con un equipo médico diferente al de su primer parto, en salud privada; había conversado su plan de parto con el obstetra, quien se había mostrado de acuerdo con intervenir lo mínimamente necesario y apoyarla en un parto sin anestesia farmacológica. Sin embargo, el día de parto, el obstetra “se desentendió y dejó todo en manos de la matrona, la cual tuvo una actitud completamente agresiva”. Primero le recriminó la hora de ingreso (5 AM, pues ella estaba durmiendo), luego la ignoró –sin responder a sus preguntas-, la presionó continuamente para administrar epidural, lo cual ella no quería hacer. El equipo no le brindó ningún apoyo emocional o de contención. La regañaron continuamente por moverse mucho, le rompieron membranas, el dolor aumentaba, seguían las burlas, amenazas y retos. Luego:

Las contracciones se hicieron insoportables y yo me sentía cada vez más sin fuerzas y deprimida, la situación parecía una pesadilla, me sentía siendo torturada. Comencé a gritarle a la matrona y a pedir ayuda, a lo que ella me respondió irónicamente que era la única que podía ayudarme en ese momento. Me levanté de la camilla y me puse en manos y rodillas haciendo caso a mi cuerpo, pues sentía a mi bebé saliendo. Me gritó y me retó, diciéndome que, si seguía NO haciéndole caso, pondría yo misma a mi bebé en riesgo... Los retos y burlas continuaron, y nació mi bebé, pero en ese momento de inmediato ya dejó de importarme todo lo vivido. Lo intenté tapar por completo, como al sol con un dedo, pero no se puede borrar... estaba todo ahí, a pesar de estar ya en mi habitación amamantando a mi pequeña hija. (Rebeca, 1139)

Rebeca se sentía “cada vez más sin fuerzas y deprimida”; en el relato anterior Judith se sentía “como una muñeca de trapo”, su desesperación era tal que “parecía no tener voluntad”. Las experiencias encarnadas de estas mujeres durante su trabajo de parto y parto son desestimadas, descartadas, y colonizadas por el personal médico. Se les impide habitar sus experiencias sensoriales y corporales. El personal de salud las acalla y disciplina, para que vuelvan a su lugar de cuerpos dóciles (Cohen Shabot, 2016). A Rebeca dejó de importarle todo lo vivido, tras habersele negado el acceso a su propio mundo epistémico y haberla alienado de su propio cuerpo parturiento (Chadwick, 2020).

¿Qué tienen en común estas experiencias? Una serie de elementos/condiciones que hemos ido observando en los capítulos precedentes de este texto: la despersonalización y fragmentación - paso de sujeto a objeto, a “mueble”, a “pedazo de carne”-; la negación de lo que las mujeres están sintiendo; la aplicación de intervenciones de rutina (algunas o muchas) realizadas por lo general sin consentimiento y de formas que infringen dolor físico, y a veces en contra de la voluntad expresa de las mujeres. Todo ello acompañado de regaños, burlas, humillaciones, o simplemente de hacerlas sentir invisibles. Se trata de una seguidilla de estrategias que van dejando a las mujeres sin recursos, sin fuerza, sin voluntad, hasta que en la mayoría de los casos se “entregan”: “Simplemente me entregué” (Agustina, 5556); “Estaba tan mal que me entregué” (Daira, 4547).

Algunos de estos elementos, se podría argumentar, son comunes a otras prestaciones de salud y característicos del modelo tecnocrático en salud en general: las personas concebidas como pacientes-objeto, el principio de separación mente-cuerpo, y el cuerpo entendido principalmente en un sentido mecanicista (Davis-Floyd, 2001). Como planteara Menéndez (2003), se trata del biologicismo como rasgo estructural que permea lo que sucede en los contextos de atención. La mujer será desautorizada y tratada como objeto por ser “paciente” y no contar con el conocimiento autoritativo para lidiar con los procesos de salud-enfermedad. El cuerpo-máquina será protagonista de las interacciones de salud, como si la persona-mujer no estuviera presente o no importara más que en su dimensión fisiológica. Ahora bien, ¿qué tendría el parto de especial? Y es que no se trata de cualquier “paciente” ni de cualquier cuerpo; se trata de mujeres y de cuerpos femeninos.²⁴⁰ Y, como hemos visto en estas páginas, es mediante un análisis de género que podemos comprender por qué en la atención del parto pareciera haber una particular dificultad de cambio y por qué se reproducen y perpetúan abusos de tanta crudeza. Al referirnos a la biología/fisiología femenina, además de la escisión moderna entre cuerpo y mente (Descartes, 2005; Le Breton, 2004), se suma la oposición simbólica entre lo masculino como más cercano a la mente, a lo racional, a lo objetivo; y lo femenino a la existencia corpórea/biológica, a lo emocional, a lo subjetivo (Harding, 1996; Ortner, 1979, Sheperd, 1993).

²⁴⁰ En este punto es importante recordar que he trabajado con casos de mujeres cisgénero, cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual.

Como planteara la filósofa Elizabeth Grosz, las mujeres somos de alguna forma más biológicas, más corpóreas, y más naturales que los hombres (1994). Y en ese sentido, nuestros órganos y hormonas actuarían en nosotras de forma tal de alejarnos de los atributos de racionalidad en la forma en que los hombres pueden acceder a ellos. No voy a detenerme acá en ejemplos, pero solo me permito traer a colación algunos breves fragmentos de la entrevista con un obstetra: “Ocurren fenómenos biológicos que llevan a que en la medida en que se acerca el parto la mujer se empieza a poner lenta, se pone tontona, y tú les dices que es normal que les pase” (O.E4).²⁴¹ En otro lugar de la conversación, al preguntarle por la relación entre la salud mental de la mujer y los procesos de atención, responde:

Si me preguntas si puede haber angustia o stress, mi respuesta va a ser sí, porque el hipotálamo, que rige todo el sistema hormonal de la mujer, el sistema ovulatorio, es una parte del cerebro, es una estructura cerebral, y por lo tanto, sí, la mujer tiene tendencia a esos cuadros. (O.E4)

Este médico, si bien reconoce la influencia de factores contextuales y culturales en la salud mental, considera que no son tan determinantes como los biológicos. Este es solo uno de los ejemplos que confirma lo que ya han planteado muchas autoras: es desde nuestra constitución biológica y sexual de “mujeres” que somos definidas como pasivas, patológicas y defectuosas, versión desequilibrada y desviada del cuerpo-norma masculino (Martin, 1987, 1991; Sánchez, 1999; Villarrea, 2021). Lo que planteara Emily Martin (1991) en su conocido ensayo sobre las metáforas que se posan sobre óvulos y espermatozoides, se confirma al pie de la letra en la misma entrevista con el médico: “Lo que sí sabemos es que la calidad del óvulo se deteriora con el paso del tiempo. La mujeres nacen y mueren con el mismo número de óvulos con que mueren; el hombre en cambio genera” (O.E4).

Vemos como, además de cuerpos femeninos, se trata de cuerpos femeninos en procesos sexuales y reproductivos, momentos del ciclo vital en que nos encontramos más cerca de aquello que justamente nos haría más “naturales”. Más aún, se trata de un proceso sexual-reproductivo específico que nos “convierte” en madres. Se trata por tanto de un momento del ciclo vital en el cual se pone en escena la vida sexo-afectiva en el “lienzo” del cuerpo biológico. Fue un acto de naturaleza sexual que llevó a la gestación de un nuevo ser humano y a esa mujer a buscar atención de salud. El mismo acto de dar a luz a un nuevo ser humano es un acto sexual. Y si bien en toda interacción médica se ponen en juego estereotipos de personas y de “buenos” y “malos”

²⁴¹ Si bien ya lo mencioné en este texto (en el apartado “De la falacia de la elección a la culpa”), en la Ley 20.584 (2012) de deberes y derechos del paciente, se estipulan ciertas excepciones para la entrega de información, como cuando la persona padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia. Y, como hemos visto, la “condición” de la mujer parturienta puede ser vista a ojos del personal de salud como una que le quita atributos de racionalidad y capacidad de entendimiento, o, más bien, una que hace que se intensifiquen estos despojos de racionalidad, a los que ya estaba sometida como mujer.

pacientes; en el campo de la salud sexual y reproductiva, y en especial sobre el cuerpo de las mujeres, se despliegan valores culturales con especial intensidad y se ponen en juego estereotipos de buenas y malas mujeres, y de buenas y malas madres. Es por ello que, siguiendo a Davis-Floyd (2003), propuse el análisis de las prácticas obstétricas como rituales que representan y transmiten los valores centrales de las sociedades, y que tienen un sentido mucho más cultural, que técnico o “científico”. En “El parto en escena”, por ejemplo, revisé la práctica de tactos vaginales, de episiotomías, de la posición litotómica en el nacimiento, para mostrar cómo en muchos casos se cargan de connotaciones de carácter moral, recriminando a las mujeres por haber tenido sexo o sentido placer, causándoles dolor de forma intencional, cosidiéndolas con puntos de más para dejarlas “como de 15” y para el placer sexual del hombre. “¡No te gustó el pene, ahora aguanta!” (4594); “Aguante no más, ¿acaso no le gustó hacer la guagiüita?” (6711); son expresiones que solo cobran sentido en un marco de relaciones sexistas de poder que representan a las mujeres de estas formas. Se trata, por todo lo anterior, y como han planteado diversas autoras, de una escena privilegiada para comprobar la articulación entre ideología y cultura (Davis-Floyd y Sargent, 1997; Esteban, 2000; Jordan, 1993).

Y, en estas representaciones, operan contradicciones insalvables. Por naturaleza estaríamos hechas para parir y para devenir en madres, sin embargo nuestro cuerpo físico inadecuado y psique débil nos juegan en contra para esta tarea -la pelvis estrecha, los tejidos que no pueden dilatar, el útero que no progresa “adecuadamente”, la incapacidad de soportar el dolor físico o el desafío psíquico de pasar por el parto, la incapacidad de amamantar, entre tantos otros-. Si no podemos por nosotras mismas, requerimos de intervenciones para poder lograrlo ya que se trata de un proceso inherentemente patológico y riesgoso. La experiencia del parto es desbordante, activa, potente, fuerte; pero no se nos permite expresarla así pues desafía a la feminidad normativa y dócil (Cohen Shabot, 2016). Nuestra “psique” femenina nos inunda, y nos sentimos desbordadas de emociones que nublan lo que “objetivamente” está sucediendo con nuestro ser -que es conocimiento de otros y no nuestro-, y por tanto se nos desautoriza de lo que sabemos y sentimos. Y estos imaginarios repercuten en la forma en que nos percibimos a nosotras mismas, en cómo encarnamos las definiciones y expectativas normativas que se posan sobre nosotras; así como en las respuestas que entrega el sector salud.²⁴² Y todo esto, además, recordando que desde

²⁴² Si llevamos esto fuera de la sala de partos, encontraremos cuantiosa literatura que muestra cómo se desestiman o diagnostican erróneamente los síntomas de mujeres si se comparan con los de hombres. Como ejemplo, ante la presencia de cardiopatías, las mujeres tienen menos probabilidades de recibir un tratamiento basado en la evidencia que los hombres (Mauvais-Jarvis et al., 2020). Las mujeres son menos tomadas en cuenta cuando reportan síntomas por diversos factores relacionados al género; por mencionar algunos: la enfermedad cardíaca ha sido descrita principalmente en sus efectos en hombres, siendo los síntomas en mujeres menos conocidos y por tanto menos reconocibles por el personal de salud; a las mujeres se les toma menos en cuenta al reportar síntomas pues se las puede catalogar como hipocondríacas o exageradas, y en muchos casos se les diagnostica de padecimientos de salud mental (Chang et al., 2007; Martínez y Gallardo, 2018).

un enfoque interseccional, la experiencia está mediada por marcadores sociales que se superponen y que distinguen a “pacientes” y “mujeres” entre sí. Y, si bien todas las mujeres son “más biológicas, más corporales” que los hombres (Grosz, 1994), las que ocupan los escalones más vulnerados de la sociedad lo son más, y viven los abusos más crudos.

Todo lo anterior permite que en el parto se ejerza una particular forma de violencia epistémica que reduce la agencia de las mujeres y refuerza las relaciones de poder sociales y de género que las sitúan en desventaja; silenciando y reprimiendo sistemáticamente su conocimiento encarnado y privándolas del estatus de conocedoras creíbles (Chadwick, 2020). Como resultado, dicho silenciamiento daña su capacidad de hablar y de ser escuchadas, operando en forma de injusticia epistémica por cuanto se les dificulta o impide expresar y construir una voz autorizada en relación a su propia experiencia de parto (Chadwick, 2020). Y esto, además, desconociendo que dicha agencia solo puede construirse en un marco de relaciones colectivas de cuidado, donde el apoyo y reconocimiento de lo que se vive es fundamental para dar sentido a la propia experiencia vivida (Cohen Shabot, 2020).

Este silenciamiento y violencia epistémica sería parte fundamental de las experiencias de parto traumáticas y de aquellas vivida como tortura. Junto a Sara Cohen Shabot (artículo en revisión), hemos planteado que una de las similitudes importantes entre las formas de tortura oficialmente reconocidas y la tortura experimentada en la sala de partos es que el sujeto torturado siempre se considera un medio, en lugar de un fin en sí mismo: siempre se lo ve como un objeto abierto a la manipulación con el fin de obtener algo más, y así es también como se le hace sentir. Así, de la misma manera que la víctima de tortura constituye un medio para obtener información, la mujer que da a luz víctima de violencia obstétrica es generalmente considerada un vaso, un receptor pasivo del bebé por nacer. Esto, que ha sido identificado por numerosas autoras desde los inicios de los estudios antropológicos y sociológicos en torno a la atención del nacimiento (Davis-Floyd, 2003; E. Martin, 1987; Rothman, 1982), constituye una de las características más generales de la tortura: se trata de una práctica “cosificante” que nos transforma en meros objetos pasivos.

El análisis de Koukal (2009) en torno a la tortura, la concibe como destrucción ontológica del mundo de las personas torturadas. El autor argumenta que no es principalmente a través del dolor severo que el mundo de la víctima se derriba y se vuelve extraño e incomprensible, sino principalmente a través de la humillación y el desapego. Es destruyendo los vínculos fenomenológicos entre el cuerpo vivido de la persona y su mundo que se perpetra el daño de la tortura. Se trata de humillar al sujeto encarnado hasta el punto de que sus recursos para conectarse con el mundo y los demás se dañen gravemente (y a veces de forma permanente). El aislamiento y la desorientación (en el tiempo y en el lugar) son, pues, cruciales dentro de la experiencia de la tortura: nos encontramos en una realidad desconocida, arbitraria e inesperada, no sabemos qué más puede suceder y nos volvemos vulnerables hasta el punto en que la desorientación finalmente se convierte en desorientación de nosotros mismos: nos volvemos

extraños a nosotros mismos, nuestro cuerpo ya no es nuestro; a veces incluso se siente que se vuelve en contra de nosotros mismos.

Varios análisis sobre la violencia obstétrica y el estrés postraumático resultante proponen que lo que se pierde en esos casos es, principalmente, la confianza de la víctima en el mundo y en los demás (Elmir, Schmied, Wilkes y Jackson, 2010; Simpson y Catling, 2016). Recientemente, Cohen Shabot (2020b) ha argumentado que la violencia obstétrica constituye una ruptura entre el sujeto del parto y las personas significativas que la rodean, cuyo rol es el de prestarle solidaridad y el apoyo. En la violencia obstétrica, argumenta, nuestro vínculo original con el mundo y los demás, nuestra condición fenomenológica intersubjetiva y ambigua, es violada y destruida. Por lo tanto, en los casos de violencia obstétrica, se pierde el reconocimiento de que somos sujetos interdependientes.

Los efectos de la violencia obstétrica son graves. Como hemos visto a lo largo de las páginas de este texto, una experiencia traumática va frecuentemente seguida de miedo, pesadillas, trastornos de ansiedad, depresión, y/o estrés postraumático. Y si bien la categoría de estrés postraumático tras el parto ha sido crecientemente reconocida y estudiada, poca atención se le ha dado a la violencia obstétrica como una de sus causas. Pensemos en el caso de Macarena, que narré en el apartado anterior de “Relatos encarnados”. Tras una experiencia traumática cargada de ejercicio de violencia obstétrica, en la cual tuvo una hemorragia y escuchaba al personal de salud comentar que estas situaciones eran causa de muerte, Macarena narra que se sintió muy afectada durante varios meses, con “mucho temor, tenía miedo de todo y con una inseguridad de saber si estaba haciendo o no estaba haciendo bien las cosas”, con “mucho miedo” de su seguridad y de la de su hija, “tenía miedo de todo, tenía miedo de que le pasara algo a ella, que me pasara algo a mí. Salía a la calle y tenía miedo que me atropellaran, yo salía de la casa y empezaba a sentir angustia, lo único que quería era estar en la casa con ella”, “yo estaba siempre llena de temores y siempre pensando que iba a pasar algo terrible, entonces era angustiante, era agotador.” Macarena reconoce el efecto, la consecuencia: “Físico no creo, emocional sí, o sea sí, absolutamente, yo, todavía me da pena, mucho menos que antes, yo antes lloraba a moco tendido”.

Macarena identifica que la angustia vivida tras el parto se debió a los malos tratos, a la vivencia de una emergencia obstétrica cargada de insensibilidad de parte del personal médico. En nomenclatura médica, este caso probablemente quedaría catalogado como “cuadro de ansiedad derivado de una emergencia obstétrica”, situando el problema en la hemorragia. Pero podemos ir mucho más allá. Por una parte, una emergencia obstétrica en la cual la mujer se sienta partícipe y cuidada, probablemente desemboque en menores consecuencias de salud mental. Por otro, aquella hemorragia, como muchas otras “emergencias obstétricas” que se tienden a explicar por la naturaleza patológica del parto, pueden ser -y en muchos casos son- producto de la iatrogenia médica. Illich introdujo el concepto de iatrogénesis para referirse a los efectos negativos que

produce la medicina moderna en las personas y en la sociedad, distinguiendo entre: la iatrogenia clínica, referida a los efectos dañinos que produce la intervención clínica individual del médico sobre el paciente; la iatrogenia cultural, cuando las personas son expropiadas de sus saberes sobre la salud y enfermedad; y la iatrogenia social, expresada en la medicalización de la vida y en la función de la medicina como empresa moral que define lo normal y lo anormal (Illich, 1975). Sin duda alguna, en el parto tecnocrático encontramos estos tres niveles de iatrogenia, llevando a algunas autoras a hablar incluso de “iatrogenia obstétrica” (Lokugamage, 2011). Liese y Davis-Floyd y (2021), toman dicho concepto para referirse al espectro que va desde el daño involuntario hasta la falta de respeto, la violencia y el abuso.

Cuando me referí al caso de Macarena, introduje el concepto de estrés postraumático después del parto, mencionando que -como muestra Olza (2014)- se estima que entre el 2 y el 6% de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático completo tras el parto y el 35% de las madres presenta algún grado de este tipo de estrés. Y aquí me detengo en este concepto, que ha recibido creciente atención durante los últimos años, publicándose una serie de revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre el tema. Estos estudios sistemáticos muestran que entre un 3.1% (Grekin y O’Hara, 2014) y 4% (Yildiz, Ayers y Philipps, 2017) de las mujeres presentan cuadros de estrés postraumático completo tras el parto en muestras de comunidades; lo cual escala a un rango de entre 15.7% (Grekin y O’Hara, 2014) a 18.5% (Yildiz, Ayers y Philipps, 2017) en muestras de mujeres de alto-riesgo.²⁴³ La más reciente síntesis de estudios, de Beck y Casavant (2019), que incluye 59 trabajos (4 cualitativos y 55 cuantitativos; de 21 países), muestra una prevalencia de estrés postraumático que va desde 0.8% a las 3 semanas postparto en un estudio en el Reino Unido a un 26% entre la segunda y sexta semana postparto en una investigación en Irán. Las cifras son mucho más altas en muestras que solo consideran emergencias obstétricas, como un estudio en Francia con mujeres a quienes se les practicaron histerectomías de emergencia debido a hemorragias postparto, de las cuales un 64% reportó síntomas elevados de estrés postraumático (detalle de estos estudios en Beck y Casavant, 2019).

Me pregunto, ¿cuántas de estas histerectomías son el resultado de una cadena de intervenciones obstétricas de rutina, es decir, causadas por el propio manejo médico del parto? Son diversos los reportes que han llamado la atención sobre la realización innecesaria de histerectomías, denunciando su práctica sin razones de salud que las justifiquen (Edozien, 2005; Bhaumik, 2013).

De lo que espero que no quede duda, tras estas páginas, es del profundo daño que puede causar la violencia obstétrica. “No quiero volver a tener otro hijo en mi vida [...] Tengo miedo de pisar un hospital nuevamente y e volver a tener un bebé”, expresa Nancy (2756); “No quiero tener más

²⁴³ Si bien no voy a detenerme a analizar estos estudios, es relevante mencionar que como “factor de riesgo” para el estrés postraumático, rara vez se menciona la violencia obstétrica vivida en el parto.

hijos, se los debo a ellos, aún sueño por las noches y eso que han pasado 7 años de eso, mataron toda esa ilusión que yo tenía”, dice Colomba (2839); “fue una experiencia suficiente para no querer volver a tener hijos”, comparte Katherine (1767); “Fue una experiencia tan horrible, que después de 12 años, todavía me niego a tener otro hijo”, comparte Maya (3097).

Rebeca, un caso que relatamos en extenso más arriba, expresa que “la herida queda muy abierta para siempre, se graba en la memoria del parto de nuestros hijos la cual es imborrable, sus sensaciones, olores, sonidos... hoy después de tres años aún lloro y con harta pena al recordar la horrible situación y las personas tan desconectadas” (Rebeca, 1139). Pola y Blanca concluyen sus relatos de parto traumático expresando que: “Siento que me marcaron para siempre” (Pola, 6831); “El daño a mi persona fue irreversible” (Blanca, 7578).

III.5.2.2. La justicia epistémica²⁴⁴

De la cruda violencia epistémica en la atención del nacimiento, ahora paso a una reflexión sobre el otro extremo del cuidado. A lo largo de este trabajo he revisado cómo las organizaciones internacionales de salud y los programas y políticas en Chile para la atención del nacimiento, han puesto al centro del cuidado conceptos como los de “dignidad”, de “respeto”, la concepción de la mujer como sujeto activo en el proceso de cuidado (MINSAL, 2008; ChCC, 2018; OMS, 2018); todo lo cual desembocaría en una “experiencia positiva de parto” (OMS, 2018).

La definición de una “experiencia positiva de parto” de la OMS (2018) se basó, entre otras fuentes, en una revisión sistemática de estudios que indagaron en lo que desean las mujeres para la atención del parto (Downe et al., 2018). Esta revisión de 37 estudios (de 19 países) mostró que a las mujeres les importa dar a luz una(un) bebé sano en un ambiente seguro tanto desde el punto de vista clínico como psicológico, con apoyo práctico y emocional de acompañantes escogidos por ellas, y de personal de salud competente y amable. La mayoría de las mujeres prefiere un parto fisiológico y a la vez reconoce que se pueden requerir intervenciones obstétricas, y releva la importancia de no perder el control y la capacidad de incidir en la toma de decisiones sobre el curso de las acciones. Las autoras concluyeron que la mayoría de las mujeres desea una experiencia de “parto positiva”, en la cual la seguridad y el bienestar psicosocial se valoran por igual, y enfatizaron que la atención debe diseñarse para satisfacer o superar las creencias y expectativas personales y socioculturales de las mujeres (Downe et al., 2018).

²⁴⁴ Las reflexiones de este apartado se nutrieron del trabajo colectivo con las ayudantes con quienes se analizaron las narrativas de parto vertidas en la encuesta OVO Chile (2018); en especial de Francisca Vezzani, Loreto Watkins, Javiera Navarrete y Amaranta López, con quienes escribimos un artículo (que se encuentra en revisión) sobre estas temáticas.

En la definición de una experiencia “positiva” (OMS, 2018, p. 2), las expectativas toman un rol central, y se hace relevante recapitular algunas ideas que se han expuesto en las páginas anteriores sobre este concepto. Al atender a las experiencias narradas por las mujeres, emerge la necesidad de reconocer una gran diversidad de posiciones desde las cuales construyen sus expectativas, que se vinculan con los lugares que ocupan en la escala social, su capital cultural, información a la que han accedido sobre los procesos reproductivos y el parto, experiencias previas de atención de salud, entre muchos otros elementos. Como vimos a lo largo de las páginas de este trabajo, nos encontramos con que, para algunas mujeres ubicadas en las posiciones más vulneradas de la sociedad y que no han tenido acceso a instancias de educación prenatal, la expectativa principal es la de no vivir abusos, de tener la “suerte” de ser atendidas en forma respetuosa, dado que han sido socializadas en una cultura de temor a los abusos que se pueden vivir durante la atención (Sadler y Rivera, 2015), y además debido a que su condición socioeconómica no les permite acceder a otras opciones de atención más que la institución pública que les corresponde por residencia. En el otro extremo de la escala socioeconómica encontramos a mujeres ubicadas en posiciones de privilegio y que han asistido a talleres privados de preparación al parto, que cuentan con los recursos para desplegar complejas y variadas trayectorias terapéuticas en busca de equipos de atención que se alineen con sus expectativas.²⁴⁵ Y, por supuesto, entre estos dos extremos encontramos un sinfín de posiciones diversas, pero que en muchos casos han integrado la normalización de prácticas o conductas de atención que, desde un enfoque de derechos, podrían considerarse abusivas.

Por ello, la conceptualización de la experiencia “positiva” como aquella que cumpla o supere las expectativas de la mujer (OMS, 2018) parece insuficiente y problemática, en el entendido de que toda expectativa se configura desde determinadas posiciones de jerarquía y poder en la escala social. Es necesario analizar dichas posiciones para una adecuada comprensión de la calidad de la atención entregada. Como han planteado Freedman y Kruk (2014), es esencial integrar un análisis de las relaciones complejas entre las expectativas, la normalización, y los derechos, al mismo tiempo que reconociendo el vínculo entre la acción individual y las condiciones sistémicas que se configuran en la atención. Por otra parte, tras la idea de una experiencia “positiva” de parto se promueve el imaginario de que el nacimiento de una(un) hija(o) es un momento deseado y feliz. Pero puede no serlo. Puede ser el resultado de una gestación no deseada y/o forzada, de una violación, del no acceso a métodos antoconceptivos o a la posibilidad de un aborto seguro. Puede, por tanto, no tener posibilidad de ser “positiva” en la experiencia vivida de una mujer. No obstante lo anterior, sí puede ser cuidada, respetada, tratada con dignidad y atendiendo a este contexto.

²⁴⁵ Como desarrollé en el apartado “Opciones y trayectorias institucionales de atención”.

Habiendo recordado la importancia de integrar en el análisis los grados en que ciertas prácticas y tratos abusivos puedan estar normalizados, y de siempre situar las experiencias de las mujeres; es indudable que hay experiencias de profunda satisfacción y bienestar, experiencias vividas como de cuidado en un sentido integral, como hemos descrito en las páginas precedentes. “Mi parto fue bueno porque me respetaron y me trataron con amor” (783); “Fue un ambiente amoroso y de mucha contención, en el cual se respetaron mis movimientos, mis tiempos y emociones” (1284); “Todo fluyó a mi propio ritmo, sin imposiciones de parte del equipo médico” (3051); “Me sentí en plena libertad” (4082); “[La experiencia de parto] fue muy respetuosa, sintiéndonos protagonistas de este momento tan preciado; terminé sintiéndome muy empoderada y feliz, porque fui oída y acompañada” (147); “Tuve autonomía completa para todas mis decisiones; fue lejos la mejor experiencia de mi vida” (35).

Si buscamos los elementos en común de estas vivencias, aparece primero la experiencia de sentirse -la mujer y sus acompañantes significativos- tratadas como personas y agentes activas(os) en el proceso de cuidado, cuyas necesidades son protagonistas de un proceso que ocurre en un contexto de respeto, y de trato digno y empático. La idea de respeto, central en las experiencias vividas de las mujeres, se vincula con un reconocimiento de sus sentires, saberes y conocimientos, los cuales son considerados en la toma de decisiones.²⁴⁶ Esto es, son consideradas como sujetos epistémicos con conocimiento legítimo durante el proceso de gestación y parto, lo que se podría nombrar como un proceso de justicia epistémica (Chadwick, 2020). Son los contextos afectivos y comunicativos en los cuales transcurre el trabajo de parto y parto, como plantea Lyerly (2006), los que posibilitan o inhiben la posibilidad de dar significado a la experiencia y de construir formas de agencia epistémica y encarnada.²⁴⁷

Para ilustrar los alcances de esta justicia epistémica en el cuidado, presento a continuación el relato de parto de Olga. Como adelanté en la apertura de este capítulo, este caso se desvía de los demás, todos los cuales ocurrieron en instituciones de salud, pues ocurrió en el hogar. Si bien no es objetivo de esta tesis el indagar ni profundizar en el parto en casa, esta historia me parece de gran relevancia pues muestra la posibilidad de agencia y de protagonismo que muchas mujeres añoran. He decidido agregarlo, además, pues al terminar de escribir este texto, a fines de 2020, nos encontramos viviendo la pandemia Covid-19 y en diversos contextos del mundo se ha reportado un aumento significativo de partos en casa. Por una parte, ha estado motivado por el

²⁴⁶ Esta centralidad del concepto de respeto está plasmada en la primera recomendación para la atención del parto de la OMS (2018), de una “atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto” (p. 3); así como también en el primero de los 12 pasos que componen la *Iniciativa Internacional del Parto* (ICI) es la de “proporcionar respeto, dignidad e información para la toma de decisiones” (FIGO e IMBCO, 2018, p. 23); que revisamos en capítulos anteriores.

²⁴⁷ Expuse ejemplos de testimonios donde esto queda de manifiesto en diversos acápites de esta tesis, por ejemplo, en: “Preferencia por vías de parto”.

miedo a contagios de Covid-19 en hospitales. Por otra, debido a los protocolos restrictivos que se han implementado en muchas maternidades, que prohíben la presencia de un acompañante significativo, que impiden en contacto inmediato con la(el) recién nacido, o incluso prohíben la lactancia durante la estancia hospitalaria (Human Rights in Childbirth, 2020; OVO Chile, 2020a; Sadler, Olza y Leiva, 2020).

Al momento en que entrevistamos a Olga, tenía 35 años y dos hijos. Comenzó su relato explicando que optó por un parto en casa luego de que en su primera experiencia -un parto “humanista” en una clínica privada- sintiera que no se había sentido tan libre y protagonista como hubiera deseado. Si bien no contaba con mucha información especializada antes de su primer parto, tenía claro que quería tener un parto por vía vaginal con la menor cantidad de intervenciones médicas posibles: “Sabía que quería parir natural, no tenía información sobre el parto respetado, me vine a enterar después, yo solo sabía que quería parir natural, tenía el convencimiento que mi cuerpo podía parir y no lo pensaba de otra forma.” Sin embargo, y a pesar de que tuvo un parto con un equipo médico conocido por promover y atender partos con enfoque humanista, sintió que el proceso fue muy intervenido:

Era como seguir muchas instrucciones, era así como que anotáramos en un papelito cada cuánto eran las contracciones, como cierto tipo de ejercicios y posturas, ciertas vocalizaciones [...] muy lleno de dogmas de lo que era el parto natural, entonces qué hacer, que no acostarme, que siguiera en movimiento.

En este punto podemos recordar la reflexión sobre los peligros de los modelos u enfoques normativos de parto que revisé en el marco conceptual de este trabajo, en el cual alertaba sobre el parto “natural” como un bien de consumo que las mujeres pueden conseguir con la preparación y parafernalia adecuada (Chadwick, 2018). Olga siente que al igual que en un parto intervencionista, en este modelo “natural” se le imponían una serie de normas de conducta y pasos adecuados, que entraban en conflicto con sus sentires. Su trabajo de parto contó además con diversas intervenciones que, se le explicó, fueron necesarias debido a que no avanzaba la dilatación: rotura artificial de membranas, maniobra de Kristeller, episiotomía y fórceps. Plantea que le cuesta “muchísimo conceptualizar ese parto porque de repente digo que fue en un entorno respetado, nadie me trató mal, pero al mismo tiempo lo sentí como muy intervenido.” Por ello decidió elegir un territorio donde pudiera vivir la “convicción” de que su “cuerpo podía parir” por sí mismo.

Lo único que tenía claro era el dónde y era que iba a parir en mi casa, pero más que yo saber que iba a parir en la casa, era la misma convicción de que yo podía parir de mi primer parto, por eso era que yo quería parir en la casa porque no quería volver a pisar un recinto hospitalario, es que miedo, angustia, de solo pensarlo se me paraban los pelos,

por eso yo decía que a mí no me sacan de aquí de la casa [...] no me iba a ir a meter a la cueva del lobo.

Mantuvo la misma doula que la acompañó en su primer parto y contactó a un obstetra que pudiera atender su parto en casa. Describe que: “Fue una gestación exquisita, súper relajada y súper empoderada, siempre supe que lo iba a parir y la verdad me daba lo mismo que me doliera mientras no viviera lo mismo de la vez anterior.”

El caso de Olga abre el debate a los territorios del nacimiento, entendidos tanto como los lugares físicos donde ocurre el parto, como a sus correlatos simbólicos. La naturaleza y arreglos espaciales del territorio donde ocurre el parto dan forma a las interacciones entre los participantes, las redes de apoyo disponibles para las mujeres y sus familias, y determinan el tipo de recursos disponibles y la asignación de responsabilidades y crédito por el parto. El territorio se relaciona estrechamente con la naturaleza de la toma de decisiones; quién puede determinar los procedimientos que se siguen, quién decide lo que es normal y lo que no lo es, indicando a los dueños del conocimiento autoritativo para conducir el proceso (Jordan, 1993). Olga decide que no va a volver a la “cueva del lobo”, significando aquel territorio clínico donde su proceso de parto fue conducido, intervenido y donde no se le permitió conectar con su sentir. Por ello planea un parto en casa, espacio donde ella y su pareja son, literalmente, los dueños del territorio.

Como he mencionado brevemente en esta tesis, en Chile hay un álgido debate en torno al parto en casa, se trata de una práctica en aumento –movilizada por el creciente reconocimiento y denuncia del excesivo intervencionismo y abusos en la atención de nacimiento (Ramírez, 2015) - que sin embargo no se encuentra regulado por el sistema de salud oficial. Los argumentos institucionales en contra del parto en casa plantean que implica un riesgo para la salud humana al no permitir hacer frente a posibles emergencias obstétricas, en el marco del nacimiento concebido como lleno de acontecimientos imprevistos (Colegio de matronas expresa..., 2013). El debate se ha centrado en el lugar físico más que en el modelo de atención, asimilando casa a inseguridad y riesgo, versus clínica/hospital a seguridad y control; lo que ilustra la hegemonía de la visión tecnocrática del parto como algo arriesgado e impredecible (Ramírez, 2015).

Olga empezó a sentir contracciones el día que cumplió 39 semanas de gestación:

Eran contracciones piolas [suaves], como una cada una hora, pero ya eran distintas, eran especiales, y en la noche partieron ya más seguidas, más consistentes y tenían un vaivén súper rico, las podía mirar súper bien y llevarles el movimiento [...] Llegó la doula y no me di cuenta cuando llegó, esto estaba completamente oscuro, habíamos revisado mucho el tema del calor antes, entonces estaba con estufas, mucha temperatura y completamente oscuro, yo no caché cuando llegó hasta que en un momento vi que se me cruzó, como que le moví la mano no más, no pude hablar de nuevo y yo seguí en mi vaivén, fue exquisito, llevaba cada una de las contracciones tan fácil y en mi cabeza venía

el tema siempre así como que me iban a empezar a doler como la vez anterior, “debo tener poquito, me debe faltar mucho”, solo pensaba que avanzaba porque no podía hablar mucho, me costaba mucho articular las palabras.

En el territorio de su hogar, Olga se encuentra viviendo una experiencia corporal que califica como “exquisita”, a la espera de que el dolor aparezca –como si fuera un componente inherente del proceso-, y como ocurrió en su experiencia anterior de parto. Así es como se describe el dolor tanto en la cultura general como en el modelo biomédico en particular, como parte intrínseca del proceso de dar a luz. Pero a pesar de su protagonismo, el dolor es muy raramente discutido en la literatura especializada como concepto, suponiendo casi como obvia su existencia y experiencia principalmente fisiológica. Desde la biomedicina, la experiencia del dolor es descrita principalmente a través de mecanismos etiológicos que se miden en términos objetivos y cuantitativos (Kleinman et al., 1992). Al concebirse, entonces, como una realidad fisiológica, el dolor es abordado como asunto médico, lo que lleva a que se fragmente en una serie de dicotomías que representan la lógica cultural profunda de la biomedicina: fisiológico/psicológico, cuerpo/alma, cuerpo/mente y objetivo/subjetivo (Hadolt, 2000). Y es así mismo como en la mayoría de los casos las mujeres encarnan el dolor; como una experiencia que es intrínseca al parto y que por lo general es negativa. “El parto es uno de los eventos más dolorosos que una mujer puede experimentar”, se afirma en una revisión sistemática de la literatura sobre experiencias de dolor en el parto realizada por investigadores del Reino Unido en el año 2008 (Lally, Murtagh, Macphail, y Thomson, 2008).

Sin embargo, se trata de un fenómeno mucho más complejo: el dolor es una experiencia dinámica que difiere entre grupos y sociedades, y es difícilmente susceptible a la cuantificación u objetivación. Hadolt propone la comprensión del dolor como siempre anclada en contextos socioculturales particulares, atendiendo a sus muy diversos significados, asociaciones, valores, relaciones sociales e interacciones con la naturaleza. Lo anterior influye tanto en la experiencia como en la expresión y las comunicaciones del dolor (Hadolt, 2000). El autor plantea que, en contextos biomédicos, el dolor debe ser conceptualizado y valorado negativamente, a fin de ganar poder para aquellos que ofrecen la promesa de su alivio. Así, no sólo la experiencia y la imposición del dolor pueden traducirse en poder, sino también el miedo al dolor y la promesa de aliviarlo. Es así como aboga por una economía política del dolor, donde sea comprendido como fuente de poder, legitimación y beneficio para los intereses biomédicos, la industria farmacéutica y las instituciones y campos afines en las sociedades occidentales (Hadolt, 2000). Seremetakis (1998), en un esfuerzo similar, plantea que la organización ideológica del dolor debe tener en cuenta aquellos marcos que tratan de las emociones como constructos corporales, conceptuales, morales e ideacionales que sitúan al ser en una relación dinámica con la estructura social.

A medida que el trabajo de parto de Olga avanzaba, las contracciones se hicieron mucho más intensas, pero más espaciadas y ella pudo seguir llevándolas sin problemas:

Me movía, cambiaba de posición, todavía no me dolían, sólo en la intensidad sentía que partían, subían, subían y que estallaban, era una sensación súper parecida al orgasmo, como que sientes ese estallido en que molesta un poco y después viene el relajo, entonces me pasaba eso, sentía esa incomodidad, abría las piernas y venía otra vez el relajo rico, súper fáciles de llevar. Hubo un momento en que ya estaba cansada físicamente, me dolían las piernas y armé una torre de cojines en el suelo entonces me puse en cuatro patas y apoyé los brazos adelante en esta torre y caché que la doula estaba acostada en el suelo ahí en la misma pieza, relajada con las piernas arriba, entonces yo me acomodé también y la vi tan relajada a ella, que me acomodé arriba de los cojines y me quedé dormida... ¿cómo me dormí si estaba con contracciones? [Luego, en la tina] Todo esto completamente oscuro, esto era en la noche, no había ni siquiera una vela prendida. En la tina habré tenido dos contracciones más y de ahí con una fuerza así que no era mía, o sea era como que no era yo la que hacía toda esa fuerza, entonces venía una fuerza que me arrastraba desde la cabeza hasta la vagina y ya sentía mi hijo ahí, me meto los dedos y ahí estaba, sentía su cabecita... Seguí en estas contracciones intensas con mucha fuerza, entonces llamé [a la doula y su pareja], yo creo que llamé, pero dudo, quizás no me salió la voz, y como no vinieron yo me dije a mí misma, fue así como: “no tienen que venir, la que tiene que parir eres tú, no necesitas a nadie más.” Y en eso entran a decirme que el doctor venía en camino y ahí ya viene una fuerza poderosa así como que me atravesaba esta fuerza, todavía las contracciones no me dolían, incluso yo fui y me toqué el clítoris, me estimulé, porque era tan rico, tan parecido, y sonreí y fue así como que me sentí tan feliz de ser mujer y poder estar viviendo eso... y en eso me aferro a la doula, yo a todo esto pensaba que todavía me faltaba porque nada me dolía, entonces pregunto cuánto falta, porque no me dolía, yo estaba esperando las contracciones dolorosas, pero al mismo tiempo sentía esta energía tan fuerte que yo decía no voy a poder resistir esta energía por mucho rato más, entonces me dice te falta poquito y en eso ya saqué medio cuerpo afuera [de la tina], me afirmo en ella, viene un pujo que era así como que “no, eso no lo hice yo”, ahora entiendo... porque es imposible pujar como fueron esos tres pujos, porque es imposible que uno conducido o haciendo fuerza puedas pujar como me salieron esos tres pujos, eso no lo hice yo, unos pujos gigantes, fueron tres y salió ahí en el agua y lo recibí y yo súper conectada al mismo tiempo, así súper hembra, la doula me empezó a poner toallitas en la espalda y le digo “salgamos de aquí”.

Olga se encuentra en un lugar conocido, íntimo: su hogar. En ese territorio propio va conduciendo su propia experiencia, encontrando los movimientos y posiciones más cómodas y llevando las contracciones en ausencia de dolor, respondiendo a sus demandas espontáneamente. Aunque espera que en algún momento se manifieste el dolor, este nunca llega. Conforme las contracciones van en aumento, su sensación de placer también, ante lo cual ella se estimula, respondiendo al goce que experimenta. La experiencia de placer descrita por Olga ha

sido descrita en una variedad de contextos y momentos históricos, y es más común en culturas que conciben el parto como un proceso de goce para las mujeres. Sánchez y Serrano recogen distintos trabajos, entre ellos el de Groddeck que ya en 1916 afirmaba que el nacimiento no es un acto espantoso, sino el mayor goce que puede experimentar una mujer, y el de Merelo-Barberá quien señalaba en 1980 que “el orgasmo en el parto es un hecho corriente y no es insólito ni raro en la naturaleza de la mujer” (Sánchez y Serrano, 1997). Por su parte, Laura Cardús i Font (2015) retoma el trabajo del obstetra británico Grantly Dick-Read, quien planteó que las mujeres podían dar a luz sin dolor ni sufrimiento en condiciones *naturales*, y relacionó la experiencia de dolor en el parto con las expectativas que la misma mujer tenía sobre qué debía sentir al dar a luz. Indagando sobre esta cuestión, el obstetra notó que los testimonios de partos indoloros o con dolor muy leve tenían en común la variable de que la mujer estaba en una situación de relajación y ausencia de miedo o estrés y concluyó que la respuesta física al miedo generaría una reacción en forma de movimientos espásticos del útero que serían, a su vez, dolorosos.

El trabajo del obstetra español Becerro de Bengoa (1993) también desmitifica la concepción del parto como intrínsecamente doloroso señalando que son las condiciones emocionales y socioculturales que envuelven a la gestante las que afectan el sentir dolor durante el parto, siendo el temor, la aprensión y la ansiedad factores que aumentan el comportamiento doloroso al incidir en sus mecanismos sensoriales y afectivos. El autor agrega que la sensación dolorosa que viva la mujer a lo largo del parto va a depender en gran medida de su situación psíquica y emocional, y que por tanto si estas dimensiones son centrales a la atención se puede conseguir una disminución muy significativa de la senso-percepción dolorosa del proceso. Casilda Rodrigáñez rescata a muchos de estos autores que fueron completamente ignorados por sus colegas en sus respectivas épocas, y plantea que la poca divulgación de estas informaciones permite en parte entender nuestra falta de reacción ante un asunto tan importante:

Porque el parto con dolor forma parte de la maternidad patriarcal [...], la falsa madre que se nos presenta como madre verdadera, pero la verdadera maternidad no es esclavitud, ni carga ni enfermedad, sino una opción gozosa de desarrollo de nuestra sexualidad y de nuestras vidas. [...] Sin olvidar que la violencia del parto, es también la violencia del nacimiento con dolor. (Rodrigáñez, 2009, p. 22-23)

Ahora bien, esto no quiere decir que el dolor en el parto sea una mera construcción patriarcal, que la maternidad verdadera sea necesariamente gozosa, ni que el parto “natural” sea por defecto orgásmico. En este punto es importante hacernos cargo de no caer en una dicotomización simplista de los modelos de nacimiento, que planteamos y criticamos con anterioridad, ni de idealizar el parto en casa sin intervenciones como una meta a alcanzar que nos haría algo así como “mejores” madres.

En el caso de Olga, la superación de la alienación biomédica –que da espacio para la vivencia de un parto placentero- se vincula en su testimonio con su liberación de los “dogmas” impuestos, de aquello que le habían presentado antes como lo “empíricamente existente”:

Y ahí nos acostamos en el nidito que me habían hecho al lado del calefactor, iniciamos lactancia, el doctor entró a la pieza, me preguntó “¿cómo estás?” y yo le digo “súper bien”, y yo estoy súper bien, súper conectada [...] Y de hecho yo le decía a mi pareja que nunca me dolió, después vine a cachar que finalmente esa fuerza que yo sentía era reflejo de eyección, fue eso y el parto sin dolor existe. En lo oscuro, con todo ese calorcito, lo que yo más destaco era el calor, era agosto y yo transpiraba, con manga corta, dormí las contracciones antes de haber ido a la tina y en la tina ya vino... es como que me saqué todos esos dogmas, creencias que yo tenía, el pensar que las contracciones van in crescendo entonces las que vienen antes del parto duelen pero como son más espaciadas alcanzas a descansar, no las mías no dolieron, fueron creciendo, no dejaban espacio, con una fuerza que venía de otro planeta, no era yo. Él salió ahí tan fácil [...] tanto dogma que uno tiene incorporado en la cabeza.”

Y Olga destaca el hecho de que estaba en la fase activa del parto “sin gritos, sin nada de lo empíricamente existente.” Durante el trabajo de parto tuvo recuerdos del primer parto:

Entonces heavy como el cuerpo tiene memoria, me iba acordando, venía una contracción y me acordaba de cosas que me habían dicho cuando tenía una contracción similar, pero en este caso nadie me decía nada, estaba oscurita en silencio no más [...] Ahora no tenía presión, no estaba pendiente del reloj, me daba lo mismo la hora, era como que nada apuraba. [...] Todavía no suelto el parto, aún no termino de vivirlo, fue tan rico, es como cuando alguien dice que le gustaría que algo rico fuera más largo, estuvo tan entretenida la fiesta, ojalá no se hubiera acabado y quieres otra vez.

A diferencia de muchos de los casos que hemos revisado en este texto, el cuerpo gozoso de Olga resiste la primacía del riesgo en el discurso sobre el parto y encarna un cuerpo que sabe parir por sí mismo, un cuerpo que es sitio de conocimiento y capacidad activa. Este cuerpo protagonista y con agencia contrasta con los anteriores, que se presentan predominantemente como objetos de conocimiento experto y receptores –más o menos- pasivos de tecnologías para reducir el riesgo (Chadwick y Foster, 2016), y se transforma en un cuerpo capaz de sentir placer. En este caso, la justicia epistémica se presenta en toda su extensión pues no hay elementos que limiten los sentires y saberes encarnados de Olga, como queda expresado cuando dice que “en este caso nadie me decía nada, estaba oscurita en silencio no más [...] Ahora no tenía presión, no estaba pendiente del reloj, me daba lo mismo la hora, era como que nada apuraba”. Es decir, no hubo otros sentires, saberes o conocimientos que interfirieran con los suyos propios, los cuales fueron absolutos protagonistas durante el proceso. Y fue dicha experiencia la que le permitió cuestionar

y poner en duda “tanto dogma que uno tiene incorporado en la cabeza”; o sea, desafiar el conocimiento autoritativo (Jordan, 1993) que le había sido antes presentado como el único legítimo.

Si bien el caso de Olga, por haber ocurrido en el hogar, se desvía del territorio de atención institucional en el que se centra esta tesis, me ha permitido integrar elementos de gran relevancia para la discusión del cuidado como una experiencia moral que define el valor de lo humano (Kleinman, 2012). El cuidado se configura como mucho más que una lista de verificación de ciertos elementos preestablecidos, como pareciera ser en la abundante literatura que identifica los factores que inciden en la satisfacción en el parto. Como plantea Chadwick (2018), el concepto de “satisfacción en el parto” (*birth satisfaction*) es uno impuesto y abstracto que reduce la compleja experiencia encarnada en factores aislables y discretos. De hecho, y como comenté más arriba, la “experiencia positiva” como aquella “que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer” (OMS, 2018, p. 2), no siempre va a cumplirse, pero de todas formas se puede configurar una experiencia de cuidado. Como ejemplo, algunas experiencias de pérdidas gestacionales vertidas en la encuesta OVO Chile (2018), en las que a pesar de un resultado inesperado, las mujeres se sintieron profundamente respetadas y cuidadas. Ni la expectativa ni lo “positivo” se cumplió, sin embargo, hubo cuidado:

Fui a un control con la matrona y descubrieron que mi bebé no tenía latidos. Como ya tenía una cesárea previa, me tuvieron que practicar cesárea nuevamente para sacar a mi bebé. Debo decir que el equipo fue muy humano con nuestra situación, me acompañaron desde el principio. La matrona incluso lloró conmigo. En vez de llevarme a una sala de recuperación, nos dejaron estar en pre-parto después de la cesárea con nuestro hijo fallecido y con nuestra familia. La contención durante los días que estuve hospitalizada fue muy necesaria. (Ivonne, 6218)

Las palabras de Ivonne aluden a una dimensión fundamental para la experiencia del cuidado en la atención del parto; el acompañamiento compasivo. Como ha señalado Kleinman (2012), los teóricos del cuidado han identificado la presencia del “estar allí” en un sentido existencial, como un aspecto clave del cuidado. Nos referimos a un acompañamiento activo, motivado por el compromiso con los demás, que por lo tanto no reniega del carácter afectivo y moral del cuidado. En el caso de Leyla, sus expectativas de un parto normal que ocurriera en su hogar no se cumplieron, debido a que tuvo que ser trasladada a la clínica por motivos médicos y vivir una cesárea:

En vista de las circunstancias en que mi hijo no bajaba por el canal y yo llevaba dos días de trabajo de parto, fue que decidimos ir a la clínica. Ahí primero inducimos el parto, pero cuando rompieron membranas y salió meconio, decidimos hacer cesárea, completamente necesaria. Mi bebe nació bien, grande, en un ambiente respetuoso. [...]

A pesar de no poder recibir a nuestro bebé por parto normal y en nuestro hogar, estamos felices de poder haber vivido un parto respetado [...]. Con mi matrona, ginecólogo, marido y bebé fuimos un gran equipo. (Leyla, 5951)

En este caso, al igual que en el de Ivonne, no fue el cumplimiento de una expectativa previa lo que marcó su experiencia, sino el haberse sentido respetadas, tratadas con compasión y cariño, en forma “humana”. La experiencia de cuidado descrita por Leyla nos presenta los beneficios de una dinámica interactiva de participación en el proceso de atención, que se relata desde la primera persona plural, es decir, desde un “nosotros” constituido en comunión, tanto por la familia como por el equipo de salud. Entonces, la responsabilidad se configura como un acto de compromiso por el otro, donde se debe resguardar el derecho de decisión, respetando y rescatando los saberes encarnados de las mujeres. Mediante estas acciones de cooperación y responsabilidad colectiva, avanzamos en el camino hacia la “justicia epistémica” que plantea Chadwick (2020), la cual subvierte la lógica racionalista del control y el dominio sobre los cuerpos de las mujeres gestantes que ha regido en el paradigma tecnocrático.

IV. DE LA APARIENCIA A LA ESTRUCTURA

IV.1. Un cambio superficial

En este último capítulo, de cierre, presento un breve recorrido por los temas presentados a lo largo de estas páginas, y me detengo en algunos puntos que me parecen críticos. Como objetivos de esta tesis, me propuse caracterizar los territorios institucionales de atención del parto en Chile y las trayectorias de atención que recorren las usuarias en el marco de las opciones que el sistema de salud les ofrece; indagar en las experiencias vividas de atención de parto y analizar si se condicen con los lineamientos de atención vigentes en el país; e identificar y analizar los elementos, procesos y/o estrategias que se despliegan en el tránsito del modelo tecnocrático al personalizado (humanista) de atención que pueden estar obstaculizando el cambio. Ello, en el contexto de que en Chile, a pesar de más de una década de políticas y programas que promueven la implementación de un modelo de parto personalizado o humanista (MINSAL, 2008; ChCC, 2015), siguen primando los principios de un modelo tecnocrático de atención (Davis-Floyd, 2001). Si bien se aprecia cierta mejora en los tratos que reciben las usuarias en las maternidades del país –a lo que me referí como la dimensión relacional del cuidado–, no se aprecian grandes cambios en la dimensión técnica del mismo, presentándose un exceso de intervenciones obstétricas de rutina, e incluso aumento en algunos indicadores (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018). E, incluso en la dimensión relacional del cuidado, bajo una mejor hotelería y tono amable, se pueden perpetuar abusos de poder y una negación de las usuarias como sujetos epistémicos, lo que ha sido denominado por Davis-Floyd como “humanismo superficial” (2018a).

Con el fin de enmarcar el territorio de atención institucional del parto, me detuve primero en describir los perfiles profesionales y algunas características de las mallas curriculares actuales de matronas y médicos ginecobstetras, en quienes recae la atención del parto, para encontrar una distancia entre la declaración de principios de estas carreras con la experiencia del alumnado. Los perfiles de egreso enfatizan la integralidad del ser humano, presentan un enfoque explícito de derechos y de trato digno, y de educación basada en evidencia científica actualizada. No obstante lo anterior, las carreras siguen presentando mallas curriculares de enfoque marcadamente biologicista y donde los elementos del modelo personalizado aparecen como menos protagonistas. El estudiantado da cuenta de una educación que no se ha actualizado conforme a la evidencia actual ni recomendaciones de atención, que sigue estando enfocada a un intervencionismo obstétrico intensivo, y que carece de un enfoque integral de derechos, en la cual se desestiman la importancia de la agencia de la mujer y las dimensiones emocionales del cuidado. En el currículum oculto se perpetúan asimismo los elementos centrales del modelo tecnocrático de atención, como el orden de las jerarquías, el ejercicio autoritario de las profesiones y el sexismo en las interacciones.

Luego, estos elementos se ponen en práctica en los territorios físico-organizacionales de atención. Dentro del gran “territorio” biomédico de atención –99,6% de los partos ocurrieron en instituciones de salud y fueron atendidas por profesionales de salud en 2017 (INE, 2019)- se configuran dos subsistemas de atención que presentan grandes diferencias en la organización del cuidado; el público y el privado. El sector público, en el que se atiende el 70% de los partos del país, presenta una gran presión asistencial y menor proporción de médicos y matronas por usuaria que el privado, traduciéndose esto en la imposibilidad de que la atención de parto sea de una(un) profesional por usuaria en trabajo de parto y parto, y de que haya continuidad del mismo equipo de atención durante la gestación y parto. Las gestaciones y partos que no presentan complicaciones serán atendidos principalmente por matronas, y los obstetras participarán en casos de problemas de salud y en los partos instrumentales y cesáreas. A diferencia de este sector, en el privado se cuenta en general con mejor infraestructura y hotelería, además de continuidad de la atención por el mismo equipo profesional. El obstetra es el profesional de cabecera que atiende a la mujer desde la gestación hasta el parto, y solo desde las últimas semanas de gestación se suma una matrona al equipo, con un rol secundario al del obstetra.

En este escenario, las mujeres se pueden afiliar a la red pública de atención en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), o a la privada en Instituciones de Salud Previsional (Isapres), según su posición socioeconómica y capacidad de pago. En Fonasa, quienes no cotizan por ser personas indigentes o carentes de ingresos, acceden al tramo A, con gratuidad en el sistema público de salud. Estas mujeres solo pueden acceder a la atención de parto en la Modalidad de Atención Institucional o MAI en la red pública de instituciones asignadas por comuna de residencia, a lo que ellas se refieren como “a la suerte de la olla”. Frente a la imposibilidad de optar formalmente a equipos o instituciones de su preferencia, en algunos casos despliegan estrategias para conseguir una “mejor” atención, que incluye el “portarse bien” durante la estadía hospitalaria para evitar malos tratos, la inscripción mediante direcciones falsas en hospitales de buena reputación, o incluso llegando a los hospitales en que desean ser atendidas en trabajo de parto avanzado para que no se les pueda negar la atención. Digo “mejor”, entre comillas, pues lo que las mujeres buscan varía considerablemente y aquello que esperan de la atención se construye según diversos imaginarios de parto y expectativas de la atención.

Por otra parte, quienes aportan un 7% de su sueldo imponible a Fonasa, pertenecen a los tramos B, C o D, y pueden optar a ser atendidas en la Modalidad de Libre Elección o MLE (red privada) en caso de cumplir ciertos requisitos de salud, mediante el pago de bolsillo del bono PAD Parto. En estos casos pueden optar a más opciones para el parto, entre instituciones y equipos que prestan servicios a través de dicho bono. Por último, las mayores posibilidades de “elección” las tienen las afiliadas a Isapres, que pueden hacer uso de la red privada de sus territorios y elegir entre las opciones disponible según su convenio y capacidad de pago de bolsillo. Eso sí,

considerando que las opciones disponibles varían mucho según territorios, habiendo regiones en que hay solo una institución privada y por tanto una oferta muy restringida.

Algunas mujeres se atienden en la opción que por defecto les ofrece su seguro de salud, mientras en otros casos hay una búsqueda de instituciones y equipos que se alineen con sus enfoques y expectativas. Con respecto a los procedimientos obstétricos, las mujeres se ubican en diversas posiciones desde un extremo de adherencia y búsqueda de intervenciones intensivas, hasta la expectativa de vivir las más mínimas intervenciones posibles. No obstante lo anterior, tanto en salud pública como privada se realiza un exceso de intervenciones obstétricas y de prácticas no avaladas por la evidencia, como inducción y/o conducción artificial del parto (mediante el uso de oxitocina sintética), rotura artificial de membranas, monitoreo electrónico fetal continuo, posición litotómica de parto, imposibilidad de movimiento libre y deambulación de la mujer, restricción de alimentos y líquidos, realización de cesáreas, entre otras. Si bien estos procedimientos pueden ser necesarios por condiciones de salud o por problemas que surjan durante el trabajo de parto, su práctica excede con creces de lo que debiera ser necesario por condiciones médicas que los ameriten. Este último es el caso de muchas de las cesáreas que ocurren en el país -de alrededor de la mitad de todos los nacimientos- que son injustificables por motivos estrictamente médicos.

En este sentido, describí cómo operan incentivos económicos y organizacionales perversos del sector privado (Isapres) y del bono PAD Parto que llevan a que las tasas de cesárea en estas modalidades dupliquen y hasta tripliquen las del sector público en la modalidad MAI. En el caso de Isapres, como el pago a los equipos médicos se realiza por prestación -a diferencia del sector público donde se paga por turnos de atención-, resulta conveniente poder organizar las agendas y maximizar el ingreso económico, mediante la aceleración de los trabajos de parto y/o la práctica excesiva de cesáreas. En el caso del bono PAD Parto, esto se exagera debido a que el honorario médico es bajo y por tanto una alta rotación de usuarias es una forma de maximizar ingresos tanto a nivel personal como de las instituciones. Asimismo, planteé que el bono PAD Parto ha contribuido a la precarización de la MAI en el sistema público de salud, pues implica una fuga exorbitante de recursos desde Fonasa hacia la atención privada de salud.

Si bien los obstetras y las matronas entrevistadas(os) conocen los efectos dañinos de la cadena de intervenciones obstétricas y de este exceso de cesáreas y critican las altas tasas nacionales, reconocen que dichos indicadores reflejan la persistencia del modelo tecnocrático en la educación y práctica médica, los intereses de los equipos y las instituciones médicas. Plantean además que sus propias decisiones/enfoques se pueden transferir a la mujer, convenciéndola de los argumentos para las intervenciones hasta que ellas mismas las “elijan”; como el caso de mujeres que “desean” la oxitocina sintética para evitar el agotamiento y sufrimiento de un trabajo de parto largo que luego les impida pujar, o que solicitan la episiotomía para evitar los terribles desgarros perineales que se producen sin dicho corte. Muchas son también las mujeres que

relatan críticamente cómo fueron aterrorizadas con los peligros del parto vaginal, hasta que aceptaron y/o pidieron intervenciones. Recordemos el caso de Carmen, expuesto en detalle: en salud pública, con un deseo inicial de parto vaginal, durante toda la gestión la aterrorizaron con el aparente gran tamaño de su bebé y la necesidad de una cesárea, hasta que ella se convenció de la necesidad de dicha cirugía, en el contexto de que su bebé tenía peso normal y no le podían realizar la intervención por ese motivo. Esto, por supuesto, reconociendo que una parte de las cesáreas que se realizan son necesarias y salvan vidas, y que algunas mujeres sí las desean y solicitan.

Pero las intervenciones por sí solas no son lo que más marca la memoria encarnada de las mujeres, sino las formas en que suceden las interacciones y en que se pone en escena el cuidado. Las experiencias satisfactorias son aquellas en que las mujeres se sintieron respetadas y tratadas con dignidad, en que sus saberes encarnados fueron considerados en el transcurso del trabajo de parto y parto, y en el que el proceso de cuidado se vivió como uno colectivo, con la participación y agencia de todas las personas presentes. Si bien expuse diversas experiencias que se vivieron como de cuidado integral, lamentablemente no son la norma. A lo largo de las últimas tres décadas ha ido mejorando progresivamente la percepción de calidad en el componente relacional del cuidado, pero aun así, se siguen reportando alarmantes abusos en la atención (OVO Chile, 2018), y además se presenta una gran distancia entre salud privada y pública. En la muestra de casi 6.000 experiencias de parto entre 2014 y 2017 reportadas en la encuesta OVO Chile (2018), se aprecia que el doble de mujeres se sintió omitida y/o acallada durante la atención en salud pública en comparación a privada, el triple sintió que la expresión de sus emociones fue criticada o reprimida, y el cuádruple vivió algún tipo de abuso físico en el primer sector con respecto al segundo.

Y, a pesar de las diferencias entre lo público y lo privado, las mujeres perciben que es el sistema completo el que no garantiza una calidad de atención integral y que por tanto es su tarea la de desplegar recursos para conseguirla. Son numerosos los testimonios en los cuales se enfatiza que una experiencia satisfactoria fue el resultado de haberse informado para defender sus derechos y decisiones, y/o del despliegue de recursos para transitar entre equipos médicos e instituciones en búsqueda de la atención deseada. Ahora bien, la oferta de instituciones y equipos de enfoque humanista es escasa, e incluso en caso de contarse con los recursos necesarios para encontrar un equipo de atención que exprese adherir a dicho modelo, la experiencia puede resultar en un engaño. En este sentido, si bien diversos equipos e instituciones -y cada vez más- ofrecen programas de parto “respetado”, “integral” o “normal” (aludiendo al modelo de parto humanista), son pocos los que lo entregan. En algunos casos, bajo la promesa de humanismo, la atención toma una forma completamente tecnocrática, y en muchos otros, la tecnocracia toma la forma de un “humanismo superficial” (Davis-Floyd, 2018a), es decir, incorporando ciertos elementos aislados del modelo, pero manteniendo la mayoría de sus supuestos fundamentales

(casi) intactos. En línea con los lineamientos del Chile Crece Contigo, hay ciertas prácticas que se van institucionalizando, como por ejemplo el acompañamiento de la persona significativa, que dan la apariencia de un cambio de modelo. Pero, se trata de medidas que no permean el resto del modelo. También ocurre que se entrega una buena “hotelería” y trato en apariencia amable, pero manteniendo la desautorización epistémica de la mujer y/o realizando intervenciones obstétricas de rutina innecesarias.

En suma, la atención del parto se sigue rigiendo fundamentalmente por principios tecnocráticos como el de separación mente-cuerpo, cuerpo-máquina y ejercicio del autoritarismo médico; que si bien podrían ser comunes a diversas prestaciones de salud, cobran especial profundidad cuando se trata de cuerpos femeninos, que han sido concebidos como desequilibrados y defectuosos desde la biomedicina. Sobre las mujeres, además, operan construcciones simbólicas que las posicionan en el reino de lo subjetivo, irracional, emocional, y como si fuesen “más biológicas” que los hombres, lo cual se exagera en procesos de atención de salud sexual y reproductiva, como el parto.

IV.2. ¿“Autonomía” o cuidado colectivo?

Ahora bien, aquello del cuerpo-objeto, cuerpo-máquina, devaluación y humillación explícita de la mujer, ya no se ve bien. Como vimos en este texto, un fuerte movimiento de la sociedad civil por los derechos sexuales y reproductivos y la dignidad en la atención en el nacimiento, de la mano de normativas y políticas impulsadas en las últimas décadas tanto a nivel internacional como nacional, insisten en “devolver” el protagonismo del evento del parto a las mujeres. Esta centralidad de la mujer, desde el impulso de la Declaración del Cairo (Naciones Unidas, 1994), ha ido tomando la forma de “autonomía” en las políticas, lineamientos de salud y buena parte de la literatura de salud materna. En Chile, a la par de lo que sucedía a nivel mundial, las reformas de salud promovidas desde fines de la década de los 90’ fueron instalando progresivamente el protagonismo del este principio. Vimos cómo en 1997 se reemplazó el Programa de Salud Materna y Perinatal por el Programa de Salud de la Mujer, que incorporó un enfoque de salud integral con dimensiones no reproductivas de la salud, y en el cual se destacó el principio de autonomía (MINSAL, 1997). Este principio ocupa también un lugar central en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), en el programa Chile Crece Contigo (2018), así como en las recomendaciones internacionales de atención (Lalonde et al., 2019; OMS, 2018). Siendo un concepto central, llama la atención que en gran parte de la literatura sobre salud materna se presente una muy escueta discusión de sus alcances y limitaciones, abordándose habitualmente en un sentido limitado como la capacidad de las mujeres para tomar decisiones con respecto al uso de los servicios de salud (Mumtaz y Salway, 2009; Osamor y Grady, 2016). Buena parte de la literatura de atención del nacimiento se

encuentra atrapada en marcos conceptuales que definen la agencia y elección de forma estrecha y desencarnada (Chadwick, 2018), presentando la autonomía como la capacidad individual de toma de decisiones, agencia y control sobre el cuerpo (Barros, 2015; Cohen Shabot, 2020).

Se trataría de la “lógica de la elección”, de la ilusión de que las personas se tornan más activas y libres ya que pueden elegir y conocen lo que escogen, asumiéndose que analizarán los pros y contras de los datos que se les presentan para realizar sus elecciones autónomas (Mol, 2008). Sin embargo, y como hemos visto en este texto, es necesario reconocer las fallas en el supuesto de que las mujeres y parejas comprendan sus opciones y siempre sean capaces de tomar decisiones libres acerca de la naturaleza de la atención médica: la gama de opciones que se presentan por la profesión médica puede ser limitada y no basada en la evidencia, y, más aún, la posibilidad de elección no está siempre disponible, y cuando lo está, no todas las mujeres pueden escoger (Morris, 2013; Sadler et al., 2016).

¿De qué autonomía estamos hablando, si nuestra decisión “autónoma” está a priori formateada por las informaciones preconcebidas de profesionales [de la salud], por la ausencia de informaciones acerca del proceso de parir, por la creciente producción de inseguridad sobre la capacidad física de pasar por el proceso, la transferencia absoluta de responsabilidad a los profesionales de salud y las promesas milagrosas de rapidez, preservación de los órganos sexuales y eliminación de dolor? ¿Qué autonomía puede existir si el precio de una elección diferente de la “recomendada” es el riesgo de ser responsabilizada por cualquier problema e incluso por la muerte de su propio hijo? (Barros, 2015, p. 63, *traducción propia*).

Se genera por tanto la ilusión de que las usuarias informadas tendrán espacio para participar y elegir, y se les traspasa la responsabilidad de manejar información, pero a la vez negándoles en la mayoría de los casos el ejercicio de dicha promesa. Si bien esto toma formas diferenciadas en salud pública y privada, es una lógica que permea al sistema completo, en el entendido de que una “buena” experiencia y resultado depende en gran medida de la mujer. El llevar “estilos de vida” saludable, cuidarse durante la gestación, informarse “adecuadamente”, “prepararse” para el parto, “comportarse” y “controlarse” durante el trabajo de parto y parto, son solo algunos de los elementos que configuran esta escena. Sumemos que, a quienes tienen los recursos para transitar por el sistema de salud, se les pide “elegir” -institución, equipo profesional, tipo de parto, posición, si se desean o no ciertas intervenciones- y tomar las “mejores” decisiones. Incluso si los equipos médicos las engañan, les deber de ellas el darse cuenta! Se trata de la versión “personalizada” de la paciente -que se pasa a llamar usuaria-, que tiene derechos y deberes. El problema es que, como hemos visto, en la mayoría de los casos se le exigen sus deberes, pero no se le respetan sus derechos. En suma, la desautorización cambia de forma y se oculta, se esconde, se disfraza de una aparente mayor “autonomía”. Y, como mostré en detalle en el acápite “De la lógica de la elección a la culpa”, todo lo anterior colabora para la permanencia y

reproducción de poderosos imaginarios sobre la mujer en el proceso de parto que hacen muy difícil el cambio. Bajo la retórica de la “autonomía” operan procesos de responsabilización y culpabilización hacia las mujeres que sitúan en ellas el problema para el cambio, y que ellas mismas introyectan.

A diferencia de la retórica de la autonomía en términos individualistas, el sentirse cuidadas va por otro camino:

Lo que surge como importante para la mujer no es necesariamente el tipo de parto (vaginal, cesárea, no medicado o tecnocrático) sino los tipos de energías afectivas, flujos y relaciones que circulan en ensamblajes particulares de parto. Las historias de placer y felicidad no residen ni en la ausencia o presencia de tecnología o intervención, o en un 'tipo' de nacimiento, sino que involucran la capacidad de representar la presencia encarnada, la agencia y la participación y de estar conectadas con otras personas en formas afirmativas, empáticas y de cuerpo a cuerpo. (Chadwick, 2018, p. 193, *traducción propia*)

Rachelle Chadwick habla en esta cita de la capacidad de representar la presencia encarnada, la agencia y la participación; habla de estar conectadas con otras personas en formas afirmativas, empáticas y de cuerpo a cuerpo. Ello configuraría procesos en los cuales se nos reconozca como sujetos epistémicos con conocimiento legítimo durante el parto (Chadwick, 2020), ya que son los contextos afectivos y comunicativos los que posibilitan o inhiben la posibilidad de dar significado a la experiencia y de construir formas de agencia epistémica y encarnada (Lyerly, 2006). Este modelo relacional es el que cobra protagonismo en los más recientes análisis sobre las formas contemporáneas de parir. Serena Brigidi (2019) destaca que “la categoría de relación permite repensar el parto no (solo) en términos de ruptura, exposición, vulnerabilidad y dependencia, conceptual y semánticamente vinculadas con las estructuras de la violencia (*vulnus*: herida), sino como categoría originaria y constitutiva del Ser” (p. 117). La autora, siguiendo a Cavarero (2013), plantea que el parto tiene que ver “con el encuentro, con la vulnerabilidad entendida como elemento central de las relaciones humanas, de entrega, de dependencias múltiples y singulares” (Brigidi, 2019, p. 129). En la misma línea, Sara Cohen Shabot (2020) plantea que en la experiencia del parto, se torna esencial el reconocimiento y presencia que se le permite al cuerpo vivido en una red de relaciones de conexión e interdependencia. Esta autora toma las aproximaciones de la fenomenología feminista para comprender la subjetividad y autonomía como inherentemente dependientes y relacionales, ambiguamente vinculadas con el mundo y con las demás personas, y como esencialmente encarnada y vulnerable (a diferencia de su comprensión como la habilidad individual e independiente de control del propio cuerpo y decisiones).

Se trata de cuerpos que se ponen en escena en forma colectiva, de personas -usuarias y personal médico- que colaboran para dar forma a realidades conjuntas, como plantea Annemarie Mol (2008). De ahí que el cuidado no se trate principalmente de tomar decisiones individuales, informadas y autónomas, o de estar en control en el sentido neoliberal, ni de protegerse de la opresión o dominación, sino de organizar escenarios de cuidado colectivos en la práctica (Mol, 2008). Así entendido, el cuidado sería una interacción y proceso continuo en el que se comparten responsabilidades entre el equipo de salud, la mujer y sus redes de apoyo. La atención sería así interactiva; un proceso abierto que va siendo moldeado y remodelado según los acontecimientos y desafíos que se van presentando (Barros, 2015). A las mujeres y parejas no se les transferiría la responsabilidad de informarse, prepararse o elegir, sino que el equipo de salud les acompañaría a tomar decisiones compartidas según cada caso y contexto particular. En este sentido, en la lógica del cuidado la calidad de la atención se evalúa, más que por el resultado obstétrico, por el camino recorrido, por el esfuerzo en dar apoyo en las diversas situaciones que se presentan en el proceso de nacimiento. En este proceso, además, la tecnología no se opone al “buen” cuidado, sino que se incluye en el mismo. Tanto las personas usuarias como las tecnologías están activamente involucradas en las prácticas de atención; se trata de poner la tecnología al servicio de cada proceso y utilizarla cuando se considere necesaria, sea por motivos médicos o de otra índole, en el marco del respeto a las personas. Así, la ciencia y tecnología, en lugar de reemplazar las relaciones humanas de cuidado –o de dominar y controlar a la naturaleza- se utilizan como parte del continuum del cuidado (Mol, 2008). Se trata así de una ética del cuidado que radica en las relaciones de dependencia implicadas en el proceso.

IV.3. La estructura del cambio

Como mencioné en algún lugar de esta tesis, la pregunta por el cambio es la que me ha acompañado desde el primer día en que presencié la atención en una sala de maternidad. Siendo una joven estudiante que observaba los abusos cometidos hacia las mujeres en las salas de parto, confiaba en el poder de la narrativa etnográfica para mostrar la violencia, y en especial aquellos tipos de violencia que son más fácilmente naturalizados (Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer, 2009). Pero supuse ingenuamente que el gesto de narrarlos al mundo de “afuera” iba a llevar a una especie de despertar colectivo y a propiciar respuestas inmediatas. No fue inmediato, está tomando su tiempo. Pero aun así, se han producido importantes avances. Casi dos décadas más tarde, se ha avanzado en reconocer que en la atención obstétrica en todo el mundo se ejerce maltrato, abuso y falta de respeto (Bohren et al., 2015; OMS; 2014). Y, sobre todo, se ha avanzado en nombrar y reconocer estos abusos como un tipo específico de violencia, que tiene un componente de género fundamental; como violencia obstétrica (República Bolivariana de Venezuela, 2007; Šimonović, 2019). En Chile, un potente movimiento de la sociedad civil ha visibilizado y nombrado esta violencia y empuja la agenda pública hacia un cambio de modelo

(OVO Chile, 2018; Sadler, Leiva y Gómez, 2021). Pareciera haber acuerdo en que se debe transitar hacia un modelo humanista de atención, y así está expuesto en los lineamientos y programas nacionales (ChCC, 2015; MINSAL, 2008). Además, se han presentado tres proyectos que buscan instalar en la ley el parto respetado, y erradicar la violencia obstétrica. Pero, como hemos visto, el modelo ha cambiado más en apariencia que en fondo; y los principios del modelo tecnocrático siguen vigentes, pero “vistiéndose” de humanismo. En este escenario, una aparente mayor posibilidad de elección y capacidad de ejercer “autonomía” en la toma de decisiones respecto al nacimiento por parte de la población usuaria, esconde algunas formas de subordinación, desautorización y coerción que mantienen y hasta profundizan la hegemonía del modelo tecnocrático de atención.

A lo presentado en esta tesis se suma la pandemia de COVID-19 vivida desde inicios del 2020. Si bien todo el levantamiento de material para la escritura de este trabajo fue realizado antes de esta crisis sanitaria, resulta muy relevante incorporar reflexiones de lo que ha sucedido desde entonces. En diversos países del mundo, así como en Chile, se había avanzado en programas y políticas tendientes a una atención humanizada del nacimiento, y se podría haber pensado que dicha implementación funcionaría como protectora de derechos de las mujeres y recién nacidas(os) al momento del parto. De hecho, la OMS publicó en marzo de 2020, la primera guía provisional para el manejo clínico del COVID-19 en el que se insistía que todas las mujeres, incluidas aquellas sospechosas o que presenten COVID-19, debían tener acceso a cuidados respetuosos y centrados en la usuaria, evitando intervenciones para acelerar el trabajo de parto y cesáreas que no tuvieran justificación por motivos de salud, respetando el contacto piel con piel con recién nacidas(os), y promoviendo la lactancia inmediata y alojamiento conjunto (OMS, 2020a). Estas recomendaciones se han mantenido sin cambios en las versiones posteriores de manejo clínico del embarazo y parto (OMS 2020b, 2021), insistiéndose además en la importancia de no suspender el acompañamiento significativo durante este contexto de emergencia sanitaria (OMS, 2020c).

Las excepciones a estas prácticas debieran producirse solo en casos severos de COVID-19 en que las mujeres no puedan pasar por el trabajo de parto o estar con sus bebés; pero, al contrario, se ha visto que han sido muy habituales en diversos contextos del mundo (Human Rights in Childbirth, 2020; Jolivet et al., 2020; Semaan et al., 2020). Y si bien se podría comprender que dichas medidas se hayan producido como primera reacción ante la crisis debido a la falta de protocolos y de insumos de protección personal, y al desconocimiento del virus, entre otros, no se justifica que a un año del inicio de la pandemia se sigan manteniendo. Se trata en su mayoría de prácticas y restricciones que no son necesarias, que no se basan en la evidencia, que vulneran los derechos de las mujeres y bebés, y que no son proporcionales para lograr el objetivo de limitar la propagación del virus (Sadler et al., 2020). Chile no ha sido la excepción, y desde el inicio de la pandemia se ha visto restringido el acompañamiento de personas significativas de la mujer, el

contacto piel con piel con las(os) bebés y la lactancia precoz, han aumentado las intervenciones obstétricas que aceleran el trabajo de parto y las cesáreas, y han aumentado las denuncias de abusos de diversa índole cometidos durante la atención (Sadler et al., 2020; OVO Chile, 2020a, 2020b). Mientras escribo este cierre, tenemos en OVO Chile denuncias de varias maternidades del país en que solo están atendiendo cesáreas con el argumento de que limita el tiempo de exposición de los equipos de salud con las mujeres.

Es indudable que esta pandemia ha afectado la capacidad del sistema y de los equipos de salud para entregar cuidados de calidad, pero el sistema de salud ha tendido a cerrarse sobre sí mismo e ignorar las necesidades y demandas de la población usuaria, en lugar de desplegar esfuerzos de cooperación para evitar la infección y al mismo tiempo evitar causar daño a mujeres y recién nacidas(os). No hay duda de que este escenario ha significado un retroceso en los estándares de cuidado y nos recuerda la fragilidad de los avances en los derechos en la atención del nacimiento. No obstante lo anterior, nos deja también importantes aprendizajes y oportunidades. La experiencia de la pandemia está propiciando debates sobre la eficacia y seguridad de la atención institucional del nacimiento, la falta de integración de la matronería, y la carencia de un enfoque de derechos humanos en la atención, entre otros. Sobre esto, me gustaría profundizar en algunos puntos que me parecen fundamentales:

-Territorios de parto: la pandemia de COVID-19 está acelerando una discusión que ya venía escalando, sobre los territorios de atención del nacimiento y si hace sentido que todos los partos ocurran en instituciones de alta complejidad (Davis-Floyd, Gutschow y Schwartz, 2020). Ello, en el marco del creciente reconocimiento de que los derechos humanos y de las mujeres deben ser una consideración central cuando se llega a la elección y disponibilidad del lugar de nacimiento, y de que la evidencia para respaldar la seguridad del parto en casa y centros de parto de baja complejidad para mujeres de bajo riesgo y con atención profesional es muy convincente (Dahlen, 2019). Durante la pandemia, el parto en casa ha experimentado un notorio aumento, tanto en el mundo como en Chile, impulsado por el temor al contagio y a la vulneración de los derechos en el parto dentro de las instituciones (Barata, Morgado y Santos, 2020; Davis-Floyd, Gutschow y Schwartz, 2020; De la Maza, 2020; Freixas, 2020; Semaan et al., 2020). Maternas Chile, asociación de matronas que acompañan partos en casa, había registrado hasta noviembre de 2020 un aumento del 23% de los partos en domicilio durante dicho año (Freixas, 2020). Este escenario está llevando a considerar la importancia de contar con sistemas extrahospitalarios financiados y regulados que permitan ampliar el rango de opciones disponibles para la población y alivianar la carga asistencial de las instituciones, especialmente en contextos de crisis.

-Rol de las organizaciones de la sociedad civil: las organizaciones de la sociedad civil que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos, y por los derechos en el nacimiento, han cobrado gran relevancia en contexto de pandemia, como espacios de apoyo y de denuncia a las vulneraciones vividas por la población usuaria en los sistemas oficiales de salud. Si bien ya cumplían estos roles

antes de la crisis sanitaria, se ha extendido su alcance en diversos contextos del mundo para proteger los derechos de las mujeres y recién nacidas(os). Ello, difundiendo protocolos e información basada en evidencia y actualizada para la atención, en contraposición con regulaciones sanitarias que en muchos casos contravenían las recomendaciones de la OMS y de organismos internacionales encargados de la protección de los derechos en el nacimiento. Lo anterior, de la mano de la interpelación a los organismos locales de salud a emitir protocolos basados en evidencia y que respeten los derechos de mujeres y recién nacidas(os). Por otra parte, articulándose con organizaciones afines, con especialistas y miembros del parlamento con agendas similares para ejercer presión a los gobiernos en estas materias.²⁴⁸ Ejemplos han sido los casos de El Parto es Nuestro en España (Escudero, 2021), de OVO Chile (2020a, 2020b), de la Asociación Portuguesa de Derechos de la Mujer en el Embarazo y Parto (Barata et al., 2020), y de organizaciones internacionales como Human Rights in Childbirth (2020), entre muchas otras, que han jugado un rol fundamental en la actual crisis sanitaria.

-Impulso de agenda legislativa: de la mano de lo anterior, y en el contexto de crecientes vulneraciones a los derechos en el nacimiento ocurridas durante esta pandemia, es que se ha fortalecido el impulso a propuestas legislativas para proteger dichos derechos. En Chile, la Mesa Social de Parto Respetado que agrupa a organizaciones de la sociedad civil junto a la diputada Claudia Mix se han estado reuniendo con autoridades de gobierno para solicitar que se ponga en la tabla legislativa el proyecto de ley de parto respetado presentado al Congreso en 2018 (OVO Chile, 2021).

-Puesta a prueba del modelo: en el contexto de pandemia, son pocas las maternidades que han mantenido altos estándares de calidad en la atención, como el caso del Hospital Eloísa Díaz I. de la comuna de La Florida. En esta maternidad, que atiende alrededor de tres mil partos al año, se implementa desde el año 2016 el “Modelo de parto personalizado seguro” que ha conseguido una exitosa implementación del modelo humanista de atención y ha sido reconocido como modelo a seguir por el Ministerio de Salud. En esta experiencia, los estándares de atención pre-pandemia solo se interrumpieron por 20 días, tras los cuales se recobraron luego de una activa movilización de parte del equipo de matronas(es) que propuso protocolos de atención en COVID-19 que respetaran los derechos de la población usuaria. En esta experiencia, se prueba que cuando el modelo humanista y un enfoque de derechos está instalado, puede resistir contextos tan adversos como la crisis sanitaria que estamos atravesando (Leiva et al., 2021).

²⁴⁸ En OVO Chile, en el contexto de pandemia nos hemos articulado con más organizaciones que antes de la crisis sanitaria, trabajando mano a mano con asociaciones como la Red Chilena de Salud Mental Perinatal, Ginecólogas Chile (ginecobstetras feministas), Maternas Chile (matronas que acompañan partos en casa), Asociación de Matronas y Matrones de Chile ASOMAT, Corporación Humanas (derechos humanos y justicia de género), Corporación Miles (derechos sexuales y reproductivos), Instituto Nacional de Derechos Humanos.

Si bien está por verse, todo lo anterior podría dar pie a que los debates que se venían dando en torno a la atención del nacimiento cobren protagonismo en la agenda de salud en los años por venir, con un marcado enfoque de derechos humanos y de género. El escenario de COVID-19 estaría sirviendo como un campo de prueba para cambios de políticas con miras a generar una atención de maternidad efectiva y respetuosa (Davis-Floyd, Gutschow y Schwartz, 2020).

Y, más allá del particular contexto de pandemia, hay algunas dimensiones centrales que considerar para apuntar a cambios estructurales en los modelos de atención del nacimiento, que perduren en el tiempo y se instalen en los sistemas de salud. Además de las recién mencionadas y que se han fortalecido en el contexto de pandemia -rol de organizaciones de la sociedad civil, legislación por el parto personalizado, legalización y financiamiento de territorios de parto diferentes al hospitalario- me parece importante considerar las que menciono a continuación.

Para la población en general, se requiere implementar **programas de educación sexual y reproductiva integrales en todos los niveles educativos**; junto con **fortalecer los contenidos y el alcance de los talleres prenatales que ofrece el Estado** para familias gestantes, integrando un enfoque de derechos.

En las **carreras universitarias** que se vinculan con la atención de salud sexual y reproductiva, se requiere avanzar en revisar y actualizar los currículos explícitos y ocultos, para que respondan efectivamente a los perfiles de egreso que se plantean en la actualidad, los cuales están alineados con el enfoque humanista de atención. Más que una declaración de principios, dichas intenciones deben traducirse en mallas curriculares que den mayor énfasis a los aspectos psico-sociales del cuidado, que incorporen un enfoque explícito de género y de derechos sexuales y reproductivos, y que problematicen el modelo tecnocrático de atención.

A nivel de **políticas y programas de salud**, se debe avanzar en lineamientos que sean vinculantes para la atención de la gestación y parto. El actual *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008) no tiene la jerarquía de guía clínica, por tanto ninguna obligatoriedad ni metas asociadas a las medidas que propone. Como expliqué en extenso en este trabajo, sólo algunos indicadores del Chile Crece Contigo son vinculantes y se asocian a metas sanitarias, sin embargo se traducen en prácticas aisladas que no logran permear el modelo de atención completo. Por ello se debe superar la práctica actual de verificación de ciertas prácticas específicas, que reducen una experiencia compleja a ciertos factores aislables y discretos; para pensar en un modelo articulado y multidimensional que involucre los diversos aspectos que componen la experiencia de parto. Por otra parte, se requiere revisar los incentivos organizacionales y económicos que permean la atención y afectan negativamente la calidad del cuidado entregado; y avanzar en un modelo de auditoría del sector privado de atención, que en Chile opera con casi completa autonomía y sin supervisión.

Con respecto a la **participación de mujeres y familias usuarias** del sistema de salud, se requiere avanzar en generar espacios para su participación en los procesos de auditoría de la calidad de la atención, y crear mecanismos de denuncia efectivos y a su alcance. Mujeres pertenecientes a las comunidades de usuarias de cada institución debieran formar parte activa de comités de evaluación de la calidad de la atención, como lo proponen las organizaciones internacionales de atención de nacimiento en la Iniciativa Internacional del Parto (ICI). En este sentido, el brindar información a las usuarias sobre el tipo de servicio que recibirán no es suficiente; se debe avanzar en la creación de instancias permanentes y abiertas donde se establezcan diálogos entre la administración de las instituciones médicas, el personal de salud y las usuarias con el fin de diseñar y ofrecer una atención de calidad y a la medida de las comunidades de usuarias.



CODA

Y llego al final de este trabajo, con una breve reflexión sobre la dignidad.

Este texto estaba casi terminado en octubre de 2019, cuando en Chile se produjo una protesta social conocida como el “estallido” que puso al país en una grave crisis política, seguido de la pandemia COVID-19 que azotó y aún azota al mundo. Casi no toqué el texto durante el 2020, para retomarlo y finalizarlo en los primeros meses de 2021. Se trató de un paréntesis de más de un año, marcado por acontecimientos socio-políticos y sanitarios de gran envergadura que impactaron en mi vida personal, periodo en el cual se intensificaron mis roles de madre y educadora de dos hijas de 8 y 9 años en tele-escuela durante el año completo, de investigadora y profesora universitaria de jornada completa en modo tele-trabajo, de activista en el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, junto a las labores del hogar en el contexto de extensas cuarentenas. Si bien no pretendo extenderme en mi experiencia como mujer, madre y trabajadora en pandemia, lo menciono pues me enfrentó a la reflexión de la dignidad como categoría ontológica para definir mi existencia en lo personal, doméstico y profesional -incluso para personas en posiciones de privilegio como la mía- como lo han planteado Brigidi, Mancinelli, Leyva-Moral y Ausona Bieto:

[La dignidad] tiene que ver con el respeto, la autonomía, la libertad y la capacidad de autodeterminación, pero también con la posibilidad de amar y ser amada, de ser feliz y

participar a la felicidad de otros. Es una noción que se relaciona por tanto con la posibilidad de desarrollarse dignamente en el papel de mujer, madre y, contemporáneamente, en la carrera laboral, más allá de las imposiciones patriarcales. (2021, p.149)

Y esta DIGNIDAD entendida como la posibilidad y capacidad de desarrollarnos dignamente en nuestros papeles como personas, fue la gran consigna del estallido social chileno. Se trata de la cualidad de hacernos valer como personas, del derecho de ser merecedoras(es) de honor y respeto. En el contexto de Chile, dignidad puesta en jaque por un sistema neoliberal llevado a un extremo que perpetuó y acentuó grandes desigualdades en materia de calidad de vida, con garantías pendientes en salud, educación, previsión social y diversas otras dimensiones. En esta gran demanda por dignidad, el movimiento feminista se posicionó con fuerza, recordando todo lo que falta avanzar en materia de equidad de género, y lo cual quedó de manifiesto en la multitudinaria marcha del 8 de marzo de 2020 en Santiago de Chile con la consigna de “No somos histéricas, somos históricas.”



Fotografía de Jorge Silva (Reuters), recuperada de <https://actualidad.rt.com/actualidad/333010-huelga-general-chile-continuar-protestas>



Fotografía de Javier Torres, recuperado de <https://periodicoelpunto.com/no-somos-histicas-somos-histicas-protestas-del-8m-en-el-mundo/>

Lo que hizo el movimiento social fue congregar a millones de personas en causas comunes, fue recuperar un tejido social que se había visto atomizado y llevarnos a recordar que la dignidad no funciona en clave de autonomía individual, sino que solo se consigue cuando los colectivos sociales acceden a condiciones dignas de vida. Y recordarnos, asimismo, que la dignidad opera de formas diferentes para diferentes colectivos y grupos de la sociedad. Esta tesis ha tratado sobre la dignidad de las personas, la dignidad de las mujeres, la dignidad de las mujeres que dan a luz. En un sentido colectivo.

Y luego la pandemia, que, como mencioné en el último capítulo de esta tesis, dejó al descubierto las grandes inequidades de género que persisten en los cuidados de la vida cotidiana, y en mi tema de investigación, en los cuidados de la salud reproductiva. La crisis sanitaria puso a prueba

el grado de instalación de ciertos derechos de las mujeres en la agenda de salud reproductiva, para comprobar la gran fragilidad de dichos avances y presenciar el retroceso en materias que se pensaban resueltas. Y que agudizó la reflexión sobre la dignidad.

Y cierro con esta reflexión, pues en el dar a luz y nacer se ponen en juego los valores fundamentales de las sociedades. Si damos a luz y nacemos en/con dignidad, es que somos capaces de cuidar(nos) en un sentido existencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguayo F. y Sadler, M. (2011). *Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando Hombres en la Equidad de Género*. Santiago, Chile: Lom Ediciones. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122642>
- Aguayo F., Sadler, M., Obach, A. y Kimelman, E. (2013). *Talleres sobre sexualidad, paternidad y cuidado con hombres jóvenes. Manual con perspectiva de género y masculinidades para facilitadores y facilitadoras*. Santiago: CulturaSalud / EME. Recuperado de <http://www.eme.cl/wp-content/uploads/2013-Manual-Sexualidad-y-Paternidad-Jovenes-CulturaSalud-EME.pdf>
- Ainsworth, M. (1973). The development of infant-mother attachment. *Review of Child Development Research* 3: 1-94.
- Akrich, M. (1992). The de-scription of technical objects. En W. Bijker y J. Law (Eds.), *Shaping technology/Building society. Studies in sociotechnical change* (pp. 205-24). Cambridge: MIT Press.
- Akrich, M., y Pasveer, B. (2014). Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives. *Body & Society*, 10(2-3), 63-84. doi:10.1177/1357034X04042935
- Akrich, M., Leane, M., Roberts, C. y Nunes, J.A. (2014). Practising childbirth activism: A politics of evidence. *BioSocieties*, 9, 129-152. doi: 10.1057/biosoc.2014.5
- Akrich, M., O'Donovan, O., y Rabeharisoa, V. (2013). *The entanglement of scientific and political claims: towards a new form of patients' activism*. (Working Paper 13-MS-07). Recuperado de http://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2013/12/I3WP_13-MS-071.pdf
- Angeja, A.C.E., Washington, A.C, Vargas, J.E., Gomez, R., Rojas, I y Caughey, A.B. (2006). Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG*, 113(11), 1253-1258. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01069.x
- Apalategui, I. (2009). Salud y masculinidad. Emakunde, Instituto Vasco de la mujer. Recuperado de https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/8_salud_y_masculinidad.pdf
- Arcos, E., Molina, I., Fecci, E., Zúñiga, Y., Márquez, M., Ramírez, M., y Poblete, J. (2006). Descubriendo el género en el currículo explícito (currículo formal) de la educación de tercer ciclo, Universidad Austral de Chile 2003-2004. *Estudios Pedagógicos*, XXXII(1), 33-47. doi: 10.4067/S0718-0705200600100003
- Arenas, L. (2016). *Aportes para una historia de la educación sexual en Chile (1990-2016)*. Santiago, Chile: El Buen Aire.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 155-180. ISSN: 1659-4940
- Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. En P. Quattrocchi y N. Magnine (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y*

- estrategias* (pp. 77-99). Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506, p.
- Artaza, O. (2008). Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(2), 127-130. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n2/arto1.pdf>
- Artuso, G., Astorga, T. y Gaete, K. (2015). *Estudio exploratorio sobre la formación académica de los médicos becados en gineco-obstetricia, relacionado con la atención del parto fisiológico*. Tesis para optar a Licenciatura en Obstetricia y Puericultura, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.
- Atalah, E., Cordero, M., Quezada, S., Carrasco X., Romo, M., y Guerra, M.E. (2013). Monitoreo de la implementación del programa Chile Crece Contigo en el embarazo: 2008 - 2011. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), 310-316. doi: 10.4067/S0717-75262013000400011
- Avendaño, O. (1949). *La pelvis de la mujer. Estudio morfológico y clínico*. Tesis para optar al título de Profesor Extraordinario de Clínica Obstétrica de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Universidad de Chile, Santiago.
- Avendaño, O. (1975). *Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo*. Santiago, Chile: APROFA.
- Avendaño, O. y Mayorga, L. (1985). La pelvis obstétrica. En A. Pérez Sánchez y E. Donoso (Eds). *Obstetricia* (pp. 286-295). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Avendaño, O., Romero, H., y Medina, E. (1956). Mortalidad materna. *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 21(6), 142-153.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134. doi:10.1017/S0033291715002706
- Bachelet, M. (2017) Chile Crece Contigo a 10 años de su inicio. *Bernard Van Leer Foundation*. Recuperado de <https://bernardvanleer.org/es/ecm-article/2017/chile-crece-contigo-10-years/>
- Banco Mundial. (2017). Chile – Public Health Sector Support Project (P161018). *The World Bank*. Recuperado de <http://projects.worldbank.org/P161018?lang=en>
- Barata, C., Morgado Neves, D. y Santos, M. (2020). COVID-19 Containment Measures, Perinatal Experiences, and the Fight for Childbirth Rights in Portugal. *Medical Anthropology Quarterly Rapid Response Blog Series*. Recuperado de <https://medanthroquarterly.org/rapid-response/2020/08/covid-19-containment-measures-perinatal-experiences-and-the-fight-for/>
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Barlem, E.L., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Tomaschewski-Barlem J.G., y Silveira, R.S. (2013). Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(1), 08. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a02.pdf

- Barros, M.N. (2015). *Reconfigurando um modo de ver o parto*. Tesis de Doctorado, Instituto de Ciencias Humanas y Filosofía, Departamento de Psicología, Universidade Federal Fluminense.
- Bastías, G. y Valdivia, G. (2007). Reforma de Salud en Chile; el Plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), su Origen y Evolución. *Boletín Escuela de Medicina U.C.*, 32(2), 51-58. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- Becerro de Bengoa, C. (1993). *Educación maternal y betaendorfinas en plasma materno durante el parto*. Tesis doctoral en Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- Bedregal, P., Torres, A., y Carvallo, C. (2014). *Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia*. Documento de trabajo, PNUD. Santiago, Chile: PNUD. Recuperado de https://www.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap5_chile_crece.pdf
- Beck, C.T., y Casavant, S. (2019). Synthesis of Mixed Research on Posttraumatic Stress Related to Traumatic Birth. *JOGNN*, 48(4), 385–397. doi: 10.1016/j.jogn.2019.02.004
- Béhague, D.P. (2002). Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26, 473–507. doi: 10.1023/A:1021730318217
- Béhague, D.P., Victora, C.G., y Barros, F.C. (2002). Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*, 324(7343), 942-5. doi: 10.1136/bmj.324.7343.942
- Bergeron, V. (2007). The ethics of cesarean section on maternal request: A feminist critique of the American college of obstetricians and gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*, 21(9), 478–87. doi.: 10.1111/j.1467-8519.2007.00593.x
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., y Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 466. doi:10.1186/s12884-019-2620-0
- Betrán, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M.R.,... Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet*, 392(10155), 1358-1368. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31927-5
- Betrán, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharoux, C.,... Gülmezoglu, A.M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*, 12, 57. doi: 10.1186/s12978-015-0043-6
- Betrán, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M. y WHO Working Group on Caesarean Section. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*, 123, 667-670. doi: 10.1111/1471-0528.13526
- Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., y Torloni, M.R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. *PLoS One*, 11, e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343.
- Bhaumik, S. (2013). Oxfam calls for new regulations to reduce unnecessary hysterectomies in private hospitals. *BMJ*, 346, f852. doi: 10.1136/bmj.f852

- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., y Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53–61. doi:10.1016/j.midw.2016.01.018
- Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25.
- Blázquez, M., y Montes, M.J. (2010). Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres. *Ankulegi*, 14, 81-92. Recuperado de <https://aldizkaria.ankulegi.org/index.php/ankulegi/article/view/28>
- Boerma T., Ronsmans C., Melesse D.Y., Barros A.J.D., Barros, F.C., Liang, J., ... Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections. *Lancet*, 392(10155), 1341-1348. doi:10.1016/S0140-6736(18)31928-7
- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P.,... Gülmezoglu, A.M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., y Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 7. Art. No.: CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Borrescio-Higa F, y Valdés N. (2019). Publicly insured caesarean sections in private hospitals: a repeated cross-sectional analysis in Chile. *BMJ Open*, 9, e024241. doi:10.1136/bmjopen-2018-024241
- Bourdieu, P. (1991). *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2000a). *La Dominación Masculina*. Barcelona, España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000b). *Cuestiones de sociología*. Madrid, España: Istmo.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. Attachment and loss, Vol. 1. Nueva York: Basic Books.
- Bowser D., y Hill K. (2010) Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. *Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co.*, 2010. Recuperado de http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf.
- Bravo, P. y Cox, M.G. (2015). *Percepciones sobre el parto de estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. Taller de Titulación I, Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Católica de Chile.
- Bravo, P., Uribe, C., y Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184. doi: 10.4067/S0717-75262008000300007
- Brigidi, S. (2019). Las narraciones diferentes del parto: Las geometrías relacionales. *Triangle*, 17, 111-134. doi: 10.17345/triangle17

- Brigidi, S. y Ferreiro Mediante, S. (2018). Observatorio de Violencia Obstétrica en España. *Revista Mujeres y Salud*, 43, 42-44. Recuperado de <https://matriz.net/mys43/img/Mujeres-y-Salud-43.pdf#page=42>
- Brigidi, S., Mancinelli, F., Leyva-Moral, J.M. y Ausona Bieto, M. (2021). Privilegios, género y “dignidad del tiempo” en mujeres-madres-trabajadoras en la época de la COVID-19. En A. del Campo Tejedor (Ed.), *La vida cotidiana en tiempos de la COVID, una antropología de la pandemia* (pp. 141-155). Madrid, España: Catarata.
- Browner, C. y Sargent, C. F. (1990). Anthropology and Studies of Human Reproduction. En T. Johnson Thomas y C. Sargent (Eds.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method* (pp. 215-229). New York: Greenwood Press.
- Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución de género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18, 296-314.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, España: Paidós.
- Caesar’s Legion (15 de agosto, 2015). *The Economist*. Recuperado de <https://www.economist.com/international/2015/08/15/caesars-legions>.
- Calais-Germain, B. y N. Vives. (2013). *Parir en Movimiento. Las Movilidades de la Pelvis en el Parto* (2da edición). Barcelona, España: La Liebre de Marzo.
- Caldeyro-Barcia, R. (1975). Supine called the worst position for labour and delivery. *Family Practice News*, 5, 11.
- Caldwell W. y Moloy, H. (1938). Anatomic variations in the female pelvis: Their classification and obstetrical significance. *Journal of the Royal Society of Medicine, Section of Obstetrics and Gynaecology*, 32(1), 1-30.
- Camacaro Cuevas, M. (2008). La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. *Revista Ensayo y Error*, 35, 95-115. ISSN 1315-2149.
- Campos, P. (12 de octubre, 2014). Colegio de Matronas: “La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado”. *Diario Universidad de Chile*. Recuperado de <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existepero-la-ejerce-el-estado>
- Canales, M., y Binimelis, A. (1994). El grupo de discusión. *Revista de Sociología (Universidad de Chile)*, 9, 107-119. doi:10.5354/0719-529X.1994.27647
- Cano Roldán, I. (1980). *La Mujer en el Reyno de Chile*. Santiago, Chile: Ilustre Municipalidad de Santiago.
- Cardús i Font, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, 7(18), 129-45.
- Carvajal, J.A., Martinovic, C.P. y Fernández, C.A. (2017). Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia? *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 42(1), 49-60. doi: 10.11565/arsmed.v42i1.532

- Casas, L. y Valenzuela E. (2012). Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de infancia y los derechos de las trabajadoras. *Revista de Derecho (Valdivia)*, XXV(1), 77-101. doi: 10.4067/S0718-09502012000100004
- Castrillo, B. (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019)*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, 4(1), 196-220.
- Castro, R. (2013). Indicios y probanzas de un hábitus médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En M. Agoff, I. Casique y R. Castro (Eds.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos* (pp. 145-165). México: Miguel Ángel Porrúa/ CRIM-UNAM.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R. y Erviti, J. (2003a). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En Rico, López y Espinoza (Eds.), *Hacia una política de salud con enfoque de género* (pp. 245-263). México: SSA-UNIFEM.
- Castro R. y Erviti J. (2003b). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, 7(1), 90-110.
- Castro Santoro, R. (2001). Situación actual de la mujer en Chile. En H. Muñoz, A.M. Kaempffer, R. Castro y S. Valenzuela (Eds.), *Nacer en Chile en el s. XXI, de Vuelta a lo Humano* (pp. 211-223). MINSAL-Universidad de Chile.
- Cavarero, A. (2013). *Inclinazioni. Critica delle rettitudine*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Chadwick, R. (2018). *Bodies that birth*. Routledge.
- Chadwick, R. (2020). Practices of silencing: birth, marginality and epistemic violence. En C. Pickles, y J. Herring (Eds.), *Childbirth, vulnerability and law: exploring issues of violence and control* (pp. 30-48). Routledge.
- Chadwick R. y Foster D. (2016). Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. *Health, Risk & Society*, 16(1), 68-83. doi: 10.1080/13698575.2013.863852
- Chang, A.M., Mumma, B., Sease, K.L., Robey, J.L., Shofer, F.S., y Hollander, J.E. (2007). Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Acad Emerg Med.*, 14(7), 599-605. doi: 10.1197/j.aem.2007.03.1355
- Cheyney, M. y Davis-Floyd, R. (2019). Birth as Culturally Marked and Shaped. En R. Davis-Floyd y M. Cheyney (eds.), *Birth in Eight Cultures* (pp. 1-16). Illinois: Waveland Press.
- ChCC, Chile Crece Contigo, Gobierno de Chile. (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>

- ChCC, Chile Crece Contigo, Gobierno de Chile. (2017). *Manual de talleres prenatales en la Atención Primaria de Salud: una herramienta para matronas y matrones*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/07/manual-de-talleres-prenatales-06.18-web.pdf>
- ChCC, Chile Crece Contigo, Gobierno de Chile. (2018). *Catálogo de prestaciones ChCC 2018*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Catalogo-Prestaciones-ChCC-2018-Ok.pdf>
- CIMS, Coalition for Improving Maternity Services. (2016). *Ten Steps of the Mother-Friendly Childbirth Initiative*. CIMS.
- CLADEM y CRLP, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, y Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. (1998). *Silencio y Complicidad: Violencia Contra las Mujeres en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*. Lima, Perú: CLADEM/CRLP.
- Clarke, A.E., Shim, J.K., Mamo, L., Fosket, J.R., y Fishman, J.R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194. doi: 10.2307/1519765
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39, 231-47. doi: 10.1007/s10746-015-9369-x
- Cohen Shabot, S. (2020a). “Amigas, sisters: we are being gaslighted”. En C. Pickles y J. Herring (eds.), *Childbirth, vulnerability and law: exploring issues of violence and control*. Routledge.
- Cohen Shabot, S.(2020b). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies* (May). doi:10.1177/1350506820919474
- Colectivo Nacer en Libertad. (2014) Violencia Obstétrica, Cartas al Director. En *Radio UChile* Recuperado de <http://radio.uchile.cl/2014/11/05/violencia-obstetrica>
- Colegio de Matronas expresa preocupación por partos a domicilio. (4 de mayo, 2013). *Diario La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.cl/colegio-de-matronas-exprea-preocupacion-por-partos-a-domicilio/noticias/2013-05-04/171647.html>
- Comelles. J.M. (1996). Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea. En González Alcantud y Rodríguez Becerra (Eds.), *Crear y curar: la medicina popular* (pp. 301-336). Granada, España: Biblioteca de Etnología-Diputación Provincial de Granada.
- Comelles, J.M. y Martínez-Hernández, A. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid, España: Eudema.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14. doi: 10.1177/002214650504600102
- Cordero, D. (1997). Authoritative Knowledge and Birth Territories in Contemporary Japan. En R. Davis-Floyd y C. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: University of California Press.

- Cordero, F. (2015). *Factores que influyen en las relaciones de violencia obstétrica y sus consecuencias en estudiantes de obstetricia y puericultura y matronas y matrones de atención pública de salud en la Región Metropolitana*. Informe de práctica profesional, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales.
- Corporación Miles Chile (2016). Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016. Primer informe. Recuperado de http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf
- Corporación Miles Chile (2018). Aborto en Chile. Segundo Informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile 2017-2018. Recuperado de <http://mileschile.cl/wp-content/uploads/2018/08/capitulo-aborto-final-web2-1.pdf>
- Coxon, K., Sandall, J. y Fulop, N. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), 51-67. doi: 10.1080/13698575.2013.859231
- Cribb, A. y Bignold, S. (1999). Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research. *Studies in Higher Education*, 24(2), 195-215. doi: 10.1080/03075079912331379888
- Crossley, N. (1996). Body-subject/Body-power: Agency, inscription and control in Foucault and Merleau-Ponty. *Body and Society*, 2(2), 99-116. doi: 10.1177/1357034X96002002006
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-49.
- Csordas, T. (2001). Cultural phenomenology - embodiment: Agency, sexual difference and Illness. En F.E. Mascia Lees (Ed.), *A companion to the Anthropology of the Body and Embodiment* (pp. 137-156). Oxford: Blackwell Publishing
- Dahlen, H.G. (2019). Is it time to ask whether facility based birth is safer for low risk women and their babies? *Eclinical Medicine*, 14, 9-10. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.08.003
- Dahlen, H.G., Kennedy, H.P., Anderson, C.M., Bell, A.F., Clark, A., Foureure, M,... Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypotheses*, 80(5), 656-662. doi: 10.1016/j.mehy.2013.01.017
- Danforth, L. y Tsiaras, A. (1982). *The Death Rituals in Rural Greece*. Princeton University Press.
- Davey, M.A. y King, J. (2016). Caesarean section following induction of labour in uncomplicated first births: a population-based cross-sectional analysis of 42,950 births. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 92. doi: 10.1186/s12884-016-0869-0
- Davis, D.L., y Walker, K. (2010). Re-discovering the material body in midwifery through an exploration of theories of embodiment. *Midwifery*, 26(4), 457-462. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.004.
- Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of childbirth. En S. Tower Hollis, L. Pershing y M.J. Young (eds), *Feminist Theory in the Study of Folklore* (pp. 297-326). University of Illinois Press.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.

- Davis-Floyd, R. (2011). Working with Anthropology in Policy and Practice: An Activist's Report. *Anthropology in Action*, 18(2), 3-8. doi:10.3167/aia.2011.180202
- Davis-Floyd, R. (2017). Creating the International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): Anthropologically Informed Activism. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 31(3), 223-228.
- Davis-Floyd, R. (2018a). *Ways of Knowing about Birth; Mothers, Midwives, Medicine & Birth Activism*. Illinois: Waveland Press.
- Davis-Floyd, R. (2018b). Open and Closed Knowledge Systems, the 4 Stages of Cognition, and the Cultural Management of Birth. *Frontiers in Sociology*, 3, 1-13. doi: 10.3389/fsoc.2018.00023
- Davis-Floyd, R. (2021). An Auto-Ethnographic Account of the Creation of the International Childbirth Initiative (ICI): 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. En L.J. Wallace, M.M. MacDonald y K.T. Storeng (eds.), *Anthropologies of Global Maternal and Reproductive Health: From Policy Spaces to Sites of Practice*. Springer.
- Davis-Floyd, R. y Cheyney, M. (2019). *Birth in Eight Cultures*. Illinois: Waveland Press.
- Davis-Floyd, R., Gutschow, K., y Schwartz, D.A. (2020). Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Med Anthropol*. 39(5), 413-427. doi: 10.1080/01459740.2020.1761804.
- Davis-Floyd, R. y Sargent, C. (1997). Introduction: The Anthropology of Birth. En R. Davis-Floyd y C. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* (pp. 1-51). California: University of California Press.
- Declercq, E., Barger, M., Cabral, H.J., Evans, S.R., Kotelchuck, M., Simon C.,... Heffner L.J. (2007). Maternal outcomes associated with planned primary caesarean births compared with planned vaginal births. *Obstetrics & Gynecology*, 109(3), 669-677. doi: 10.1097/01.AOG.0000255668.20639.40
- De Elejalde, R. (2017). ¿Se debería prohibir la integración vertical entre Isapres y Clínicas? *Revista Observatorio Económico, Universidad Alberto Hurtado*, 119, 5. Recuperado de <https://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2017/10/OE-sept-web-Final.pdf>
- De Elejalde, R. y Giolito, R. (2019a). Altas tasas de Cesáreas en Clínicas Privadas: ¿Una relación causal? *Revista Observatorio Económico, Universidad Alberto Hurtado*, 135, 4-5. Recuperado de https://fen.uahurtado.cl/wpcontent/uploads/2019/04/OE_marzo_2019.pdf
- De Elejalde, R. y Giolito, R. (2019b). *More hospital choices, more C-sections: evidence from Chile*. (Working Paper Series N° 0028). Recuperado de http://vox.lacea.org/files/Working_Papers/lacea_wps_0028_elejalde_giolito.pdf
- DEIS, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud, Chile. (s.f.). *Series y gráficos de Natalidad; Tasa global de fecundidad Chile, 1992-2011*. Recuperado de <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-natalidad/>
- De Jonge, A., Van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C.J., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G.,... Buitendijka, S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529

688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*, 116(9), 1177-84. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x

De la Maza, F.I. (24 de julio, 2020). ¿Parto respetado en medio de la pandemia?: Jaque a la autonomía de las mujeres. *Radio JGM*, Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile. Recuperado de <https://radiojgm.uchile.cl/la-autonomia-en-jaque-a-la-hora-de-acceder-a-un-parto-respetado-en-medio-de-la-pandemia/>

Deliktas, A. y Kukulku, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 263-278. doi: 10.1111/jan.13447

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel,... Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women & Birth*, 32(2), 99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004

De Vries, R., Benoit, C., Van Teijlingen, E.R. y Wrede, S. (2001). Introduction. En R. Devries, C. Benoit, E.R. Van Teijlingen y S. Wrede (eds.), *Birth by Design, Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. Reino Unido: Routledge.

Descartes, R. (2005) *Meditaciones metafísicas*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Díaz García, L.I., y Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*, 51, 123-143. doi: 10.4067/S0718-68512018005000301

Dides, C., y Fernández, C. (Eds.). (2016). *Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile, Estado de la Situación 2016*. Santiago: Corporación Miles Chile.

Dides, C., Soto, E., D'Angelo, A., Canales, J. y Fernández, C. (2018). *Aborto en Chile*. Santiago: Corporación Miles Chile.

Diniz, S.G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tesis doctoral, Faculdade de Medicina da USP.

Diniz, S.G. y Chacham, A.S. (2004). "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 100-110. doi: 10.1016/S0968-8080(04)23112-3

Diniz, S.G. y d'Oliveira, A.F. (1998). Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63(1), S33-S42. doi: 10.1016/S0020-7292(98)00182-9

Diniz, S.G., d'Orsi, E., Domingues, R.M.S.M., Torres, J.A., Dias, M.A.B., Schneck, C.A.,... Sandall, J. (2014). Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), S140-S153. doi: 10.1590/0102-311X00127013

Diniz S.G., Rattner D., d'Oliveira A.F., de Aguiar J.M. y Niy D.Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 19-35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019

Diniz S.G., Salgado H.O., Andrezzo H.F.A., Carvalho P.G.C., Carvalho P.C.A., Aguiar C.A., y Niy D.Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins,

- definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377–384. doi: 10.7322/jhgd.106080
- D'Oliveira, A.F., Diniz, S.G., y Schraiber, L.B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(9318), 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
- Donoso, E. y Carvajal, J. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. *Revista Médica de Chile*, 140, 1253-1262. doi: 10.4067/S0034-98872012001000003
- Dotson, K. (2011). Tracking epistemic violence, tracking practices of silencing. *Hypatia*, 26(2), 236-257. doi: 10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O.T., Bonet, M., y Gülmezoglu, A.M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(5), e0197791. doi: 10.1371/journal.pone.0197791
- Dudman, K. (2009). “¿Y cuándo te van a sacar la guagua?” *La medicalización del parto y nacimiento en salud privada en Chile*. Tesis de Magíster; Magíster en Estudios de Género y Cultura, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Dunn, P.M. (1999). The Chamberlen family (1560–1728) and obstetric fórceps. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 81, F232–F235.
- Durkheim, E. (1982). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid, España: Akal Editores.
- Edozien, L.C. (2005). Hysterectomy for benign conditions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7506), 1457–1458. doi: 10.1136/bmj.330.7506.1457
- Eguiguren, P. (31 de julio, 2019). Aborto en tres causales: obstáculos y deficiencias. *Palabra Pública*. Recuperado de <https://palabrapublica.uchile.cl/2019/07/31/aborto-en-tres-causales-obstaculos-y-deficiencias/>
- Ehrenreich, B. y English D. (1988). *Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras*. Barcelona, España: La Sal, Ediciones de Les Dones.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., y Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142–2153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
- El Parto es Nuestro. (s.f,a). *Dossier STOP Kristeller: riesgos para la madre y el bebé*. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-riesgos-para-la-madre-y-el-bebe>
- El Parto es Nuestro. (s.f,b). *Administración de oxitocina sintética*. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica>
- El Parto es Nuestro. (2016). *Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica*. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
- Escudero, T. (21 de enero, 2021). La COVID en el embarazo, el parto y la lactancia. O por qué es importante seguir protegiendo los derechos de las mujeres en pandemia. *Organización Nogracias*. Recuperado de <http://www.nogracias.org/2021/01/21/la-covid-en-el->

embarazo-el-parto-y-la-lactancia-o-por-que-es-importante-seguir-protegiendo-los-derechos-de-las-mujeres-en-pandemia-por-teresa-escudero/

- Espinoza, M. (21 de diciembre, 2017). La ofensiva del Colegio de Matronas para obstaculizar ley de Violencia Obstétrica. *Diario Universidad de Chile*. Recuperado de <https://radio.uchile.cl/2017/12/21/la-ofensiva-del-colegio-de-matronas-para-obstaculizar-ley-de-violencia-obstetrica/>
- Esteban, M.L. (2000). La maternidad como cultura. En E. Perdiguero y J. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 207-226). Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra.
- Farías M. y Oyarzún E. (2012). Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave*, 12(3), e5335. Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/5335>
- Farnell, B. (2018). Mindful Body. En H. Callan (Ed.), *The International Encyclopedia of Anthropology* (pp. 1-3). Wiley. doi: 10.1002/9781118924396.wbiea2264
- Femenías, M.L. (2003). *Butler: Introducción a su Lectura*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos.
- Fernández, O. y Sandoval, G. (22 de noviembre de 2014). Mujeres con seguro de salud privado prefieren la cesárea. *Diario La Tercera*.
- FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. (2015). Mother–baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(2), 95-99. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.002
- FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), IMBCO (International MotherBaby Childbirth Organization). (2018). *La Iniciativa Internacional de Parto (ICI): los 12 pasos para una atención de maternidad para MadreBebé-Familia segura y respetuosa*. FIGO e IMBCO.
- Figuroa, E. (2012). Política pública de educación sexual en Chile: actores y tensión entre el derecho a la información vs. la libertad de elección. *Estado, Gobierno y Gestión Pública*, 20, 105-131. doi:10.5354/0717-8980.2012.25861
- Figuroa, N. (18 de julio, 2019). Sancionar la violencia obstétrica no es una prioridad: los tres proyectos que el Congreso se ha negado a tramitar desde 2015. *El Desconcierto*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/2019/07/18/sancionar-la-violencia-obstetrica-no-es-una-prioridad-los-tres-proyectos-que-el-congreso-se-ha-negado-a-tramitar-desde-2015/>
- Firenze, A. (2016). El cuerpo en la filosofía de Merleau-Ponty. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, 5, 99-108. doi: 10.6018/daimon/270031
- Firth, R. (1936). *We, the Tikopia*. Londres.
- Font, L. C. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, 7(18), 129-45.

- Foucault, M. (2001). *El Nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1996). *La Vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Altamira.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad. Vol. 1*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2015). *Vigilar y castigar, el nacimiento de la prisión*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Frank, A. (1990). Bringing Bodies Back in: A Decade Review. *Theory, Culture and Society*, 7(1), 131-62. doi: 10.1177/026327690007001007
- Freedman, L.P. y Kruk, M.E. (2014) Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*, 384(9948), e42-e44. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X
- Freedman, L.P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C.E.,... Mbaruku, G. (2014). Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: a Research, Policy and Rights Agenda. *Bull World Health Organ*, 1(92), 915-917. doi: 10.2471/BLT.14.137869
- Freedman, L.P., Kujawski, S.A., Mbuyita, S., Kuwawenaruwa, A., Kruk, M.E., Ramsey, K., y Mbaruku, G. (2018). Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based Childbirth. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 107-122. doi: 0.1080/09688080.2018.1502024
- Freixas, M. (25 de noviembre, 2020). Parir en casa: Reparando las heridas de la violencia obstétrica. *El Desconcierto*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2020/11/25/25n-parir-en-casa-para-reparar-las-heridas-de-la-violencia-obstetrica.html#:~:text=La%20organizaci%C3%B3n%20Maternas%20Chile%2C%20formada,de%20los%20partos%20en%20domicilio>.
- Gaines, A. y Davis-Floyd, R. (2003). Biomedicine. En, Carol y Melvin Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology* (pp. 95-105) Yale: Human Relations Area Files.
- Geertz, C. (1989). *El Antropólogo como Autor*. Barcelona: Paidós.
- Geirsson, R.T. (2016). From half to a third: a step towards reducing unnecessary caesarean sections. *BJOG*, 123 (10), 1628. doi: 10.1111/1471-0528.14059
- Giacaman, P. y Saavedra, R. (2019). *Percepciones de mujeres sobre sus procesos de parto en hospitales públicos de la Región Metropolitana*. Tesis para optar al título de Sociología, Escuela de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales e Historia, Universidad Diego Portales.
- Girard, M. (1999). Episiotomy: a form of genital mutilation (correspondence). *Lancet* 354(9178): 595-596. doi:10.1016/S0140-6736(05)77947-2
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* 143, 774-786. doi: 10.4067/S0034-98872015000600011
- Goic, A. (1979). Salud en Chile: El problema de Fondo. *Revista Mensaje*, 282, 558-566.
- González, R. (2014). Chile, un buen lugar donde nacer: morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional. *Revista Med. Clin. Condes*, 25(6). doi: 874-878. 10.1016/S0716-8640(14)70633-9

- Gould, D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *J Adv Nurs.*, 31(2), 418-427. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01281.x
- Grekin, R., y O'Hara, M.W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003
- Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism*. London: Routledge.
- Grupo Ceres. (1981). *Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher*. Rio de Janeiro, Brasil: Brasiliense.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.
- Gupta J.K., Sood A., Hofmeyr G.J., y Vogel J.P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
- Guzmán, E. (2012). Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *Medwave*, 12(3), e5331. doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331
- Hadolt, B. (2000). The making and unmaking of the world: considerations on medical anthropologist's recent contributions to an anthropology of pain. *Vienesse Ethnomedicine Newsletter*, 2(2), 18-25.
- Hafferty, F. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407. doi: 10.1097/00001888-199804000-00013.
- Hafferty, F., y Franks R. (1994). The hidden curriculum, ethics, teaching and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, 861-71. doi: 10.1097/00001888-199411000-00001.
- Hahn, R. (1987). Divisions of Labor: Obstetrician, Woman, and Society in Williams Obstetrics, 1903-1985. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 256-282. doi: 10.1525/maq.1987.1.3.02a00030
- Hahn, R. y Gaines, A. (1982). An Introduction. En, A. D. Gaines y R. A. Hahn (Eds.), *Physicians of Western Medicine: Five Cultural Studies*. Culture, Medicine and Psychiatry, Edición especial 6(3).
- Hahn, R. y Kleinman, A. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, 12, 305-333. doi: 10.1146/annurev.an.12.100183.001513
- Haines, H.M., Rubertsson, C., Pallant, J.F., y Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(55). doi: 10.1186/1471-2393-12-55
- Hall, W.A., Hauck, Y.L., Carty, E.M., Hutton, E.K., Fenwick, J., y Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(5), 567-76. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

- Hawes, G. (2010). *Glosario básico para la modernización curricular*. Santiago: Universidad de Chile.
- Heather, J.H., Edgar, H. y Hunley, K. (2009). Race reconciled: how biological anthropologists view human variation. *American Journal of Physical Anthropology*, 139(1), 1-4. doi: 10.1002/ajpa.20995
- Held, V. (1989). Birth and death. *Ethics*, 99(2), 362-388.
- Higashi, R.T., Tillack, A., Steinman, M.A., Johnston, C.B., y Harper, M.G. (2013). The 'worthy' patient: rethinking the 'hidden curriculum' in medical education. *Anthropology & Medicine*, 20(1), 13-23. doi: 10.1080/13648470.2012.747595
- Hitos de la historia del MINEDUC (2017). *Revista de Educación*. Recuperado de <http://www.revistadeeducacion.cl/hitos-la-historia-del-mineduc/>
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5), S160-72. doi: 10.1067/mob.2002.121141
- Human Rights in Childbirth. (2020). *Human Rights Violations in Pregnancy, Birth and Postpartum During the COVID-19 Pandemic*. San Francisco: Human Rights in Childbirth.
- Huxley, A. (1932). *Un Mundo Feliz*. De Bolsillo, Barcelona.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Iliffe, R. (2000). The masculine birth of time: temporal frameworks of early modern natural philosophy. *The British Journal for the History of Science*, 33(4), 427-453. doi: 10.1017/S0007087400004209
- IMBCO, International MotherBaby Childbirth Organization. (2008). *La Iniciativa Internacional para el Parto MadreBebé: IMBCI*. Recuperado de http://imbc0.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_en_espanol.pdf
- INDH, Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile. (2016) *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. Santiago, Chile: INDH. Recuperado de <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>
- INE, Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2018). *Síntesis de resultados CENSO 2017*. Recuperado de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- INE, Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2019). *Anuario de estadísticas vitales 2017*. Recuperado de https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
- INSGENAR, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. (2008). *Con todo al Aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Cladem. Rosario, Argentina: Tucumán.
- Jackson, P.W. (1968). *Life in Classrooms*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Jewkes R. y Penn-Kekana L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849
- Jiang H., Qian X., Carroli G., y Garner P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Art. No.:* CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3
- Johnson, K. C. y Davis B. A. . (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 330, 1416. doi: 10.1136/bmj.330.7505.1416
- Jolivet, R.R., Warren, C.E., Sripad, P., Ateva, E., Gausman, J., Mitchell, K.,...Langer, A. (2020), Upholding Rights Under COVID-19: The Respectful Maternity Care Charter. *Health Hum Rights*, 22(1), 391-4.
- Jones, J.C. (2012). Idealized and Industrialized Labor: Anatomy of a Feminist Controversy. *Hypatia*, 27, 99-117. doi:10.1111/j.1527-2001.2011.01217.x
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- Jordan, B. (1987). The Hut and the Hospital: Information, Power and Symbolism in the Artifacts of Birth. *Birth*, 14(1), 36-40.
- Jordan, B. (2014). Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge in Complex Settings. *Online Journal of the International Research Association for Talent Development and Excellence (IRATDE)*, 6(1), 95-132.
- Jordan B. y Thatcher, A. (2009). Competing technologies in perinatal care, a call for dialogue between low- and high-tech practitioners. *Anthropology News*, 50(3), 5-6. doi:10.1111/j.1556-3502.2009.50305.x
- Kaempffer A.M. y Medina, E. (1982). La Salud Infantil en Chile durante la década del Setenta. *Revista Chilena de Pediatría*, 53(5), 468-480. doi: 10.4067/S0370-41061982000100055
- Kaempffer, A.M. y Medina, E. (2006). Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(5), 492-500. doi: 10.4067/S0370-41062006000500007
- Kalström, A., Rådestad, I., Eriksson, C., Rubertsson, C., Nystedt, A., y Hildingsson, I. (2010). Cesarean birth without medical reason, 1997 to 2006: A Swedish register study. *Birth*, 37(1), 11-20. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00373.x.
- Kandela P. (1999). Sketches from The Lancet: clitoridectomy. *Lancet*, 353, 1453. doi: 10.1016/S0140-6736(05)75985-7.
- Keag O.E., Norman J.E. y Stock S.J. (2018) Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1), e1002494. doi: 10.1371/journal.pmed.1002494

- Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M.A., Roseman, M., y J.N. Erdman. (2016). International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health Hum Rights*, 18(2), 131–143.
- Kitzinger, S. (1962). *The Experience of Childbirth*. Londres: Gollancz Press.
- Kitzinger, S. (1978). *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*. Nueva York: Random House.
- Kitzinger, S. (1981). *Episiotomy: Physical and Emotional Aspects*. National Childbirth Trust.
- Kitzinger, S. (1997). Authoritative Touch in Childbirth: a Cross-Cultural Approach. En R. Davis-Floyd y C. Sargent (Eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* (pp. 209-232). California: California Press.
- Kitzinger, S. (2006). Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 544-545. doi: 10.12968/bjom.2006.14.9.21799
- Kitzinger, S. (2011). *Rediscovering Birth*. Londres: Pinter & Martin Ltd.
- Kitzinger, S. (2012). *Birth & Sex. The power and the passion*. Londres: Pinter & Martin.
- Kleinman, A. (2012). Caregiving as moral experience. *Lancet*, 380(9853), 1550-1. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61870-4.
- Kleinman, A., Brodwin, P.E., Good, B.J., y DelVecchio Good, M.J. (1992). Pain as human experience: an introduction. En M.J. DelVecchio Good, P.E. Brodwin, B.J. Good, y A. Kleinman (Eds.), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective* (pp. 1-27). University of California Press.
- Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C.X., Aguilera, H., y Ahlers I. (2012) Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: a Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS ONE*, 7(5), e36613. doi:10.1371/journal.pone.0036613
- Koukal, D. R. (2009). Torture. *International Journal of Applied Philosophy*, 23 (2), 305-14. doi: 10.5840/ijap200923222
- Kristeller's manoeuvre (2011). Segen's Medical Dictionary. *The Free Dictionary*. Recuperado de <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Kristeller%e2%80%99s+manoeuvre>
- Kurki, H. (2011). Pelvic dimorphism in relation to body size and body size dimorphism in humans. *Journal of Human Evolution*, 61, 631-643. doi: 10.1016/j.jhevol.2011.07.006
- Kurki, H. (2013a). Bony pelvic canal size and shape in relation to body proportionality in humans. *American Journal of Physical Anthropology*, 151, 88–101. doi: 10.1002/ajpa.22243
- Kurki, H. (2013b). Skeletal variability in the pelvis and limb skeleton of humans: does stabilizing selection limit female pelvic variation? *American Journal of Physical Anthropology*, 25, 795–802. doi: 10.1002/ajhb.22455
- La ola feminista que remece a Chile: un movimiento social contra el acoso y la violencia de género. (24 Mayo 2018). *El Mostrador*. Recuperado de <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/05/24/la-ola-feminista-que-remece-a-chile/>

- Lagarde, M. (1994). *Democracia genérica*. México, REPEM México y Mujeres para el Diálogo.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: UNAM.
- Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtner, C. y Visser, G.H. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *Int J Gynecol Obstet*, 146, 65-73. doi:10.1002/ijgo.12844
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., y Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC medicine*, 6, 7. doi:10.1186/1741-7015-6-7
- Le Breton, D. (1999a). *Las Pasiones ordinarias: Antropología de las Emociones*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Le Breton, D. (1999b). *Antropología del Dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Le Breton, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Leiva, G. (2016). La formación de la matrona y su contribución a la atención a la maternidad en Chile. En R. Escuriet (Coord.), *La atención a la maternidad en diferentes países la contribución de la comadrona* (pp. 32-35). Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.
- Leiva, G., Sadler, M., López, C., Quezada, S., Flores, V., Sierra, C., Díaz, S. y Figueroa, C. (2021) Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz - La Florida Hospital in Santiago, Chile. *Front. Sociol.*, 6, 614021. doi: 10.3389/fsoc.2021.614021
- Leiva, L. y González, K. (8 de mayo, 2017). Costo base de un parto en clínicas fluctúa entre \$1 millón y \$7 millones. *La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/noticia/costo-base-parto-clinicas-fluctua-1-millon-7-millones/>
- León, R. y Meza, S. (2018). *Brecha en el uso de internet: una expresión de la exclusión social*. Fundación País Digital, Santiago de Chile. Recuperado de: <https://s3.amazonaws.com/paisdigital/wp-content/uploads/2020/02/03161635/Brecha-en-el-uso-de-Internet-una-expresi%C3%B3n-de-la-exclusion-social-Estudio-completo-web.pdf>
- Ley N° 20.418 (2010). Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Diario Oficial de la República de Chile, 28 de enero de 2010.
- Ley N° 20.379 (2009). Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”. Diario Oficial de la República de Chile, 12 de septiembre de 2009.
- Ley N° 20.584 (2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial de la República de Chile, 24 de abril de 2012.

- Liese, K., y Davis-Floyd, R. (2021, en prensa). Obstetric Iatrogenesis in the United States: The Spectrum of Disrespect, Violence, and Abuse. En E. Varley y S. Varma (Eds.) *Special journal issue on "Medicine's Shadownside"*. Anthropology & Medicine.
- Llanos C. y Lanfranco M.F. (2017). La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico política. *Anuario de Estudios Americanos*, 74(2), 675-703. doi: 10.3989/aeamer.2017.2.10
- Lock, M. (1991). Contested Meaning of the Menopause. *Lancet*, 337, 1270-1291. doi: 10.1016/0140-6736(91)92931-q.
- Lock, M. (1993). *Encounters with Ageing: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, M. y Farquhar, J. (2007). *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*. Durham: Duke University Press; 2007.
- Lock, M. y Nguyen V.K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Lokugamage, A. (2011). Fear of Home Birth in Doctors and Obstetric Iatrogenesis. *International Journal of Childbirth*, 1(4), 263-272. doi: 10.1891/2156-5287.1.4.263
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London: Routledge.
- Lyerly, A. (2006). Shame, Gender, Birth. *Hypatia*, 21(1), 101-118. doi: 10.1111/j.1527-2001.2006.tb00967.x
- Machado, C.M. (2018). *Su cuerpo y otras fiestas (Her Body and Other Parties, traducción al español de Laura Salas)*. Barcelona: Anagrama.
- Macintyre, A., Montero, A., y Sagbakken, M. (2015). From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*, 15, 945. doi: 10.1186/s12889-015-2253-9
- Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Tesis de maestría; Universidad de la República (Uruguay), Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología.
- Malinowski, B. (1975). Confesiones de ignorancia y fracaso. En J. Llobera (Ed.), *La Antropología como Ciencia*. Barcelona: Anagrama.
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11 (22), 111-127.
- Marcus, G. (2008). El o los fines de la etnografía: del desorden de lo experimental al desorden de lo barroco. *Revista de Antropología Social*, 17, 27-48.
- Márquez, Y. (2019) *Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile; percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según las mujeres y matronas*. Tesis para optar al grado de Magister en Antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.

- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs, Journal of Women in Culture and Society*, 16(31), 485-501. doi: 10.4324/9781315094106-22
- Martin, K. A. (2003). Giving birth like a girl. *Gender and Society*, 17(1), 54-72. doi: 10.1177/0891243202238978
- Martínez, M.L. y Chamorro, E. (2011). *Historia de la Enfermería, Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona: Elsevier España.
- Martínez-Hernández, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. España: Anthropos.
- Martínez Marín, M.P. y Gallardo Cuadra, I. (2018). Explicaciones no atendidas sobre las brechas de género en la enfermedad cardiovascular ¿Cómo entender diferencias de género en el infarto de miocardio? *Rev. Med. Chile*, 146 (8), 921-926. doi: 10.4067/S0034-98872018000800921
- Massó Guijarro, E. (2015). Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial. *Dilemata*, 7(18), 185-223. Recuperado de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/379>
- Mauss, M. (1979). *Sociology and Psychology: Essays by Marcel Mauss*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P.J., Brinton, R.D., Carrero, J.J., DeMeo, D.L.,... Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*, 396(10250): 565-582. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0
- Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N.H., Bonotti, A.M., Gibbons, L., Sánchez, A.J., y Belizán, J.M. (2011). Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*, 118(4), 391-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x
- Mead, M. y Newton, N. (1967). Cultural Patterning of Perinatal Behaviour. En S. Richardson y A.F. Guttmacher (Eds.), *Childbearing: Its social and Psychological aspects* (pp. 142-244). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Medina, J. (2017). Varieties of Hermeneutical Injustice. En I. Kidd, J. Medina y G. Polhaus (Eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Routledge.
- Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s.f,a). *La asistencia médica del parto en Chile, 1834-1940, Formación de matronas*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-92373.html>
- Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s.f,b). *Madres solteras, trabajo y protección estatal (siglo XX)*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-printer-100695.html>
- Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. (s.f,c). *La asistencia médica del parto en Chile, 1834-1940, Medicalización del parto*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-92376.html>
- Méndez, J. E. (2016). *UN Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (UN Doc. No. A/HRC/31/57). Recuperado de <https://digitallibrary.un.org/record/793910>

- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata. CIESAS.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata 86. México: CIESAS.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coectiva*, 8(1), 185-207.
- Merleau-Ponty, M. (1975) *Fenomenología de la Percepción*. España: Península.
- Michelet, Jules. (1989). *Historia del Satanismo y la Brujería*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- Miles, M. y Huberman, M. (1994). Data management and analysis methods. En N. Denzin e Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 428-44.). Sage.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D.,... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388(10056), 2176-2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (1997). *Programa Salud de la Mujer*. División Salud de las Personas, MINSAL.
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. (Serie cuadernos modelos de atención N°1). Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL, Chile. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2008) *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2013). *Guía Clínica AUGE, Analgesia del Parto*. (Serie guías clínicas). Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Analgesia-del-Parto.pdf>
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2015). *Guía Perinatal*. Recuperado de http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.
- Montes, M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis (PhD). Facultat de Lletres, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.
- Moore, H. (1988). *Feminism and Anthropology*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Moraloglu, O., Kansu-Celik, H., Tasci, Y., Karakaya, B. K., Yilmaz, Y., Cakir, E., y Yakut, H. I. (2017). The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. *The Journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 30(2), 245–249. doi: 10.3109/14767058.2016.1169525
- Morelli, G. (2015). The evolution of attachment theory and cultures of human attachment in infancy and childhood. En Jensen (Ed.), *Handbook of Human Development and Culture: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 149-164). Oxford University Press.
- Mumtaz, Z., Salway, S. (2009). Understanding gendered influences on women's reproductive health in Pakistan: Moving beyond the autonomy paradigm. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1349-1356. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.025
- Muñoz-Dueñas, C., Contreras-García, Y., y Manríquez-Vidal, C. (2018). Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(6), 586-595. doi: 10.4067/S0717-75262018000600586
- Muñoz, H. (2001). Humanización de la atención obstétrica y la calidad total. En H. Muñoz, A.M. Kaempffer, R. Castro y S. Valenzuela (Eds.), *Nacer en Chile en el s. XXI, de Vuelta a lo Humano* (p. 225-233). Santiago, Chile: MINSAL-Universidad de Chile.
- Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R., y Valenzuela, S. (2001). *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago, Chile: MINSAL-Universidad de Chile.
- Muñoz, H., Opazo, D., González, R.I., Lareé M.E., Muñoz, L., y Vásquez, M. (2001). Historia de la Atención Obstétrica. En H. Muñoz, A.M. Kaempffer, R. Castro y S. Valenzuela (Eds.), *Nacer en Chile en el s. XXI, de Vuelta a lo Humano* (p. 53-86). MINSAL-Universidad de Chile.
- Murray, M. (2012). Childbirth in Santiago de Chile. Stratification, Intervention and Child centeredness. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(3), 319-337. doi: 10.1111/j.1548-1387.2012.01221.x
- Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*, 321, 1501-1505. doi: 10.1136/bmj.321.7275.1501
- Murray, S. y Elston, M.A. (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 701-721. doi: doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00470.x
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, Septiembre de 1994) (A/CONF.171/13), Nueva York.
- Newman, L.F. (1965). *Culture and Perinatal Environment in American Society*. PHD in Anthropology, dissertation. University of California, Berkeley.
- Nguyen, U.T.D., Rothman, K.J., Demissie, S., Jackson, D.J., Lang, J.M. y Ecker, J.L. (2010). Epidural analgesia and risks of caesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 705–712. doi: 10.1007/s10995-009-0515-9.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellency. (2014, actualizado feb. 2017). *Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical Guideline* (CG 190). UK: NICE.

Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

- Nowak, M. (2008). *UN Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development, focusing on the protection of women from torture.* (Doc No A/HRC/7/3). Recuperado de <https://digitallibrary.un.org/record/618262?ln=es>
- Nuñez, P. (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Prof.*, 15 (2): 43-49.
- Obach, A., Sadler, M. y Jofré, N. (2017). Necesidades en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev. Salud Pública*, 19 (6), 852-858. doi: 10.15446/rsap.v19n6.70023
- Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., y Bernales, M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-7. doi: 10.26633/RPSP.2018.124
- Obach, A., Sadler, M., y Aguayo F. (2011). *Previniendo la violencia con jóvenes: Talleres con enfoque de género y masculinidades. Manual para facilitadores y facilitadoras.* CulturaSalud / SENAME. Recuperado de <https://www.eme.cl/manual-previniendo-la-violencia-con-jovenes-talleres-con-enfoque-de-genero-y-masculinidades/>
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014, Chile en comparación.* Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017a) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* Paris: OECD Publishing.
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017b). *Reviews of public health: Chile, a healthier tomorrow.* Paris: OECD Publishing.
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators.* Paris: OECD Publishing.
- O'Connell, H.E., Sanjeevan, K.V., y Hutson, J.M. (2005). Anatomy of the clitoris. *J Urol.*, 174(4 Pt 1), 1189-95. doi: 10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd
- O'Connell, M.A., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., Kenny, L.C., O'Neill, S.M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 96 (8), 907-920. doi: 10.1111/aogs.13138.
- Odent, M. (2009). *El bebé es un mamífero.* Obstare.
- Olavarría, J. (2008). Madres y Padres Matriculados en el Sistema Escolar Chileno: Factores Asociados al Rendimiento, Retención y Deserción. *FONIDE N°: 294, CEDEM /UNAP.* doi: 10.13140/2.1.3965.4721
- Olza Fernández, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *C. Med. Psicosom*, 111, 79-83.

- Olza Fernández, I. (2008). ¿Humanizar el parto? Una reflexión sobre la violencia sanitaria. En M.J. Blázquez García (Ed.) *Maternidad y ciclo vital de la mujer* (pp. 113-120). Pressas Universitarias de Zaragoza.
- Olza Fernández, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S.I., Spyridou, A.,... Nieuwenhuijze, M.J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8, e020347. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020347
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1985). Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento. *Lancet*, 2, 436-437.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2014). *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2015a). *Trends in Maternal Mortality 1990-2015: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO Publications.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Resumen de orientación (español). Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2020a). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance 13 March; WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4 Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth* Geneva, Switzerland: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2020c). Every woman's right to a companion of choice during childbirth. Recuperado de: <https://www.who.int/news/item/09-09-2020-every-woman-s-right-to-a-companion-of-choice-during-childbirth>.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2021). COVID-19 Clinical management. Living guidance 25 January 2021; WHO/2019-nCoV/clinical/2021.1. Recuperado de: <file:///C:/Users/color/Downloads/WHO-2019-nCoV-clinical-2021.1-eng.pdf>

- OMS y UNICEF. (1990). *Declaración de Innocenti Sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna*. Recuperado de <https://www.unicef-irc.org/files/documents/d-3231-Innocenti-Declaration-200.pdf>
- OMS y UNICEF. (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23926623/>
- OMS y UNICEF. (2018). *Ten steps to successful breastfeeding* (updated 2018). Recuperado de <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
- OPS, Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*. Washington: OPS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/20184-Mutilacion.pdf>
- Ortiz, M. (1998). Hacia una antropología implicada. Una propuesta de discusión. *Antropológicas, Edicao Especial*, pp. 133-137. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/antropologicas/article/view/1075/864>
- Ortner, S. (1979). ¿Es la Mujer con respecto al Hombre lo que la Naturaleza con respecto a la Cultura? En O. Harris y K. Young (Comps), *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- Osamor, P.E., Grady, C. (2016). Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. *International Journal of Women's Health*, 8, 191–202. doi: 10.2147/IJWH.S105483
- OVO Chile, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago de Chile. Recuperado de <https://ovochile.cl/descarga-resultados-primer-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>
- OVO Chile, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2020a). *Declaración pública sobre Covid-19 y nacimientos en Chile, 1º de abril 2020*. Recuperado de <http://ovochile.cl/declaracion-publica-sobre-covid-19-y-nacimientos-en-chile>
- OVO Chile, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2020b). OVO Chile junto a diputadas y diputado de oposición denuncian vulneración del derecho a acompañamiento de las mujeres durante el parto, 11 dic. 2020. Recuperado de: <http://ovochile.cl/uncategorized/ovo-chile-junto-a-diputadas-y-diputado-de-oposicion-denuncian-vulneracion-del-derecho-a-acompanamiento-de-las-mujeres-durante-el-parto/>
- OVO Chile, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2021). Ante alza de casos de violencia obstétrica durante la pandemia se solicita apresurar discusión de proyecto de ley de Parto Respetado. Recuperado de <http://ovochile.cl/noticias/ante-alza-de-casos-de-violencia-obstetrica-durante-la-pandemia-se-solicita-apresurar-discusion-de-proyecto-de-ley-de-parto-respetado/>
- OVO Chile reporta faltas de respeto y dignidad en atención de partos (27 de junio, 2018). *Diario Universidad de Chile*. Recuperado de <https://radio.uchile.cl/2018/06/27/ovo-chile-reporta-faltas-de-respeto-y-dignidad-en-atencion-de-partos/>
- Oyarzún E. y Poblete J. (2013). *Alto Riesgo Obstétrico*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Paciornik, M. (1998). *Parto en Cuclillas*. Buenos Aires, Argentina: Dunken.
- Pagola Davis, P. y Sadler, M. (10 a 13 de octubre, 2014). *Educación prenatal en salud privada en Chile y su impacto en el nacimiento*. Poster presentado en el 9th International Normal Labour & Birth Research Conference, Buzios, Brasil.
- Palma, I., Reyes, D., Moreno, C. (2013). Educación sexual en Chile: Pluralismo y libertad de elección que esconde una propuesta gubernamental conservadora. *Docencia*, 49, 14-24.
- Palma, M. (1992). *La mujer es puro cuento. Feminidad aborigen y mestiza*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo.
- Pascali-Bonaro, D. (2008). *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* [documental]. Sunken Treasure.
- Pérez-Escamilla, R., Martínez, J. y Segura-Pérez, S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 402-417. doi: 10.1111/mcn.12294
- Pérez Sánchez, A. (1999). *Obstetricia*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Pérez Sánchez, A. y E. Donoso. (2011). *Obstetricia*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Peters, L.L., Thornton, C., de Jonge, A., Khashan, A., Tracy, M., Downe, S.,... Dahlen H.G. (2018). The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth*, 45(4), 347-351. doi: 10.1111/birt.12348
- PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2016). *Apoyo del PNUD para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York, Estados Unidos: PNUD. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/poverty-reduction/undp-support-to-the-implementation-of-the-2030-agenda.html>
- Purandare, C. y Adanu, R. (2015). The unfinished agenda of women's reproductive health. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 131(Sup.1), S1-S2. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.025
- Quattrocchi P. y Magnone N. (comps.). (2020). *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo. EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506
- Rabeharisoa, V., Moreira, T., y Akrich, M. (2014). Evidence-based activism: patients', users' and activists' groups in knowledge society. *Biosocieties*, 9(2), 111-28. doi: 10.1057/biosoc.2014.2
- Raphael, D. (1975). *Women and Reproduction*. The Hague: Mouton.
- Ramírez, C. (2015). *Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo*. Memoria para optar al Título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Rattner, D. (2008). Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface*, 13(1), 385-392.

- Rattner, D., Leitte dos Santos, M.; Lessa, H.; y Diniz, S.G. (2010). ReHuNa -A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 4(4), 215-228. doi: 10.18569/tempus.v4i4.849
- Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cerizzo, M., Vannacci, A. (2018). Sociodemographic characteristics of women participating to the LOVE-THEM (Listening to Obstetric Violence Experiences Through Enunciations and Measurement) investigation in Italy. *Data in Brief*, 19, 226-229. doi: 10.1016/j.dib.2018.04.146
- Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica. (8 de marzo, 2016). *Declaración conjunta*. Recuperado de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/declaracion_intero.pdf
- ReHuNa, Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, Brasil. (2005). Carta de Campinas. En D. Rattner y B. Trench B. (Eds.) *Humanizando Nascimentos e Partos*. Sao Paulo, Brasil: Editora Senac.
- Reiger, K. y Dempsey, R. (2006). Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review*, 15, 364-373.
- Reischmann, P., Risi, C., Serrano, N. (2015). *Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2003–2014*. Seminario de grado para optar al grado de licenciado, Escuela de Obstetricia y Puericultura, USACH, Chile.
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. GORBV, Sept. 1738.668. Recuperada de <http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>
- Reyes D. (2016) La gestión de la educación sexual en el marco de una política desacoplada. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Chile. Recuperada de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/15282>
- Reyes, D., Villagrán, J., y von Marées. (2018). *Experiencias en la docencia médica de pregrado en la Universidad de Chile: Caso Ginecología-Obstetricia, una perspectiva desde los derechos de las mujeres*. Trabajo presentado en la Semana de la Docencia 2018 de la Universidad de Chile (23 al 27 de julio de 2018). Recuperado de http://www.plataforma.uchile.cl/semanadeladocencia/archivos/2_MARTES_24_JULIO_2018/Ed_sesis ta_Gine_Obstetra.pdf
- Rhodes, L.A. (1996). Studying biomedicine as a cultural system. En C. Sargent y T. Johnson. (Eds). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Practice* (pp. 165-180). Connecticut: Praeger.
- Rivera, M. (2016). *“Entre Decidir y Acatar”*: Trayectorias de gestación y parto en salud privada. Memoria para optar al título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Rodríguez, C. (2009). *Pariremos con placer, apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia, España: Ediciones Crimentales.
- Rojas Mira, C. (1994). Historia de la Política de Planificación Familiar en Chile: un Caso Paradigmático. *Debate Feminista*, 10, 185-214.

- Rojas, G., Eguiguren, P., Matamala, M.I., Palma, I., y Gálvez, T. (2017). Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 41, e77. doi:10.26633/RPSP.2017.77
- Rosabal-Coto, M., Quinn, N., Keller, H., Vicedo, M., Chaudhary, N., Gottlieb, A.,... Morelli, G. (2017). Real-World Applications of Attachment Theory. En Keller y Bard (Eds.), *The Cultural Nature of Attachment: Contextualizing Relationships and Development* (pp.335-354). Cambridge: MIT Press.
- Rothman, B.K. (1982). *In Labour: Women and Power in the Birthplace*. New York: W. W. Norton.
- Rothman, B.K. (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in Patriarcal Society*. New York: W.W. Norton.
- Rothman, B.K. (2016). *A Bun in the Oven, How the Food and Birth Movements Resist Industrialization*. New York University Press.
- Rubashkin, N., Torres, C., Escuriet, R., y Ruiz-Berdún, M.D. (2019). “Just a little help”: A qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. *Birth*, 46(3), 517–522. doi: 10.1111/birt.12424
- Ruiz-Berdún, D. y Martín-Alcaide, R. (2018). La importancia del género en la historia de la atención al parto: la incorporación de los hombres a la profesión de matrona en España. *LLULL, Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 41(85), 191-216.
- Rylko-Bauer, B., Whiteford, L. y Farmer, P. (2009). Coming to Terms with Global Violence and Health. En Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer (Eds.), *Global Health in Times of Violence* (pp.3-16). Santa Fe: School for Advanced Research Press.
- Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Memoria para optar al Título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Sadler, M. (2004). “Los Hombres también se emocionan”: *Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Sadler, M. (2007). Los hombres también se emocionan; hacia la construcción de masculinidades presentes. *Rev GPU (Gaceta de Psiquiatría Universitaria)*; Año 3; Volumen 3, Nº 4: 437-449.
- Sadler, M. (2009). *Guía para profesionales de atención de salud “Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile”*. (Resultado de proyecto FONIS SA06I20034). Universidad de Chile, Departamento de Antropología. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/FONIS.pdf>
- Sadler, M. (2013). Una aproximación a la antropología de la reproducción. En A. Mackenna (Ed.), *Reproducción Humana e Infertilidad* (pp. 19-25). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Sadler M. (2016) Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33, 45-57. doi: 10.5354/0719-1472.2016.43388

- Sadler M. (2018). Cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. En M. Cordero Fernández, P. Moscoso-Flores y A. Viu (eds.), *Rastros y Gestos de las Emociones; Desbordes Disciplinarios* (pp. 199-245). Santiago: Cuarto Propio.
- Sadler, M. (2020). Despertando las metáforas que dormían en la ciencia (Prólogo). En P. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. VII-XXI). Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo. doi: 10.18294/9789874937506
- Sadler, M. y Díaz, S. (2017). *La Historia Ilustrada de un Embarazo*. Santiago, Chile: Catalonia.
- Sadler, M. y Leiva, G. (2015) *Cesáreas en Chile (V): El negocio del nacimiento*. CIPER. Centro de Investigación Periodística. Recuperado de <http://ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-elnegocio-del-nacimiento/>
- Sadler, M. y Leiva, G. (2016). Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. En B. Cabieses et al. (Eds.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones* (pp. 61-77). Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo.
- Sadler M., Leiva G., y Olza I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). doi: 10.1080/26410397.2020.1785379
- Sadler, M., Leiva, G., Perello, A., y Schorr, J. (2018). Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 2(1), p. 24-29.
- Sadler M., Leiva G., y Gómez R. (2021). Childbirth in Chile: Winds of Change. En K. Gutschow, R. Davis-Floyd y B.A. Daviss (Eds.) *Sustainable Birth in Disruptive Times* (pp. 131-144). Springer. doi: 10.1007/978-3-030-54775-2_9
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X. y Biggs, A. (2011). Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago de Chile: CulturaSalud / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463deo4001011e011b94.pdf>
- Sadler, M. y Rivera, M. (2015). El temor al parto: “Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos”. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72. Recuperado de www.revistacontenido.com/wp-content/uploads/2015/12/RC6-Sadler-Michelle-y-Rivera-Magdalena-El-temor-al-parto.pdf
- Sadler M., Santos M., Ruiz-Berdún D., Leiva Rojas G., Skoko E., Gillen P. y Clausen J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Sáez, M. (2014). *El dilema obstétrico en la evolución humana desde la perspectiva paleoantropológica*. Informe de práctica profesional, Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

- Salazar, C. (2013). *Descripción de los mecanismos de pago de las reformas financieras y la percepción de los gestores de salud*. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, Universidad Mayor.
- Salinas, H., Naranjo, B., Pastén, J., y Retamales, B. (2007). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 18, 168-78.
- Salvo, V. (16 de mayo, 2018) Protestas feministas: Los movimientos contra el abuso y la desigualdad de género que se han tomado la escena mundial. *Emol*. Recuperado de <https://www.emol.com/noticias/Internacional/2018/05/16/906290/Manifestaciones-feministas-Los-movimientos-contra-el-abuso-y-las-desigualdades-de-genero-que-se-han-tomado-la-escena-internacional.html>
- Sánchez, D. (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el Análisis Crítico del Discurso. En M.J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo y M.D. Sánchez (Eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (pp. 161-184). Barcelona: Icaria, Colección Antrazyt.
- Sánchez M. y Serrano X. (1997). *Ecología infantil y maduración humana, en la senda de W. Reich*. Valencia: Publicaciones Orgón.
- Sandall, J., Tribe, R.M., Avery, L., Mola, G., Visser, G.H., Homer, C.S.,... Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, 13;392(10155), 1349-1357. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5.
- Sandoval, C. (1996). La formulación y el diseño de los procesos de investigación social cualitativos. En C. Sandoval (Ed.). *Investigación cualitativa* (pp. 111-128). Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.
- Savage, V. y Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*, 14(1), 138. doi: 10.1186/s12978-017-0403-5.
- Scamell, M. (2011). The swan effect in midwifery talk and practice: a tension between normality and the language of risk. *Sociol Health Illn.*, 33(7), 987-1001. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01366.x
- Scheper-Hughes N. (1995). The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology. *Current Anthropology*, 36(3), 409-440.
- Scheper-Hughes N., Lock M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Scott, J. (1994). The Evidence of Experience. En A. Davidson et al. (Eds.), *Questions of Evidence: Proof, Practice and Persuasion Across the Disciplines*. Chicago: University of Chicago Press.
- Semaan, A., Audet, C., Huysmans, E., Afolabi, B., Assarag, B., Banke-Thomas, A.,...Benova, L. (2020). Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 5 (6), e002967. doi:10.1136/bmjgh-2020-002967

- Seremetakis, C.N. (1998). Durations of pains, a genealogy of pain. En J. Frykman, N. Seremetakis, S. Ewert (Eds.), *Identities in Pain* (pp. 151-168). Lund, Sweden: Nordic Academic Press.
- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En N. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-29). Instituto de Salud Colectiva. Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506.
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M.A., Vogel, J.P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V.,... Gülmezoglu, A.M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*, 125(8), 932-942. doi: 10.1111/1471-0528.15015
- Sheen, K., y Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs*, 27, 2523-2535. doi: 10.1111/jocn.14219
- Sheperd, L.J. (1993). *Lifting the Veil: The Feminine Face of Science*. Boston: Shambala Publications.
- Sibrian, N. (2020). Chile Crece Contigo: un programa puesto a prueba por mujeres Gestantes. En N. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 145-169). Instituto de Salud Colectiva. Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506.
- Šimonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. (Doc. N° A/74/137). Recuperado de <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
- Simpson, M., Catling, C. (2016) Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth*, 29(3), 203-207. doi:10.1016/j.wombi.2015.10.009
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., y Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 96. doi: 10.1186/s12884-019-2241-7
- Smart, C. (1996). Deconstructing motherhood. En Silva (Ed.), *Good enough Mothering? Feminist Perspectives on Lone Motherhood* (pp.37-57). Londres: Routledge.
- Smith, H. (2013). Better Births Initiative in South Africa. *British Journal of Midwifery*, 11(8). doi:10.12968/bjom.2003.11.8.11680
- Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marin, M., Cabrera, J., Da Costa, M., y Araneda, C. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev. chil. obstet. Ginecol*, 71(2), 98-103. doi: 10.4067/S0717-75262006000200005
- Souza E.M., Michaliszyn P.R., y Cunha M.F.O. (1992). *Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade, violência nas ações de saúde*. Cadernos Cefor.
- Stoll K., Downe S., Edmonds J., Gross M., Malott A., McAra-Couper J., Sadler M., y Thomson G. (2020). A survey of university students' preferences for midwifery care and community birth options in eight high-income countries. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 131-141. doi: 10.1111/jmwh.13069

- Stoll, K., Edmonds, J., Sadler, M., Thomson, G., McAra-Couper, J., Swift, E.M.,... Downe, S. (2019). A cross-country survey of attitudes toward childbirth technologies and interventions among university students. *Women and Birth*, 32(3), 231-239. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.025
- Stoll, K., Hall, W.A. (2013). Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qual Health Res* 23, (11), 1495-505. doi: 10.1177/1049732313507501.
- Stoll, K., Hauck, Y.L., Downe, S., Payne, D., Hall, W.A. & International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team. (2017). Preference for cesarean section in Young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reproductive Health*, 14, 116. doi: 10.1186/s12978-017-0354-x
- Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., y Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(3), 318-324. doi: 1111/aogs.12072.
- Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL, Gobierno de Chile. (9 de noviembre de 2018). *Identificación Clínico Sanitaria de las Intervenciones en los Partos Naturales y los por Cesárea* (Licitación Pública ID 757-120-L118 DIPLAS. 02661).
- Summer, M., Holmström, I., Håkansson, J., Breitholtz, A., Moniri, F., Skogevall, S., Skoglund, K., y Rasool, D. (2020). Paradoxes of person-centred care: A discussion paper. *Nursing Open*, 7(5), 1321-1329. doi: 10.1002/nop2.520
- Suprema ordena disolución de asociación de ginecólogos de Ñuble por colusión. (7 de enero, 2016). *Emol*. Recuperado de www.emol.com/noticias/Nacional/2016/01/07/767378/Suprema-ordena-disolucion-de-asociacion-de-ginecologos-de-Nuble-por-colusion.html
- Szot, J. (2002). Reseña de la Salud Pública Materno-Infantil Chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(2), 129-135. doi: 10.4067/S0717-75262002000200009
- Tapia Olmos, J. (2015). *Revisión histórica y legislativa del derecho a la salud en Chile*. Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile, Facultad De Derecho Departamento de Derecho Público.
- Terán P., Castellanos C., González M. y Ramos D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-80.
- Tezanos, S. (1987). *Breve Historia de la Medicina Universal*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Thomson, G. y Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273. doi: 10.1080/01674820802545453.
- Todas las Mujeres, Todos los Niños. (2015). Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030): sobrevivir, prosperar, transformar. Todas las Mujeres, Todos los Niños. Recuperado de https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/ewec_gsupdate_full_es_2017_web.pdf
- Torres-Quevedo, R. (2016). Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. *Revista chilena de cirugía*, 68(4), 279-280. doi: 10.1016/j.rchic.2016.05.001
- Turner, B. (1987). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage Publications.

- Turner, B. (1989). *El Cuerpo y la Sociedad, exploraciones en Teoría Social*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Turner, T. (1994). Bodies and Anti-Bodies; Flesh and Fetish in Contemporary Social Theory. En T. Csordas (Ed.), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self* (pp. 27-47). Cambridge: Harvard University Press.
- Una de cada cuatro mujeres sufrió violencia física en hospitales. (11 de junio, 2018). *El Dínamo*. Recuperado de <https://www.eldinamo.cl/nacional/2018/06/11/una-de-cada-cuatro-mujeres-sufrio-violencia-fisica-en-hospitales/>
- UNICEF. (2018). *Levels and trends in child mortality, Report 2018*. Nueva York: UNICEF.
- Universidad de Chile. (2018). *Modelo Educativo de la Universidad de Chile*. Santiago: Universidad de Chile, Vicerrectoría de Asuntos Académicos. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151685/Modelo-educativo-Universidad-de-Chile-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Uribe, C. (2018). Como avanzar en consenso hacia las modalidades de parto y nacimiento integral. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(6), 551-552. doi: 10.4067/S0717-75262018000600551
- Uribe, C., Contreras, A., Villarroel, L., Rivera, S., Bravo, P., y Cornejo, M. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 4-10. doi: 10.4067/S0717-75262008000100002
- Urzúa, O. (1930). *Estudio pelvimétrico de 898 mujeres chilenas*. Tesis de Médico-Cirujano. Santiago.
- Vacaflor, C.H. (2016) Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 65-73. doi: 10.1016/j.rhm.2016.05.001
- Valenzuela, G. (1956). Análisis de la marcha del Servicio Nacional de Salud en 1955. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 2, 499-565.
- Valenzuela A. y Cartes R. (2019). Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(1), 82-88. doi: 10.4067/S0717-75262019000100082
- Vedam, S., Stoll, K., Khemet Taiwo, T., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N.,... Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16, 77. doi: 0.1186/s12978-019-0729-2
- Vera, G. (2010). Relacahupan: 10 años de trabajos, desafíos y logros. *Tempus- Actas Saúde Coletiva*, 4(4), 233-236.
- Vergara, F. (2016). *Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea*. Informe de práctica profesional, Departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

- Vergara, F. (2018). *Valor de lo viviente en la atención institucional del parto*. Memoria para optar al título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Villagrán, M., Pérez, E., Merino, W., Silva, R., Venegas, C., y Becerra, H. (2012). Perfil del Manejo de la Analgesia del Trabajo de Parto en el Sector Público de Salud en Chile entre los años 2005 y 2011. *Rev Chil Anest*, 41, 231-232. Recuperado de http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/50983b7edo34a_13_obstetricia.pdf
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A.,... Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 3;367(9525), 1819-29. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A.,...Acosta, A. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *British Medical Journal*, 335, 1025. doi: 10.1136/bmj.39363.706956.55
- Villarme, S. (2021). Reasoning from the Uterus: Casanova, Women's Agency, and the Philosophy of Birth. *Hypatia*, 36(1), 22-41. doi:10.1017/hyp.2020.45
- Villarme, S., Olza, I. y Recio, A. (2015). On Obstetrical Controversies: Refocalization as Conceptual Innovation. En A.J. Perona (Ed.), *Normativity and Praxis* (pp.157-188). Milán, Italia: Mímesis.
- Viñals, V. (6 de octubre, 2014). Violencia Obstétrica: la herida invisible. *Diario Universidad de Chile*. Recuperado de <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>
- Violencia obstétrica, un 54% de las mujeres sufrió abuso psicológico en hospitales públicos (11 de junio, 2018). *El Desconcierto*. Recuperado de <https://www.eldesconcierto.cl/2018/06/11/violencia-obstetrica-un-54-de-las-mujeres-sufrio-abuso-psicologico-en-hospitales-publicos/>
- Viveros, M. (2002). *De Quebradores y Cumplidores*. Colombia: CES, Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia.
- Walker, C., Rodríguez, T., Herranz, A., Espinosa, J. A., Sánchez, E., y España-Pons, M. (2012). Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. *International urogynecology journal*, 23(9), 1249-1256. doi: 10.1007/s00192-012-1675-5
- Wagner, M. (1999). Episiotomy: a form of genital mutilation (correspondence). *Lancet*, 353(9168), 1977-1978. doi: 10.1016/S0140-6736(05)77197-X
- Wagner, M. (2001). Fish can't see the water. The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, s25-37. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7
- Walrath, D. (2003). Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism. *Current Anthropology*, 44, 5-31.
- Walsh, D. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings, *Sociology of Health & Illness*, 32(3), 486-501. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01207.x

- Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster, J., Cavada, G. y Binfa, L. (2017). Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Women's Health*, 62(2), 196-203. doi: 10.1111/jmwh.12499
- Weeks, F. H., Sadler, M., y Stoll, K. (2020). Preference for caesarean attitudes toward birth in a Chilean sample of young adults. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), e159–e165. doi: 10.1016/j.wombi.2019.03.012
- White Ribbon Alliance. (2011). *Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva*. Washington DC: WRA.
- Williams C.R., Jerez C., Klein K., Correa M., Belizan J.M., y Cormick G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG*, 125(10), 1208-1211. doi: 10.1111/1471-0528.15270.
- Yáñez, C. (11 de junio, 2018). En menos del 20% de los partos en Chile madre está 30 minutos con su hijo. *La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/menos-del-20-los-partos-chile-madre-esta-30-minutos-hijo/200496/>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., y Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634–645. doi:10.1016/j.jad.2016.10.009
- Young, I.M. (1980). Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comporment motility and spatiality. *Human Studies*, 3, 137-56. doi: 10.1007/BF02331805
- Yut-Lin, W. (2009). Gender competencies in the medical curriculum: addressing gender bias in medicine). *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 21(4), 359-376. doi: 10.1177/101053950933773
- Zachary, A. (2018). *The Anatomy of the Clitoris: Reflections on the Theory of Female Sexuality*. Routledge, Abingdon.
- Zampas, C., Amin, A., O'Hanlon, L., Bjerregaard, A., Mehrtash, H., Khosla, V y Ö. Tunçalp. (2020). Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. *Health Hum Rights*, 22(1), 251–264.
- Zar, M., Wijma, K. y Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and multiparous women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 75-84. doi: 10.1080/02845710152507418
- Zárate, M.S. (2007). De partera a matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la Educación*, 27, 284-297. doi: <https://doi.org/10.31619/caledu.n27.227>
- Zárate, M.S. (2008) *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica*. Ediciones Alberto Hurtado, Chile.
- Zárate, M.S. (2018a). Señora, su Hijo no va a Morir: Enfermeras y Madres contra la Mortalidad Infantil, Chile, 1950-1980. En M. Cordero Fernández, P. Moscoso-Flores y A. Viu (Eds.), *Rastros y Gestos de las Emociones; Desbordes Disciplinarios* (pp. 163-198). Santiago: Cuarto Propio,

- Zárate, M.S. (2018b). Matronas y la consolidación del parto hospitalario en Chile, 1950-1970. En G. Sánchez Ramírez y H. Laako (Eds.), *Parterías de Latinoamérica, diferentes territorios, mismas batallas* (pp. 34-68). San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México: El Colegio de la Frontera Sur,
- Zárate, M. y Godoy, L. (2011). Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 131-151.
- Zinn, J. (2008). Heading into the unknown: everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society*, 10(5), 439-50.
- Zolá, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological review* 20:487-504.