



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Antropología

# Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo.

Memoria para optar al Título de Antropóloga Social

Profesora guía: Michelle Sadler  
Alumna: Carla Ramírez  
Santiago de Chile, 2015

## **Agradecimientos.**

Quiero comenzar agradeciendo a Dios por permitirme venir a la Tierra como ser humano. Gracias mamá por tu amor incondicional y por creer en mí, sin ti no podría haber finalizado mi carrera profesional. A mi padre por su amor y preocupación. A Rafael, mi hermano querido por enseñarme el amor incondicional. A Marcos por tu apoyo constante. A mi lunita, mi fiel compañera. A mi colega Ruth, gracias por tu apoyo y creer en mí. Gracias Marcela y René por ayudarme a encontrar mis dones ocultos. A mi familia y mis amigos que siempre me han apoyado.

Un profundo agradecimiento y reconocimiento a todos los que trabajan por la humanización de la atención del parto y nacimiento. Comenzar por Michelle, mi profesora guía, gracias por creer en este proyecto, por tus correcciones y valiosos aportes. A mis queridas matronas Eliana y Rosa María por permitirme acompañarlas en su trabajo y apoyarme en cada proyecto. A Marta Ocampo y Alejandra Becerra, matronas que accedieron cordialmente a compartir su información conmigo. Gracias a todas mis entrevistadas que sin pensarlo no dudaron en ayudarme a sacar adelante esta investigación.

Gracias a mis antepasados por darme la fuerza y a mi futura descendencia que me da la inspiración de trabajar por un mundo mejor, más amoroso y respetuoso. A cada persona que ha pasado por mi vida entregándome experiencia, sabiduría, goce y aprendizaje.

Fue un trabajo de parto muy duro, con lágrimas y alegrías, con esperanzas y desazones, agradezco a mi ser interior por la sabiduría de escuchar y seguir mis intuiciones y conseguir dar a luz esta memoria.

## Índice.

<b>Agradecimientos.</b>	2
<b>Índice.</b>	3
<b>Resumen.</b>	5
<b>I. Antecedentes.</b>	6
<b>II. Problema de investigación.</b>	15
<b>III. Objetivos.</b>	17
Objetivo general y objetivos específicos.	17
<b>IV. Marco teórico.</b>	18
IV.1. Evolución de la partería. De la partera tradicional a la partera profesional posmoderna.	18
IV.1.a. El arte de la partería tradicional.	18
IV.1.b. Profesionalización de la partería y la entrada de los hombres.	19
IV.1.c. La partera profesional posmoderna.	23
IV.2. De la Antropología médica a la antropología médica crítica.	25
IV.3. Antropología del nacimiento.	29
IV.4. Antropología del género.	32
<b>V. Metodología.</b>	37
V.1. Técnicas.	37
Entrevistas semiestructuradas.	37
V.2. Proceso de investigación, contacto y reflexiones metodológicas.	38
Limitaciones.	
V.3. Muestra.	39
V.4. Análisis de la información.	42
V.5. Ética.	42
V.6. Limitaciones del estudio.	43
<b>Análisis</b>	<b>45</b>
<b>VI. Camino a un parto en casa.</b>	<b>46</b>
VI.1.a. El despertar a la matronería y el entrenamiento médico tecnocrático: la vocación versus la educación médica.	46
VI.1.b. La transformación hacia la matrona profesional posmoderna.	50
VI.2. La iniciación de las mujeres en el parto.	53
VI.3. Transición de las mujeres.	58

VI.3.a. Retomando la conexión: El instinto.	58
VI.3.b. Búsqueda del equipo profesional.	59
<b>VII. ¿Por qué un parto en casa?</b>	<b>62</b>
VII.1. Crítica al excesivo intervencionismo del parto tecnocrático.	62
VII.1.a. Crítica a la concepción cartesiana del cuerpo: Cuerpo como objeto y borramiento del cuerpo.	65
VII.1.b. Crítica al sistema patriarcal y el abuso de poder.	67
VII.2. Beneficios del parto en casa.	68
VII.2.a. Protección frente al intervencionismo innecesario.	68
VII.2.b. Mayor intimidad y comodidad para la familia.	69
VII.2.c. Punto de partida para el establecimiento de un apego seguro.	70
VII.3. Resistencias al parto en casa.	72
<b>VIII. Experiencias de parto en casa “El parto antitecnocrático”.</b>	<b>78</b>
VIII.1. ¿Dónde? Territorio del parto.	76
VIII.2. ¿Quiénes? Los/as Participantes.	79
VIII.3. ¿Cómo? Movimiento libre, manejo del dolor.	83
VIII.4. Un Plan que se desborda: Cesárea de emergencia en hospital.	86
<b>IX. Impacto de la decisión de parir en casa y su significación.</b>	<b>90</b>
IX.1. El poder de las decisiones colectivas.	90
IX.2. Parto en casa como rito de pasaje.	93
IX.3. Parto en casa como acto contra-hegemónico.	95
<b>X. Conclusiones.</b>	<b>97</b>
<b>Referencias bibliográficas.</b>	<b>101</b>

## **Resumen.**

El parto y nacimiento constituyen un importante hecho social, cuyo estudio permite ahondar en los aspectos ideológicos que construyen una cultura. Durante gran parte de la historia que conocemos en el nacimiento el protagonismo era de la familia y el parto ocurría en los hogares. En los últimos dos siglos ha ocurrido un rápido proceso de institucionalización y profesionalización de la atención del nacimiento, que pasó a ser atendido en hospitales y por profesionales biomédicos. En algunos contextos, como Chile, se llegó a la casi completa institucionalización de la atención en el marco de un paradigma de atención que ha sido denominado como tecnocrático, en el cual las mujeres y familias fueron perdiendo el protagonismo, y donde el Estado no brinda adecuadas alternativas al modelo hegemónico de atención. En este escenario, resulta de gran relevancia el estudio del parto en casa planificado, en el contexto de no ser una opción garantizada por el Estado, práctica que florece y va en constante aumento en el país.

El objetivo general de esta investigación es el de indagar en las motivaciones, trayectorias de atención y los impactos de la decisión de parir en casa, desde los discursos de las mujeres protagonistas y de las matronas que atienden partos en casa en la Región Metropolitana. La investigación es cualitativa y se realizaron entrevistas semiestructuradas a una muestra de diez mujeres, siete que planificaron y/o tuvieron un parto en casa y tres matronas que atienden partos en casa en la Región Metropolitana. En el análisis se describen las motivaciones, trayectorias de atención, experiencias, significaciones e impacto de la decisión de tener o atender un parto en casa. Los hallazgos apuntan a que la decisión de tener y atender un parto en casa busca principalmente recuperar el protagonismo de la mujer, su pareja y el bebé que nace en el marco de un “territorio” que garantiza su autonomía.

### **Palabras claves**

Antropología médica crítica, antropología del género, parto en casa planificado, protagonismo.

## Antecedentes.

El nacimiento es un importante hecho social, distintas culturas y sociedades a lo largo del tiempo han organizado y comprendido el nacimiento de maneras muy diversas. Analizar las culturas del nacimiento nos permite ahondar en los aspectos ideológicos que construyen una cultura, hablamos de ideologías de género, formas de entender el cuerpo y la salud, el lugar de la mujer en la comunidad o sociedad. Antiguamente, este hecho social era compartido por la comunidad de la mujer, siendo los amigos y familia partícipes de este acontecimiento conformando una red social de apoyo; sin embargo, desde hace un siglo el parto y nacimiento, en contextos biomedicalizados, ha pasado a estar casi exclusivamente en manos de profesionales médicos. Por lo demás, el contexto de atención del parto y nacimiento ha cambiado desde sus inicios, pasando desde el hogar a centros clínicos y hospitalarios.

Desde la antropología social se han desarrollado numerosos estudios sobre el tema reproductivo. Los primeros antropólogos se sentían atraídos a las prácticas asociadas al parto, pero desde el aspecto ritual o también estudiando los tabúes asociados a la comida y las creencias tradicionales, sin embargo desde una mirada superficial al problema. No obstante, desde los 60's, Margaret Mead y otras antropólogas se preocuparon de estudiar en profundidad los temas de reproducción y sexualidad. Su aporte radica en los estudios interculturales sobre prácticas del parto de las culturas tradicionales, lo que permitió comparar estas prácticas y dar a conocer partos alternativos al parto biomédico. Desde Mead comienzan las etnografías sobre el parto aportando a la antropología social una nueva perspectiva de este fenómeno (Davis-Floyd y Sargent, 1997). Más tarde en los 70's, Brigitte Jordan expondrá que "el proceso del parto es una parte universal de fisiología humana y la biología femenina, pero en las últimas décadas, los antropólogos han llegado a comprender que el nacimiento es más que un simple acto biológico, por el contrario, el nacimiento está enmarcado y denotado socialmente" (Jordan, 1993: 1). Jordan propone un enfoque biosocial, entendiendo el parto y nacimiento, como un fenómeno que es producido a la vez tanto por factores biológicos universales, como por factores sociales particulares.

A modo de realizar una breve historia del contexto de atención del parto y la medicalización de este, debemos comenzar con la premisa que el parto fue concebido en gran parte de la historia como un acontecimiento natural y que como tal debiera ser lo menos intervenido posible. Esto fue así por miles de años, donde las parteras y comadronas eran las que estaban a cargo de este proceso y velaban por las mujeres, que parían en sus hogares o comunidades. Los conocimientos sobre el embarazo, parto, puerperio eran transmitidos de generación en generación y entre las mujeres se transmitía el conocimiento sobre estos procesos. El cuerpo de la mujer se consideraba sagrado, fue objeto de cultos, simbolismos y ritos, donde uno de los más importantes era el paso de mujer a madre, dado por el embarazo y el parto, protegiendo de esta manera este momento tan especial y significativo tanto para madre, hijo y comunidad. No obstante, con el nacimiento de la medicina moderna y el surgimiento de las primeras prácticas

obstétricas y el posterior advenimiento de la era industrializada el parto y otros aspectos de la vida fueron entrando a la mecánica de la industrialización y dejaron en manos de la ciencia, medicina y la tecnología a este proceso.

La medicalización<sup>1</sup> e institucionalización del parto se expandió con el fin de mejorar los indicadores de atención obstétrica, lo que junto a otros factores<sup>2</sup> han llevado a la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal, un problema grave de salud pública. El balance sobre mortalidad materna de la UNICEF, publicado el año 2008, arrojó que la tasa de mortalidad materna mejoró a nivel mundial un 5,4% entre 1990 y 2005, disminuyendo de 430 a 400 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Según los indicadores básicos de salud del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, MINSAL, 2011), la tasa de mortalidad infantil y defunciones de menores de 1 año, para nuestro país, alcanza la cifra de 7.9% (por 1000 nacidos vivos); mientras que la tasa de defunciones maternas y mortalidad materna alcanza un 19% (por 100.000 nacidos vivos). Estos índices son muy positivos y nos posicionan a nivel de países desarrollados. Según la UNICEF, “la reducción de la tasa de mortalidad materna se debe, en parte, al aumento de la cobertura de atención prenatal y de asistencia calificada durante el parto” (UNICEF, 2008:1). Respecto a esta última, Chile alcanza un 99.9<sup>3</sup>% de profesionalización de la atención del parto, lo que ha contribuido, según los especialistas, a disminuir la morbimortalidad materno infantil.

Sin embargo, estas cifras positivas contrastan con la excesiva intervención y medicalización del proceso de parto y nacimiento, lo que ha llevado a la mujer a perder el protagonismo de dar a luz y la atención profesional médica se ha transformado en muchos contextos en un procedimiento mayormente técnico, con una serie de intervenciones rutinarias invasivas. Según el Ministerio de Salud MINSAL (2008), la evidencia científica actual no respalda el manejo intervencionista<sup>4</sup> del parto y parto, ni sustenta procedimientos de rutina como: el monitoreo fetal continuo, la inducción artificial, la inmovilización de la mujer en una cama mediante vía venosa y la posición litotómica (horizontal).

---

<sup>1</sup> Entendida 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” (Menéndez 1984 en Sadler, 2003:8).

<sup>2</sup> Si bien en los inicios de la atención biomédica-institucionalizada de parto los indicadores de morbimortalidad materna y neonatal eran elevadas, éstas fueron disminuyendo con descubrimientos y avances en la atención como la importancia del lavado de manos de los profesionales de salud para contención de infecciones, desarrollo y mejoramiento de técnicas gineco-obstétricas. De la mano de los avances propiamente médicos, una serie de factores como el acceso a agua potable, control de enfermedades infecciosas en general, acceso de la población a educación, mayores ingresos per cápita, han ido colaborando en el mejoramiento de los indicadores.

<sup>3</sup>Indicadores de igualdad de género en Chile, CEPAL 2012. [En línea] <http://www.cepal.org/oig/WS/getCountryProfile.asp?language=spanish&country=CHL> [Consulta: 17, agosto 2013].

<sup>4</sup> Si bien estas intervenciones pueden ser necesarias, lo son en el contexto de condiciones médicas que las justifiquen y no en trabajos de parto sin complicaciones.

Otra consecuencia del intervencionismo excesivo es la alta tasa de cesáreas que existe en diversos países del mundo y en nuestro país. En el año 2012 la tasa de cesárea del país fue de un 49,3%, cifra que podemos descomponer en un 39,4% correspondiente a salud pública y 71,8% en salud privada (DEIS, MINSAL, 2012). Ambas cifras son muy superiores a las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió en el año 1985, de un máximo de 15% de cesáreas en cualquier país del mundo y del 20% que se sugiere actualmente en algunas publicaciones (Farías M., Oyarzún E., 2012).

La evidencia actual demuestra que este tipo de intervenciones, sumado al trato despersonalizado, se traducen en un aumento de patologías como: depresión pos parto, complicaciones en el trabajo de parto, partos instrumentalizados, retraso de la lactancia y el primer vínculo, entre otros: “el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño. Estos pueden minimizarse con el apoyo de familiares e incluso del equipo de salud” (MINSAL, 2008:14). En consecuencia, la atención que el equipo de salud brinda en determinados modelos de atención afecta positiva o negativamente en el desarrollo del proceso de parto en la atención de éste. Lamentablemente, en las últimas décadas, el trato de los equipos de salud en general se ha tornado despersonalizado. La despersonalización de la atención tiene que ver con “la incapacidad de crear vínculos, con mantener el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades emocionales de las personas, con respuestas estereotipadas ante la diversidad del sufrimiento, entre otras cosas” (Ibíd.: 20). La raíz del trato despersonalizado es múltiple, siendo uno de los orígenes el paradigma tecnocrático de atención del parto, que patologiza la gestación y el parto.

Como respuesta al excesivo intervencionismo y el trato despersonalizado en la atención del parto-nacimiento, desde hace aproximadamente tres décadas en el mundo se comenzó a promover el “parto humanizado<sup>5</sup>”, buscando que la atención fuera “más relacional, orientada a la asociación, individualmente sensible y compasiva” (Davis-Floyd, 2001:8). En este contexto, la Declaración de Fortaleza, Brasil de la OMS en el año 1985, sienta las bases para fomentar un respeto por las gestantes y la humanización de la atención del parto: “toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención” (OMS, 1985: 436).

En Chile, la humanización del nacimiento ha sido denominada como parto personalizado<sup>6</sup>, el cual según Sadler (2009) tiene las siguientes premisas: i) los procesos de gestación-parto-nacimiento son entendidos como procesos fisiológicos normales que sólo deben ser intervenidos si presentan complicaciones, ii) cuidado personalizado y empático de usuarios, iii) integración cuerpo y emociones, iv) apertura hacia modelos

---

<sup>5</sup> Si bien el concepto de humanización ha sido debatido y criticado, el concepto se ha utilizado y sigue utilizándose en el mundo.

<sup>6</sup> A lo largo de este trabajo, hablaremos de personalización de la atención para referirnos a este modelo de atención del parto.



complementarios de salud, v) la entrega de prestaciones adecuadas va acompañada de la comprensión de los factores psicosociales involucrados en la atención, vi) las mujeres y familias atendidas pasan a ser las protagonistas, se les entrega las herramientas necesarias para enfrentar el proceso informadamente y sus necesidades se anteponen a las de los equipos de salud.

En el año 2008, el Ministerio de Salud publicó el "Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo", en el cual se plantean las características de una atención integral: "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: 7). Este manual contiene las orientaciones técnicas para la atención de la gestación-parto-nacimiento en el marco de un enfoque integral de atención. De la mano de dicho manual, el Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, creado en el año 2009 a través de la ley 20.379, ha también impulsado acciones que promueven la humanización del parto y nacimiento.

A partir de estos hitos, en salud pública han surgido diversas iniciativas de atención integral del nacimiento, siempre dentro de contextos institucionalizados. En nuestro país hay hospitales y clínicas que han implementado una infraestructura adecuada, salas de atención integral y profesionales que atienden en el modelo personalizado. Respecto a los hospitales, son pocos (y pequeños) los que han implementado el modelo más transversalmente.

En clínicas también hay profesionales que atienden en el modelo personalizado. Sin embargo, el hecho de que diversas instituciones declaren contar con el modelo personalizado de atención no garantiza el cambio de paradigma ni que la usuaria vaya a ser más respetada o protagonista. En el caso del sistema público, lo que usualmente sucede es que ciertos profesionales adscriben al paradigma humanista de atención, y la mujer recibirá dicha atención solo si le "toca" un turno o profesional de atención que adscriba al modelo. En salud privada la usuaria debe buscar un equipo de atención que adscriba al modelo y respete sus preferencias, y, aún así, puede que no sea respetada. Por tanto no hay instituciones que estén completamente operando bajo el paradigma humanista, sino que se trata de profesionales que atienden de una forma más integral (Sadler, 2009).

Si bien las políticas públicas apuntan a un modelo personalizado, estamos lejos de lograr su implementación, pues la educación respecto al parto sigue siendo tecnocrática y los modelos de práctica también. Además, muchas mujeres creen y confían en el modelo tecnocrático, donde la tecnología representa la seguridad, llevando a tomar la decisión de tener un parto altamente tecnologizado e intervenido, pues es el modelo que conocen, lo que podría explicar en parte el alza en la cifra de demandas por cesárea.

Esto nos lleva a plantear que existen distintos modelos de atención que funcionan en paralelo y mujeres con distintas demandas, muchas de las cuales adscriben a un modelo tecnocrático. Pero, a la vez y con más fuerza en segmentos con acceso a

educación secundaria (mayoritariamente) y que tienen medios para sustentarlo, surge la demanda por la autonomía y el protagonismo que en nuestro contexto toma forma en el parto en casa.

En Chile, como se ha expuesto, casi la totalidad de los partos ocurren en instituciones médicas; sin embargo, también existen partos extrahospitalarios. Existen dos tipos de partos extrahospitalarios: los centros o casas de parto y el parto domiciliario. La casa de parto es una modalidad que funciona en diversos países del mundo; puede ser parte de un hospital, anexada a un hospital o funcionar de forma independiente y próximo a un centro hospitalario. En nuestro país no contamos con esta opción. El otro tipo de parto extrahospitalario se trata del parto domiciliario que puede estar o no planificado. Los partos en casa no planificados corresponden a aquellos partos que se desencadenan sin intención en la casa.

El parto en casa planificado, es una modalidad ancestral, que en la actualidad ha sido retomada por gestantes mayormente informadas, quienes planifican un parto en sus respectivos domicilios, atendido por una matrona profesional (entrenada en el sistema biomédico) y en algunos casos acompañadas de una doula<sup>7</sup>. El parto en casa planificado debe tener algunas consideraciones para que pueda llevarse a cabo, principalmente respecto a la gestante, la cual, según el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona "COIB" (2010<sup>8</sup>), debe tener: un embarazo de bajo riesgo, asistir a controles médicos y gozar de buena salud, para minimizar riesgos. Además de considerar un transporte a un centro hospitalario cercano.

---

<sup>7</sup> La doula es una mujer entrenada en la fisiología del parto, usualmente no es profesional de la salud y sus funciones en el parto son acompañar, ayudar y proteger a la mujer en el embarazo, parto y puerperio.

<sup>8</sup> En Chile no hay regulaciones oficiales, es por esto que utilizamos este referente que es similar a las de otros países.

Veamos la siguiente tabla basada en Alcaraz y Cid (Alcaraz y Cid 2011, en Martínez 2015), donde se comparan las ventajas y desventajas de un parto en casa planificado y un parto hospitalario:

	<b>Parto en casa planificado</b>	<b>Hospital</b>
<b>Ventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ambiente familiar e íntimo que favorece la seguridad en cuanto al riesgo de infecciones y la confianza en el proceso.</li> <li>-Favorece que la mujer se exprese libremente.</li> <li>-Libertad de movimientos, de ingesta.</li> <li>-Elección del equipo y trabajo de preparación previos al parto.</li> <li>-Toma de decisiones conjunta de la mujer/pareja y el equipo.</li> <li>-Responsabilidad compartida.</li> <li>-Igual de seguro que el parto hospitalario en primíparas de bajo riesgo.</li> <li>-Más seguro que el parto hospitalario en secundíparas de bajo riesgo.</li> <li>-Menos intervenciones obstétricas.</li> <li>-Mayor satisfacción de la mujer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recomendable en mujeres con embarazos de alto riesgo.</li> <li>-Opción válida si prefieren el hospital.</li> <li>-Acceso a la tecnología obstétrica en caso de complicaciones maternas o fetales.</li> <li>-Acceso a profesionales de otras disciplinas.</li> <li>-Acceso a tratamientos farmacológicos.</li> <li>-Posibilidad de alivio farmacológico del dolor.</li> </ul>
<b>Desventajas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No recomendable en mujeres con factores de riesgo.</li> <li>-Necesidad de desplazamiento a un centro hospitalario si aparecen complicaciones.</li> <li>-Puede que no exista coordinación entre el equipo del parto hospitalario y el domiciliario.</li> <li>-Pocos profesionales que atienden partos en casa.</li> <li>-Acceso privado y caro.</li> <li>-No está normado.</li> <li>-No recomendable en domicilios en condiciones inadecuadas (higiene, acceso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El exceso de tecnología y de rutinas obstétricas en mujeres de bajo riesgo aumenta el riesgo de iatrogenia.</li> <li>-Protocolos hospitalarios rígidos que no permiten la atención individualizada.</li> <li>-Riesgo de infección nosocomial.</li> <li>-Acompañamiento limitado.</li> <li>-Menos libertad de decisión.</li> <li>-Menos intimidad.</li> <li>-Movilidad limitada.</li> <li>-Dificultad para la expresión libre de las emociones.</li> </ul>

Tabla de elaboración propia basada en Alcaraz y Cid, en Martínez 2015.

A modo general podemos esbozar que los beneficios del parto en casa son: la libertad de elección y decisión de la mujer y su pareja/familia, intimidad, privacidad, y protección frente a las intervenciones médicas innecesarias. La literatura destaca del parto en casa la posibilidad para la mujer de estar acompañada ininterrumpidamente por personas de su elección, lo que disminuye el sentimiento de soledad e individuación que prevalece en contextos hospitalarios de atención. En el parto en casa se pueden

incorporar al proceso de forma ininterrumpida a figuras como el padre y/u otros familiares o acompañante significativos, la doula, conformando una red de apoyo y contención que la libertad del parto en casa permite. En una revisión sistemática Cochrane<sup>9</sup> respecto al acompañamiento, se concluye que las mujeres que reciben apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto son más propensas a tener un parto vaginal espontáneo, se sienten más satisfechas con la experiencia, y sus bebés tienen menor riesgo de tener un bajo puntaje de Apgar (en los primeros cinco minutos), entre otros. Los autores llegan a la conclusión de que todas las mujeres debieran tener apoyo continuo durante el trabajo de parto (Hodnett E.D.; Gates S.; Hofmeyr G.J.; Sakala C., 2013).

Los riesgos del parto en casa están dados principalmente por la posibilidad de que acontezca algún imprevisto que acabe en una complicación y/o la muerte de la gestante o del bebé, por no contar con la infraestructura necesaria para realizar una cesárea de urgencia. Sin embargo, y como lo muestran los estudios, estos riesgos son iguales e incluso menores que en contextos hospitalarios (siempre que las mujeres sean de “bajo riesgo obstétrico”).

Una revisión sistemática Cochrane publicada en el año 2000 por Olsen y Jewell, concluye que el parto en casa planificado en muchos lugares puede ser tan seguro como el nacimiento planificado en el hospital y con menos intervención y menos complicaciones.

Otros estudios realizados en Estados Unidos (Johnson y Davis, 2000), Canadá (Janssen et al., 2009) y Noruega (A. de Jonge et al., 2009) también concluyen que el parto en casa planificado no implica mayores riesgos ni complicaciones que el parto planificado en hospital. Según los estudios norteamericanos las mujeres de embarazo de bajo riesgo, que planearon un parto en casa, tuvieron un riesgo significativamente menor de intervenciones obstétricas y resultados adversos (Janssen et al, 2009, Johnson y Davis, 2000). Mientras que el estudio Noruego concluyó que los partos en casa planificados no incrementan los riesgos de morbilidad perinatal entre embarazos de bajo riesgo, previstos de una bien entrenada partera y a través de un buen sistema de derivación y transporte a una maternidad<sup>10</sup> (A. de Jonge et al., 2009).

Con respecto a la situación del parto en casa, podemos decir que a nivel mundial es variada, pero para efectos de esta investigación nos enfocaremos en revisar el panorama en países occidentalizados, como el nuestro. En Holanda, uno de los países reconocidos mundialmente como pro libertad de elección del parto, existe un 28% de partos en casa, y un 9% que arrienda una habitación con su partera para dar a luz (COIB, 2010: 8); esto representa una alta tasa en comparación con otros países desarrollados donde la mayoría de los partos se realizan en instituciones de salud. En dicho país, el parto en casa: se promueve para mujeres en situación de embarazo de bajo riesgo, sin restricción de la libertad de elección; está cubierto por el servicio público de salud; éste subcontrata a parteras locales y cubre sus servicios completamente (Ibíd.). En Dinamarca,

---

<sup>9</sup> Esta revisión incluyó 23 ensayos controlados aleatorios (22 con datos numéricos), realizados en 16 países, con más de 15.000 mujeres en una amplia variedad de lugares y circunstancias.

<sup>10</sup> Traducción propia.

el parto en casa se incluye en el servicio de salud pública, pero no se promueve; el 1% de los partos son en casa (Ibíd.). En el Reino Unido, la tasa de partos en casa alcanza un 3%. Se ofrece la libertad de elección del lugar de parto; el parto en casa y el hospitalario se incluyen dentro del sistema de salud público; las parteras independientes atienden los partos de manera privada; en zonas donde se promueve el parto en casa, los gastos están incluidos en la sanidad pública; se está promoviendo el parto en casa a través del gobierno y la cifra va en aumento (Ibíd.). Cabe destacar que el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido actualmente recomienda a mujeres saludables (de bajo riesgo obstétrico) tener a sus hijos en casa o en centros de maternidad, más que en hospitales, ya que de acuerdo a la evidencia disponible, cuando el parto es atendido por matronas se reducen las intervenciones médicas innecesarias, incluidas las cesáreas. Como menciona Mark Baker, director de buenas prácticas del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) cuanto más cerca se está del hospital más cerca se está de una operación.<sup>11</sup>

La situación en Chile es distinta; el tema no ha sido mayormente investigado, salvo una memoria de estudiantes de obstetricia de la Universidad de Santiago de Chile, donde se evalúa la atención del parto planificado con asistencia profesional en casa entre los años 2003 y 2014 en las Regiones Metropolitana y de Valparaíso. Los resultados de esta investigación apuntan a que esta opción ha ido en aumento y se sitúa cerca de un 1% de los partos. De acuerdo a los datos disponibles, los resultados del parto en casa planificado han sido positivos, demostrado por los bajos índices de traslado a hospitales o clínicas (8,6%), de práctica de episiotomías (2,2%), de desgarros (32,2% de los cuales un 99,4% son desgarros de grado 1), de complicaciones neonatales (2%), de complicaciones maternas (1,6%) y un alto índice de contacto piel a piel por más de 60 minutos (91,4%), entre otros indicadores (Reichsmann, P., Risi, C., Serrano, N. 2015). Esta investigación es pionera y nos da atisbos de lo que está ocurriendo en Chile con esta práctica, que a diferencia de otros países no está cubierta por seguros de salud, por lo que recurrir a este servicio tiene un elevado costo, ya que debe estar cubierto en su totalidad por los usuarios.

El parto en casa ha sido tema de discusión y de cobertura de prensa en los últimos años, apareciendo incluso en la prensa. El debate comenzó el año 2013 con un caso de un parto en casa planificado, mal asistido, el cual terminó con complicaciones en urgencia de un hospital. Este caso hizo que el Ministro de Salud de turno, Jaime Mañalich, y la presidenta del Colegio de Matronas, Anita Román, se pronunciaran en contra de los partos en casa. Ambos apoyan la personalización de la atención del parto, pero dentro de un contexto hospitalario, como planteó el ministro: “en oportunidades (los partos en casa) han tenido como consecuencia el ingreso de la madre a servicios de urgencia hospitalaria

---

<sup>11</sup> Guía de atención durante el parto. Atención de las mujeres sanas y sus hijos durante el parto. Ver recomendaciones [En línea] <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

por diferentes complicaciones que naturalmente la infraestructura domiciliaria no asistencial ha sido insuficiente para resolver”<sup>12</sup>.

Poco después de la pronunciación de las autoridades de salud, apareció la respuesta de las matronas que trabajan atendiendo partos en casa, asociadas en el gremio “Maternas Chile”. Ellas defienden sus prácticas y reclaman el excesivo intervencionismo del sistema tecnocrático. Todas estas matronas tienen una formación profesional biomédica y tienen experiencia en la atención de partos hospitalarios, lo que les da una base científica para responder adecuadamente ante eventuales complicaciones y poder derivar situaciones que lo requieran a hospitales o clínicas. Al igual que lo que indican las normativas de atención de parto en casa de otros países, atienden partos en casa en mujeres de bajo riesgo obstétrico<sup>13</sup>.

Cabe destacar que el parto en casa no es ilegal y que el Código Sanitario, en su artículo 117 plantea que "el ejercicio de la profesión de matrona comprenderá la atención del embarazo, parto y puerperio normales. En la asistencia de partos, sólo podrán intervenir mediante maniobras en que se apliquen técnicas manuales y practicar aquellas curaciones que signifiquen atención inmediata de la parturienta. Podrán usar y prescribir sólo aquellos medicamentos que el reglamento clasifique como necesarios para la atención de partos normales”, sin mencionar el lugar de la atención.

El debate en consecuencia, desde el “oficialismo”<sup>14</sup> está enfocado en el lugar de la atención más que en la modalidad de atención, dando cuenta de la hegemonía del sistema hospitalario y de la visión tecnocrática de riesgo del parto. Sin embargo, el verdadero problema está en no querer enfrentar la realidad actual de mujeres que optan por dar a luz en casa, práctica que al no ser regulada puede volverse riesgosa, como el caso que abrió el debate en el país y que terminó en una muerte.

---

<sup>12</sup> Colegio de matronas expresa preocupación por partos en casa **[en línea]** <http://www.lanacion.cl/colegio-de-matronas-expresa-preocupacion-por-partos-a-domicilio/noticias/2013-05-04/171647.html>. **[Consulta: 8, junio 2013]**.

<sup>13</sup> Partos en la casa: Matronas defienden práctica y descartan riesgos **[en línea]** <http://www.lanacion.cl/noticias/site/artic/20130510/pags/20130510173232.html>**[Consulta: 20, julio 2013]**.

<sup>14</sup> Entendido como la visión desde el organismo oficial gubernamental.

## I. Planteamiento del problema de investigación.

La biomedicina, en contextos institucionalizados, ha intentado mejorar los indicadores de atención poniendo la ciencia y la tecnología médica al servicio de la atención del parto y nacimiento, mejorando los índices de morbimortalidad materno-infantil. Sin embargo, en las últimas décadas se ha incrementado la medicalización e intervenciones innecesarias en la atención del parto y nacimiento, lo que ha generado consecuencias negativas para la salud de las gestantes y sus hijos. Incluso, se habla de una “epidemia iatrogénica” debido al exceso de cesáreas realizadas en nuestro país.

A consecuencia de esto, se ha tratado de integrar un modelo de atención personalizado, promoviendo el trato respetuoso hacia las usuarias y la reducción del intervencionismo innecesario. En Chile contamos desde el año 2007 con políticas públicas destinadas a promover este cambio de paradigma en la atención del parto y nacimiento. No obstante lo anterior, los índices de cesáreas y medicalización del parto y nacimiento siguen aumentando y son pocas las instituciones médicas que han implementado el modelo personalizado. No basta con que la ley lo respalde, o que los hospitales y clínicas lo ofrezcan, ya que las mujeres saben que estando en un contexto hospitalario, sus derechos y deseos pueden no ser respetados, delegando finalmente el poder en manos de los que poseen el conocimiento autorizado y perdiendo su autonomía. Cabe destacar que esta autonomía no cuestiona la necesidad de ciertas intervenciones necesarias, sino en la confianza de que éstas se harán sólo si son necesarias y respetando los tiempos del proceso.

En base a los antecedentes planteados, podemos decir que en Chile predomina un modelo de atención tecnocrático del parto y nacimiento y las opciones a este modelo que resaltan el protagonismo y el respeto son muy limitadas, por lo que las mujeres están escogiendo el parto extrahospitalario.

Esto nos lleva a preguntarnos qué sucede con las decisiones de las mujeres respecto al parto en nuestro país. De acuerdo a una investigación en curso sobre cesáreas en Chile, la mayoría de las mujeres que vivieron una o más cesáreas en el sistema privado plantean preferir el parto vaginal, lo que contrasta con el alto porcentaje de cesáreas que se realizan (Sadler y Leiva 2015) <sup>15</sup>. La investigación nos invita a interrogarnos sobre qué ocurre con esta primera intención de preferir un parto vaginal y de terminar viviendo una cesárea, revelando que la mujer chilena no está teniendo el parto que desea. A esto agregamos la persecución y resistencias que viven las familias chilenas que prefieren el parto en casa, a quiénes se les dificulta la inscripción de sus hijos en el Registro Civil y se les amenaza con pena de cárcel tanto a las matronas como a las mujeres en caso de muerte en el proceso de atención del parto.

---

<sup>15</sup> Encuesta realizada en el año 2014 en el marco del proyecto FONIS SA13I20259, a 396 mujeres que habían tenido una o más cesáreas. De las mujeres que fueron atendidas en el sistema privado de salud, el 83,3% indicó preferir un parto vaginal, lo cual contrasta con el 71,8% de cesáreas en el mismo sector privado.

En este contexto ¿por qué existen mujeres chilenas que están optando por un parto en casa? Actualmente hay una pérdida de confianza en el sistema oficial de salud, en la atención del parto y nacimiento, donde se percibe un alto grado de intervenciones innecesarias y el no respeto por las demandas de las usuarias por vivir un parto respetado. Relacionado a esto hay una creciente autonomía de las mujeres expresada en movimientos sociales que exigen derechos de las mujeres, entre los cuales destaca una demanda social por la libertad de dónde, cómo y con quién parir, además de exigir la participación de la gestante y acompañante en las decisiones respecto a estos cuestionamientos.

El acto de elegir un parto en casa, en el contexto de atención tecnocrática, podría responder a un interesante acto de empoderamiento de mujeres y parejas que toman la decisión de participar, elegir e informarse sobre sus procesos y de las matronas, que ven en la casa un territorio donde pueden actuar con mayor independencia y acorde a un paradigma holista y humanista de atención del parto y nacimiento. La casa permite a las mujeres recuperar la autonomía de su cuerpo, mente y espíritu, moverse libremente y decidir responsablemente.

Como fue revisado en los antecedentes, es preciso levantar información cualitativa respecto a este tipo de parto, ya que en la actualidad no hay investigaciones respecto a esta práctica. El discurso mediático está presentando el parto en casa como algo muy riesgoso, que puede ser penalizado y que se debe evitar. Los representantes de las instituciones de salud en Chile están perdiendo el foco del problema real al atacar esta práctica y no realizar investigaciones que permitan conocer el parto en casa en Chile y generar protocolos, guías, normas que ayuden a regularizar este tipo de atención. Esto podría evitar los riesgos que están relacionados con la ausencia de profesionales de salud idóneos en la atención y la ausencia de planificación frente a eventualidades que impliquen traslado a recintos hospitalarios. Desde la perspectiva de género, se presenta una oportunidad importante de analizar los actores sociales como agentes activos y participativos, el empoderamiento de mujeres y matronas y las resistencias al sistema hegemónico de atención del nacimiento.

Es por esto que resulta relevante visibilizar esta práctica, analizar esta temática y sentar las bases para que abra el camino a otras modalidades y territorios de atención como los centros de parto en hospitales, centros de parto extrahospitalarios y parto en casa.



## **II. Objetivos.**

### **Objetivo general**

- Indagar en las motivaciones, en las trayectorias de atención y en los impactos de la decisión de tener o atender un parto en casa, en mujeres que planificaron y/o tuvieron partos en casa y matronas que los atienden, en la Región Metropolitana.

### **Objetivos específicos**

- Indagar en las motivaciones de mujeres y matronas para tener y atender partos en casa en la Región Metropolitana.
- Describir las trayectorias y experiencias de atención de mujeres que planificaron y/o tuvieron partos en casa y matronas que los atienden en la Región Metropolitana.
- Indagar en el impacto de la decisión de parir en casa en mujeres que planificaron y/o tuvieron partos en casa y matronas que los atienden en la Región Metropolitana.

### **III. Marco Teórico.**

#### **IV.1. Evolución de la partería. De la partera tradicional a la partera profesional posmoderna.**

En este capítulo revisaremos la evolución de la atención del parto y nacimiento, con énfasis en la partería. En este contexto, seguiremos la taxonomía realizada por Davis-Floyd (2001), quien reconoce dos tipos de parteras: la partera “tradicional” y la partera “profesional”, además de acuñar el término “posmoderna<sup>16</sup>”, por lo que para efectos de esta investigación, agregaremos a la “partera profesional posmoderna” como una tercera clasificación<sup>17</sup>. Hay que recalcar que la evolución de la atención del parto y nacimiento es variada en todo el mundo, y que existen pueblos que se han sostenido en la etapa tradicional, hasta nuestros días. En Chile las parteras “tradicionales” definidas por Davis-Floyd (2001), corresponderían a las parteras indígenas y las parteras empíricas (parteras de pueblo), mientras que las parteras “profesionales” corresponderían a las matronas profesionales con educación formal universitaria.

##### **IV.1.a. El arte de la partería tradicional.**

Quisiera comenzar esta apartado, con una cita extraída de una cartilla de instrucción para matronas, del año 1785, que ayuda a comprender el origen de la partería y la posterior necesidad de convertirla en un oficio:

“En castigo de la original culpa de nuestros primeros Padres Adán, y Eva, sentenció Dios á los hombres á que adquiriesen el preciso sustento con el sudor de su rostro, y que pariesen las mugeres sus hijos con dolores; pero ni embarazó la Divina Piedad al Hombre, que buscára todo arbitrio para su alivio, ni negó á la Muger los medios de ayudarla, y consolarla en los trabajos de sus partos, como necesarios para la propagación de nuestra especie.

Pero como siendo indispensables los partos, son en fuerza de aquella Divina sentencia inevitables los dolores, riesgo, y trabajos, halló el arbitrio humano, para que fuesen tolerables, el consuelo, y la esperanza en las prudentes Matronas, ó Comadres. De estas, aunque no es facil averiguar el origen, no se debe dudar, que su necesidad tiene casi igual antigüedad á la del mundo.

Para las primeras mugeres es verosimil que faltasen Parteras de oficio, y que unicamente por amistad, ó piedad las unas ayudasen, y consolasen á las otras: pero conforme se iban multiplicando los vivientes, y observando que los partos no todos eran uniformes, ó con iguales circunstancias, pues aunque unas parían felizmente, otras eran afligidas de penosísimos trabajos, con manifiesto peligro de

---

<sup>16</sup> La autora utiliza este término para las parteras tradicionales y para las profesionales.

<sup>17</sup> El uso que hace Davis-Floyd (2001) del término «partera postmoderna» pretende borrar las distinciones entre las parteras tradicionales y profesionales de México; pues, el límite entre ambas no es firme sino fluido y permeable.

sus vidas, y aun tal vez con la infausta consecuencia de muerte de Madre, y hijo, no repugna persuadirse, que los Pueblos, ó los Magistrados cuidasen de que se instruyesen Matronas para constituir las en un oficio publico tan util, y necesario”.

El arte de la partería es tan antiguo como la humanidad. Debido a la desobediencia de Eva, según la Biblia, las mujeres fuimos condenadas a parir con dolor. No obstante, no fuimos condenadas a parir solas, sino que como una bendición, aparecieron las parteras, mujeres que nos ayudarían a parir conteniéndonos en nuestros partos. Las parteras eran las encargadas de la atención del parto, las sanadoras de la comunidad; este saber era legado a sus descendencias y compartido de generación en generación. Las mujeres tenían el conocimiento sobre la menstruación, el parto, puerperio, la menopausia, en fin, todos los ciclos vitales de las mujeres eran manejados y atendidos por ellas. Este poder sobre la salud que manejaban las mujeres, implicaba un poder sobre la vida y la muerte.

Las mujeres no sólo manejaban las técnicas del parto, sino que también manejaban asuntos relacionados con la espiritualidad que rodea al proceso y sus rituales. Sin embargo, con la llegada del cristianismo, hubo una progresiva intolerancia a los cultos paganos, como a todas las formas de conocimientos asociados a éstos. De modo, que a medida que el cristianismo fue ganando y creando adeptos, los “cultos paganos” fueron siendo relegados y posteriormente prohibidos.

Hasta la Edad Media, las parteras eran las figuras reconocidas por las comunidades y autoridades para asistir partos, eran quienes tenían el conocimiento y la experiencia para hacerlo. Sin embargo, en esta época comenzó a deslegitimarse el poder de la mujer sanadora “sucedió una degradación de la figura de la mujer sanadora, en el símbolo de la bruja, llegándose a declarar en el siglo XV que si la mujer se atrevía a curar sin haber estudiado era bruja y merecía morir” (Sadler, 2003: 31). De la mano de la Inquisición, se van instalando los cimientos de la profesionalización de la partería, y una denigración al conocimiento popular y práctico de las parteras. Se debe recordar que las mujeres no tenían acceso a estudios superiores, por lo que su práctica se constituyó en ilegal, desvalorizada y perseguida.

#### **IV.1.b Profesionalización de la partería y la entrada de los hombres.**

A medida de que el ser humano seguía reproduciéndose rápidamente, y que las enfermedades comenzaron a ramificarse, comenzó la necesidad de profesionalizar la atención de la salud en general, y también del nacimiento, con el fin de combatir la morbimortalidad materno-infantil. Durante los siglos XVII, XVIII y XIX, se van gradualmente integrando los hombres en los estudios obstétricos, mientras que la mujer fue saliendo de la esfera de atención del parto. Este proceso se caracteriza por la profesionalización de la obstetricia y deslegitimación del saber de la partera empírica.

Michel Odent, célebre obstetra francés, plantea que la obstetricia moderna se origina en Francia, en el siglo XVII, cuando los doctores ingresaron por primera vez en el cuarto del alumbramiento y se adjudicaron el rol tradicional de las parteras:

“Por primera vez se les pidió a las mujeres dar a luz tendidas sobre sus espaldas, para que así los doctores pudieran usar los fórceps con más facilidad [...]. Desde entonces, el obstetra –con los instrumentos en la mano, controlando- siempre ha estado parado ante una mujer pasiva. (Por otra parte, la palabra misma “Obstetricia” deriva del latín ob + stare, que quiere decir “estar parado ante”). La posición dorsal y la forzada pasividad que ésta impone en la madre, hoy se han vuelto casi universales en nuestras sociedades industriales. Como también lo ha sido el reemplazo de las parteras por doctores, lo que indica una profunda equivocación sobre la clase de privacidad que una mujer necesita cuando está dando a luz” (Odent, 2005:49).

A través de este planteamiento de Odent (2005), es posible destacar las “nuevas formas” de la obstetricia, las cuales se caracterizan por: la posición decúbito dorsal, posición que deja a la mujer a subordinación del obstetra, perdiendo todo protagonismo y responsabilidad en el acto de parir; la utilización de instrumentos y mecanismos para facilitar el parto, depositando el conocimiento al obstetra y entregando gran confianza a la ciencia y la tecnología; y finalmente el reemplazo de las parteras por los doctores, privilegiando no sólo a los hombres, sino que a un sistema androcéntrico para comprender la salud, que más tarde adoptarán las parteras profesionales.

En estos siglos florecen las escuelas de obstetras y parteras. También se generan textos científicos importantes, que serán utilizados por años legitimando el conocimiento, como el “Novum Lumen”, escrito por el holandés Hendrick van Deventer el año 1701, quien ha sido considerado el padre de la Obstetricia moderna, ya que su libro hace una descripción estricta de la pelvis y sus consecuencias en las complicaciones del trabajo de parto. Además comienzan a inventarse métodos y técnicas para facilitar el parto: En Francia en el siglo XVIII, Jean Palfyn reintroduce el fórceps, Baudelocque padre inventa el pelvómetro y Levret perfecciona el fórceps; hacia el siglo XIX Kergaradec extiende el uso del estetoscopio para auscultar los sonidos fetales cardíacos. Por lo que en estos siglos se instalan las bases de la posterior y excesiva intervención y medicalización del parto y nacimiento.

Con el advenimiento de la era industrializada, el parto y otros aspectos de la vida fueron entrando a la mecánica de la industrialización y dejaron en manos de la ciencia y la tecnología, a estos procesos.

En consecuencia, la historia de la obstetricia se configura como la historia de la degradación del rol de la partera tradicional/empírica y la eliminación progresiva de las mujeres de su rol protagónico en todos sus ciclos vitales, delegando así su responsabilidad y autonomía al saber biomédico con su máxima expresión en la figura del médico obstetra.

La partera tradicional/empírica se reemplazó por la partera profesional con estudios universitarios con características similares a los hombres entrenados en el paradigma tecnocrático, cuyas características veremos en el siguiente apartado.

## **Entrenamiento médico tecnocrático y habitus médico.**

El entrenamiento médico y la iniciación tecnocrática en las escuelas de medicina de Estados Unidos, pueden ser analizados como un rito iniciático. Davis-Floyd y St John plantean que “el entrenamiento médico en EEUU tiene la carga no sólo de transmitir conocimiento y habilidades, sino también de imbuir a los estudiantes con los valores y creencias básicas del paradigma tecnocrático de la medicina” (Davis Floyd y St John, 2004:61). Este ritual posee algunas características que nos permiten comprender el entrenamiento físico y psicológico que deben pasar los estudiantes de medicina, enfermería, obstetricia para lograr internalizar el paradigma tecnocrático y seguir legitimando ese sistema.

Partes importantes del entrenamiento médico tecnocrático indicados por las investigadoras son:

i) La transformación psicológica en la escuela de medicina y en la residencia médica: en esta fase se produce la reducción de la función cognitiva de los estudiantes y practicantes. Esto se ve reflejado en la imposición de excesivo trabajo, los residentes de primer año deben comenzar desde abajo en la condición jerárquica, el estudio igualitario de ciencias básicas los dos primeros años de la escuela médica, el aislamiento de los estudiantes que se inician y la fuerte presión de amenaza e incertidumbre expresado en la competencia por las calificaciones.

ii) Redundancia e insensibilidad emocional como técnicas de transformación en el entrenamiento médico: expresado en la realización de “tareas inferiores” repetitivas, fatiga física, sobrecarga de información, y el entrenamiento hacia la insensibilidad emocional.

iii) La transformación cognitiva: expresado en el entrenamiento para entender el cuerpo como máquina y la objetivación del paciente.

iv) Género y entrenamiento médico: predominación de las creencias masculinas reflejadas en el trabajo excesivo, insensibilidad emocional y sufrimiento físico.

Parafraseando a Davis Floyd y St John (2004), el entrenamiento médico en sociedades occidentales, en los últimos siglos no sólo se ha encargado de transmitir conocimientos y técnicas a sus estudiantes, sino que también ha sido una fuente importante para la transmisión de los valores del paradigma tecnocrático y la hegemonía de éste. Esto lo podemos denominar como “habitus médico” 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. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales” (Castro, 2014: 173).

En el caso de la obstetricia, este habitus médico que comienza con el entrenamiento en la escuela, se profundiza en la práctica profesional y se legitima en el posterior trabajo en instituciones de salud, conduce a establecer relaciones autoritarias, jerárquicas con las mujeres durante la atención del parto:

“Existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propicio en el habitus médico. Se trata de “tecnologías del yo” (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente), por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce” (Ibíd.: 174).

De modo que los rasgos autoritarios que experimentan los profesionales de la salud cuando son estudiantes y practicantes, son reflejados en las actitudes autoritarias que tienen éstos con respecto a las pacientes. Según el autor, en el habitus médico podría encontrarse la raíz de la violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es un concepto reciente. En el ámbito médico fue Frederick Leboyer quien en la década de los 70's acuñó el término de “violencia” en el nacimiento, cuestionando las prácticas de la obstetricia moderna. Sin embargo, el concepto “violencia obstétrica” como tal ha sido desarrollado en los últimos años en distintos países.

El año 2007 la legislación venezolana publica la ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el que hace referencia a la violencia obstétrica como:

“La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Derecho de las Mujeres 2007 en Martínez, 2015: 70).

Según Castro (2014) los estudios respecto a la despersonalización de la atención y la violencia obstétrica, han tendido a señalar la relación médico-paciente como el trasfondo de estos problemas. Sin embargo, se desconoce el problema sociológico que hay detrás de la violencia obstétrica, el cual según el autor tendría sustento en el habitus médico:

“La hipótesis de trabajo es que la violación de derechos reproductivos, durante la atención del parto o en el marco de los servicios de salud reproductiva en general (con el concomitante problema de <calidad de la atención> que se le asocia, pero que no es lo mismo) es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del campo médico y de la lógica-práctica que caracteriza el habitus de los prestadores de servicios” (Ibíd.).

De modo que el modelo tecnocrático de atención de la salud se perpetúa a través del entrenamiento médico creando un habitus médico que muchos profesionales reflejan

en sus trabajos, pero que sin embargo no todos están dispuestos a tolerar y comienzan un viaje a la transformación de su profesión.

#### **IV.1.c La partera profesional posmoderna.**

Como hemos revisado anteriormente, la figura de la partera tradicional/ empírica sufrió una gran degradación ante el surgimiento del médico obstetra, debiendo profesionalizarse para conseguir legitimación. Durante el siglo XX hubo un constante aumento de la institucionalización e intervención del parto, provocando que en las últimas décadas se generara un fuerte cuestionamiento del modelo biomédico con orientación tecnocrática.

Es así como en pleno siglo XXI podemos afirmar el surgimiento de una nueva partera, mezcla de la partera empírica y la profesional, cuyo actuar tiene grandes beneficios reconocidos en distintos estudios:

“Con respecto a los Estados Unidos, innumerables estudios demuestran que las parteras no sólo dan a las mujeres una atención más individualizada y satisfactoria que los médicos sino que, en general, también recurren a un menor número de intervenciones, son más efectivas a nivel de costos y, a menudo, obtienen mejores resultados porque tienen menos probabilidades de que participen los médicos al no intervenir si no es estrictamente necesario (ver Rooks, 1997; MacDorman y Singh, 1998, En Davis-floyd, 2001:11).

En relación a este último tema, las intervenciones según el doctor Wagner (2007) son producidas ya que los obstetras son cirujanos y su tendencia lógica va a ser la intervención, muchas veces innecesaria, “es por este motivo que hay un exceso tan trágico de intervenciones innecesarias, incluyendo la inducción del parto, la episiotomía y la cesárea en un parto medicalizado” (Wagner, 2007:4).

Según la antropóloga Robbie Davis-Floyd, el renacimiento de la figura de la partera es contemporáneo en América y se trata de “un fenómeno reciente y está respaldado por la demanda de los consumidores, la conciencia cada vez mayor sobre múltiples beneficios de los cuidados proporcionados por las parteras, las iniciativas de reducción de costos y el abandono del ejercicio de la medicina de los tocólogos debido al alto costo del seguro por negligencia médica (que para las parteras es menor)” (Davis-floyd, 2001:11). En consecuencia, este resurgimiento de la figura de la partera es una consecuencia del nivel de conciencia que ha llegado el ser humano respecto al parto y nacimiento y la demanda de usuarios por un parto respetado y menos intervenido. Aunque, un punto importante es el propio camino recorrido por las parteras, que han llegado a un punto de inflexión y han abierto sus mentes a nuevas técnicas, nuevos ritos, rescatando y aplicando saberes tradicionales, desde su base biomédica.

Sin embargo, ¿qué es una partera profesional posmoderna? Ya conocimos la etapa de la partera empírica o tradicional, las cuales aún siguen trabajando de acuerdo a la herencia ancestral recibida; también conocimos la etapa de la profesionalización de la partería con la entrada de los hombres a la obstetricia y la fuerte inclinación a la tecnología y la ciencia, quienes siguen trabajando bajo esos cánones en la actualidad;

pero a qué nos referimos con una partera profesional posmoderna. Robbie Davis-Floyd (2001) que ha estudiado diversos temas relacionados al parto y nacimiento, ha conceptualizado a este nuevo tipo de parteras que crean puentes entre sistemas antagónicos:

“Una partera posmoderna adopta un enfoque relativista de varias maneras de conocimiento sobre el parto... [y] puede articular maneras para hacer que sistemas discrepantes se vuelvan complementarios. Al reconocer las limitaciones y las fuerzas tanto del sistema biomédico como de su propio sistema, la partera posmoderna se mueve cómodamente entre ellos para servir a las mujeres que atiende. Al no tener o rechazar activamente un sentido de su práctica como estructuralmente inferior a la de la biomedicina, es libre de observar los beneficios de las prácticas tradicionales de partería que comparten muchas culturas (por ejemplo, el masaje, la versión externa, comer y beber durante el trabajo de parto, parir en posición vertical, parir en casa y el contacto ininterrumpido entre madre y bebé). Los compara con lo que ve en el hospital y con lo que aprende a partir de la evidencia científica... [y] concluye que la biomedicina no reconoce el valor del enfoque de la partería; y desarrolla un sentido de misión para preservar el segundo enfoque ante la usurpación biomédica. De este modo constituye su praxis alternativa como una forma de crítica. Al mismo tiempo, no duda en apropiarse del vocabulario autoritativo, los adornos, cuando considera que tienen un valor decisivo o un valor simbólico...” (Davis-Floyd: 2001:5).

En Chile, la partera profesional es denominada matrona profesional, sin embargo debemos distinguirla de la partera profesional posmoderna<sup>18</sup>, ya que a pesar de tener la misma formación biomédica, el enfoque de atención cambia del tecnocrático a uno humanista y holista.

Pero, ¿cómo llega una matrona biomédica tecnócrata<sup>19</sup> a convertirse en una matrona profesional posmoderna? Davis-Floyd y St. John (2004) identificaron una serie de “catalizadores para la transformación”, momentos, personas o cosas que inspiran el cambio de paradigma, en profesionales de la salud. Estos catalizadores están agrupados en cinco temas principales: (I) El primero abarca la experiencia de los médicos en el paradigma tecnocrático y sus limitaciones para sanar a sus pacientes. (II) El segundo describe el proceso por el cual los pacientes se convierten en catalizadores de la transformación del médico. III) El tercero guarda relación con las propias crisis de sanación y el descubrimiento de otras tradiciones. IV) Un cuarto tema que incorpora un despertar social, espiritual y una concientización feminista. V) Un quinto fenómeno denominado “comenzando al otro lado”, catalizadores que pueden tener un gran impacto en el aspirante, antes del ingreso a la universidad.

La partería actual forma parte de un movimiento de usuarios y profesionales de la salud conscientes de la importancia de un nacimiento personalizado y respetado y cada

---

<sup>18</sup> En la denominación original de Davis-Floyd (2001) la partera profesional posmoderna puede tener o no estudios universitarios, pero para el contexto chileno, hemos utilizado el término para el caso de las matronas profesionales con estudios universitarios.

<sup>19</sup> Cabe destacar que las tres matronas entrevistadas encajan en el perfil de “comenzando al otro lado”, sin embargo y de acuerdo a su experiencia universitaria y clínica, han sido catalogadas como matronas tecnócratas, puesto que en la práctica fueron estos valores los que primaron.



paso que avance hacia el respeto a prácticas ancestrales, la apertura a nuevas técnicas, la devolución del protagonismo a la díada madre-hijo, es un paso por la lucha de la libertad del ser humano de elegir sobre su vida, sobre su cuerpo, un movimiento social en auge en búsqueda de la integralidad del ser humano.

Sin embargo, esta lucha se ve enfrentada a grandes resistencias por parte de las instituciones de salud, por profesionales de salud que sostienen un paradigma determinado (el tecnocrático), por un sistema que no logra ver más allá de los intereses de algunos, por encima de los de la mayoría, queriendo influir y determinar desde la concepción, sobre los derechos de los seres humanos.

## **IV.2. De la Antropología médica a la antropología médica crítica.**

El interés por la salud y los cuidados del cuerpo ha estado presente en el área de la antropología social desde sus comienzos; de este modo, se ha llegado a concretar un área específica sobre estudios de la salud denominada antropología médica. Esta rama “estudia el modo en que las personas en distintas culturas y grupos sociales explican las causas de la salud-enfermedad, los tipos de tratamientos que practican, y a quienes acuden en caso de necesitar atención” (Weisner 1999, en Sadler 2003: 56). Los estudios antropológicos en el ámbito de la salud han tenido gran aceptación, pues ha devuelto el ámbito socio-cultural a estudios donde primaban los aspectos fisiológicos.

La antropología médica, tiene un fuerte énfasis aplicado, ya que ha trabajado en el análisis y soluciones de problemas:

“Así lo han expresado sus ámbitos de acción y reflexión, que abarcan temas como la educación de profesionales de salud para el desempeño de sus labores en contextos interculturales; la consideración de los aspectos psico-sociales y culturales de procesos vitales y biográficos altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas - tales como la sexualidad, embarazo y parto, toda la amplia gama de "enfermedades mentales" (desde la esquizofrenia hasta la epilepsia), entre otras-; y, más recientemente, el desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que fortalezcan la formación de sistemas interculturales de atención en salud” (Junge 2001 en Sadler 2003).

La antropología médica, ha tenido como uno de sus focos el estudio de los circuitos terapéuticos, o sea las formas en que las personas usan y transitan entre diversos modelos de atención en salud. En Latinoamérica, existe un pluralismo de tradiciones de atención de la salud y enfermedad, donde las personas se encuentran en la búsqueda de una atención que se adecue más a sus concepciones de salud/enfermedad:

“En las sociedades latinoamericanas actuales existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. Pero además de reconocer esta diversidad, cuando nos referimos a estas formas de atención no las pensamos principalmente en términos de eficacia, de eficiencia y/o de calidad, sino en términos de reconocer su existencia, dado que frecuentemente desde la perspectiva del Sector Salud (SS) y de la biomedicina, toda una serie de

actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población”(Menéndez, 2003: 3).

Desde esta disciplina, Menéndez (2003), antropólogo argentino, identifica, a partir de los propios usuarios, cinco modelos de atención de los padecimientos en Latinoamérica:

a) El modelo biomédico, se refiere a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. b) De tipo popular y tradicional, expresadas a través de curadores especializados como hueseros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos. c) Alternativas o new ages, que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc. d) Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas como: la acupuntura, medicina ayurvedica, medicina mandarina, etc. e) Las formas de atención centradas en la autoayuda.

La biomedicina, medicina alópata o medicina occidental enfatiza el hecho de que es una medicina predominantemente biológica. Como tal, se puede distinguir de las medicinas profesionales de otras culturas (Gaines, Atwood y Robbie Davis-Floyd, 2003). Los primeros estudios sobre la biomedicina fueron realizados principalmente por sociólogos en las décadas de los 50 y 60 (Goffman, Strauss, Merton), quienes no cuestionaron la naturaleza cultural del conocimiento biomédico. Hanh (1995) define la biomedicina como un sistema cultural, que ha influido en la salud y en las prácticas médicas de muchas sociedades en el mundo entero. Según este autor, en las sociedades occidentales, donde ésta se originó, la biomedicina es la medicina dominante, ésta abarca los complejos mecanismos sociales y culturales, no sólo en los médicos que diagnostican y tratan la enfermedad, sino también de diverso personal e instituciones de atención, industrias extensas, programas de seguro de salud, investigación y múltiples agencias gubernamentales y privadas.

El modelo biomédico es el hegemónico en la Región, según Menéndez (2003) la biomedicina incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos para mantener y desarrollar la identidad profesional y su hegemonía. Ésta se perpetúa gracias a la expansión de la biomedicina, la cual se ve reflejada en la investigación biomédica, en la producción farmacológica y en la medicalización no sólo de padeceres sino de comportamientos. La medicalización es definida por el autor Menéndez (2003) como un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos.

Este discurso hegemónico de la biomedicina emana de una teoría dominante en la salud de corte médico-científico:

“En el caso de los sistemas médicos hay un proceso histórico que llevó a la legitimación de la ciencia médica alópata como la oficial y la autorizada en occidente; esta hegemonía responde a su asociación con una base de poder más fuerte que los otros sistemas de salud imperantes, lo que llevó a la devaluación y desaparición de estos últimos en algunos contextos” (Sadler, 2003:92).

Si existe un quiebre en la historia respecto a la concepción sobre el cuerpo, mente y alma, éste se puede trazar con el advenimiento del cartesianismo. Con Descartes, el cuerpo fue separado de mente y alma, dejando el alma como un concepto mágico-religioso. David Le Breton, respecto al cartesianismo expresa que “esta filosofía es un acto anatómico, distingue en el hombre entre alma y cuerpo y le otorga al primero el único privilegio de valor” (Le Breton en Lutz, 2006: 217). De esta forma, para los ilustrados de esa época, el cuerpo deja de ser considerado el recipiente sagrado del alma, y se convirtió en el organismo más importante, un concepto concreto y tangible, el cual debía ser estudiado profundamente.

Le Breton considera que las disecciones de los primeros anatomistas occidentales como Galeano y Vesalio, muestran un cambio de mentalidad, ya que al transgredir el tabú de la sacralidad del cuerpo, la piel deja de ser inviolable y el ser humano deja de ser intocable. El cuerpo es abierto, desollado, disecado (Ibíd.). De esta forma el cuerpo fue estudiado segmentadamente como si se tratase de una máquina, compuesta por partes funcionales, que debían ser analizadas para ir descubriendo qué herramientas utilizar si la máquina sufría desperfectos, dejando atrás cualquier cosmovisión holista entre cuerpo, mente y alma como un todo.

Del mismo modo en que el cuerpo se volvió instrumento de la razón, también fue instrumento de conocimiento de la medicina moderna. De esta forma “la ciencia médica dictó la sentencia condenatoria del fin de la unidad del ser humano: a partir de entonces el hombre se compone de una unidad orgánica diferenciada que requiere especialistas y de un espíritu o mente” (Ibíd). Pero el discurso de la razón de Descartes no sólo redundó en la fragmentación del cuerpo humano para ser estudiado por parte, sino que además en esta época se empiezan a descubrir las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer “y se comienza a definir a la mujer como un ser humano más débil y enfermo en relación al hombre” (Esteban, 2001:24). De aquí en adelante, comienza una carrera infrenable por parte de la biomedicina en legitimarse como el saber por excelencia respecto al cuerpo y salud de los seres humanos, generando discursos que se imponen frente a cualquier otra fuente relevante de conocimiento, como es el caso del propio saber de las mujeres.

Gran parte de las concepciones y teorías respecto a la salud y cuerpo, específicamente de las mujeres, viene de la ginecología y la obstetricia:

“Dicha rama de la medicina ha monopolizado la mayoría de las teorizaciones sobre el cuerpo de la mujer, y consecuentemente, los profesionales de la misma han sido legitimados como los normativizadores principales en lo relativo a la especificidad de las mujeres, tanto en cuanto a su psique, como en cuanto a sus sistema reproductor” (Ibíd.: 28).

La ginecología y la obstetricia, son parte del conocimiento biomédico, que como se ha revisado, es el conocimiento hegemónico en la Región, el cual como plantea Sadler

(2003) se ha impuesto frente al conocimiento de las mujeres, que está compuesto por sus experiencias previas y lo que ellas mismas puedan significar acerca del estado de su cuerpo y sus tradiciones culturales.

Estas relaciones de poder que se dan entre distintos tipos de conocimientos y saberes, han sido estudiadas por la antropología médica crítica (AMC), esta rama se caracteriza por el interés particular en las relaciones de poder que se dan en los ámbitos de la salud “en cómo las fuerzas económicas y políticas se presentan en los estados de salud locales y en las instituciones médicas” (Good, 2003).

Como se ha planteado anteriormente, la biomedicina con enfoque tecnocrático, se ha constituido como la principal fuente generadora de conocimientos respecto al cuerpo y salud de las mujeres, lo cual ha llevado a configurar normas de comportamiento y prácticas relacionadas a los principales procesos de la vida de una mujer:

“Nuevamente, es el cuerpo femenino el que es objeto de decisiones, concepciones que lo hacen ‘circular’ en tanto discurso, y en tanto objeto de prácticas que determinan ritos de pasaje (menarquia, parto y menopausia) y sus consecuentes ‘trastornos’ (hormonales, psíquicos, físicos). Así en un movimiento semejante a las más primigenias concepciones sociales de lo que determinaba ser un hombre y una mujer y a sus rituales de paso de una etapa a otra, las actuales instituciones sociales (médicas y económicas) norman estos momentos, creando así un conjunto de ‘creencias’ sobre el tránsito de la existencia de las mujeres” (Montecino, 7: 2003).

Esta situación corresponde a lo que Michel Foucault denominó como biopoder, manifestando que “el poder no sólo lo ejerce el monarca o el gobierno sino también los discursos expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando desde la modernidad; un poder que es experto y productivo a la vez, puesto que actúa a través de establece las normas de comportamiento” (Foucault en Esteban, 2006: 11). Foucault plantea que la tecnología individualizante del poder aspira a producir cuerpos dóciles y fragmentados, por medio del análisis de los individuos, sus comportamientos y sus cuerpos. A raíz de esto es que se inventan herramientas como la vigilancia, el control y el constante examen de las capacidades.

Jordan (1993) postula al respecto que el sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos: podríamos hablar de un conocimiento autorizado, definido como el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado.

De modo que el conocimiento autorizado que se impone en occidente patologiza y controla las etapas del ciclo vital de las mujeres, concibiéndolas como enfermedades.

### IV.3. Antropología del nacimiento.

Desde hace cuatro décadas se desarrolla una línea de trabajo que se enmarca en la antropología médica, que se denomina antropología del nacimiento; se han realizado análisis de los distintos paradigmas de atención del nacimiento existentes en el mundo. Con los aportes de Mead, Jordan y Kitzinger y otras antropólogas, la antropología del nacimiento permite comprender los períodos de gestación-parto-nacimiento y puerperio como hechos cargados de significados culturales. Como Jordan (1993) menciona, cada sociedad tiene su manera de organizar y tratar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre y el/la hijo/a, como para los demás involucrados, en relación con el sentido y significado que le confiere a dicho momento.

En esta investigación, atendiendo a la definición de Jordan (1993) de que el parto debe ser entendido dentro de un marco biosocial, e integrando la esfera emocional, se propone comprender el parto y nacimiento desde un sentido biopsicosocial, integrando lo biológico, psicológico y socio-cultural, a la comprensión de este acontecimiento.

Robbie Davis-Floyd (2001) describe tres paradigmas de los cuidados sanitarios que influyen en el parto contemporáneo, éstos son: el tecnocrático, humanista y holístico. El modelo tecnocrático es el hegemónico<sup>20</sup> en las sociedades occidentales. Esta autora argumenta que “la manera como la sociedad concibe y utiliza la tecnología refleja y perpetúa el sistema de valores y de creencias que la sustenta” (Ibíd.:1); en consecuencia, en los partos realizados bajo el paradigma tecnocrático, se reflejarían los valores y creencias de la sociedad occidental, los cuales son, según la misma autora: una fuerte orientación hacia la ciencia, la utilización de alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente. Esta ideología al ser hegemónica, tilda a las ideologías rivales como “alternativas”. Este modelo se caracteriza, según la autora por subrayar la separación cuerpo-mente, concepción de el/la paciente como objeto, la alienación del médico de la paciente, la sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología y la muerte como derrota (Ibíd: 7).

El humanismo surgió como reacción a los excesos cometidos desde el modelo tecnocrático, en un esfuerzo desde los mismos profesionales del sistema médico que intentan reformarlo desde dentro. El objetivo de este modelo es “humanizar la atención de los partos, reforzando la idea de que sea una atención relacional, orientada a la asociación, individualmente sensible y compasiva” (Ibíd.:8). Los principios de este modelo identificados por la antropóloga, son: i) la conexión mente- cuerpo, ii) el cuerpo como organismo, iii) la paciente como sujeto relacional, iv) la conexión y afecto entre médico y paciente Y la muerte como consecuencia aceptable (Ibíd.)

El modelo de atención más radical, según la autora, es el holístico. Este concepto incluye la mente, el cuerpo, las emociones, el espíritu y el medio del usuario en el proceso de curación. La distinción más significativa de este modelo, es que integra la noción de espíritu en el conjunto humano. Davis-Floyd (2001) afirma que “al incorporar el alma en el proceso de curación, los curadores holísticos están devolviendo la medicina al mundo de

---

<sup>20</sup> La palabra hegemonía hace referencia a una ideología que ha abrazado el grupo dominante en una sociedad determinada (Davis-Floyd, 2001: 7).

lo espiritual y lo metafísico del que fue separado durante la Revolución Industrial” (Ibíd.:11). Algunos de los principios de este modelo son: la unidad de cuerpo y mente, la unidad esencial de médico y cliente, la autoridad y la responsabilidad inherentes al individuo, la ciencia y la tecnología al servicio del individuo, la muerte como paso en un proceso y la inclusión de múltiples modalidades de curación (Ibíd).

En biomedicina por largos años ha primado el paradigma de atención tecnocrática, que además de comprender el cuerpo como si fuese una máquina que se puede seccionar para estudiar, el ideal del cuerpo moderno se concibe como un cuerpo libre de infección, incapaz de contagiar. En consecuencia, el cuidado del cuerpo ha ido en crecimiento, procurando evitar el contacto con los otros cuerpos. Como expresa Le Breton “si nos comparamos con otras sociedades más hospitalarias en cuanto al cuerpo, podemos decir que la sociedad occidental está basada en un borramiento del cuerpo, en una simbolización particular de sus usos que se traduce por el distanciamiento” (Le Breton en Lutz, 2006:218).

Este distanciamiento es claro en la práctica biomédica con enfoque tecnocrático, respecto al trato con sus pacientes, donde pareciera que no sólo se trata de un contagio físico, sino que también emocional, el cual se trata de evitar.

Como se ha revisado anteriormente existe un sinfín de prácticas que han sido cuestionadas, desde diversos grupos sociales, por ser invasivas y no tener evidencia científica significativa. Prácticas que han sido cuestionadas también desde el mismo sector biomédico, profesionales que a lo largo de la historia han abierto sus mentes para ampliar las opciones de parto, para mejorar la atención, infraestructura y principalmente devolverle a la madre el protagonismo del parto. Esto es lo que se ha denominado como Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que se refiere a:

“La utilización consciente y explícita de la mejor información científica disponible para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas. Su práctica requiere de una búsqueda sistemática de bibliografía médica referida al tema de interés, de una apreciación crítica de la evidencia disponible y de la interpretación de esa información y su aplicación en la atención de salud, evaluando los resultados obtenidos” (Sadler, 2009:54).

En biomedicina podemos encontrar el paradigma tecnocrático de atención y también el paradigma humanista de atención, poniendo este último al servicio de las mujeres, a la ciencia y la tecnología, pero con una perspectiva más empática en la relación médico-paciente.

Ejemplos de estos son, el método psicoprofiláctico o método Lamaze, el cual es un conocido método dentro del ámbito obstétrico, cuya meta es que las mujeres respondan a las contracciones de una manera condicionada por ellas mismas, por lo que él creó ejercicios para minimizar los temores y reducir el dolor, “la base científica del parto de Lamaze es que existe una sapiencia, un conocimiento interior y un diseño especial del cuerpo femenino para el proceso del nacimiento” (Muñoz et al. 2001:152).

Michel Odent y Frederick Leboyer, fueron doctores pioneros en la atención humanizada del parto, los más reconocidos en el ámbito de la obstetricia y que dieron un

giro radical a sus prácticas, poniendo como protagonista a la mujer y al hijo, transformando las salas de hospitales lo más parecidas posible a un hogar e incorporando incluso piletas de agua para el alivio del dolor de las mujeres en su trabajo de parto.

Davis Floyd (2001) plantea que los profesionales de la salud tienen una oportunidad única para entrelazar elementos de los tres paradigmas y así crear el sistema más eficaz de cuidados de la atención del parto y nacimiento nunca diseñado en este planeta:

“Contamos con información sobre prácticas indígenas de dar a luz de muchas culturas, algunas de las cuales (como el masaje y las posiciones verticales para dar a luz) son muy beneficiosas y se deberían incorporar. Ahora contamos con más información que nunca a partir de estudios científicos que nos explican mucho de lo que tenemos que saber sobre la fisiología del parto y los tipos de cuidados que realmente ayudan a las mujeres a parir. Y las tecnologías existen para apoyar cualquier elección referida al hecho de parir. Si pudiéramos aplicar tecnologías apropiadas, en combinación con los valores del humanismo y de la abertura espontánea a la individualidad y la energía establecidas por el holismo, podríamos de hecho crear el mejor sistema obstétrico que el mundo haya nunca conocido” (Davis Floyd, 2001: 23).

En el caso del parto en casa, los paradigmas asociados son el paradigma humanista y el paradigma holista. La atención del parto en casa, según la primera guía del parto en casa, realizada en Barcelona, está basada en una visión holística de la salud, “se tienen en consideración los aspectos emocionales y socioculturales que rodean a la mujer para valorar su estado de salud de una manera integral” (COIB, 2010: 8). Como hemos revisado, el paradigma holista de salud se caracteriza por el valor de la conexión y una visión integral del ser humano, a diferencia del paradigma tecnocrático que realza valores científicos y tecnológicos. El paradigma humanista, sería el engranaje entre estos dos paradigmas, y desde estos valores, las matronas que atienden partos en casa y las mujeres que los tienen actuarían y propiciarían valores más humanos, relacionales, integrales, compasivos:

“Aunque las mujeres que paren en casa constituyen sólo alrededor de un 1% de la población de parturientas americanas, su importancia conceptual es enorme, ya que mediante los rituales alternativos de parir en casa, representan- y por lo tanto garantizan la existencia- de un paradigma de embarazo y de parto basado en el valor de la conexión, al igual que el modelo tecnocrático se basa en el principio de separación” (Davis-Floyd, 1994:339).

En efecto, se podría establecer, que el cambio de paradigma de atención de salud, hacia una atención holista y humanizada, ha ido de la mano del surgente movimiento de mujeres en la lucha por reivindicar sus derechos y decisiones respecto a su salud y cuerpo, esta lucha la veremos en el siguiente apartado sobre el empoderamiento de género.

#### IV.4 Antropología del género.

El género como concepto nace a finales de los años setenta, cuando las feministas anglosajonas propusieron el término 'sexo' para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, asociadas a la capacidad de procreación, "mientras que 'género' suponía un nivel de abstracción distinto, mediante el cual se aludía a la jerarquización de espacios y funciones sociales y la diferenciación en el acceso al poder implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de hombres y mujeres" (Esteban 2006: 13). El concepto de género entonces abandona las diferenciaciones bio-fisiológicas y comienza a comprenderse como un proceso altamente constructivista, "el género se convierte en algo que se hace en vez de ser algo que se es" (Ibíd.: 15).

Desde la antropología, Margareth Mead, Linton y Murdock, han contribuido al estudio de los aspectos culturales de la diferencia entre los sexos. Margareth Mead (1960) realizó estudios en diversas culturas, de las cuales concluyó que es el agente socializador de los padres y la familia el responsable de los atributos de cada sexo. De este modo, derriba la creencia de las diferencias sexuales determinadas absolutamente por la genética y postula que la cultura influye significativamente en la conformación de la personalidad, la cual puede variar entre las diversas culturas y a través del tiempo.

Sabemos que el cuerpo, refleja normas y valores de la sociedad, "el cuerpo es una metáfora de la sociedad cuyos valores y disposiciones sociales han penetrado- y están imbricados- en él" (Oribitg, 1999 en Imaz 2001: 98). En la sociedad occidental, el saber respecto al cuerpo está impregnado de los valores del sistema patriarcal, lo cual ha generado diversos problemas, especialmente en el tratamiento de la salud y el cuerpo de las mujeres.

Emilia Martínez (2008), ha realizado una revisión sobre el androcentrismo en Medicina, al cual denomina como el "fantasma ideológico del pasado", la autora plantea que desde la Antigüedad Clásica al siglo XXI, la Medicina se ha erigido como una disciplina con autoridad en los asuntos del cuerpo y, que desde ahí viene su poder. La Medicina ha elaborado visiones sobre el cuerpo de las mujeres y de los hombres y es un caso evidente sobre cómo la visión del cuerpo humano se construye y se transforma como la suma de las expectativas dominantes de cada época, y de cómo la sombra del androcentrismo se aposenta en los saberes. En su revisión histórica sobre el poder del androcentrismo en la Medicina, esta autora reconoce dos importantes hitos respecto a la concepción del "cuerpo", el cuerpo "isomórfico" y el cuerpo "dimórfico". La primera de estas concepciones, viene desde la antigüedad y persistió, por lo menos durante 2.000 años pasando por Aristóteles, Galeno y el escolasticismo medieval. Esta concepción del cuerpo isomórfico, donde el hombre fue usado como modelo de perfección, fue, según la autora, una forma de afirmar el patriarcado y el poder masculino:

"El concepto de *cuerpo* antiguo poseía una impronta política. Ser hombre o mujer significaba tener un rango social, no ser orgánicamente de uno u otro sexo. El cuerpo era sólo uno, en versión más o menos perfecta según el grado de calor. Claro que la versión más perfecta y activa era el *hombre* y la más imperfecta y pasiva la *mujer*. El patrón del cuerpo humano era el masculino y la descripción de



la mujer se hacía subrayando sus carencias. El cuerpo de la mujer era accidental por no completar su cocción e inverso al tener los mismos órganos que los varones pero en lugares equivocados” (Ibíd:2).

En esta época, los textos médicos promulgaban la inferioridad de la mujer, como ser pasiva, su peligrosidad, la subordinación de ésta frente al hombre, además de plantear cánones de belleza androcéntricos.

El siglo XVII, de acuerdo a la investigación de Martínez, se considera punto de inflexión respecto al cambio de paradigma sobre el cuerpo humano, ya que comienzan grandes creaciones tecnológicas, crece el interés por ciencias como la morfología, anatomía y fisiología. Quien tiene un papel importante en este cambio de paradigma, es el ya mencionado Descartes, quien protagonizó una revolución científica con su método cartesiano, el cual separaba cuerpo de mente “esto influyó en la concepción de los sexos y condujo a una concepción dimórfica del cuerpo humano. Los médicos, como expertos, comenzaron a desplazar a las matronas de la atención sanitaria; y las mujeres fueron perdiendo la oportunidad de asistir sus propios cuerpos” (Ibíd.:11). La autora realiza una exhaustiva revisión de textos científicos alusivos a la medicina, de los cuales resalta “una carga ideológica del conocimiento científico en la creación de los estereotipos de género y el papel clave que ha tenido la ideología misógina en las afirmaciones que la ciencia ha hecho acerca de las mujeres y su supuesta inferioridad natural” (Ibíd.).

Maribel Blázquez (2010), doctora en antropología, plantea que la atención sanitaria, es una de las principales instituciones reproductoras de las relaciones de género:

“En la asistencia biomédica a la reproducción se ayuda a la configuración social de las relaciones entre hombres y mujeres. En el nacimiento entra en juego la reproducción social, que implica entre otros aspectos la división sexual del trabajo, la asignación de la crianza y de lo reproductivo, lo que conlleva inevitablemente asignaciones de género en relación con lo que se define como feminidad y maternidad, dentro de un sistema ideológico y sociopolítico” (Blázquez, 2010: 210).

Los procesos de embarazo, parto y amamantamiento como experiencias corporales, están siendo vividas con una extrema medicalización, Ehreulich y English (1988) postulan que esta medicalización extrema es una expresión de la hegemonía de la ideología patriarcal que intenta apropiarse de su cuerpo. La legitimación del sistema patriarcal en la ginecología y obstetricia, aconteció a partir de:

“La deslegitimación del saber de las parteras tradicionales, mientras se construían hospitales en los cuales los practicantes de las nacientes médicas podían observar miles de nacimientos al año y desarrollar técnicas estandarizadas y herramientas para el manejo del parto. En este contexto fueron ganando aceptación los médicos hombres, y comenzaron a participar de los partos, desarrollando objetos para intervenir en dicho proceso” (Sadler 2003: 34).

Esta deslegitimación del saber de las mujeres y sus experiencias, junto a una alta intervención, medicalización y control excesivo de sus procesos fisiológicos, especialmente, en el embarazo, parto y puerperio, ha generado una “responsabilidad

impotente”, debido a la casi nula responsabilidad que la mujer tiene respecto a sus procesos:

“El estricto control al que se somete el cuerpo de la mujer embarazada tiene su correlato en un modelo de maternidad que podríamos denominar de ‘responsabilidad impotente’: el periodo del embarazo se ha convertido en un complejo de pruebas, prácticas y órdenes que antecede a una maternidad sin autonomía que necesita del continuo auxilio de expertos en la crianza de los hijos” (Imaz, 2001: 102).

En consecuencia, la mujer ha perdido el control sobre su poder de decisión y lo ha dejado en manos de mujeres y hombres profesionales de la salud, herederos de un sistema alópata y patriarcal “nos encontramos hoy con una atención de parto medicalizado, en manos de personal alópata especializado, donde la mayor jerarquía la ostenta el médico obstetra (que sea varón o mujer, simboliza la ideología androcéntrica), y la mujer y familia –que son los verdaderos protagonistas- no tienen autoridad alguna para decidir cómo se afronta” (Sadler, 2003: 93).

Marcela Lagarde plantea que los cuerpos femeninos son cuerpos destinados para funciones y usos que involucran la inexistencia de la primera persona “El cuerpo femenino es simbolizado como cuerpo para otros y las decisiones sobre éste 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” (Lagarde, 1994: 28). Para perpetuar esta dominación sobre el cuerpo femenino, se ha utilizado la violencia simbólica, Bourdieu se refiere a ésta como:

“Una serie de esquemas usados por dominados y dominadores para percibirse y apreciarse tanto a sí mismos, como a los demás y que son a la vez producto y fuente de dominación, es justamente por el carácter *invisible* de la violencia simbólica (cuyo mandato se acata sin saberlo) que ella misma se autogenera y mantiene a lo largo del tiempo. De aquí se sigue que para lograr la liberación, no basta con *tomar conciencia* de esta posición subordinada; es necesario darse cuenta de todos los factores que intervienen en la generación y en la perpetuación de este carácter de dominadas” (Bordieu en Sadler, 2003:50).

Siguiendo a Bourdieu, entonces es preciso darse cuenta de todos los factores involucrados en la generación del carácter de dominadas, un problema de género, lo que ha desencadenado en investigaciones y críticas a estos factores, promoviendo cambios de paradigma y visibilizando temas tan importantes, como la denominada “violencia obstétrica”, que a pesar de no estar bien definida, se ha convertido en un paso importante en la lucha por los derechos de las mujeres, respecto al respeto a ellas y a sus hijos.

Uno de los factores que permiten perpetuar la violencia, tiene que ver con el cómo definimos el cuerpo, ya hemos visto anteriormente definiciones que van desde la cartesiana, pasando por autores como Foucault y Bourdieu, hasta llegar a los nuevos planteamientos sobre el cuerpo, como el embodiment, corporalidad o encarnación.

El embodiment se presenta como un paradigma o campo metodológico que sitúa a la experiencia corporizada como punto de inicio para analizar la participación humana en

el mundo cultural. Con el concepto de embodiment o corporalidad desde el enfoque de Csordas (1994), se pretende comprender lo corporal como un proceso material de interacción, subrayando su dimensión intersubjetiva y relacional. Con esto se deja de lado la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo para comenzar a hablar de lo corporal como un campo de cultura (Esteban 2004). El cuerpo es, así, considerado como:

“Un agente y un lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico como social; asimismo, el cuerpo es visto como un ser biológico pero también como una entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora (...) La dimensión interactiva de la agencia adquiere un significado más amplio cuando el actor social es entendido como un agente encarnado” (Lyon y Barbalet, en Esteban, 2004: 24).

En consecuencia el cuerpo deja de lado su definición exclusivamente biológica o exclusivamente social, para dar paso a la encarnación del ser como interpretador, actuante y agente.

Mari Luz Esteban, desafía a la antropología del cuerpo a encontrar una nueva definición basada en los discursos y en las prácticas, en la cultura y la contestación de este, en los fenómenos de resistencia y creación cultural “Que considere a los actores/as sociales como agentes, que consiga lecturas científicas innovadoras, que ponga en práctica análisis de la realidad social que contribuyan también, por qué no, a la transformación social, al <<empoderamiento>>, de aquellas/os en situación de subordinación o discriminación, como es el caso de las mujeres” (Ibíd.:26).

Retomando el concepto de género, éste será comprendido como “un agente socializador que al prescribir una cierta ideología que incluye conductas y comportamientos, modos de relacionarse, lo prohibido y lo aceptado, se transforma en uno de los principios estructurantes de la sociedad” (Pemjean, 2008: 19). De este modo, la perspectiva de género, como estructurante de la sociedad, nos permite ahondar en el presente proceso de cambio de paradigma de atención de la salud, el cual ha ido abandonando el modelo patriarcal y androcéntrico, para dar paso y protagonismo a las mujeres y sus familias.

Otro de los logros que se han realizado en cuanto al proceso de embarazo, parto y puerperio, desde la perspectiva de género, ha sido cambiar del enfoque de riesgo, que como ya sabemos es herencia del sistema biomédico, a un enfoque fisiológico, que resalta la normalidad del proceso y la responsabilidad de la mujer respecto a su cuerpo y su salud:

“La concepción del embarazo, parto y puerperio como un proceso fisiológico, un enfoque que se ha generalizado sólo recientemente, se sustenta en entender la gestación y el parto como una de las funciones del cuerpo de las mujeres, es decir, verlos como procesos normales y que, por tanto, no representan ni una enfermedad ni un problema de salud. Se señalan los mecanismos fisiológicos que utiliza el cuerpo y se resalta cómo a lo largo de la historia, y en diversos lugares, las mujeres han parido y siguen haciéndolo sin que los embarazos y partos precisen de control biomédico, sino que son atendidos por mujeres

experimentadas en este asunto” (Cabré y Ortiz 2001, Montes 2007, en Blásquez 2010: 219).

El enfoque fisiológico, según Blásquez (2010) es una estrategia elaborada desde una perspectiva de género y que procura ser una propuesta para la obtención de igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Este enfoque va de la mano con el proceso de humanización de la atención del parto y nacimiento, antes mencionado.

Sin embargo, este proceso no responde a un acto individual, sino que a un empoderamiento de género.

El empoderamiento es un concepto sociopolítico, originado en Estados Unidos, en la década de los sesenta. Deviene de los movimientos de derechos civiles, específicamente de comunidades afroamericanas; y luego comenzó a ser aplicado en los movimientos de mujeres, en la década de los setenta, para desarrollar el poder por sí mismas.

El concepto de empoderamiento responde a la necesidad de generar cambios dentro de las relaciones de poder entre géneros, “siguiendo los argumentos de Gramsci, Foucault y Freire, entre otros, el poder se define como el acceso, uso y control de recursos tanto físicos como ideológicos, en una relación social siempre presente” (De León, 1997: 1). El empoderamiento de género, en el ámbito de la salud, podría definirse como “un desafío a la ideología patriarcal con miras a transformar las estructuras que refuerzan la discriminación de género y la desigualdad social” (Ibíd.:20).

Según Kate Young, las mujeres se empoderan cuando toman decisiones colectivas:

“Para lograr el empoderamiento colectivo, se necesita involucrar a las personas oprimidas en el proceso de toma de decisiones, para que así puedan identificar tanto sus necesidades como las limitaciones que tienen que afrontar. Los parámetros de empoderamiento son: la construcción de auto imagen y autoconfianza positiva, el desarrollo de la habilidad para pensar críticamente, la construcción de la cohesión de grupo, y la promoción de la toma de decisiones y la acción” (Kate Young en De León, 1997: 5).

El empoderamiento en consecuencia, no se trata de un acto individual, sino de una decisión común entre personas de retomar el poder, un empoderamiento de género que tiene grandes consecuencias en la sociedad en que se genera.

## **IV. Metodología.**

Planteados ya los antecedentes y los lineamientos teóricos de la presente investigación, es menester definir la perspectiva metodológica desarrollada en ésta.

De modo general, podemos comenzar exponiendo que esta investigación fue realizada a través de la metodología cualitativa. La investigación cualitativa hunde sus raíces en la filosofía fenomenológica-hermenéutica, cuyos grandes expositores son Wilhelm Dilthey y Hans George Hadamer, entre otros. Taylor y Bogdan, consideran la investigación cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1986:20). En este contexto, los fenómenos culturales están más cerca de la descripción y análisis cualitativos que la cuantificación de éstos.

Lo cualitativo en esta investigación está dado por el enfoque en las motivaciones, experiencias y significaciones de las mujeres que participaron en el grupo estudiado, “la conducta humana, se afirma, no puede ser entendida sin referencia a los significados, definiciones y propósitos de las personas que enfrentan situaciones específicas en su vida diaria. Tales componentes de la conducta social sólo es posible captarlos mediante información cualitativa que permite mayores posibilidades expresivas” (Briones, 2001: 15).

Según el nivel de profundidad se trata de una investigación de carácter exploratorio- descriptivo, ya que el parto en casa, constituye un ámbito que necesita ser develado por la poca información existente en nuestro país. El carácter descriptivo, está dado por la necesidad de caracterizar las motivaciones y experiencias de mujeres y matronas que han optado por tener o atender un parto en casa, en la Región Metropolitana. El carácter exploratorio, está dado principalmente, por la ausencia de estudios respecto al parto en casa.

### **V.1. Técnicas.**

#### **Entrevistas semiestructuradas.**

Dentro del paradigma cualitativo, ha sido seleccionado un instrumento de investigación, a ser la entrevista semi-estructurada. Primero, es importante entender qué es una entrevista, ésta es comprendida como “una conversación entre dos personas, intencionada y guiada por un marco interpretativo dado por los objetivos de la investigación” (Alonso, 1995: 228). De modo que la entrevista, es una de las técnicas ideales para la siguiente investigación, ya que nos permite conseguir los objetivos planteados. Ahora, especificando, la entrevista utilizada para la investigación, fue la semiestructurada, la cual “se basa en la guía de asuntos o preguntas para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2003: 455). La entrevista semi-estructurada permite que el entrevistado exprese sus opiniones libremente y que surjan temas imprevistos, lo

que da un mayor grado de flexibilidad al entrevistador para explorar y profundizar en los aspectos relevantes que pudieran ir surgiendo en la conversación.

## **V.2. Proceso de investigación, contacto y reflexiones metodológicas.**

Entre 2011 y 2012, realicé mi práctica profesional junto a dos destacadas matronas que atienden partos integrales en un hospital de la Región Metropolitana, las dos matronas que atienden en ese hospital me ayudaron desde el primer momento en la realización de mi práctica profesional, invitándome a sus talleres que realizaban cada dos semanas en una sala de una Universidad, dentro del hospital; entregándome el contacto de las usuarias; ayudándome con las entrevistas; revisando el trabajo entregado; y preocupándose siempre de mi labor. Cada sábado viajaba dos horas para llegar a mi lugar de trabajo, pero siempre iba feliz, a pesar de que iba a un hospital y que los hospitales nunca me gustaron, éste tenía algo especial, una atmósfera de gozo, felicidad, esperanza y dicha. A medida que iba realizando las entrevistas fui entrando al mundo del parto personalizado, conociendo las ventajas de una atención integral y amorosa, los deseos de las mujeres que buscaban un parto respetado, sin intervenciones innecesarias y sin medicalización, cómo las matronas cambiaron su enfoque de atención, y por otra parte conociendo las críticas al sistema actual de atención del parto y nacimiento, al miedo de las mujeres de perder su responsabilidad y poder sobre sus cuerpos, entre muchos temas que fueron saliendo a la vista. Esta experiencia encendió en mí el amor por el parto y nacimiento y a cuestionarme aún más el sistema actual de atención del parto y nacimiento ¿Por qué hay tantas intervenciones innecesarias, por qué hay un trato despersonalizado a las mujeres, por qué hay un nivel tan alto de cesáreas? De a poco fue investigando y enterándome que existe un grupo de mujeres, muy informadas y críticas del sistema biomédico tecnocrático, que está optando por tener a sus hijos en casa, luego las matronas, me hablaban de sus experiencias atendiendo partos en casa y me pareció algo interesante... podría realizar una tesis sobre esto.

### V.3. Muestra.

La muestra está compuesta, por una parte, por 3 matronas con las siguientes características: Matronas profesionales que atienden partos en casa en la Región Metropolitana y que pertenecen a la asociación Maternas Chile.

En la siguiente tabla se muestran algunas características de las matronas entrevistadas. Los nombres son reales y son expuestos con autorización de las entrevistadas.

Nombre	Edad	Postítulos	Cantidad partos en casa atendidos	Trabajo actual
Marta Ocampo	57 años	Diplomado parto natural	100	Hospital público y atención partos en casa.
Alejandra Becerra	37 años	Diplomado parto natural	36	Clínica privada y atención partos en casa.
Rosa María Rosales	53 años	Diplomado parto natural	90	Hospital público y atención partos en casa.

Las matronas fueron contactadas directamente, a través de la asociación Maternas Chile, la asociación de matronas que atienden partos en casa.

Maternas Chile es una asociación conformada por matronas del sistema biomédico que atienden partos en casa en las regiones de Valparaíso y Metropolitana. A modo de confesión de una de las matronas, la asociación surge espontáneamente como una reacción a los dichos del ministro de salud Jaime Mañalich y la presidenta del colegio de matronas Anita Román, quienes a partir de una noticia sobre un parto en casa con término en hospital, desacreditan la labor de estas matronas:

“Fue como una reacción ante las declaraciones de la Anita Román, de la presidenta del Colegio de Matronas, que a raíz de un caso aislado de un parto en

casa, ella salió, hizo una inserción en la Nación y hizo una declaración lapidaria contras las matronas de parto en casa, y contra el proceso del parto en la casa en sí, entonces ante eso, las que estábamos en Santiago y en la Quinta Región y en donde suceda que hay partos en la casa, nos juntamos y hicimos otra inserción en prensa como una manera de responder” (Marta Ocampo).

Si bien el grupo se conforma como una reacción ante la ofensiva del sistema de salud oficial, la intención de reunirse estaba ya latente en las matronas, pues era importante unificar criterios, generar redes, debido al aumento de la demanda por este tipo de partos:

“La asociación se forma por el aumento de partos en casa como una forma de crear redes, compartir experiencias y crear protocolos de atención. Actualmente son pocas las matronas que asisten partos en casa y ha habido una tendencia al aumento de mujeres que solicitan vivir la experiencia” (Rosa María Rosales).

El Colegio de Enfermería de Barcelona, establece que “La unificación de criterios de actuación durante el parto y el puerperio mejorará la práctica asistencial de las matronas que se dedican a la asistencia domiciliaria” (COIB, 2010: 3). De modo que la asociación tiene un largo camino por recorrer y mucho trabajo por realizar para dar a conocer el parto en casa y legitimarlo como opción en la ciudadanía.



La muestra está compuesta también por siete mujeres con las siguientes características: mujeres chilenas de la Región Metropolitana, cuyos embarazos fueron planificados (pues en los embarazos no planificados o no deseados se involucran variables que exceden los propósitos de esta investigación), y cuyos partos fueron planificados y/o atendidos en casa por matronas.

Cabe destacar que los nombres fueron cambiados por seudónimos para resguardar la identidad de las entrevistadas.

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Comuna</b>	<b>Ocupación Profesión</b>	<b>Partos</b>	<b>Previsión de salud</b>
Tania	24 años	Huechuraba	Danza	1 parto en casa.	Isapre
Cecilia	23 años	Providencia	Fotógrafa	1 Parto en casa.	Isapre
Beatriz	29 años	Ñuñoa	Instructora de yoga	1 Parto en casa.	Isapre
Camila	36 años	Las Condes	Psicóloga y doula	1 Parto en casa.	Fonasa
Carolina	37 años	Vitacura	Socióloga y doula	3 Partos vaginales en clínica anterior.	Isapre
Pamela	24 años	Maipú	Doula	1 Cesárea anterior.	Isapre
Cristina	32	Malloco	Artista.	1 Parto natural en clínica. 1 Parto en casa anterior.	Fonasa

La muestra de mujeres se consiguió, por una parte, a través de los contactos entregados por informantes clave, en este caso matronas que atienden partos en casa, en la Región Metropolitana. Por otra parte, se contactó directamente a mujeres que tuvieron o planificaron un parto en casa, que participan en alguna de las diversas redes que existen sobre el tema, muchas de las cuales exponen sus testimonios en sitios de facebook y blogs dedicados al tema. Como se mencionó en los antecedentes, el parto en casa es una modalidad que se está expandiendo y que tiene un fuerte movimiento de demanda por la libertad de acción, tanto por parte de profesionales de la salud, gestantes,

acompañantes y profesionales de otras ciencias, los cuales comparten sus experiencias a través de las redes sociales. De esta manera se llegó a una muestra que, dentro de las características generales descritas con anterioridad, presenta características heterogéneas en cuanto el tipo de experiencias que vivieron, vale decir: mujeres primíparas y multíparas, con y sin cesáreas anteriores, usuarias del sistema público y privado de atención de salud. De acuerdo a las investigaciones disponibles (Martínez, 2015 y Reicshmann, P., Risi, C., Serrano, N., 2015) y la bibliografía existente respecto a la práctica del parto en casa planificado, las mujeres participantes de la investigación son en su mayoría profesionales, con estudios superiores y que pueden solventar el costo de un parto en casa.

#### **V.4. Análisis de la información.**

El análisis de información parte desde la recopilación y lectura de textos hasta la interpretación de la información empírica. Es decir, el análisis de la información es una actividad de corte hermenéutica, la cual se logra en base al empleo de métodos y procedimientos de investigación cualitativos.

Las entrevistas se grabaron en audio y se transcribieron literalmente. Luego, se realizó una lectura de las entrevistas transcritas para acercarse a una idea general del contenido de sus discursos. A partir de esta lectura, se identificaron por separado los ejes temáticos o fragmentos que aluden a un mismo tópico, entendidos como los temas más recurrentes en los relatos, ya sean de manera explícita o implícita. Se organizaron los datos de modo operacional para hacer más abarcable y manejable el discurso. Posteriormente, se procedió a categorizar cada unidad temática, o sea en clasificar u organizar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico con significado. Este procedimiento es lo que se denomina como “análisis narrativo de contenido”, Krippendorff (1980) lo define como “la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto” Krippendorff (1980:28).

#### **V.5. Ética.**

Toda investigación de carácter científica debe demandar conductas éticas por parte del/la investigador/a, quien debe realzar los principios éticos de verdad, valor, justicia y respeto.

El valor de esta investigación está dado en el planteamiento de mejoras en el bienestar de la población, en especial de las usuarias de parto en casa y sus familias, en el reconocimiento y valoración del trabajo de las matronas que atienden partos en casa y la oportunidad de generar conocimiento que permita abrir nuevos campos de investigación y soluciones a las problemáticas planteadas.

El consentimiento informado es un elemento del proceso ético ampliamente utilizado en la investigación científica cualitativa. Se realizó una carta de consentimiento informado, la cual se expuso y entregó a cada una de las entrevistadas, dando a conocer la finalidad y origen del estudio, la casa de estudio y la profesora guía que la avala, los objetivos y procedimientos de la investigación, promoviendo la participación informada y voluntaria en ésta. También se explicitó la confidencialidad de la información entregada, que las entrevistas serían usadas solamente para la investigación y que los nombres de las mujeres serían cambiados. En el caso de las matronas, se les preguntó por la posibilidad de utilizar identidades ficticias, pero ellas prefirieron por voluntad propia aparecer con sus nombres reales. El consentimiento fue firmado por las entrevistadas.

Se estipuló que el estudio proveería de información para derivar casos complejos que necesiten de contención y orientación psicológica y médica a centros especialistas, ya que la investigación podría abrir espacios íntimos de reflexión en temas complejos. Sin embargo, no hubo casos que requirieran de ayuda médica o psicológica.

Se propuso la devolución de información a cada una de las participantes, vía e-mail, entregando las respectivas entrevistas y el producto final de la información en formato digital.

## **V.6. Limitaciones del estudio.**

El trabajo en terreno fue extenso y difícil de realizar, debiendo invertir más tiempo de lo planificado en realizar las entrevistas, especialmente a las matronas, debido a sus largas jornadas de trabajo, debiendo realizar incluso viajes para concretar entrevistas.

Surgió la idea de integrar la visión de los padres en la investigación, sin embargo a lo largo del terreno se fueron privilegiando las entrevistas a mujeres, cuyos relatos fueron muy potentes y se decidió trabajar con una muestra que incluía matronas que aportaran la perspectiva profesional y mujeres que hayan planificado y/o tenido un parto en casa, puesto que la percepción desde los relatos de las entrevistadas es que finalmente son las mujeres las que toman la última decisión respecto a su parto, “al mismo tiempo, los entrevistados (padres) fueron respetuosos con los deseos de su mujer y afirman que la decisión final le correspondía a ella, ya que era la que iba a dar a luz” (Martínez 2015). Sin embargo, queda pendiente y se sugiere para nuevas investigaciones incluir al padre en la muestra, puesto que se reconoce la importancia de éste en la decisión de planificar un parto en casa y en todo el proceso de paternidad. Además, resultan interesantes las nuevas visiones de los padres insertas en los nuevos modelos de paternidad del siglo XXI que se alejan bastante de los modelos patriarcales y machistas que primaban hace algunas décadas atrás.

A nivel personal, fue difícil abstraerme de ideas dicotómicas respecto al parto en casa y el parto tecnocrático, considerando a éstos como extremos opuestos. Fue una tarea desapegarme de ciertas posturas, requiriendo de un gran esfuerzo para poder

vislumbrar los matices implicados en las teorías y el análisis de las entrevistas con respecto a los paradigmas y el territorio de la atención del parto y nacimiento.

## VI. ANÁLISIS.

El análisis está dividido en cuatro capítulos que darán respuesta al objetivo general de esta investigación, recordemos que éste es: indagar en las motivaciones, en las trayectorias de atención y en los impactos de la decisión de tener o atender un parto en casa, en mujeres que planificaron y/o tuvieron partos en casa y matronas que los atienden, en la Región Metropolitana. Iremos construyendo el análisis en base a los relatos de las mujeres y matronas entrevistadas, junto al lineamiento teórico que funda esta investigación.

Comenzaremos el análisis abriendo un primer capítulo denominado “camino a un parto en casa”, en el cual veremos la trayectoria de las matronas y mujeres para llegar a atender y tener un parto en casa. La trayectoria de las matronas comienza desde el despertar a la profesión, pasando por el entrenamiento médico tecnocrático y la transformación hacia la matrona profesional posmoderna. En el caso de las mujeres, indagaremos en las distintas fuentes de información sobre el parto y la preparación/ no preparación a la que optan las mujeres para el proceso de embarazo, parto y nacimiento.

A partir de lo anterior, en el segundo capítulo daremos respuesta a nuestra pregunta de investigación, ¿por qué hay mujeres y matronas que optan por planificar y/o tener, atender un parto en casa? Indagaremos en las críticas al excesivo intervencionismo innecesario del parto tecnocrático, para luego ahondar en los beneficios del parto en casa, que se vuelven una gran motivación para tener o atender un parto en casa. Revisaremos también las resistencias que existen a nivel cultural, social y económico respecto a la casa como territorio para dar a luz.

El tercer capítulo se desarrolla a partir de las experiencias de parto en casa de las mujeres y matronas, describiendo dónde ocurre, quiénes participan, y qué sucede. Abordaremos la experiencia de un parto planificado en casa, que terminó en un traslado y una cesárea de emergencia, donde la protagonista fue víctima de violencia obstétrica. Discutiremos las idealizaciones respecto al parto en casa, la importancia de la planificación, agencia y evaluación de alternativas en caso de traslado.

Finalmente cerraremos el análisis ahondando en las significaciones del parto en casa y el impacto de esta decisión para los(as) participantes del parto y para la sociedad.

## VI.1. Camino a un parto en casa.

VI.1.a. El despertar a la matronería y el entrenamiento médico tecnocrático: la vocación versus la educación médica.

Para comenzar este capítulo revisaremos las trayectorias de 3 matronas chilenas que atienden partos en casa en la Región Metropolitana. Marta Ocampo, Alejandra Becerra y Rosa María Rosales, todas matronas profesionales, que estudiaron en destacadas universidades públicas chilenas nos cuentan cómo ha sido el camino hasta transformarse en una matrona profesional. Para esto, comenzamos a describir su trayectoria desde que se despertó el interés por la matronería, luego veremos el paso por la universidad y la práctica profesional, para posteriormente adentrarnos en la experiencia clínica y hospitalaria.

Las matronas entrevistadas tienen algo en común respecto a su vocación para escoger esta profesión, ya que todas relatan una historia respecto a sus madres y la matronería. Dos de las matronas son hijas de matronas profesionales y ambas recuerdan haber participado en la escena del parto junto a sus madres y cómo la pasión de ellas jugó un rol importante para la posterior elección de su carrera profesional:

“Mi mamá es matrona y como hablaba todo el día de partos y me llevaba a trabajar con ella, yo a los 11 años vi mi primer parto, entonces me gustó siempre” (Alejandra Becerra).

“Mi mamá es matrona, cuando yo era chica yo la acompañaba a los hospitales y me sentía atraída por las mujeres embarazadas... yo tenía como no sé 10 años, yo creo que por ahí comencé. Después la acompañaba en los consultorios, donde ella trabajaba” (Marta Ocampo).

La tercera matrona, Rosa María Rosales, rescata la experiencia de su madre, que sin ser matrona profesional asistió un parto:

“Yo creo que el hecho de ser matrona es como el bichito que te manda la mamá un poco, mi mamá siempre cuando le preguntaba alguna historia, mi mamá es dueña de casa, lo que a mí me llamaba la atención de mi mamá que contaba que su cuñada, mi tía vivía al lado y el último parto, porque en ese tiempo igual las mujeres tenían muchos partos e iban las matronas a atender los partos a las casa y el último parto, la matrona no alcanzó a llegar y mi mamá, pasó a la casa de al lado y asistió el parto” (Rosa María Rosales).

De modo que “el bichito” de la madre, como lo nombra la matrona Rosa María Rosales, se transforma en un hito importante en la elección vocacional de estas mujeres.

De esta etapa datan las primeras interrogantes respecto a la profesión. En el caso de la matrona Alejandra Becerra, a ella se le crearon interrogantes respecto a la función de los hospitales, respecto a los partos no patológicos. Estas interrogantes las compartía con su madre:

“Yo le decía a mi mamá ¿por qué iban a parir a los hospitales las pacientes que no estaban con patologías si podían parir en su casa? Y yo quería tener mi parto en casa, yo le decía a mi mamá cuando yo tenga guagua, voy a tenerla en la casa. Entonces ahí como que me empecé a meter en la rama más holística de la medicina, de los partos” (Alejandra Becerra).

La universidad es un espacio de socialización importante, en la cual se transmiten valores y conocimientos. En las sociedades occidentales donde se imparten carreras de obstetricia, el saber y los conocimientos que se transmiten son principalmente del sistema biomédico con orientación tecnocrática, de modo que lejos del antiguo sistema de transmisión del conocimiento de generación en generación y de la intuición como un saber legítimo, el actual modelo de conocimientos reconoce a la ciencia como única y privilegiada fuente de conocimiento y la tecnología como la herramienta infalible para operar correctamente.

Desde el comienzo del entrenamiento médico, las matronas indicaron que se les enseñaron una serie de características propias del paradigma tecnocrático que iremos analizando. Una de las ideas importantes que hemos revisado en el marco teórico, dice relación con la concepción del cuerpo como máquina, la que puede estudiarse separadamente, seccionarse y arreglarse. Al entender el cuerpo como máquina, la función del médico, o en este caso de la matrona, es hacer funcionar bien esa máquina o hacer que recupere el “buen” funcionamiento. Recordemos que el cuerpo femenino gestante es concebido como patológico, y que para controlarlo se incurre normalmente en intervenciones innecesarias de rutina. Tal como menciona la matrona Rosa María Rosales, que describe la enseñanza mecánica e intervencionista en la universidad donde ella estudió, expresada en la obligación de realizar episiotomías<sup>21</sup>:

“Tú haces más intervención, porque era como norma en la universidad que te enseñaban como norma que las primigestas todas episiotomías” (Rosa María Rosales).

La excesiva intervención o la intervención innecesaria devienen de la construcción del parto como un proceso y evento riesgoso. Retomando a Blasquez (2005), el enfoque de riesgo es el argumento en el que se ha apoyado el modelo biomédico para justificar la necesidad de asistencia al parto en instituciones de salud y por profesionales biomédicos. De modo que la idea de riesgo del parto es esencial para seguir legitimando la práctica biomédica tecnocrática, la cual supone una actitud de vigilancia e intervencionismo constante por parte de los profesionales.

Otra característica fundamental del paradigma tecnocrático hace alusión a las relaciones asimétricas de poder, expresadas en la jerarquía profesional y la ostentación del poder:

---

<sup>21</sup> Es un corte quirúrgico en el perineo (área muscular que está entre la vagina y el ano) para ampliar la apertura vaginal. Se realiza con el fin de acelerar el parto, evitar desgarros y en partos con dificultades. Práctica que ha sido cuestionada como intervención de rutina por la Organización Mundial de la Salud.

“Por el comportamiento también jerárquico, como también de la escuela y de los hospitales del sistema de enseñanza, que era un poco como regimiento, ya había como supeditación, desde esa época” (Marta Ocampo).

Para Marta Ocampo, la jerarquía se manifestaba en el tipo de enseñanza “monacal” como ella lo nombra, una enseñanza parecida a las que se practican en los regimientos, donde las clases jerárquicas están claramente establecidas: el/la obstetra ostenta el máximo poder, por sobre los/las matronas (quienes a su vez se organizan en distintos grados dependiendo de su experiencia y conocimiento), y por sobre las y los usuarios.

Si ya la fase universitaria daría atisbos de lo que se vendría más adelante, el llegar a trabajar en un hospital demostraba que lo experimentado en clases y en la práctica profesional, se incrementaría notablemente. El excesivo intervencionismo es claro ejemplo de ello:

“Las mujeres estaban obligadas a estar arriba de una cama, no había tanta tecnología como ahora, entonces el pinard, el estetoscopio pinard era la manera de auscultar al bebé, se hacía mucha aceleración oxitócica, se rompía mucha membrana, había mucho procedimiento y las mujeres estaban solas, estaban sin sus familiares” (Marta Ocampo).

La matrona mencionó una serie de prácticas rutinarias intervencionistas que no cuentan con evidencia científica que las respalde, pero se siguen realizando pues están instaladas y validadas en el modelo de atención tecnocrático. Parafraseando a Davis-floyd (1994) el hospital es una fábrica tecnocrática sofisticada, donde el uso y ofrecimiento de tecnología por parte del hospital es bien considerado. Como institución, se constituye como una unidad social más importante que un usuario, una familia. De modo que el proceso de parto se ajusta más a las necesidades de la institución que de las personas.

Rosa María Rosales da cuenta de la situación en un hospital de Santiago, donde el tiempo es manejado por los obstetras a su conveniencia y a las necesidades de la institución:

“Aunque eso llegó también a que hubiese un aumento excesivo de las cesáreas, porque si uno lo mira así fríamente para los médicos es mucho más cómodo programar una cesárea, sobretodo, pucha después de las consultas, en la mañana tempranito, porque después me voy al hospital, si es en el hospital al mediodía, porque ya terminé mi turno, entonces como muy acomodadísimo” (Rosa María Rosales).

Como complemento a la visión de las matronas, integraremos el relato de Marta Mujica<sup>22</sup>, una joven matrona que atiende partos en casa y que realizó su orientación en un hospital de la Región Metropolitana, que refuerza las ideas expuestas sobre las características de la educación tecnocrática y la presión ejercida sobre las estudiantes para adscribir a dicho modelo:

---

<sup>22</sup> Marta Mujica no es parte de la muestra, pero su relato fue solicitado para reafirmar las ideas expuestas respecto al entrenamiento médico.



“Mujer aproximadamente de 30 años. Ella había logrado un excelente avance en su trabajo de parto, ya estaba con 8 centímetros de dilatación, aunque su entorno no era favorable: postrada en una cama, amarrada a un monitor, sin compañía, con luz intensa sobre su cama. Esta era su segunda gestación. En un momento la matrona de turno decide acelerar el trabajo de parto, utilizando oxitocina sintética, yo me pregunto: “¿Para qué? Si ha logrado avanzar de manera excelente sin nada sintético”. Al poco rato de esta aceleración, se comienza a escuchar a través del monitor los latidos fetales en disminución, la matrona se alarma, los latidos estaban en 60 aproximadamente (muy bajos), la matrona va a buscar a la doctora, mientras la mujer me cuenta: “En mi parto anterior, me pasó lo mismo después de que me pusieron eso (señalando el suero con oxitocina), y fue fórceps”. Llegan 2 doctoras, sin saludar ni nada, le dicen: “Haber mamá, te voy a hacer un tacto”, yo mientras sostengo la mano de la mujer, realiza un tacto brusco y generando dilatación (giran los dedos en círculos, en el borde del cuello), provoca mucho dolor, y mientras, los latidos peor. A todo esto, yo quise cortar la oxitocina y lo hice (ya que claramente el feto no resistía estas contracciones provocadas), sin embargo, la matrona la vuelve a dar para seguir acelerando (probablemente como el daño ya estaba hecho, tenían que acelerarlo aun más, para “sacar” a esa guagua y reanimarla). Mientras, la segunda doctora le dice a la mujer que colabore, “¡Que su guagua se puede morir!”. Esta mujer que hace un rato estaba perfecta, ahora estaba aterrorizada; la pasan rápidamente a la sala de parto, llaman a un médico en práctica, y al papá de esta guagüita, él recién entra y le están hablando de manera poco amable de dónde ponerse y que no toque nada... El médico practicante es quien atiende el parto, le realiza una episiotomía, y realizan un fórceps, todo esto dirigido por las dos doctoras anteriores, yo en todo momento con la mano de la mujer en mis manos. Veo al padre llorando (y no se veía que fuera de emoción, sino como algo traumático), nace la guagüita, que respira; sin embargo igual la doctora dice que se la lleven a atención inmediata del recién nacido, y se la pasan a una técnico paramédico, quien sabiamente dice: “Está respirando”. Se la muestra a los papás (creo que fue la única que hizo algo humanizado) ella debía servir órdenes, pero tuvo la valentía y el amor para hacer un acto tan necesario; los padres lloraban, todo era traumático. Luego un alumbramiento dirigido, donde se me solicita que aumente el flujo de oxitocina, yo me niego, primero porque yo estaba en orientación (aun no trabajaba ahí, por lo que no podía manipular las cosas) y yo no era la matrona a cargo, y principalmente porque hay mucho riesgo en dar la oxitocina si la placenta aún está dentro; esto conllevó a que se me gritara y retara, hasta que busqué a la matrona y ella dejó en claro mi situación (llevó a comentarios el resto del día)” (Marta Mujica).

La matrona Rosa María Rosales vivió su propia experiencia de parto tecnocrático en un hospital mientras ella aún era estudiante de obstetricia. Esta experiencia le ayudó a comprender la soledad a la que se ven expuestas las mujeres y la importancia del acompañamiento:

“Bueno y mi parto, yo también me sentí muy sola, en ese tiempo los papás no entraban la parto y saber que me habían ido a dejar mi mamá, mi suegra y sentir que se cierran las puertas y quedan ellos allá y yo acá te sientes como desconectada del resto, como que el lazo se corta y con gente que tú no conoces” (Rosa María Rosales).

Hemos visto algunas características de la educación médica que pueden ser asociadas a las ya expuestas fases del “ritual del entrenamiento médico” como lo han denominado las investigadoras Davis Floyd y St. John (2004). Podemos plantear que existe una transformación cognitiva y un entrenamiento médico asociado a características androcéntricas de la sociedad occidental, que como vimos recientemente, se expresan en la insensibilidad emocional, la objetivación del paciente, entre otras. Parafraseando a las investigadoras recién citadas, el entrenamiento médico en sociedades occidentales en los últimos siglos no sólo se ha encargado de transmitir conocimientos y técnicas a sus estudiantes, sino que también ha sido una fuente importante para la transmisión de los valores del paradigma tecnocrático-androcéntrico y la hegemonía de éste.

A partir de los relatos de las matronas respecto a su experiencia clínica y hospitalaria como estudiantes y usuarias en la misma época, se pueden vislumbrar ciertos rasgos característicos del parto hospitalario tecnocrático, como el intervencionismo innecesario, concepción del cuerpo como máquina, conocimiento autorizado del médico, jerarquización y poder patriarcal. Estos rasgos del parto tecnocrático son predisposiciones generativas que se adquieren a través de la formación médica y en los hospitales y que Roberto Castro (2014) denomina “habitus médico”. Estas predisposiciones generativas comienzan a desarrollarse en el entrenamiento médico y se consolidan durante el trabajo en instituciones de salud, son prácticas pautadas que legitiman y reproducen el modelo biomédico con orientación tecnocrática. Esto explicaría, en parte, el comportamiento autoritario que ejercen los médicos y matronas con las mujeres durante la atención del parto, donde el conocimiento autorizado lo poseen los profesionales de la salud en desmedro de los saberes de las usuarias.

Este comportamiento autoritario, junto a otras prácticas tecnocráticas fue generando un cuestionamiento en las matronas respecto a su profesión, la relación con la usuaria, el territorio del parto, la tecnología apropiada para el parto, entre otros aspectos. A continuación, veremos los factores que impulsaron la transformación de las matronas hacia la matrona profesional posmoderna. También veremos la transición de las mujeres, las cuales se preparan para el parto, retoman el valor de la conexión con sus cuerpos y la importancia de escoger un equipo médico que atienda el parto afín a lo que quieren.

#### VI.1.b. La transformación hacia la matrona profesional posmoderna.

Al comienzo revisamos el entrenamiento médico al que son sometidas las matronas en sus experiencias universitarias y primeras experiencias profesionales. Esta inmersión en el parto tecnocrático provocó una serie de cuestionamientos a la forma de atender los partos y nacimientos y un profundo planteamiento respecto a la labor que estaban realizando, lo que las llevó a mirar el parto y nacimiento desde una nueva perspectiva.

Este nuevo rol que implica un nuevo paradigma de atención del parto y nacimiento podría asemejarse a la “partera profesional posmoderna” ya mencionada en el marco teórico. Retomando a la antropóloga Davis-Floyd (2001) la partera posmoderna se mueve entre los distintos sistemas de salud y sirve como un puente comunicador entre la biomedicina y la partería tradicional, haciendo de éstos sistemas complementarios. A partir de lo aprendido en la universidad y su experiencia clínica, es capaz de reflexionar sobre las fuerzas y debilidades del modelo tecnocrático y se abre a las prácticas tradicionales de partería como el masaje, el apego temprano entre madre-hijo, el parto en casa, entre otros. Pero, ¿cómo llega una matrona entrenada en el modelo biomédico tecnocrático a convertirse en una matrona profesional posmoderna?

La conversión implica un proceso de cambio que se ve influido por ciertos momentos, factores, personas que van aportando en el camino a la transformación hacia la matrona posmoderna. A partir de las entrevistas realizadas, fue posible identificar las siguientes dimensiones: la propia experiencia en el sistema biomédico con orientación tecnocrática, como alumna y matrona (ya desarrollado en el acápite anterior); y el acercamiento a otros paradigmas de atención de la salud, a personas influyentes que marcaron la vida de las matronas, ya sea autores de textos o profesionales de distintas áreas de estudio sobre el parto y nacimiento, que desarrollaremos a continuación.

El acercamiento a nuevos paradigmas de atención de la salud, especialmente de corte holístico, puede transformarse en un gran factor que impulsa el cambio. Es el caso de la medicina oriental, que muestra una nueva visión de mundo respecto a la salud y el cuerpo:

“Yo hice un curso de masaje shiatsu y esa fue una gran ventana, porque el masaje shiatsu está inserto en la medicina tradicional china, entonces es otro paradigma médico, de la salud, de la enfermedad, del cuerpo. Entonces fue como una cosa llevaba a la otra en esto de encontrar este sistema médico diferente, y que me llevó a un trabajo de autoconocimiento bien profundo. Hice como varias terapias, así como que comencé a mirar de otra manera” (Marta Ocampo).

La matrona Alejandra Becerra realizó un diplomado de parto natural que le aportó una nueva perspectiva y la impulsó a realizar partos en casa.

“Ahora que me atreviera(a atender partos en casa) fue venirme a Santiago y que hiciera el diplomado (de parto natural)” (Alejandra Becerra).

La matrona Rosa María Rosales reconoce la influencia de autores, que son leídos por quienes proclaman la humanización del parto y que marcaron su profesión, ya que las lecturas le entregaron una nueva visión, que resonó en ella y la motivó a buscar más información:

“Autores, como que te empiezan a llegar, por eso del parto humanizado, mucho Michel Odent, la Laura Guttman, las antropólogas también creo que abrieron como, como la mirada de la Michelle (Sadler) también me gustó, y como que sentí que una carrera tan mirada de otro aspecto tenía tantas cosas en común, y eso también me gustó, leí hartito de antropología médica, me puse a buscar como de la historia de las mujeres, de las culturas y me fui metiendo por ese lado que es muy interesante” (Rosa María Rosales).

El comportamiento de un individuo puede influenciar de tal manera a una persona, que puede lograr generar cambios profundos en su manera de actuar. Es el caso de la Rosa María Rosales, quien recuerda con mucho cariño a una colega mayor que ella, quien tenía un trato sumamente personalizado y respetuoso tanto con sus colegas, las practicantes y las usuarias:

“Yo recuerdo que una de las matronas que a mí más me marcó fue la Isidora, que era una matrona que si tú escuchas a colegas, o a alguien, porque en el hospital iban las alumnas, entonces eran como nombres, decían “que me toque con el turno de la Isidora” o las que son muy ogros “ojalá que no me toque con ella” y yo llegué a su turno y era muy mamá. Se fue jubilada y siempre trató a las mujeres bien y yo creo que eso es súper importante, o sea siempre una palabra de aliento cuando estaba en la urgencia, aunque tenía lleno, y veía a una mujer que no tenía ni siquiera plata para devolverse y ella iba y sacaba de su chauchero y sacaba y le pasaba dinero. De repente ir a la residencia y preparar un tecito ¿Te vas a tomar un pancito? “no, si no es para mí” y se lo llevaba a alguna señora que no había comido, era así... yo le decía: “tú eres Sor Teresa de Calcuta” porque era igual, era así. Entonces hay gente muy linda en esto” (Rosa María Rosales).

Algunas situaciones tienen más fuerza de influencia que otras, algunas calaron profundamente en la decisión y otras no tanto. En consecuencia no existe sólo una situación que influya en el camino a la transformación, sino que son varias situaciones que confluyen en este proceso y que van dando fuerza a la decisión de las matronas para atender partos en casa.

Como describimos al comienzo de este apartado, la partera profesional posmoderna se mueve entre distintos sistemas de atención del parto y nacimiento, siendo un puente entre éstos. Las tres matronas entrevistadas trabajan en recintos hospitalarios y atienden partos en casa de modo particular. Para las matronas, la experiencia clínica y hospitalaria es muy importante para su formación, puesto que les da un training de trabajo que afianza su seguridad:

“Yo empecé a trabajar en un hospital grande, en clase A en Santiago, yo tenía 22 años y era un hospital donde se atendían 10.000 partos al año. Entonces adquirí mucha experiencia clínica, se trabajaba mucho” (Marta Ocampo).

“El hospital te da la experiencia que necesitas para un parto en casa” (Alejandra Becerra).

Y, desde el punto de vista de la matrona Becerra, la experiencia hospitalaria le permitió conocer las herramientas del parto tecnocrático, para luego deshacer las prácticas negativas de este paradigma de atención:

“Buena (la experiencia), buena igual porque aprendí ene, aprendí todo lo técnico, lo alopático que se podía, para poder deshacer” (Alejandra Becerra).

De modo que la matrona profesional posmoderna toma las herramientas de los distintos paradigmas de atención del parto para lograr generar una mejor atención a sus usuarias, independiente del contexto en el que deba trabajar.

## IV.2. La iniciación de las mujeres en el parto.

Revisamos cómo las matronas recorrieron el camino hacia la matronería posmoderna desde las experiencias de sus madres, pasando por la educación formal en la universidad y el trabajo en instituciones de salud, para luego cuestionar dichos aprendizajes. En este apartado veremos qué ha influido en las mujeres que planificaron un parto en casa con respecto a la concepción del parto y nacimiento.

Nuestras siete entrevistadas pueden agruparse en dos grupos importantes, por una parte las primíparas, aquellas que vivieron su primer parto y, por otra parte las múltiparas, quienes ya habían experimentado uno o más partos anteriores. Cabe destacar que las mujeres que llegan al parto en casa andan en una búsqueda importante de información para vivir un parto respetado.

Las formas y fuentes por las cuales las mujeres adquieren información en los modelos de nacimiento son diversas: charlas, talleres, seminarios, textos, Internet, redes sociales, revistas, entre otras. Para las mujeres primíparas, destacan como canales importantes de acercamiento al tema las experiencias de amigas y encuentros como talleres de gestantes o círculos de mujeres; que permiten a las mujeres adentrarse de manera empática respecto al parto.

La preparación de las mujeres y sus parejas para el proceso de embarazo, parto y pos parto, es un asunto que va cobrando mayor relevancia en la sociedad chilena, debido a la infinitud de mitos que rodean estos procesos, la escasa educación prenatal existente, y la gran cantidad de preguntas que tiene que enfrentar una mujer ante un embarazo, especialmente las primigestas.

En la actualidad las mujeres en general se encuentran desconectadas de redes de apoyo, poco o mal educadas frente al tema, especialmente, porque la sexualidad es un tema tabú en nuestra sociedad. No obstante, existen mujeres que ya han pasado por la experiencia de parir, o que han estudiado el tema y deciden compartir sus conocimientos a través de talleres, charlas, clases, círculos de mujeres, etc., para de un modo, contribuir a la educación prenatal y generar espacios de comunidad entre las mujeres y sus parejas, para compartir experiencias, miedos, preguntas, respuestas. Beatriz participó de un círculo de mujeres, donde compartió con mujeres que habían experimentado un parto en casa:

“Los últimos meses que me vine a Santiago conocí una niña que hacía círculos de mujeres y alcancé a ir a uno como una semana antes de que naciera el Patricio y ahí habían varias mujeres que habían tenido un parto en casa y ahí supe más de otras matronas” (Beatriz).

Cecilia asistió a talleres dictados por su matrona:

“Eran talleres al principio más meditativos, después cuando fui avanzando en los meses cuando ya tenía 5 o 6 meses ya fueron más de planificación de lo que era el parto en sí, como las posiciones o si quería parto en el agua, si lo quería de tal manera, cosas así como temas más prácticos como al momento del nacimiento para estar preparada. Igual por mi parte estaba súper mentalizada, entonces en realidad todo estuvo marchando bien. Al principio fue algo como más espiritual y

después se fue poniendo más teórico, como entrar en el mecanismo del funcionamiento de la mujer, cómo tienes el parto, la fisiología del parto” (Cecilia).

Beatriz acudió junto a su pareja a los talleres realizados por su matrona y compartió experiencias con otra pareja asistente:

“Fue súper choro, porque la matrona hace en ese tiempo, no sé si lo sigue haciendo, hacía 4 talleres, que a nosotros nos tocó hacerlos con otra pareja, entonces en estos talleres ella iba abordando distintos temas respecto al parto, y antes de eso, tuvimos una entrevista con ella, por qué queríamos el parto, me preguntó cómo yo había nacido, le preguntó al Ignacio, nos preguntó por nuestra relación” (Beatriz).

Para las multíparas, además de las fuentes anteriormente expresadas, el principal referente lo constituyen sus experiencias anteriores de parto. A continuación veremos el relato de tres multíparas que vivieron partos anteriores en distintos contextos y con distintos resultados.

Carolina es madre de cuatro hijos, profesional y ya contaba con algunas ideas en torno al parto y nacimiento a través de su formación profesional como socióloga. Sin embargo, sus experiencias de parto la adentrarían en el mundo que ella conocía teóricamente. Para efectos de esta investigación se ha elegido el relato de la experiencia de su primer parto, pues se trata de un parto tecnocrático.

Carolina vivió parte de su trabajo de parto en la casa y, luego, a raíz de una situación estresante, llegó a la clínica nerviosa pidiendo anestesia y dando lugar a prácticas intervencionistas que hicieron de su experiencia un parto dificultoso con secuelas negativas para la lactancia materna. En los relatos de Carolina, cabe destacar que a ella se le practicó la maniobra Kristeller en 3 de sus partos, maniobra que está prohibida de hacer en varios países y que la Organización Mundial de la Salud tilda de peligrosa. Veamos la experiencia de parto tecnocrático de Carolina:

“Empecé con contracciones un día a las 10 de la mañana, estuve todo el día con contracciones pero no le conté a nadie porque eran muy tolerables. Salí a pasear, estuve caminando, tomé una micro, fui a ver una amiga a la hostería volví a providencia, me tomé un helado, a la noche fui a buscar a mi marido que estaba haciendo un magíster y ahí ya llamé a la matrona que reemplazaba a la Julieta y me pidió que fuera, yo estaba con contracciones cada 5 minutos y yo no quería ir, pero si ella me lo decía, tenía que ir. Estaba recién empezando, estaba con 2 (centímetros) de dilatación y no había pieza en la clínica y yo me quería ir así que aproveché y me fui, prometiendo que volvía a la clínica cuando yo creyera que era necesario. Pero fue muy estresante porque cometí el error de avisarle a mi familia, entonces llegó mi familia, y todos me decían “¡Pero cómo te vas a ir a la casa!”. Me fui a la casa igual con mi marido, me metí a la tina me acuerdo y mi mamá no pudo con su ansiedad y me fue a ver a mi casa. Desde que llegó ella se tensó todo mucho, porque ahí ya estaba muy nerviosa, y mi marido tampoco sabía mucho de lo que había que hacer entonces todos empezaron a tropezarse y con el nerviosismo me empezó a doler más. Nos fuimos a la clínica y ya con el nerviosismo de mi mamá, de mi marido y el mío llegué a la clínica pidiendo anestesia, estaba con 7 (centímetros) de dilatación y me pusieron anestesia y ahí

empezó la cascada de intervenciones propias de un parto, de ese tipo de parto. La oxitocina a la vena, la anestesia, en posición acostada con las piernas hacia arriba, tacto, y el parto fue rápido yo creo, por decirte, yo llegué a las 1 y nació a las 4 horas después y bien, pero claro allá me hicieron kristeller (maniobra de kristeller) y nació media ahogada, me la separaron de mí un rato, me hicieron la lactancia muchas horas después, como 5 horas después, me costó la lactancia con ella” (Carolina).

Pamela es madre de dos hijas, parte de la comunidad Rastafari y su primera experiencia de parto fue una cesárea, que ella califica como no respetada. A Pamela se le impuso una cesárea y vivió una serie de prácticas invasivas que afectaron su integridad física y emocional y la de su hija. De modo que Pamela también vivió un parto tecnocrático, con un trato despersonalizado:

“No tuve contracciones porque fue inducido. Llegamos a la clínica, tenía hora con la matrona, era un control, no estaba la matrona y yo venía de muy lejos, entonces pedí que igual me atendieran. Me atendió un ginecólogo, nos mintió para hacernos la cesárea, dijo que la bebé era muy pequeña, que había que sacarla ya, que era casi era de vida o muerte y fue fundado el miedo acerca de ese proceso que se estaba dando que no era natural. Porque no tenía contracciones, fue inducido, no me dilaté, tenía como un centímetro de dilatación, fue muy invasivo. No me dejaron tomar agua, estuve horas sin comer, horas sin tomar agua, o sea me prepararon todo el tiempo para hacer la cesárea, estuvo en idea de ellos siempre. Cuando me dijeron “te vamos a hacer cesárea” no fue una pregunta, fue una imposición. Y lo recuerdo como un momento bello solamente por mi hija, mi compañero la tomó, fue el primero que la tomó, estuvo con ella, ella se calmó, el momento fue fuerte. A mí, digamos de forma sencilla me abrieron, ella se arrancó, se subió hasta mis costillas, me empujaron, la empujaron fue un dolor que sentí incluso cuando ya tenía la anestesia, sentí ese dolor, la tomaron y ella salió llorando, de forma muy abrupta. Mi compañero la tomó de inmediato y ahí se pudo calmar. Me la puso al lado, ella me podía tocar, porque yo estaba amarrada, tenía amarradas las manos y ella me pudo tocar la cara, me pudo acariciar y eso yo nunca lo voy a olvidar” (Pamela).

Cristina es madre de 3 hijos, su primer hijo nació por parto normal en un hospital y sus otras dos hijas nacieron en la casa. Cristina llegó al hospital tras romper membranas. Inmediatamente pidió que se respetara su parto y que no fuese intervenido de forma innecesaria, transformándose en una “mala” paciente, desde el punto de vista de los profesionales de salud:

“Yo tenía 40 semanas, estaba con mi marido como acurrucado, contándole un poco como me sentía y sentí como que, como que algo sonó y fue la bolsa que se me rompió. Y ahí empezó a caer agua, llamé a la matrona, me puse contenta por un lado, ¡ahora sí! No me dolía nada, me duché, me puse a buscar información de lo que yo tenía, qué pasaba con las membranas rotas, porque yo pensaba hacer lo máximo de trabajo de parto en casa, cosa de llegar dilatada y poder saltarme los protocolos médicos. Eso era como lo que teníamos conversado con mi marido, porque el equipo médico que tenía no era pro parto natural. Tampoco ellos creían que yo era capaz, de hecho me lo dijeron, sobretodo porque dijeron que yo no tenía preparación, pero yo internamente decía que estaba preparada, o sea la vida

me preparó, la vida me ha elegido, como que yo tenía esa confianza y mi marido también, así que igual me fui sin contracciones con rompimiento de membrana. Llegué a Santiago a la clínica, me revisaron, y yo pedí que no me hicieran rasurado, que no me pusieran edemas, que no me pusieran antibióticos. Y bueno ahí empezó a cambiar el trato, o sea, como toda la recepción, porque ya no les empecé a gustar como pacientes. De ahí me dejaron, como que la matrona me dijo: “¡Si no querí nada te quedai en la SAIP con tu marido y cuando necesites algo me llamas, porque en realidad no podemos hacer nada contigo, porque tú no dejás!”. Y así fue, me quedé en la SAIP, ahí empezaron las contracciones cada vez más fuerte, dejé ponerme el antibiótico, porque estaba con membranas rotas hace un rato y me quedé ahí, mi marido se quedaba dormido, él estaba tan tranquilo en realidad, y él se quedaba dormido y yo cuando me daba miedo, cuando sentía contracciones muy fuertes, lo despertaba. Y yo me enojaba con él le decía: “¡Mírame, acompáñame, a ti no te ocurrió esto, estamos los dos solos!” y él se volvía a quedar dormido, estaba confiado. Hasta que ahí empecé a dilatar y dilatar, en un momento la matrona entró y me dice: “¿Te puedo revisar cómo estai?” Y ya estaba casi lista. Entonces ahí me dio miedo, tuve ganas de ojalá no sentir, pero ya no había opción de anestesia ni nada y, ya estaba ahí. Llegó el doctor como rápido, yo estaba lista, y todos se pusieron nerviosos y entró gente, empezaron a transformar la SAIP prácticamente en un pabellón, porque en realidad sacan cosas, entra gente y nadie te pregunta nada. Yo pedí que no me tiraran hacia atrás en la cama, porque esa cama se transforma en camilla, te empiezan a levantar las piernas, es como bien fuerte la verdad, y bueno, yo en ese momento estaba en otra. Y de repente sentí ganas de pujar, llegó el doctor y me dice: “¡Oye, estai sin anestesia y no lo puedo creer!” y yo, “¡Ahora me dice esto!” y ahí salió muy rápido, salió la cabeza primero y luego el cuerpo. Yo lo pude sentir, salió en una posición adecuada para el lugar que era, lo pude llevar altiro a mi pecho, no tuvieron que hacerme episiotomía, ni corte, ni nada, el expulsivo fue rápido. Además, después como que me vino un tema, que no puedo creer que por esto en el fondo, que puedo hacerlo, todo el tiempo quisieran como perturbarlo, como desconfianza y miedo todo el tiempo... Igual era como mala paciente, porque no me gustaba que se la llevaran, preguntaba todo, le ponía la pechuga todo el rato. Hay un momento que llegó una matrona, que no era la matrona que me acompañaba en ese momento, a ella no le gustó mucho que yo me negara a todo y en un momento me dice: “Yo no creo que tu parto pueda ser muy natural además que vienes con membrana rota hace un rato, no creo que tengas mucha dilatación, no tienes preparación y tus apósitos están con meconio” y yo sentí tan mala onda de parte de ella que desconfié de ella y le dije: “¡Si hay meconio en mis apósitos, quiero que me los traigas y me los muestres!” y ella nunca más volvió a aparecer” (Cristina).

Veamos cómo fue la primera experiencia de parto en casa de Cristina, luego de haber vivido un parto tecnocrático. Esta experiencia positiva de parto en casa provocó que Cristina se aproximara a la idea del parto respetado y menos intervenido, lo que la incentivó a desear repetir la experiencia de parir en casa con su tercer embarazo:

“Entonces cuando la matrona me dijo que venía, llamé a mi mamá y le dije: mamá ya, parece que partimos y como era de noche mi mamá salió, ella vive cerca de mi casa, vive al lado. Entonces salió, no le dijo a nadie en la casa, no hizo ningún



escándalo como habíamos acordado que todo fuera muy discreto, se fue a mi casa y ahí empecé con las contracciones que igual fueron bien intensas, llegó la matrona, me hizo unos masajes en la espalda como con compresas, la casa estaba bien calentita, y mi marido con mi hijo estaban durmiendo, me quedé con mi mamá y la matrona, me di un baño de tina y la verdad que así como bien rico y después del baño de tina, cuando salí de la tina, ya estaba lista, me ve la matrona y me dice: “¡Estás lista! Anda a despertar a Esteban, porque ya va a nacer”. Entonces mi mamá llamó a Esteban y mi hijo se quedó durmiendo en el segundo piso. Y bueno, ahí mi marido como que me sostiene, me viene las ganas de los pujos. Ah, no, me empezaron los pujos y antes de que me pusiera a pujar, se despierta mi hijo y se puso a llorar, y la matrona estaba con su indumentaria y con la luz bajita y mi mamá como que la alumbraba, mi marido me sostenía y mi hijo llorando arriba. Entonces yo me puse a gritar “¡Hijo, ven a ver que está naciendo tu hermana!” Y él empieza a bajar la escalera como medio asustado porque estaba solito y como que se incorpora a la escena y se calma, yo pensé que se podía asustar y él se calma y se acurruca, como que se pone detrás de mí, al lado del papá. Y ahí mi hija sale, sale la cabeza, luego el cuerpo y ya altiro a mi pecho, y una emoción gigante, yo gritaba “¡te amo, te amo, ven hija mía, te amo!” Y es impresionante, como que el mundo se detiene y es la emoción más grande que puedes vivir, nos abrazamos todos, llorábamos, es como vivenciar un milagro, siendo que es tan simple, porque en el fondo parí como los perritos, pero es la sensación de estar experimentando un milagro y de ahí a mi cama, con mis cachorros y mi marido. Yo estaba en mi casa, regaloneada, me trajeron desayuno, nadie me la quitó, si alguien se acercaba era con mucho respeto” (Cristina).

Hemos revisado distintas formas de socialización al parto y nacimiento, espacios importantes donde se reproduce el conocimiento sobre éstos y que pueden influir de sobremano en la decisión de las mujeres sobre su propio parto. En los relatos salen a la luz distintos aspectos del parto tecnocrático y un parto en casa, los que iremos desarrollando en los capítulos venideros.

### IV.3. Transición de las mujeres.

#### IV.3.a. Retomando la conexión: El instinto.

Estar embarazadas, especialmente para las primigestas se trata de un mundo nuevo, lleno de sensaciones y aprendizajes. Algunas de las mujeres comienzan a informarse para prepararse de mejor forma para todas las etapas de la maternidad, otras asisten a talleres dictados por profesionales de diversas áreas o dictados por las matronas que atenderán sus partos, otras no se preparan y actúan por instinto, intuición y otras simplemente no se informan, ni se preparan.

En el acápite anterior abordamos el tema de las diversas fuentes de información sobre el parto y nacimiento, que incluía charlas, talleres y experiencias anteriores. Sin embargo, hay mujeres que optan por no participar de estos espacios informativos y se guían a través de sus instintos e intuiciones.

El espectro de nuestra muestra va desde profesionales muy ligadas a las investigaciones sobre el parto y nacimiento, hasta mujeres que no tenían relación respecto a temas de maternidad y que luego de quedarse embarazadas o luego de parir con mucha intervención innecesaria comenzaron a investigar e informarse sobre estos procesos. En otra posición se encuentran las entrevistadas que actuaron por instinto o intuición en el proceso de la maternidad retomando el valor de la conexión con el cuerpo y la sabiduría de éste. Para estas mujeres, el instinto es comprendido como un comportamiento natural, y al actuar sin pautas ni información. Mientras que la intuición está asociada a una forma de conocimiento.

Es el caso de Tania, quien confiesa haberse informado más sobre el parto después del nacimiento de su hijo, y que las decisiones que tomó fueron “instintivas”:

“Sí me informé, pero después que él nació me he informado más. Me di cuenta que las decisiones que tomé fueron súper instintivas, fui muy pocas veces al doctor a controlarme” (Tania).

Pamela, que relata haber vivido una cesárea violenta y no respetada, dice que no se preparó para su primer parto y que actuó por “instinto” en la mayoría de sus decisiones respecto a la maternidad:

“Sí, fue muy instintivo. Siento que lo que vivimos con Amaya fue instinto y después nos íbamos encontrando con la información que hablaba sobre eso, la información que hablaba del colecho, nosotros no habíamos leído sobre eso, se dio de forma natural en nosotros. Se dio de forma natural el no llevarla siempre cargada en un coche sino que siempre nosotros, porque fue como que escuchamos la misma necesidad de ella, por haber nacido de una forma violenta como es la cesárea, la escuchamos a ella en que quería estar más con nosotros, que no quería estar en el coche, que quería estar en mis brazos, sentir mi calor” (Pamela).

Para Beatriz el camino de la maternidad fue guiado a través de su intuición:

“Yo sabía que la, como que intuía que la maternidad y la gestación es como una iniciación en... dentro de la vida de las mujeres, eso de que te cambia la vida” (Beatriz).

Para Carolina la intuición es concebida como convicciones, percepciones que se adquieren a través de la experiencia:

“Son convicciones de la vida, como lo que yo te decía convicciones en la intuición personal, eso que cuando está todo bien, está todo bien y que se huele, cachai yo ahora llego a un lugar y sé eso y no dudo de eso, cuando no está todo bien, no está todo bien y hay que hacer algo” (Carolina).

Para las entrevistadas, el instinto y la intuición son formas de conocimiento, guías que van orientando sus decisiones. Desde la definición de Davis-Floyd, la intuición se refiere a “la experiencia que tenemos de los resultados de procesos cognitivos profundos que ocurren sin ser conscientes de ello y que no pueden explicarse o reproducirse lógicamente” (Davis-Floyd, 2009:109).

La sociedad actual otorga un gran estatus de autoridad a modelos lineales de razonamiento inductivo y deductivo a la adquisición de la información. En este contexto, para nuestra sociedad la intuición se vuelve una amenaza para el ejercicio médico y se valora el conocimiento científico, que es el conocimiento autorizado. Sabemos que en las últimas décadas el paradigma tecnocrático de atención del parto y nacimiento ha influido en las creencias y significaciones respecto a estos procesos, no obstante, los paradigmas holistas y humanistas de atención del parto y nacimiento han comenzado, en los últimos años a dar valor a la intuición, como conocimiento legítimo, es así como en el año 2000, que la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento plantea la intuición como un conocimiento que se debe respetar “se debe valorar la intuición y la sabiduría de la mujer para parir desde una perspectiva fisiológica”. (RELACAHUPAN, 2000:1).

### VI.3.b. Búsqueda del equipo profesional.

Elegir el equipo médico que va a ayudar a dar a luz es una tarea muy importante, ya que otorga seguridad y confianza a las usuarias. En Chile aún existen pocos equipos de atención de salud humanizada y pocas matronas que atiendan partos en casa. Debemos recordar que en nuestro país el parto en casa no es parte de la oferta oficial de modalidades de partos, no es promovida y las matronas encuentran grandes resistencias para el ejercicio de su profesión fuera del contexto institucional. En consecuencia, encontrar un equipo profesional es una tarea muy difícil y se transforma casi en una transgresión al sistema, por lo que esta búsqueda es parte central de la planificación de un parto en casa.

Cristina, a raíz de sus experiencias anteriores buscó a la matrona idónea para su parto y además se preocupó de buscar un equipo de salud que la apoyara, especialmente en caso de que terminara en una cesárea:

“Y así buscando encontré a la Laura y fue totalmente distinto todo el proceso. Ella en el fondo me iba haciendo los controles, yo como que me armé un equipo

médico, me controlé con un ginecólogo del hospital, que era como jefe del Hospital de, que estaba a cargo ahí y le conté que quería tener mi guagua en la casa, él fue bastante respetuoso” (Cristina).

Como si se tratase de una tarea maratónica, Pamela buscó matronas que accedieran a atender un parto en casa, luego de cesárea. Sabemos que la cesárea en Chile es un antecedente de otras cesáreas y que existen muy pocos casos de partos vaginales después de cesáreas (PVDC), menos aún si es en casa. Pamela se contactó con una matrona que atiende partos en casa, la cual se negó rotundamente y luego con otra matrona que también le entregó una negativa ante su insistencia, finalmente encontró dos matronas que trabajan juntas y que le dieron una respuesta positiva:

“Buscando, desde el primer momento que supimos que estábamos encinta empezamos a buscar, nos contactamos con dos matronas y recibimos “no” de respuesta. Eso fue muy fuerte y nos fortaleció, y esa búsqueda lo hizo también aún más interesante, el seguir buscando. No recuerdo como llegué al contacto de las matronas del hospital, pero el hablar con ellas y recibir una respuesta positiva fue un alivio” (Pamela).

Camila conocía anteriormente a la matrona que atendió su parto, el haber trabajado con ella le dio la confianza para poder entregarse a ella y a su trabajo:

“Eso por una parte, lo otro es que me empecé a atender con la matrona que yo quería tener mi parto. Yo la conozco a ella hace hartos años, como desde el 2008 por ahí, y siempre quise que, lo tenía súper claro que iba a ser con ella, me sentía muy tranquila” (Camila).

Carolina, ya había sido atendida por matronas y obstetras en sus partos anteriores en clínica, pero esta vez, para su parto en casa ella quería una matrona que la respetara y fue así como trabajando de doula, acompañando otro parto conoció a la matrona Denisse, cuyo trabajo la dejó admirada y la convenció de que ella sería la mejor matrona para su parto:

“La acompañé (a la matrona) a un parto en una clínica y me encantó, quedé fascinada, da lo mismo si es en la casa o no, yo quiero que sea con la ella, porque te juro que fue increíble y le conté a mi marido todas las cosas nuevas y distintas. Así que le pedí a ella que fuera mi matrona” (Carolina).

El “boca a boca” es una de las formas más frecuentes para llegar a matronas que atienden partos en casa, las usuarias se van pasando los datos, comparten sus experiencias y como si fuera un estandarte, difunden los beneficios y gracias de un parto en casa. Es el caso de Cecilia, quién a través de la experiencia de una pareja amiga, llegó a la matrona que atendería su parto:

“Teníamos unos amigos que habían tenido un parto natural en casa con Gastón, entonces por ellos llegamos a la matrona y empezamos a tomar el primer taller con ella, conversamos todo eso y así llegamos a ir una vez todos los meses a estos talleres con ella” (Cecilia).

Una de las formas de llegar a las matronas, fue a través de derivación profesional, en este caso, a través de un ginecólogo:

“De a poco me recomendaron un ginecólogo, con el primero que me controlé, fui con él, le contamos que nos íbamos a ir de Santiago, él me derivó con la matrona, le escribí a la ella y al tiro me respondió” (Beatriz).

Y, a través de una doula, que conocía la labor de unas matronas:

“Una amiga mía de la universidad, tiene una amiga y un día que estuvimos hablando, ella nos comentó que había ido a Buenos Aires a hacer un curso sobre doula y ahí conocí el término de lo que era una doula y cuando quedé embarazada, me acordé al tiro de ella y la contacté y ahí ella me contó que había estado un tiempo yendo al hospital, que conocía a las matronas y... cuando pensamos en la opción de ese hospital, la llamamos a ella y me dio el número de la matrona” (Tania).

Sin duda, elegir a las matronas adecuadas para atender el parto es una tarea central para planificar un parto en casa, pero, también es muy importante encontrar un equipo médico que pueda atender a la mujer en caso de que ocurra alguna emergencia, este equipo debe estar al tanto de la situación de la mujer y de sus deseos, que pueden ser expresados en un plan de parto.

## VII. ¿Por qué un parto en casa?

La pregunta de investigación de esta memoria hace referencia a la motivación de las mujeres a elegir un parto en casa ¿Qué hay detrás de la elección del parto en casa? ¿Por qué hay mujeres que optan por parir en casa? ¿Por qué hay matronas que optan por atender partos en casa? Esto, en el contexto en que en Chile sólo existe la opción oficial de dar a luz en clínicas y hospitales. En el capítulo anterior revisamos la experiencia universitaria y atisbos del trabajo profesional de las matronas y cómo el paradigma tecnocrático de atención del parto y nacimiento influía en las prácticas de los profesionales y el trato entre ellos y con sus usuarias. También vimos las experiencias anteriores de nuestras entrevistadas multíparas quiénes vivenciaron estas prácticas. En este segundo capítulo revisaremos los principales motivos que tienen mujeres chilenas y matronas para optar por el parto en casa y las resistencias culturales e institucionales que no permiten posicionar al parto en casa como una opción para las mujeres mismas.

### VII.1. Crítica al excesivo intervencionismo del parto tecnocrático.

Uno de los motivos destacados por las entrevistadas es la crítica al sistema de salud y el paradigma tecnocrático de atención del parto y nacimiento. Estas críticas son derivadas de las propias experiencias de vida y del acceso a información, ya sea profesional o autodidacta a través de libros, talleres, cursos e información en Internet.

Una de las aristas de la crítica al sistema de salud y el paradigma tecnocrático tiene que ver con la excesiva medicalización de los procesos de parto y nacimiento y la intervención innecesaria que ocurre en instituciones de salud, con orientación tecnocrática, donde el parto es visto con un enfoque de riesgo. Esto desde el punto de vista de las entrevistadas se traduce en efectos nocivos, tanto físicos como psicológicos para la madre, el bebé, el vínculo con el bebé y la relación de pareja. De modo que las mujeres entrevistadas ven muchos más efectos negativos que los usualmente discutidos.

La medicalización e intervención innecesaria se convierten en ideas angustiantes para mujeres con libertad de decisión, que ven en éstos una amenaza para la correcta fluidez del trabajo de parto y parto:

“Me cargaba la idea, me producía mucho rechazo el tema de la anestesia, que te tuvieran en esa posición, la intervención a mí me angustiaba y me hacía mucho sentido que hubiera otra manera que no fuera esa, si para parir así no era antes”.  
(Carolina).

Del mismo modo, el no respeto de los tiempos, que se manifiesta en la presión que ejercen los profesionales de la salud para apurar y acelerar el trabajo de parto, se convierte en un factor de estrés con efectos nocivos para la salud de la madre:

“Porque igual he escuchado relatos de otras mujeres que han tenido partos naturales, pero en clínica y que siempre las están presionando de alguna forma, ya, puede ser natural, pero si no te dilatai en tanto tiempo igual como que ahí te empiezan a presionar indirectamente y eso como que te estresa” (Tania).

Esta presión también es ejercida a las propias matronas que atienden los partos en instituciones de salud, donde la productividad es entendida como mayor intervención y utilización de tecnología, esperando que las matronas hagan lo que han aprendido en el entrenamiento médico:

“El turno se trata de como en los hospitales públicos se trata de que tienes que vaciar para poder meter, el turno bueno es catalogado el que saca todo, el turno malo o la matrona floja es la que no hace nada supuestamente, la que no pone cosas y nada, pero al final las guaguas salen igual, no conciben un parto sin oxitocina sintética, sin romper membrana, sin poner suero, sin monitorizar continuo y eso no es así” (Alejandra Becerra).

En la tecnocracia, según Davis-Floyd (1994) existe una sobrevaloración del tiempo que tiene relación a la concepción del cuerpo como máquina y en el caso de las mujeres, el cuerpo como máquina defectuosa que necesita constante monitoreo y que consta de un tiempo estandarizado de funcionamiento:

“También le recuerdan de muchas formas que su máquina de parir es potencialmente defectuosa; entre otras, la monitorización periódica y a veces continuada de esa máquina, frecuentes exámenes manuales de su cuello del útero para asegurarse que está dilatando según lo previsto y, si no lo está, administración de la hormona sintética oxitocina para acelerar el trabajo de parto para que dé a luz dentro de las 26 horas exigidas. Todas estas prácticas transmiten el mismo mensaje una y otra vez: el tiempo es importante, tienes que producir a tiempo, y no puedes hacerlo sin asistencia tecnológica porque tu máquina es defectuosa. En la tecnocracia, sobrevaloramos el tiempo. Sólo es adecuado que los mensajes sobre la importancia del tiempo se transmitan repetidamente durante los alumbramientos de nuevos miembros sociales” (Davis-Floyd 1994: 325).

Este intervencionismo innecesario y excesiva medicalización, ponen énfasis en lo fisiológico, subestimando la dimensión emocional. La evidencia científica fundamenta que el manejo intervencionista y medicalizado del parto puede afectar negativamente el proceso del mismo parto (iatrogenia, cascada de intervenciones), la relación madre-hijo como el uso de oxitocina sintética que interfiere en los procesos neurológicos que sustentan el comportamiento materno y, el uso de sedantes potentes que puede afectar la adaptación extrauterina del recién nacido (MINSAL, 2008: 21). Según nuestras entrevistadas, el intervencionismo innecesario afecta la salud física y emocional con secuelas negativas para la madre, el bebé y la familia.

Siguiendo esta línea argumentativa, la interrupción del apego y de la lactancia materna temprana por intervenciones innecesarias, se concibe como un posible factor de rechazo de la madre hacia el bebé y por tanto, un problema en el vínculo de ambos, con consecuencias negativas en el ámbito emocional:

“Decidir ir a una clínica puede ser fácil y todo eso pero no se ven todas las repercusiones de después de eso. Como te decía antes, por ejemplo un parto con cesárea puede interrumpir la lactancia o el apego, entonces son cosas que sí marcan al bebé, marcan a la madre. Un parto puede marcar en que una mujer

rechace o no a su hijo, entonces tomarle la importancia el peso a eso es fundamental” (Pamela).

Recordemos la cita de una de las entrevistadas, quien relata tras vivir una cesárea que:

“Ella nació media ahogada, me la separaron de mí un rato, me hicieron la lactancia muchas horas después, como 5 horas después, me costó la lactancia con ella” (Carolina).

Las entrevistadas consideran que no sólo el parto por vía cesárea puede interrumpir el contacto piel a piel y el establecimiento inicial de un apego seguro, sino que también el intervencionismo en la atención neonatal en casos de partos vaginales. Puesto que en la atención del parto se practican exámenes e intervenciones de rutina para prevenir cualquier eventualidad, como lo plantea la matrona Alejandra Becerra:

“La neonatología es la que a mí me encrispa, más que la obstetricia, porque los neo son súper proteccionista y hacen todo por si acaso, por si las moscas le vamos a hacer un examen, por si esto lo vamos a aspirar, por si esto le vamos a poner termómetro rectal, por si esto le vamos a hacer una PCR, siempre es por “siaca”, nunca es medicina basada en evidencia” (Alejandra Becerra).

Tanto los partos vaginales, como las cesáreas vividas como “no respetadas” por las mujeres –debido al excesivo intervencionismo, trato despersonalizado, ejercicio de violencia obstétrica, entre otros- puede acarrear, en opinión de las entrevistadas, secuelas emocionales. Hablando incluso de “heridas psicológicas”:

“El hecho de haber tenido una cesárea, un parto complicado, me ha traído varios problemas con mi pareja, ha sido súper difícil todo este período, porque yo quedé pegada con el tema y yo lo necesito hablar y hablar” (Camila).

“También llegamos a ello por la misma experiencia anterior (cesárea). Después de un tiempo de analizarlo, de conversarlo, de curar juntos nuestras heridas porque todos volvemos, la familia en sí vuelve a renacer con ese nuevo nacer. Entonces ir rememorando esos acontecimientos nos llevaron a entender que no era lo más idóneo para nuestro proceso llevar nuestro parto a una clínica” (Pamela).

Hemos revisado a través de los relatos diversas prácticas invasivas, un alto grado de medicalización e intervenciones innecesarias en instituciones de salud de nuestro país. Todas las entrevistadas concuerdan en los efectos nocivos de estas intervenciones innecesarias, que muchas veces se traducen en una “cascada de intervenciones” que puede desencadenar en cesáreas de emergencia. Estos efectos nocivos pueden generarse en el ámbito de la salud mental, física y emocional del bebé, la madre y la familia, y pueden traducirse en problemas en el primer vínculo y el apego que es vital para el desarrollo del nuevo ser humano y para la mujer que se convierte en madre y el hombre que se convierte en padre.

Hemos visto que existe un alto grado de intervencionismo innecesario por parte de algunos profesionales de la salud, fundado en el enfoque de riesgo sobre el parto y nacimiento. Este enfoque de riesgo está basado en la formación biomédica alópata y tecnócrata de los profesionales de la salud, donde la tecnología es uno de sus principales



bastiones y reductores de los riesgos del parto. La tecnología, como revisamos en el marco teórico es una de las bases filosóficas de la biomedicina occidental, junto a una fuerte orientación hacia la ciencia, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente.

Recordemos que Hanh (1995), define la biomedicina como un sistema cultural que ha influido en la salud y en las prácticas médicas de muchas sociedades en el mundo entero. La hegemonía del modelo biomédico con orientación tecnocrática ha perpetuado este sistema y todas sus prácticas en la atención del parto y nacimiento. Entonces, es posible establecer que la biomedicina como sistema cultural con enfoque tecnocrático ha influido en la construcción de la idea del parto como riesgoso y de la tecnología y la intervención como factores que disminuyen ese riesgo.

#### VII.1.a. Crítica a la concepción cartesiana del cuerpo: cuerpo como objeto y borramiento del cuerpo.

Muchas de las prácticas de las que hemos hablado anteriormente hunden sus raíces en una de las ideas mayormente arraigadas en el paradigma tecnocrático, a decir, la concepción del cuerpo como máquina:

“Por eso es que sirve estudiar obstetricia y tener experiencia en un hospital o una clínica, porque derribas todos los dogmas que te habían enseñado, la dilatación de una primigesta son 10 horas, la de una múltipara son 6, eso no existe” (Alejandra Becerra).

Sabemos que uno de los cimientos que sustenta el parto tecnocrático es la metáfora del cuerpo de la mujer como máquina defectuosa, que debe estar constantemente monitoreado y que debe responder a los tiempos programados por la medicina tecnocrática, como si los cuerpos de las mujeres fuesen máquinas que producen uniformemente durante la misma cantidad de tiempo. Del mismo modo, el parto, desde el sistema, se concibe desde un plano físico, dissociado de lo emocional y espiritual:

“Mucha intervención innecesaria, siento que el parto lo ven como un proceso simplemente físico cuando no es físico, es un proceso totalmente emocional, la mujer está desfasada de su plano material” (Cecilia).

Si el cuerpo es la máquina, el territorio del parto sería la fábrica, el nacimiento el producto y los profesionales de la salud los que hacen funcionar esas máquinas. Nuestras entrevistadas discrepan de dicha construcción de la idea del parto. Ellas tienen una concepción más integral del parto, del cuerpo y de la vida en general y que critican esta visión sesgada del cuerpo-objeto.

Asociada a la concepción del cuerpo como máquina, encontramos la idea de cuerpo sano igual a higiene:

“Fue como que un día yo hace años había sabido de una mujer que había tenido a su hijo en la casa y lo encontré como... como muy coherente con las cosas que yo creo, que es como un poco al margen de la institucionalidad de salud que a mí no me representa mucho, el paradigma de salud, ni de las clínicas ni de esa cosa

como pulcra, donde como que lo orgánico desaparece y todo es blanco y sin ninguna mugre y todo así como súper hiperhigiénico” (Beatriz).

El ideal del cuerpo moderno, es un cuerpo libre de infección incapaz de contagiar, en consecuencia, el cuidado del cuerpo (respecto a la higiene) ha ido en crecimiento, procurando evitar el contacto con los otros cuerpos, para no contagiarse enfermedades. Retomando a Le Breton “si nos comparamos con otras sociedades más hospitalarias en cuanto al cuerpo, podemos decir que la sociedad occidental está basada en un borramiento del cuerpo, en una simbolización particular de sus usos que se traduce por el distanciamiento” (Le Breton en Lutz, 2006:218). Beatriz describe este borramiento del cuerpo que plantea Le Breton, donde lo orgánico desaparece para dar paso a lo pulcro, lo que se traduce en un distanciamiento del cuerpo, que va ligado a la concepción del paciente como objeto, del cual puedo desprenderme emocionalmente para atenderlo como una cosa.

Lo anteriormente expuesto puede traducirse en la despersonalización del trato en la atención del parto y nacimiento. Retomando la definición de este concepto, la despersonalización tiene que ver con la incapacidad de crear vínculos, con mantener el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades emocionales de las personas, con respuestas estereotipadas ante la diversidad del sufrimiento, entre otras cosas. Esta despersonalización hace sentido y se justifica en un sistema y contexto en el que los profesionales de la salud, en este caso las matronas que trabajan en el sistema público de salud con orientación tecnocrática, deben hacerse cargo de muchas gestantes en turnos determinados de horas, que hacen muy difícil la tarea de un trabajo personalizado, y por tanto se tiende hacia la aceleración de los procesos y a un distanciamiento emocional, para poder cumplir con el trabajo requerido.

Sin embargo, según Castro (2014) esta explicación no daría abasto, puesto que la profesión médica funda estos comportamientos como problemas de calidad de la atención y reduce la cuestión al ámbito de la interacción médico-paciente “la profesión médica tiende a ignorar (activa y pasivamente) los efectos que la estructura y el funcionamiento del campo médico tienen sobre estos problemas, así como sobre su propia propuesta de nombrarlos (en términos de “calidad”) y reducir su incidencia” (Castro, 2014:147).

De modo que el distanciamiento emocional es parte del habitus médico, integrado en la enseñanza universitaria y perpetuado a través de la práctica y el trabajo profesional. Desde la perspectiva de una usuaria, esta actitud influiría negativamente en la evolución del trabajo de parto:

“Yo me imaginaba como estas salas SAIP de parto, con música, pintadas increíbles y se les complican los partos igual, porque claro estamos como llenas de gente, pero no estamos acompañadas, estamos siendo observadas, pero no acompañadas” (Carolina).

Carolina hace alusión a las Salas de Atención Integral del Parto, donde se pregona una personalización del trato; sin embargo, los desarrollos en infraestructura no garantizan por sí solos el cambio de paradigma.

## VII.1.b Crítica al sistema patriarcal y el abuso de poder.

En la organización del sistema médico tecnocrático, el poder y autoridad lo tienen los profesionales de atención de salud, y los/as usuarios/as quedan subordinados a quienes ostentan el conocimiento autorizado:

“Y ellos siempre sienten que es una atención absolutamente de poder médico, usuario sometido, el usuario no puede pensar, no tiene derecho a exigir, no puede saber lo mismo que un médico ni de una matrona, porque ellos son los pacientes y eso no es así” (Alejandra Becerra).

Podríamos hablar de una anulación cognitiva, uno de los aspectos del ritual del parto hospitalario, puesto que el conocimiento de las mujeres es anulado por el de los que ostentan el poder. Esta anulación cognitiva es vista como parte del abuso de poder que se ejerce en los hospitales con orientación tecnocrática:

“Era que los hospitales te reprimen mucho po’, entonces yo decía y si me quiero parar y si quiero comer, ese abuso de poder a mí me jugaba como... me creaba... Siempre el abuso de poder me ha creado conflicto y más en este caso” (Tania).

En las maternidades se configura un estricto orden jerárquico de poder, que va desde el nivel superior de los obstetras hasta el nivel inferior que corresponde profesionalmente a los técnicos y en el nivel de atención, a las usuarias. Esta situación es analizada por la matrona Becerra como una de las caras del patriarcado:

“Yo creo que los médicos son súper hombres de poder, patriarcado que si llega alguna mujer exigiendo un parto natural o menos convencional y le rompe la rutina se encrespan, es como ¡oye, yo soy el médico! Y así también el personal técnico, yo siento que los técnicos ejercen un poder que no tienen, como no tienen ningún poder, su persona “más baja”, es el usuario y ejercen el poder sobre las mujeres” (Alejandra Becerra).

Siguiendo a Davis Floyd (1994) el hospital refleja la desigualdad de género y la hegemonía del patriarcado, que es perpetuado por las mujeres que se atienden en esa institución y entregan su poder a manos de médicos hombres:

“A pesar de los tremendos avances en la igualdad de las mujeres, los Estados Unidos es aún un patriarcado. No es un accidente cultural que el 90% de las mujeres estadounidenses den a luz en hospitales, donde sólo los médicos, la mayoría hombres, tienen autoridad final sobre la ejecución de rituales del parto; una autoridad que refuerza la sobrevaloración del patriarcado tanto para las madres como para el personal médico que las atiende” (Davis-Floyd 1994: 332).

Siguiendo con el argumento del patriarcado, es menester integrar la perspectiva del androcentrismo, donde las características culturalmente entendidas como masculinas son las que priman y son compartidas tanto por hombres como por mujeres:

“Entonces hay un tema ahí de los hombres o del patriarcado, a veces he tenido partos horribles con obstetras mujeres y que tiene que ver con eso” (Carolina).

En consecuencia, este sistema androcéntrico, jerárquico, que ostenta el conocimiento autorizado ha sido perpetuado no sólo por hombres, sino que también por

mujeres que siguen la lógica del androcentrismo y ejercen poder sobre las pacientes desde una visión autoritaria que las disminuye.

Desde la perspectiva de las usuarias, el sistema patriarcal se manifiesta en el sentimiento de infantilización de las mujeres, puesto que entregan todo su poder a quien ostenta el conocimiento autorizado.

“Siento que el tema de las mujeres que estamos muy infantilizadas y por el hecho de que se entregan a su médico y no se informan” (Cecilia).

Esto refleja la “responsabilidad impotente” de las mujeres respecto a las decisiones sobre sus cuerpos. Retomando a Imaz (2001) esta responsabilidad impotente se ve reflejada en el periodo del embarazo, el cual se ha convertido en un complejo de pruebas, prácticas y órdenes que precede a una maternidad sin autonomía que necesita de la continua asistencia de expertos en la crianza de los hijos.

Hemos hablado sobre el conocimiento autorizado, el cual es definido por Jordan (2003) como “el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado”. El conocimiento autorizado en este contexto y como hemos visto a través de los relatos es el conocimiento biomédico tecnocrático, que se ha impuesto frente al conocimiento de las mujeres. Éste, está compuesto por sus experiencias previas y lo que ellas mismas puedan significar acerca del estado de su cuerpo y sus tradiciones culturales.

A esto podemos agregar la discusión anterior sobre la concepción del cuerpo como objeto, y el cuerpo femenino como una máquina defectuosa, conceptos que constituyeron las bases filosóficas de la obstetricia moderna y que derivaron en la primacía del sistema androcéntrico.

## **VII.2. Beneficios del parto en casa.**

En la otra cara de la moneda, nos adentraremos en los beneficios del parto en casa, que se convierten en una gran motivación para optar por esta modalidad.

La casa es comprendida desde los relatos de las entrevistadas como un territorio de protección frente a las prácticas intervencionistas. Por territorio entendemos el lugar físico donde ocurre el parto, que simbólicamente es territorio de alguien o de algún sistema. El territorio puede ser una localización marcada y especializada, como una institución de salud alópata, o en una localización no especializada y dentro del ambiente cotidiano de la mujer, en este caso, la casa. El territorio del parto resulta de importancia puesto que el lugar donde ocurra el parto tendrá consecuencias en el tipo de interacción social que se producirá (Jordan 1993 en Sadler 2003: 66).

### VII.2.a. Protección frente al intervencionismo innecesario.

Ya vimos que una de las críticas que se le hace al modelo biomédico con orientación tecnocrática es precisamente el reiterativo intervencionismo innecesario, lo que desde la visión de Cristina no ocurre en el parto en casa:

“Cuando me quedé esperando mi segunda guagua, al tiro pensé en un parto en casa, porque yo había parido a mi hijo, entonces ya no era como necesario acudir a pedirle a personas que cambiaran todo su trabajo por mí, no lo iban a hacer, entonces sentía que me exponía mucho, que yo iba a estar mucho más protegida en mi casa” (Cristina).

Cuando los bebés nacen en un parto tecnocrático, están expuestos a un protocolo que consiste en una serie de exámenes e intervenciones de rutina que interrumpen el apego y que desde el punto de vista de Pamela son innecesarios. Recordemos que Pamela vivió un primer parto tecnocrático (cesárea) y, luego un parto en casa, experiencia desde donde realiza su reflexión:

“Sí, totalmente tranquila. De hecho la sacaron e hizo: “¡ah!” y nada más, con su cordón conectada, hasta que pasaron todos los nutrientes, hasta que dejó de latir su cordón y ahí mi compañero lo cortó y no, fue precioso, tenerla ahí, que nadie se la llevara, sin protocolos innecesarios. En ese momento un bebé no necesita que lo pesen, que lo midan, que le vean los ojos, que le pongan la gotita, la inyección en el talón, no necesitan esas cosas” (Pamela).

En estos casos, la casa se transforma en un territorio de protección frente a situaciones que se quieren evitar, ya antes vividas en un territorio más hostil que borra las libertades personales y que impone formas antes de aceptar sugerencias.

Cecilia, informada de los beneficios del parto en casa, quería entregarle una llegada acogedora a su hija, minimizando el intervencionismo innecesario:

“Quería que la llegada fuera como más acogedora, menos traumante, en realidad lo hice por eso, quería un poco normalizar el paso, quería que fuera la experiencia menos traumática para el bebé” (Cecilia).

En la misma línea, para Beatriz el parto en casa es el escenario ideal para bienvenir a los hijos de manera amable:

“Quería que naciera en la casa sí, era como el escenario ideal, pero después que una es mamá, claro que el parto en casa es como la bienvenida, yo siento como más amable que pueda tener un bebé y más amable también para la madre y por tanto para todo el proceso de lactancia y crianza que viene” (Beatriz).

Cabe destacar que un parto en casa no está exento de intervenciones, tema que desarrollaremos más adelante, pero que sí hay un menor grado de intervenciones innecesarias que en instituciones de salud. El que existan menos intervenciones innecesarias permite que las mujeres puedan disfrutar del primer vínculo con sus hijos tranquilamente y llenarse de todos los beneficios que éste trae para la salud física y emocional de la familia.

## VII.2.b. Mayor intimidad y comodidad para la familia.

Para la matrona Marta Ocampo, el parto es un acontecimiento emotivo sexual y en la casa, se permite la fluidez del proceso:

“Que el estar en la casa para la mujer, se siente como en casa, entonces la vida emotiva es lo más relevante, lo más importante y eso es muy beneficioso para el parto, porque el parto es un acontecimiento emotivo sexual, entonces en la casa se está en contacto con esas dimensiones humanas, es lo principal, es lo que está en primer plano, entonces la fluidez del proceso se facilita. Yo creo que eso es lo más importante, las ventajas más importantes” (Marta Ocampo).

En la casa hay mayor intimidad, lo que permite a la mujer poder parir con tranquilidad, sin el estrés que supone estar en un hospital donde circulan muchas personas:

“La intimidad, porque te sumerges en el realismo mágico del parto, en un pulso que generalmente en la clínica no se logra del todo, por la invasión, porque igual va haber médicos a veces entrando, igual aquí es mucho más tranquilo, pero en general tenía mucho más invasión y no tenía tanta privacidad” (Alejandra Becerra).

“Lo principal es poder parir tranquila, poder tener un parto en intimidad” (Cristina).

La casa también es un territorio conocido por la mujer, lo que le brinda comodidad para manejarse libremente en un territorio propio y no ajeno y frío como lo son las grandes instituciones de salud:

“La comodidad, que es tu espacio, podí hacer lo que querai, pase lo que pase, creo que no te vas a sentir más cómoda que en tu casa” (Tania).

## VII.2.c. Punto de partida para el establecimiento de un apego seguro.

Una de las grandes motivaciones para optar por un parto en casa es precisamente que favorece el inmediato contacto piel a piel con el bebé, lo que trae grandes beneficios para el bebé, la madre y la relación de ambos. El apego es un vínculo afectivo que se crea entre la madre y el recién nacido, de modo que el contacto piel a piel inmediato es un paso importante para el establecimiento de un apego seguro:

“Desde una perspectiva sicosocial, el apego se considera un sistema comportamental creado entre el recién nacido y su madre, dedicado a organizar de manera coherente ciertas conductas (llanto, búsqueda de proximidad, protesta frente a la separación) de acuerdo a las necesidades del recién nacido, asegurando la creación de vínculos firmes entre ambos, con el fin de favorecer la protección y la supervivencia” (MINSAL, 2008:207).

Desde la experiencia de la matrona Alejandra Becerra, el parto en casa tiene beneficios importantes para el bebé, que van desde lo físico a lo emocional y social:

“En realidad en un parto en casa tú tenía ese beneficio que el bebé tiene a su mamá todo el tiempo que necesite, la conoce, toma teta, regula la temperatura, todo a su tiempo, entra a la vida de una forma plácida y se ve en su forma de relacionarse

con el mundo. Se ve que está lúcido, mira a su madre, la reconoce, no llora, toma teta y esos son los beneficios que todos saben para después, una teta precoz es lactancia segura, efectiva, 6 meses mínimo, 1 año, la inmunidad que adquiere ese bebé” (Alejandra Becerra).

Carolina, una madre con 3 experiencias de parto anteriores en clínica, describe las bondades de parir en casa y la oportunidad de poder aprovechar el primer vínculo junto a su hijo:

“Te beneficia la lactancia, el primer vínculo, todo el proceso natural, las hormonas funcionan como estaba diseñado, no se interrumpe eso que el cordón se pinza tardíamente no hay ningún apuro, nadie te tironea la placenta, no te hacen un legrado para verificar si quedaron restos en el útero, la recuperación física de la mamá es impresionante o sea es inmediata, generalmente no hay episiotomía” (Carolina).

Los beneficios anteriormente nombrados permiten que se generen los cimientos para propiciar un apego seguro y un vínculo afectivo importante en la familia:

“Lo mejor del mundo el parto en casa, exquisito, qué rico que nadie nunca entra, en las clínicas siempre entra un montón de gente. Pero nació, me metí en mi cama exquisita, abierta, calentito, me fui a meter a mi cama con él, todavía no alumbraba la placenta, alumbré en mi cama, me acurruqué con él, el neonatólogo llegó 7 horas después o sea estuve 7 horas pilucha con él, no se le puede pedir más a la vida, exquisito, una fiesta, lo mejor” (Carolina).

Desde la perspectiva de la matrona Alejandra Becerra, el trato respetado en el parto influiría positivamente en los seres humanos, puesto que éstos al nacer de una forma más amorosa, tenderían a ser personas más pacíficas, de modo que a largo plazo, la sociedad podría transformarse en una sociedad mejor, con seres humanos más empáticos:

“Yo siento como impacto para la sociedad es algo a más largo plazo, un ser humano que es bienvenido al mundo en paz, me imagino que debe ser más pacífico, más empático, un mejor ser humano. Por lo tanto si ayudas a venir a un ser humano de una forma cálida y amorosa, estoy, al final si vienen 1 de 100 así, vinieran 20 de 100 así, sería mucho más empático. El mundo, al final lo que haces tu ayudando a las mujeres a parir de mejor forma es una manera de mejorar un poco el planeta” (Alejandra Becerra).

Como hemos revisado, nuestras entrevistadas consideran entre los beneficios del parto en casa el protagonismo de la madre, su hijo y su pareja, la protección del ambiente de factores que puedan entorpecer la evolución del trabajo de parto, el favorecimiento del primer vínculo entre la madre y su hijo desde las primeras horas de vida a través de la promoción de la lactancia materna, el contacto piel a piel inmediato, minimizando el intervencionismo y siendo partícipes del parto las personas adecuadas para atender, contener y proteger a la mujer. Todos estos beneficios están reconocidos por organismos internacionales y nacionales concluyendo que éstos han resultado en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño/a y lactancia más exitosa durante todo el primer año (MINSAL, 2008:20). Si bien estas

prácticas pueden darse en distintos contextos, en la casa están mayormente garantizados.

Es por esto muy importante tener la consciencia de comprender el parto y nacimiento como actos relevantes en la sociedad, puesto que el nacimiento es la primera entrada de un ser humano a la Tierra, es el primer momento de socialización de éste con la sociedad y si se es bienvenido de una forma humanizada, probablemente estaremos contribuyendo a un mundo más humano, amable y respetuoso.

### **VII.3. Resistencias al parto en casa.**

Como hemos revisado, decidir atender o tener un parto en casa es un acto de empoderamiento enorme, en un sistema donde casi la totalidad de los partos ocurren en instituciones de salud y en el modelo tecnocrático de salud. En este contexto, resulta poco habitual enfrentarse a otros tipos de atención de partos, por lo que es posible encontrar grandes resistencias a la decisión de parir en casa, partiendo desde el mismo sistema, hasta llegar al núcleo familiar.

Una de las resistencias más grandes que enfrenta el parto en casa es el poder y persistencia del modelo tecnocrático como el culturalmente aceptado y validado, el cual sostiene la idea del parto como riesgoso y la casa como territorio de inseguridad. Según la OMS (1985), existe entre un 10-15% de embarazos de alto riesgo que necesitan de una cesárea, el resto se trataría de embarazos de bajo riesgo, que también están expuestos a alguna eventualidad que requiera de hospitalización, uso de tecnología e implementos que solamente se encuentran en instituciones de salud ¿Justifica esto que casi la totalidad de partos acontezcan en instituciones de salud?

La concepción del parto como riesgoso se encuentra arraigada en la población chilena y se demuestra en la opinión de las familias de las mujeres que optan por un parto en casa y que se oponen a esta decisión por el miedo o temor al riesgo de muerte:

“Mi familia, bueno yo siempre he sido como la hippie, como la más excéntrica, entonces como que eso cabía dentro de las cosas que hace la Beatriz, pero yo creo que estaban, que creían en mí, pero también había una cuota de temor, de que era algo peligroso, que le podía pasar algo a la guagua, o sea toda una cosa de que siempre es como el imaginario de que puede pasar lo peor” (Beatriz).

“Yo creo que principalmente el miedo, el miedo de que venga con el cordón en el cuellito, que pase algo en el minuto algo X, en realidad son cosas que no tienen tanta importancia, fundamentalmente es el miedo, es puro miedo, todo nace del miedo” (Cecilia).

No es de asombrarse que las familias chilenas tengan una imagen negativa respecto al parto, puesto que la forma en que se ha socializado este proceso, a través principalmente de los medios de comunicación, responde a una visión completamente tecnocrática y dramática del parto, donde madre e hijo están en constante riesgo y la escena del parto siempre es en hospitales con médicos que intervienen, hasta el grado de darle la famosa “palmada” en el trasero al bebé. Según la antropóloga Sheila Kitzinger (2000), hemos creado nuestra propia mitología occidental del parto expresada en la



emergencia médica, la ambulancia trasladando a la gestante a gran velocidad, la batalla del equipo médico en contra de la muerte, el monitor cardíaco, las cesáreas, las hemorragias y resucitaciones. Parafraseando a la autora, es un drama que alimenta las aprensiones inherentes al modelo médico de atención y que condiciona a las gestantes a someterse al ritual tecnocrático.

El temor al parto y sus riesgos se mitiga en la medida que sea atendido en una institución de salud que se concibe culturalmente por la población general, como un territorio de seguridad para la mujer:

“Tuve malas reacciones por ejemplo de mi hermana, ella se opuso cuando yo le conté (la decisión de tener un parto en casa) fue algo muy fuerte para ella, me criticó igual, porque en el hospital tenía todo lo que necesitaba, todo lo necesario para el parto” (Pamela).

“Yo creo que básicamente por miedo, porque igual... es lo mismo, te quitaron todo reconocimiento de que el parto es un hecho biológico, no una enfermedad y lo confinaron a una clínica u hospital para hacerlo más seguro, pero yo siento que un embarazo fisiológico sin patología es igual de seguro en clínica que en casa, pero como hay desconocimiento, hay miedo, hay miedo básicamente de los funcionarios de salud, de las mamás, o sea hay muy pocas mujeres que se atreven a tener un parto en casa, cada vez más, pero todavía es poco” (Alejandra Becerra).

Recordemos lo que planteamos en los antecedentes, que en el parto en casa<sup>23</sup> existe un mismo nivel de riesgo que en un parto en un recinto hospitalario. En consecuencia, no hay investigaciones que demuestren que un territorio es más peligroso que el otro, sino que se trata de ideas culturalmente arraigadas que se reproducen y perpetúan. Si existe una posibilidad de riesgo, las mujeres, junto a sus parejas debieran tener la posibilidad de participar en las decisiones sobre el parto y lo que puede acontecer tanto en hospital como en casa y no condenar a priori y sin evidencia la decisión de parir en casa.

Entonces, ¿cuál es el riesgo que debiera preocuparnos? En Chile, el parto en casa no está legalizado ni normalizado, no existen decretos al respecto, lo que deja a esta práctica en un vacío legal que puede llevar a malas experiencias, especialmente cuando no hay especialistas a cargo. Es por esto importante que como sociedad podamos hacernos cargo de este tema, guiándonos bajo la evidencia disponible y no exponer a las mujeres a situaciones de riesgo innecesario.

Otra resistencia mencionada por una de las matronas, tiene relación con resistencias institucionales. La matrona Alejandra Becerra alude al sistema de salud, representado por sus autoridades, que como revisamos en los antecedentes están en contra del ejercicio de las matronas respecto al parto en casa. Recordemos que en el año 2013 tanto el Ministro de Salud de turno, como la Presidenta del Colegio de Matronas alzaron la voz, a raíz de un problema acontecido en un parto en casa, poniendo en el

---

<sup>23</sup> Parto en casa planificado, para un embarazo de bajo riesgo, atendido por matronas profesionales.

tapete temas como la seguridad del parto en casa. Este acontecimiento, repercutió negativamente en el trabajo de las matronas, puesto que surgieron nuevos problemas y obstáculos para el ejercicio de su trabajo:

“Porque la autoridad está súper quisquillosa, el Ministerio de Salud nos quitó ahora, antes por ejemplo, nosotros podíamos pedir en el Registro Civil el comprobante de parto, ahora ya hace un mes no se puede, debido a un parto que atendieron unas doulas y que quedó la crema, de hecho esa guagua después, a los meses, falleció y de ahí que ya no se puede atender un, o sea, de ahí que no nos permiten ir a buscar comprobante de parto, es súper heavy. Entonces eso ya te impide tener ganas de atender un parto en casa, porque después para hacerlo legal, tenía que estar haciendo 20 mil papeles. Entonces eso me quita las ganas, porque yo no tengo tiempo de estar haciendo ese tipo de cosas en este momento ¿Cachai? Entonces merma y a los papás también, una pareja que esté dubitativa en atenderse en casa y que siente la necesidad de aprobación del país, en el sentido legal, se echa para atrás, porque tú les explicas lo que tienen que hacer, llevar testigos, ir con la matrona al registro y 20 mil de otras cosas, a mí, yo prefiero tener un parto en una clínica si me ponen tanta traba” (Alejandra Becerra).

El parto en casa, como hemos revisado anteriormente no forma parte de la oferta oficial de partos en nuestro país, y por tanto no está cubierto por el fondo nacional de salud, ni instituciones de salud previsionales privadas, por lo que optar por esta modalidad representa un alto costo que muchas de las familias chilenas no pueden pagar. El costo de un parto en casa, en la Región Metropolitana está cercano a los \$600.000, esto significa desembolsar más del doble de lo que gana una persona que recibe un sueldo mínimo de \$225.000.

## VIII. Experiencias de parto en casa “El parto antitecnocrático”.

A continuación nos adentraremos en la experiencia de Mónica, una primípara que vivió un parto en casa, atendido por dos matronas. Se trata de un relato escrito por Mónica, quién nos comparte su vivencia.

“De la Tierra al planeta parto”.

Ya con los pies rozando la tierra, de regreso del planeta parto con muchas sensaciones increíbles para mí antes desconocidas, partes de mí que se transformaron, aparecieron nuevas formas, sentidos, sensaciones, aromas, colores.

Días previos al parto, sentía ya ganas de despojarme de todo: ropa, ruidos, visitas, salidas, personas, acciones, sentía ganas de andar gateando, sensaciones muy primitivas, de tierra. Entonces reduje lo más que pude el contacto con personas, el ruido, el lenguaje, el contacto con el mundo exterior, anduve con ropa ligera. Sentía también ganas de dormir e intuía que era la preparación para el parto, que debía descansar para tener las energías para ese día y lo hice.

Al día siguiente comenzaron las contracciones, estuve todo el día de menor a mayor intensidad y así hasta que el sol se escondió y mi marido preparó el lugar: luz de velas, aromas, ikaros, mi kultrún y mi sahumeador, sólo mi marido y yo; a la medianoche preparé mis hierbitas/medicinas y sahumeé, enseguida las contracciones vinieron más seguido, olas de emociones y sensaciones. Increíble, llegó el momento, mi hija ya viene, la siento en la puerta, cuerpecito mío ábrete, expándete, apertúrate, algo hermoso nos está sucediendo. Soplabla, aliviando el dolor, soplabla, gemía aliviando el dolor, silencio, pausa, qué intenso. Me voy a otro plano, no sé donde estaba a ratos, sólo sentía, me iba con las sensaciones. Qué bello dolor, eso es, me estoy aperturando, hija ya estás en la puerta, te siento...un silencio. Mi amado esta ahí conmigo, me masajea, me acaricia, me sostiene y me da fuerzas. De pronto me susurra palabras contenedoras y que me dan fuerzas, siento amor. Él toma el tiempo de las contracciones y sube tranquilo a despertar a mi amiga Josefina para que prepare las cosas (compresas, toallas y todo lo que nos habían solicitado las matronas para el parto en casa) y luego le avisa a las bellas matronas que ya han pasado 2 horas de contracciones cada 3-5 minutos. Yo sigo sintiendo, con mis ojos cerrados, moviéndome en la pelota de pilates, y buscando posiciones de pie y en el suelo, moviendo las caderas, cantando a ratos, meciéndome, respirando, soltando.

Cerca de las 3:30 hrs. llegan las matronas, se arma la piscina de parto, a ratos estoy ahí en mi hogar, donde están todos, luego me abstraigo, sólo estoy en mi cuerpo, dentro de él, sintiendo, conectada con mi hija y confiada en que mi amado esta ahí cuidándome, eso me daba tranquilidad y me permitía abstraerme, me sentía protegida, cuidada, amada. Más tarde ingresamos a la piscina y muy luego comenzaron mis ganas de pujar. Amanda estaba ahí, en la puerta y comenzó a pujar conmigo o más bien yo con ella, vamos hija podemos, confío en ti y en mí, confiaba en ti y en mí, le decía internamente, me sonreía porque me alegraba saber que ella estaba por nacer, eso me daba todas las fuerzas para seguir pujando y agudizando ese dolor. Bendito dolor que me trasladó a ese lugar y me bendijo con

mi hija, me inició como madre con el más bello ritual que es el parir consciente. A las 6:13 hrs. nació mi bella hija Amanda, la sentí salir, su padre también la sintió, la tocó y vio mientras se asomaba. La tuve en mi pecho enseguida, su llanto quedó grabado en mi ser, vibró en mí, fue hermoso. Luego se quedó tranquila y nos observaba, su padre le habló y ella volteó para mirarlo, increíble. Pude tocar nuestro cordón umbilical y sentir sus latidos, estuvo pegadita a mí, piel con piel, dejó de latir el cordón y luego nació la placenta. Y después disfrutamos y descansamos acostaditas en nuestra pieza, en nuestro hogar, con nuestras energías. Todo el tiempo juntos Amanda, su Padre y yo.

Hija mía, gracias por la experiencia, gracias por mostrarme el potencial de una mujer, el goce de parir y la sabiduría del cuerpo, al cual me permití escuchar, confiar y seguir.

Recuerdo también una vocecita amorosa diciéndome mientras pujaba “vamos Mónica, con todo tu amor, ayuda a salir a tu hija” frase clave para sostenerme en ese momento cuando el fantasma del agotamiento me acosaba, sentí la presencia de bellas mujeres que nos acompañaron en este viaje, en el instante perfecto, con las palabras y actos precisos. Muchas gracias a las bellas matronas por el sostén, confianza, sabiduría y amor entregado. Gracias por sobretodo haber respetado nuestro plan de parto: el silencio, la intimidad, respetar mis ritmos, mis señales y mi deseo de que se interviniera lo menos posible, gracias matronas” (Mónica).

La lectura del relato nos adentra a conocer un ambiente de gran intimidad, donde la mujer, su hija y su pareja son los protagonistas de la historia y donde el respeto es la palabra perfecta para describir el trabajo de las matronas.

A partir del relato recién expuesto, iremos guiando el análisis de la experiencia de parto en casa, desde la óptica de las madres y matronas respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Dónde? ¿Quiénes? Y ¿Cómo? Referidas al territorio del parto, a los participantes y al cómo se desenvuelven las mujeres y matronas en el trabajo de parto y parto.

Los relatos de las entrevistadas nos muestran cómo en la casa es posible realizar lo que en la tecnocracia se vuelve más difícil, ya que se necesita de mucha negociación previa y no existen garantías de que se respete lo que se desea.

### VIII.1. ¿Dónde? Territorio del parto.

Recordando la definición de Jordan (1993) el territorio es definido como el lugar físico donde ocurre el parto, que simbólicamente es territorio de alguien o de algún sistema, éstos se dividen principalmente entre los especializados (instituciones de salud alópatas) y los no especializados, como la casa. En Chile parir en un territorio fuera de un contexto hospitalario tiene grandes resistencias, pues existe un pensamiento generalizado de que las instituciones de salud son el lugar más seguro para dar a luz. No obstante, como ya fue expuesto en los antecedentes las investigaciones respecto al riesgo de parir en casa o en hospital arrojan resultados parecidos para ambos territorios, la casa no es más riesgosa que el hospital. Incluso, en algunos países desarrollados actualmente se aconseja a las mujeres de bajo riesgo obstétrico parir en centros de partos o en sus domicilios.

Veamos a continuación algunas características del hospital como territorio especializado. Retomando a Davis-floyd (1994) la autora nos habla de los rituales del parto tecnocrático, donde se realizan prácticas rutinarias, estandarizadas y las mujeres son tratadas de igual forma, sin atender sus necesidades y sin dar valor a sus creencias personales. Veamos la descripción que realiza Michelle Sadler (2003) respecto al territorio del parto en un hospital:

“Lo que debería suceder como un proceso normal, se interfiere hasta ser tratado como cualquier intervención compleja: la mujer debe desvestirse y ponerse una camisa que el hospital le entrega, acostarse de espalda sobre una cama, conectarse a un monitor fetal y a vía intravenosa (con lo cual queda inmovilizada y obligada a permanecer en la cama), permanecer en esa posición durante las contracciones, para luego ser trasladada a un box o pabellón de atención de parto que en casi nada se diferencia de una sala de cirugía compleja” (Sadler 2003: 108).

En la descripción anterior es posible vislumbrar un conjunto de prácticas y tecnologías propias del sistema tecnocrático como el monitoreo fetal constante, uso de vía intravenosa y la posición litotómica. La mujer desde que ingresa a un recinto hospitalario con orientación tecnocrática pierde su autonomía y es despojada de sus decisiones, dejando en manos de los profesionales de la salud el conocimiento autorizado. Las posibilidades de movilidad son reducidas y no existe la opción de salir a caminar fuera del recinto hospitalario, puesto que una vez entrando a la sala de trabajo de parto, ya no se puede salir hasta que la mujer sea dada de alta.

En la casa en cambio, nos adentramos a otro contexto que permite mayores libertades, más espacios para desenvolverse, utilizar distintas tecnologías e implementos, como el caso de Mónica cuyo marido preparó el territorio del parto con implementos que en una institución de salud con orientación tecnocrática sería difícil de ingresar:

“Y mi marido preparó el lugar: luz de velas, aromas, ikaros, mi kultrún y mi sahumeador, sólo mi marido y yo” (Mónica).

Marta Ocampo nos relata su primera experiencia atendiendo un parto en casa y cómo la pareja había preparado el espacio para dar a luz:

“Entonces era su primer bebé y yo quedé tan asombrada, porque ellos se habían preparado súper bien, ellos eran titiriteros y vivían en el centro de Santiago y habían acondicionado su casa, no tenían tantos recursos, pero estaba perfecta para el parto. Tenían la sábana colgante, tenían una tina caliente” (Marta Ocampo).

En la casa también podemos encontrar distintos espacios como el dormitorio, el baño, la sala de estar, incluso el patio exterior, donde las mujeres pueden caminar libremente y moverse para aliviar sus dolores de trabajo de parto. La matrona Rosa María Rosales relata un parto en casa especial para ella, pues éste se realizó en un temazcalli, una estructura que representa simbólicamente al útero de la Tierra, debiendo adaptarse al clima, el barro y la falta de luz:

“Una experiencia que creo no se repetirá. Un parto en San Juan de Pirque con la primera lluvia de mayo, sin luz y en un temazcal con el calor de las piedras, la

fuerza del canto de las mujeres dando aliento. Cuando Gabriela ingresa al lugar gateando y colocándose al lado nuestro con su pareja, quien la sostiene y llama a su hija con una voz que estremece, el nacimiento de la hija es francamente un alumbramiento, la bebé resplandece en la oscuridad del lugar y finalmente contemplar a Luisa bajando con su hija en brazos cubierta con una manta para protegerse del agua, en resumen "una guerrera poderosa" como decía la frase del canto" (Rosa María Rosales).

Si bien atender partos en un temazcal no es usual, el relato representa la variedad de los espacios donde las mujeres quieren dar a luz, de acuerdo a sus creencias y valores y en los cuales las matronas deben adaptarse, respetando los deseos de las familias.

En el hospital, las mujeres generalmente son separadas y aisladas de sus familias, viven su trabajo de parto solas sin sus redes de apoyo. En algunas instituciones de salud existen salas SAIP (Salas de Atención Integral del Parto), sin embargo incluso en esas salas se restringe el ingreso de algunas personas, como por ejemplo las doulas. Las mujeres que tienen más hijos se ven obligadas a dejarlos en manos de otros familiares. Éstos deben esperar fuera de la sala junto a los familiares y amigos de la mujer o en sus respectivos hogares, atentos a las noticias.

En cambio, en la casa la mujer y su pareja deciden quiénes pueden participar de la escena del parto, sin que la mujer deba estar sola por medidas obligatorias, sino que ella tiene la libertad de interactuar libremente con las personas que ella desee. Veamos el relato de la matrona Alejandra Becerra, respecto a su primera experiencia atendiendo un parto en casa:

"Fue una múltipara que su primer parto había sido hospitalario, 28 horas de trabajo de parto, el marido lo habían mantenido todo el rato afuera, sin darle información, la habían tenido casi 2 días teniendo contracción sola y después tuvo un fórceps horrible, sufrió ene y nunca más quiso pisar un hospital. Entonces ella quiso tener un parto distinto. Nosotros llegamos en la noche y estaba con 2 centímetros (de dilatación) y yo dije "¡Pucha, queda ene!", porque estaba de cuello largo, le quedaba harto. A la una empezó con hartas contracciones, la metimos a la tina. Como un cuarto para las una, un cuarto para las dos se quiso salir de la tina, por impulso, porque estaba full en trance, con harto grito y con harta manifestación, me dijo así como: "¡Me quiero salir, me quiero salir!" y la sacamos, la secamos, y se puso en cuatro patas en la pieza de la guagua y parió a las dos de la mañana... doce, una, dos tuvo tres horas de trabajo de parto. Entonces fue un bungee, fue una montaña rusa. Lo encontré tan fácil, tan rápido, tan bueno y aparte con una luz con lámpara de sal que casi ni se vio el bebé. Hicieron apego, la otra niñita que tenía como cuatro años fue a conocer altiro a su hermano, no se sintió desplazada, ni que su mamá estaba en otra parte, sino que lo encontró todo tan natural y todo fue tan natural. Esa noche nos quedamos a dormir ahí para cuidarla y eso, me encantó" (Alejandra Becerra).

En el relato se refleja la soledad que vivió la mujer en su primera experiencia de parto (tecnocrático), mientras que su segundo parto vivido en casa le permitió moverse en libertad, estar acompañada por sus seres queridos, iniciar contacto piel a piel inmediato y comenzar a vivir un apego seguro junto a su bebé, su esposo y su hija de cuatro años.

Respecto a este último punto, el territorio donde acontezca el parto también dará la pauta de los primeros vínculos que se establecen entre la madre, su bebé y el padre. Así lo establece Sadler (2003) quien diferencia entre la naturaleza de los primeros vínculos entre un territorio no especializado y uno especializado:

“Cuando el territorio del parto no es especializado, el/la bebé permanece en estrecho contacto con su madre u otra figura desde el momento del parto y durante un largo periodo, que va desde días hasta años. En cambio, en hospitales ocurren dos tipos de separación: la primera corresponde a una distancia atencional y emocional producida por el efecto de los medicamentos y anestésicos que la mujer ha recibido: tras el parto, tanto la mujer como el/la bebé están drogados. La segunda está determinada por la estructura espacial hospitalaria, que en muchos casos está diseñada para producir una temprana separación entre el/la bebé y sus progenitores” (Sadler, 2003:109).

La casa como territorio no especializado se configura a través de los relatos de las mujeres y las matronas como un territorio simbólico de respeto, libertad, poder y autonomía. Las parejas pueden preparar el ambiente como ellos estimen, la mujer puede decidir libremente sobre sus acciones, las matronas van actuando en retroalimentación con los deseos de las mujeres adecuándose incluso a espacios incómodos y respetando la autonomía de éstas.

Cabe destacar que no todos los territorios especializados son altamente interventores, puesto que existen espacios de trabajo personalizado y respetado del parto en clínicas y hospitales de nuestro país. Los ejemplos escogidos corresponden a experiencias en hospitales públicos con orientación tecnocrática que sirven para contrastar con las experiencias de parto en casa. Sin embargo, en casa también se pueden vivir experiencias de partos intervenidos, como lo veremos más adelante.

## VIII.2. ¿Quiénes? Los/as Participantes.

Antiguamente, las mujeres parían en sus hogares, junto a una partera y personas de su elección. Cuando los partos fueron institucionalizados, se fue restringiendo el ingreso de acompañantes extra-hospitalarios llegando incluso a negar la compañía de la pareja. Actualmente, en la mayoría de los hospitales públicos de nuestro país el hombre o acompañante puede entrar sólo en el momento del parto. En algunas clínicas privadas y hospitales públicos, donde tienen las salas SAIP (Salas de Atención Integral del Parto), se permite el acompañamiento de la pareja significativa y de una doula durante todo el trabajo de parto. Sin embargo, el mejor escenario para la libertad de elegir el acompañamiento, es la casa, puesto que quién decide es la gestante y ella puede estar con las personas que desea.

¿Quiénes participan en el escenario del parto en casa? En el parto podemos identificar distintos participantes que se pueden dividir analíticamente entre quienes son especialistas (doctores, matronas, técnicos de salud) y quienes no lo son (familiares, amigos, etc.). Como el parto es una instancia interaccional, los participantes influirán en gran o menor medida en las experiencias que tengan las mujeres. La inclusión de participantes no-especialistas a la escena del parto entrega un componente de apoyo

emocional a la mujer que lleva a una interpretación y experiencia del parto como más normal y natural que cuando no se les permite participar, presentando menores índices de complicaciones en el parto (Jordan 1993 en Sadler 2003:60).

La mayoría de las gestantes eligen a sus parejas como acompañantes, aunque también un acompañante puede ser la madre, la abuela, una amiga, una hermana, una doula, los hijos. Esta es una de las características y ventajas del parto en casa, ya que permite a la mujer elegir a los participantes del parto, sin regirse por las reglas de un parto institucionalizado, donde abundan los alumnos practicantes, los profesionales y técnicos de salud y las visitas de las usuarias que pueden incomodar y molestar a las otras usuarias.

A través de las entrevistas realizadas, hemos encontrado diversos acompañantes en el parto en casa, estos son: la pareja, la madre, la hermana, una doula, los hijos (no especializados) y, por supuesto, las matronas (especializadas). Las entrevistadas se refieren con mayor énfasis a la pareja y la matrona.

Respecto a la pareja, Mónica percibe un rol de apoyo y contención, demostrado a través de masajes, caricias y palabras alentadoras de su pareja, donde la compañía se vuelve esencial:

“Mi amado esta ahí conmigo, me masajea, me acaricia, me sostiene y me da fuerzas, de pronto me susurra palabras contenedoras y que me dan fuerzas, siento amor” (Mónica).

Para Beatriz, su pareja tuvo un rol silencioso, tranquilo, que le transmitió confianza:

“Mi pareja tuvo una presencia como más... silenciosa, él estaba cocinando, iba al baño, pero fue súper amoroso, súper relajado tranquilo y yo creo que lo que me sirvió mucho del Ignacio fue que él confiaba mucho en mí. Entonces eso también a mí me daba fuerza de, también me impulsaba a creer que era posible que el Matías naciera y que yo pudiera hacerlo. Fue bueno que él no se tensara, no sentí rechazo hacia él como sé que les pasa a algunas mujeres, era súper importante que él estuviera y de hecho el Matías nació y yo estaba delante de él y bien agarrándome de él” (Beatriz).

Para Carolina, su pareja tuvo rol sostenedor y con una actitud muy tranquila:

“Todo, todo el rol, él siempre me acompañaba, él hizo todo, él es seco, él es un duro, es muy tranquilo, es súper confiado de la vida, entonces ya eso, cuando él ya cachó que va estar todo bien entonces es el mejor cojín del mundo, desde sostenerme en la contracción, agarrarme la mano para el pujo, limpiar la tina después de que yo me salí, súper acompañante” (Carolina).

Las parejas presentes en el proceso de trabajo de parto y parto, ya sea con roles tranquilos o contenedores, fueron significativos para nuestras entrevistadas. La matrona Rosa María Rosales plantea que las parejas de las usuarias son muy importantes en todo el proceso de ma/paternidad, especialmente los hombres que tienen un gran nivel de compromiso con su mujer e hijo/a, lo que desde su percepción termina fortaleciendo la relación de pareja:



“Y lo que yo te decía el acompañante es súper importante, las parejas donde el hombre está pero 100 por ciento así muy comprometido, muy vinculado con el bebé, son los que, son como los que, no sé como la barra, que está ahí, como un roble, que tú lo sientes seguro. Si él está como “tú puedes, podemos juntos, estoy aquí, te abrazo, te doy un beso, te miro a los ojos” eso es uff, sobretodo si hay un vínculo muy potente, lo hemos visto mucho” (Rosa María Rosales).

Las entrevistadas fueron atendidas y acompañadas por una matrona y en otros casos por dos matronas, que trabajan juntas. Desde la experiencia de Mónica, el rol de las matronas fue de contención y entrega de confianza:

“Sentí la presencia de bellas mujeres que nos acompañaron en este viaje, en el instante perfecto, con las palabras y actos precisos, muchas gracias a las bellas matronas por el sostén, confianza, sabiduría y amor entregado” (Mónica).

Con respecto a las matronas que trabajan en conjunto, la percepción de su trabajo es que cumplen roles diferentes en la atención del trabajo de parto. Siendo una más contenedora y la otra supervisando la evolución del trabajo de parto:

“La Antonia me contenía hartito, como una mamá, como una doula, ella me contenía mucho, se preocupaba como de tirarme viento si tenía calor, de darme agüita si quería agua, de secarme la frente, esa era su labor de contenerme a mí en el parto siento yo. Y la otra matrona, ella estaba ahí abajo, ella era la encargada de ahí abajo, como igual fue complicado, ella metió hartito las manos y en algún momento las dos como que trabajaron en conjunto. Pero fue un rol activo todo el tiempo, cuando ellas llegaron y yo todavía estaba como en proceso de dilatación no, fueron muy pasivas, como que se apartaron, me dieron mi espacio, pero en el momento fueron muy activas” (Tania).

Con respecto a una matrona que trabaja sola, su rol fue percibido como de contención:

“Es que en realidad me dio contención, me orientó y todo, pero con la matrona tampoco tuve esa conexión tan íntima, pero a pesar de eso me ayudó mucho me ayudó a orientarme a cómo tenía que ser esto, cómo tenía que orientarme o si pasaba tal y tal cosa, cumplía ese rol de contención pero como de una compañera femenina, en realidad fue una contención pero no tan íntima. A pesar de eso me ayudó mucho y después de que nació mi hija me ayudó con el tema de la lactancia, porque igual es algo nuevo” (Cecilia).

Otra percepción respecto a la matrona hace referencia a que su rol debiera ser “ninguno”, o sea estar presente, pero sin intervenciones:

“Súper importante, muy importante. El rol de la matrona y de la doula es ninguno, mientras más así sea es mejor, que no hagan nada. Está tan mal entendido que cuesta creerlo, pero yo me acuerdo que la matrona y la doula se quedaron conversando en el living y para mí eso fue muy bueno, porque no estaban, pero estaban. Yo me sentía segura, pero no me sentía observada, ni medida, ni nada, yo hice lo que quise, y ese tiene que ser el rol de la matrona, la doula, el obstetra del que esté ahí en el parto, en cualquier parto” (Carolina).

Respecto a esta última percepción del rol de la matrona como “ninguno” es importante vislumbrar que también existe una percepción de intervención por parte de algunas matronas, es el caso de los tactos, que se perciben como invasivos, y dolorosos:

“En un momento lo encontré un poco invasivo porque la matrona hacía como una, como que me trataba de abrir el canal de parto y yo le decía que no, pero igual como que me insistía, tal vez por un poco de temor por mi cesárea, no sé” (Pamela).

“Lo primero que no me gustó, que ellas llegaron y lo primero que hicieron fue un tacto, que los tactos están como subestimados, es una de las cosas más dolorosas que te pueden hacer en la vida, es súper doloroso” (Camila).

El parto en casa se caracteriza por tener menos intervenciones innecesarias, sin embargo hay prácticas, como el tacto, que deben realizarse para ir monitoreando el avance del trabajo de parto y que requieren de algún grado de intervención.

Además de la pareja y la matrona, se mencionan otros acompañantes significativos. Cristina fue acompañada por su madre, la que tuvo un rol muy servicial y respetuoso:

“Entonces finalmente la que me estuvo acompañando fue mi mamá, muy respetuosa, con mucho silencio, muy al servicio, con una postura muy al servicio, así de que lo que yo decía ella iba, que me voy a parar y me ayudaba a pararme, sin movimientos bruscos, en silencio” (Cristina).

La matrona Alejandra Becerra relata su experiencia atendiendo un parto en casa, donde estaba presente la hija mayor de la pareja, quién fue partícipe del primer contacto con su pequeño hermano recién nacido:

“Hicieron apego, la otra niñita que tenía como 4 años fue a conocer al tiro a su hermano, no se sintió desplazada, ni que su mamá estaba en otra parte, sino que lo encontró todo tan natural” (Alejandra Becerra).

Las mujeres tienen aprensiones respecto al contexto hospitalario y a la atención tecnocrática del parto. El territorio del parto tecnocrático hospitalario es comprendido como uno que limita las libertades personales, interviene demasiado y donde prima el sentimiento de soledad. Estos temores respecto a la atención del parto y nacimiento generan un estrés en las mujeres que puede desencadenar en problemas en el trabajo de parto, y por tanto, problemas en el parto, la lactancia y el primer vínculo. Es por esto muy importante incorporar a la escena del parto participantes que disminuyan este estrés y que generen confianza en la mujer como son las matronas, doulas y acompañantes significativos como la pareja, hermana, amiga o madre. La importancia del acompañamiento en el proceso de parto ha sido demostrada por evidencia científica y ha sido reafirmado a través del relato de las madres que encontraron en el acompañamiento de la matrona, de su pareja y de una persona significativa la confianza, seguridad y contención para vivir la experiencia de parir en casa.

Como hemos visto, las mujeres en el parto en casa pueden decidir cómo moverse, qué cosas hacer, cómo aliviar sus dolores y con quién estar. Esto puede traducirse en la

libertad de hacer, un valor muy importante para estas mujeres que encuentran en la casa lo que es difícil de negociar en instituciones de salud.

### VIII.3. ¿Cómo? Movimiento libre, manejo del dolor.

En este acápite nos preguntamos: ¿cómo se desenvuelven las mujeres y las matronas en este territorio? ¿Cómo vive la mujer su trabajo de parto? ¿Cómo enfrenta los dolores? En la casa es posible moverse libremente, buscar posiciones cómodas para el trabajo de parto e incluso cantar:

“Yo sigo sintiendo, con mi ojos cerrados, moviéndome en la pelota de pilates, y buscando posiciones de pie y en el suelo, moviendo las caderas, cantando a ratos, meciéndome, respirando, soltando” (Mónica).

Por muchos años en hospitales y clínicas de nuestro país la posición obligada para el parto era la litotomía o decúbito dorsal, la cual ha sido criticada por su poca eficacia, ya que es antigravedad y no ayuda en la expulsión del bebé. Las desventajas fisiológicas del parto litotómico están ampliamente documentas (Davis-Floyd, 1993; Giberti, 1999; Paciornik, 1998; Odent, 2005), incluso la OMS también recomienda que no se utilice.

Pero más allá de lo fisiológico, hay dimensiones culturales involucradas en las críticas a la posición litotómica, como la percepción de que ésta infantiliza a la mujer, que otorga comodidad sólo al equipo médico y le quita el protagonismo a la madre que pierde la vigilancia de lo que está aconteciendo con ella y su hijo. Los/as obstetras ubicados frente a la madre, realizan sus maniobras para poder sacar al bebé del útero de la madre y ésta estando en posición horizontal, tumbada en una camilla pierde toda la vista del procedimiento. Siguiendo a Paciornik (1998), la posición en decúbito dorsal influye también en el primer contacto materno infantil, puesto que la posición acostada disocia completamente a la mujer de la llegada de su hijo, ésta permanece mirando al techo, totalmente desinformada de lo que está sucediendo con su parto, lo que provoca angustia y estrés. Para Giberti (1999) la mirada junto a la verticalidad constituyen los núcleos adultos del Yo, que permiten colocar a la mujer en la realidad de lo que está sucediendo, mientras que al acostarla, en posición horizontal, se la infantiliza y se la posiciona como alguien que debe obedecer órdenes y colaborar con la dirección del parto a cargo de un médico.

Una de las posiciones recomendadas para parir, es la posición vertical, ya que la presión que ejerce el peso del bebé sobre los músculos del suelo pélvico ayuda a su relajación y dilatación. Según el MINSAL (2008) la posición vertical tiene grandes ventajas para la madre ya que le produce menos incomodidades y dificultades al pujar, menos dolor, menos trauma vaginoperineal e infecciones y una menor duración de la segunda fase del parto.

Las mujeres que tienen sus partos en casa, pueden elegir con plena libertad si desean movilizarse o no, en qué posición parir e incluso en qué lugar de la casa parir. Es así como en el parto en casa las mujeres pueden caminar, hacer ejercicio, yoga, pilates, respiración, meditación, cambiar de posiciones y acomodarse como ellas quieran:

“Y lo que hice harto fue la primera parte estar harto sola, acostada, como acurrucada, sintiendo mi respiración, sintiendo el dolor, sintiendo como la proximidad del parto y ya cuando empezaron las sensaciones de pujo me movía harto, estuve en cuatro patas, en cuclillas, tirando como de un palo, eso” (Beatriz).

Desde la experiencia de Carolina, la posición que adopte la mujer va a depender de sus necesidades y su carácter, por lo que no existe una sola forma de dar a luz, sino que va a ir variando dependiendo de cada mujer:

“Me di cuenta de muchas cosas, me di cuenta de que mi expulsivo haya sido largo no era porque yo no supiera o no pudiera pujarlo, sino porque la posición seguramente, a mí me ponían en una posición obligada, generosa respecto a la litotómica, a la acostada, a mí me ponían en cuclillas, pero quizás no era en cuclillas mi postura, me subían a la cama, estaba con pujo y de los pujos me interrumpían y me subían a la cama. Entonces empecé a entender que esas cosas no ayudaban en nada, todo lo contrario en mi caso, para mi temperamento me dificultaba el proceso” (Carolina).

En el parto en casa, las mujeres tienen la libertad de moverse como quieran y de posicionarse cómo se les plazca, y las matronas deben adecuarse a las situaciones, ya sea partos en agua, partos en el baño, partos en cuclillas, partos en “cuatro patas”, lo importante es que la mujer pueda encontrar la posición favorable que le ayude a parir a su hijo.

El movimiento también permite a las mujeres aliviar los dolores de una forma natural. Existen diversas técnicas, terapias y medidas para el alivio no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto. En Chile, estas técnicas no son mayormente utilizadas en las instituciones de salud, puesto que en estos lugares se utilizan técnicas farmacológicas, como el uso de anestesia epidural y raquídea que son administradas por un especialista, el anestesiólogo. En el parto en casa no existe la posibilidad de acceder a estas técnicas, puesto que solamente el anestesta puede hacerlo, por lo que las gestantes deben buscar opciones no farmacológicas para aliviar sus dolores.

Una técnica utilizada por las entrevistadas, es la hidroterapia. Esta técnica es definida como “un tratamiento que emplea agua como agente terapéutico a diferentes temperaturas, aunque normalmente durante las técnicas empleadas, alterna entre el uso de agua fría y agua caliente, en forma de baño o chorros de agua a presión” (Núñez, 2010:10). Es una práctica realizada desde tiempos ancestrales, que actúa sobre el sistema circulatorio, y por lo tanto, afecta el sistema nervioso y al metabolismo. El agua, en sus diversos usos, tiene distintos factores terapéuticos. Durante el trabajo de parto, el agua es utilizada en duchas, donde predomina el factor térmico, el cual, en caso de agua caliente, produce analgesia y aumento de la temperatura local, aumenta la elasticidad, además de actuar como sedante. Aplicaciones de chorros de agua focalizados, en los cuales predomina el factor hidrocínético, o sea, utilización del agua a una presión determinada. E inmersión en tinas o piletas de agua, donde predomina el factor hidrostático, el cual nos hace flotar y por ende, facilita el movimiento (Ibíd.). El agua a temperatura corporal, según Odent (2005) baja la adrenalina, hormona que inhibe las contracciones y produce más dolor, por lo tanto ayuda a la mujer en su trabajo de parto,

pues si baja la adrenalina se puede secretar la oxitocina, la cual ayuda a la dilatación del útero y por tanto, al parto.

Beatriz, Cecilia y Camila plantean que el agua fue una de las medidas que utilizaron para aliviar los dolores en su trabajo de parto, ya sea baño de tina o ducha:

“Entonces en la noche habíamos hecho un sahumero, un baño de tina que había durado como unas dos horas” (Cecilia).

“También me metí hartas veces a la ducha con agua caliente, yo estaba cansada, no era un dolor así inaguantable, pero sí estaba muy cansada. Y así estuvimos toda la noche” (Camila).

“Estuve en el agua, que yo creo que fue como lo más potente” (Beatriz).

Además de la hidroterapia, las entrevistadas mencionaron el uso de hierbas medicinales. Según diversas tradiciones, las hierbas poseen propiedades que pueden beneficiar a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Las matronas recomiendan beber aguas, infusiones o té de papaya, frambuesa y manzanilla, las cuales propician la dilatación del cuello del útero de la mujer, facilitando la salida del bebé. Cecilia nos cuenta que utilizó té de frambuesa para ayudar a que se propicien las contracciones:

“Estuvimos toda esa semana dándonos baños de tina, con velitas alrededor, usando estos sahumeros, harto incienso, tecito de frambuesa porque todo esto acelera el parto el tema de las contracciones, como que lo estimula, entonces fue rica esa semana, como que me regalonearon harto” (Cecilia).

Junto a las recién nombradas medidas no farmacológicas de alivio del dolor, en casa las mujeres son libres de expresarse, verbalizar y gritar. Marta Ocampo relata su experiencia atendiendo un parto en casa, destacando que los padres llamaban a su hijo por su nombre como una forma de conexión con el ser que estaba por nacer:

“Y ellos llamaban a su hijo fuerte, lo llamaban durante todo el trabajo de parto, se llamaba Darío, se llama, porque debe tener como 15 años. Y me gustó la compenetración que tenían ellos como pareja y la unión con el bebé y cómo hicieron de este evento un proceso familiar donde yo ayudaba técnicamente, un poco no más, pero el proceso lo vivieron ellos, cómo llamaban al niño, a mí me impactó todo cómo lo llamaban voz en cuello, todo el trabajo de parto, Darío lo llamaban, fue muy revelador para mí, muy bonito” (Marta Ocampo).

Pamela utilizó la técnica de vocalización para lograr avanzar en la dilatación del cuello uterino:

“Yo hago yoga y en ese momento también trabajé mucho en eso, me dediqué a las vocalizaciones, era muy importante ya que tienen una conexión muy importante con el canal de parto la boca mantenerla relajada. Y facilitó mucho la dilatación, cuando llamé a las matronas tenía 8 de dilatación o sea hice el casi todo el trabajo de parto sola, deambulando por la casa” (Pamela).

Dentro de las características del paradigma holista, nombradas en el marco teórico se encuentra la inclusión de múltiples modalidades de curación. Hemos revisado algunas prácticas que podrían englobarse dentro de la “medicina alternativa” y que se condicen con la visión holista que tienen matronas y madres que han optado por un parto en casa.

Recordemos que el paradigma holista de atención del parto y nacimiento, incluye la mente, el cuerpo, las emociones, el espíritu y el medio del usuario en el proceso de curación, una concepción integral del cuerpo y los procesos. De modo que el uso de la medicina “alternativa” se muestra como una protesta frente a la excesiva medicalización del sistema biomédico y propicia el sentir del cuerpo como agente activo en el proceso de parto, tema que veremos con mayor profundidad en otro capítulo.

#### VIII.4. Un plan que se desborda: Cesárea de emergencia en hospital.

Seis de nuestras entrevistadas vivieron un parto en casa, como fue planificado, sin embargo existe un caso de una planificación de parto en casa que terminó en una cesárea de emergencia en un hospital, que la mujer protagonista describe como una cesárea no respetada ¿Cómo llega una mujer que quería un parto en casa a vivir una cesárea no respetada?

El parto en casa requiere de agencia, de planificación, de tener una alternativa y contactar equipos profesionales que estén en la línea de un parto personalizado, pues si el parto se complica es necesario un traslado a un recinto hospitalario. Esto significa que mediante la planificación podemos optar a tener una cesárea o parto normal/natural respetado, donde se promueva el contacto piel a piel inmediato con el recién nacido, el vínculo, la lactancia materna.

No sabemos cuál será la vía del parto, pero mediante la planificación y conversación con un equipo de salud que actúe de acuerdo a valores del paradigma humanista, es posible vivir un parto personalizado y respetuoso. Esto claramente ocurre en el mejor de los casos, pues en los hospitales públicos no es posible saber de antemano qué equipo médico será el responsable de la atención y las usuarias quedarán supeditadas al equipo médico de turno.

Las matronas entrevistadas que atienden partos en casa concuerdan que la mujer y su pareja deben planificar una alternativa para tener un plan de contingencia ante la necesidad de traslado a clínica u hospital. La matrona Ocampo recomienda a las parejas realizar un “plan b” y conversar previamente con un obstetra:

“Entonces, siempre en una casa hay que tener un plan b y ese plan b implica conocer un médico o una médica, una doctora antes, porque cómo va a llegar una mujer a un plan b si no conoce antes al médico” (Marta Ocampo).

Esto en el caso de salud privada, pues como hemos mencionado en salud pública la atención dependerá del equipo médico de turno.

Una idealización del parto en casa, es que en este lugar no habrá intervenciones, sin embargo, la casa no es la que evita las intervenciones. Si bien el menor acceso a tecnologías e instrumentos protege de intervenciones, es el equipo médico, en este caso las matronas que atienden los partos en casa, las que van a intervenir en mayor o menor grado. Está en ellas entonces el nivel de intervención que ejercerán, observando la evolución del proceso de trabajo de parto y parto. Debemos recordar que las matronas profesionales posmodernas se mueven entre los distintos sistemas de atención y que en

caso de ser necesario recurrirán a herramientas propias del sistema biomédico, en el cual fueron entrenadas. Distinta es la situación de las parteras empíricas o tradicionales que no han sido formadas en el sistema biomédico y que tienen otras pautas de acción para la atención del parto y nacimiento. Es por esto importante la comunicación con el equipo médico a cargo de la atención del parto y saber que hay algunas intervenciones que deben realizarse y que en ocasiones se debe requerir al traslado a instituciones de salud que puedan proveer los servicios apropiados en caso de una emergencia.

Una de las críticas que se han mencionado respecto a la intervención tiene relación con la práctica del tacto, una técnica utilizada por las matronas para ir determinando en qué grado de dilatación está la mujer. Esta práctica ha sido cuestionada por tres de nuestras entrevistadas que encontraron en el tacto una intervención dolorosa e invasiva que provocó molestias.

A continuación veremos la experiencia de Camila, mujer que planificó un parto en casa y que vivió parte de su trabajo de parto en su hogar. Uno de los momentos que Camila indica como negativo, fue la experiencia del tacto, el cual desde su percepción fue invasivo y doloroso y provocó un “quiebre” en la relación con su matrona:

“En la mañana me hizo otro tacto la matrona, su primer tacto, que fue horrible, fue pero... yo grité así, sabí que en un segundo transpiré así ¡puaf! Sentí las gotas así cayendo, mi marido me tocaba la cabeza, me puso así como en 4 ella para hacerme el tacto y fue pero ¡terrible, dolorosísimo! Me quería morir y de ahí ya es muy extraño, porque rompí relaciones con ella, me cargó, la odié y de ahí sentí como que ella ya no está conmigo, cachai, ya no la quería mirar a los ojos, le tenía como un poco de miedo” (Camia).

La práctica del tacto será percibido de diversas formas por las mujeres dependiendo de su grado de tolerancia al dolor, sus experiencias anteriores y de la forma en que las matronas lo realicen. Pero más allá de las técnicas que utilicen éstas, es el trato que tengan las matronas el que va a influir en la percepción que tengan las mujeres respecto a sus experiencias.

Después de intentar realizar el trabajo de parto en la casa, la matrona de Camila le recomienda ir a un hospital, ya que las horas pasaban y su dilatación no avanzaba. Junto a su hermana y su marido viajan con destino al hospital, donde es recibida con otro tacto, para saber cuál era el grado de dilatación y se le induce el parto con oxitocina:

“Fue el tercero (tacto) y después ahí ya empezó lo peor, como que esto no va bien, se está demorando mucho así que vamos a inducir con oxitocina, que también es otra cosa que está subestimada, ¡que es un dolor!” (Camila).

Como su trabajo de parto no avanzaba bien, a Camila le suministraron oxitocina artificial para inducir su parto, su parto comenzó a ser medicalizado. Luego de intentar sobrellevar los dolores que provocan las contracciones bajo los efectos de la oxitocina, a Camila le ofrecen anestesia y ella acepta.

La anestesia ayuda a Camila a aliviar sus dolores y poder caminar, sin embargo su parto sigue siendo inducido provocando sensaciones de malestar por no sentir las contracciones:

“A mí me pusieron un poco, entonces caminé y todo, pero igual no sentía las contracciones, entonces me seguían induciendo, es como raro, por una parte ¡vamos, vamos! Y por otra ¡para! Es como contradictorio... fuimos como a la sala de partos y ahí estuvimos harto rato, yo pujando, pero era como un juego, porque no sentía nada, era como tragar sin tener comida” (Camila).

Mientras Camila continúa con su trabajo de parto, entra a la escena del parto el doctor, un especialista en fórceps quien le dice a Camila que si la sigue esperando deberá realizar una cesárea o un parto con fórceps. En el hospital nos adentramos al tema de la violencia obstétrica, enfocados en una de sus aristas que es la violencia verbal, donde los profesionales se burlan del aspecto físico de Camila, infantilizándola, menospreciándola y desempoderándola:

“Y ahí llega él (el obstetra) y dice: ¡hola! Y yo con las piernas abiertas así y lo primero que me dice es: ¡uy, eres de pierna cortita! (...)”

“Me pusieron anestesia, el anestesista no fue, es médico, parco, bueno, por lo menos no me dijo ninguna pesadez, lo único que dijo fue como: “uy, que es chiquitita, es complicado ponérsela” y dije, para qué dicen esas tonteras si les pueden poner anestesia a niños, cómo no me van a poder poner a mí (...)”

“Este doctor, me dijo en tono irónico “¿Tú no querías parto natural? ¿Y así como comiendo puras cositas naturales llegaste a estar tan gordita?” y yo así, miraba para al lado, y lloraba, con una sensación así horrible y bueno, lo que repetía es que nunca más iba a estar así de vulnerable (...)” (Camila).

A través de los relatos de Camila, podemos ver cómo se expresa la violencia obstétrica de manera verbal menospreciando a la mujer por su aspecto físico. Camila es llevada a pabellón para realizarle una cesárea. Todo este proceso de medicalización del parto, intervención y violencia verbal repercutió negativamente en Camila, en su primer vínculo con su hijo y en la relación con su pareja:

“(Después de la cesárea) yo estaba así dura, cuando nació la guagua, mi marido se puso a llorar y yo dije: “¡Ya, si no es para tanto!” imagínate lo dura que estaba, como anestesiada de las emociones, bueno tratando de no desmayarme también” (Camila).

Camila reconoce no haber pensado en una alternativa al parto en casa y esto, junto a otros acontecimientos derivó en que posteriormente viviera un parto traumático:

“Nunca dudé de que no iba a poder y el error yo creo que cometimos nosotros y también la matrona, fue que nunca pensamos en un plan b” (Camila).

Podemos establecer, en efecto, que existe una idealización del parto en casa, una dicotomía en el imaginario social que ve al parto en casa como un acto de “hippies” en el cual no hay intervenciones y que ve al hospital como extremo interventor y medicalizador de los procesos de parto y nacimiento. Sin embargo, en la realidad no existen estos extremos, ya que hay instituciones de salud que ofrecen partos personalizados y hay partos en casa donde se interviene en menor o mayor grado.

Más allá de los territorios y los espacios, el llamado de atención es respecto al trato de los profesionales de la salud con sus usuarias y sus parejas, ya sea en hospital



o en casa. Hablamos del valor del respeto, donde las personas son más importantes que los protocolos y los resultados. La violencia obstétrica<sup>24</sup> es considerada como violencia de género, sin embargo en Chile aún no existe el concepto legal, por lo que no se pueden realizar demandas a estas prácticas violentas.

---

<sup>24</sup> La violencia obstétrica es definida como “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, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. En Chile no existe una definición del concepto de violencia obstétrica, pero hay un proyecto de ley que busca visibilizar el concepto.

## **IX. Impacto de la decisión de parir en casa y su significación.**

Al preguntar por el impacto de decidir por un parto en casa, muchas de las entrevistadas se tomaban un tiempo para reflexionar sobre esta pregunta. Las respuestas recibidas fueron sorprendentes y superaron las expectativas que tenía al respecto.

El impacto de esta decisión puede desarrollarse, por una parte a un nivel micro, el cual está expresado en la dimensión personal y familiar. Y, por otra parte un nivel macro, expresado en la dimensión social, cultural. Dimensiones que interactúan y se afectan mutuamente. También, podemos encontrar consecuencias a corto y largo plazo en cada una de las dimensiones recién expuestas.

### **IX.1. El poder de las decisiones colectivas.**

Sabemos que actualmente, existe una demanda social por la libertad de dónde, cómo y con quién parir, además de exigir la participación de la gestante y acompañante en las decisiones respecto a estos cuestionamientos. En Chile casi la totalidad de las mujeres dan a luz en instituciones de salud, con fuerte orientación tecnocrática, por lo que el hecho de tomar la decisión de parir en casa es en sí un acto de empoderamiento. Si bien es cierto, para algunas mujeres el empoderamiento tiene relación con la conquista de derechos respecto al uso de tecnologías y medicamentos en el parto, para nuestro grupo de entrevistadas, el empoderamiento va ligado a la conquista de sus cuerpos y sus decisiones.

El empoderamiento se refiere al autoconocimiento y valoración del ser mujer, que permite a las mujeres tomar la decisión de participar, elegir e informarse sobre sus procesos:

“Porque tengo de todo, al final yo he pasado por todas, yo no llegué al parto natural en casa de una, he pasado por procesos personales que al final fui yo viviendo, muy personales cachai, no me colgué de nadie y a medida que ha ido pasando claro cada vez estoy más vieja en el fondo, eso es lo que me pasa. Cada vez más dueña de mi vida, de la vida de mis hijos, más segura de lo que digo, de lo que hago y eso es muy rico sobre todo uno que tiene que criar hacerlo con cierta certeza, pocas, porque una en la vida tiene pocas certezas, pero con una sensación interna de más tranquilidad, con más confianza en uno” (Carolina).

El empoderamiento se ve fortalecido a través de las decisiones de las mujeres, expresadas en ámbitos como el parto y en todas las prácticas asociadas a la maternidad, que están en contra del sistema actual:

“Yo creo que empoderarse, es que claramente en términos generales sí te tirai todas las estructuras de vida encima, porque en realidad estoy actuando de forma más radical, le estoy llevando la contraria a lo que está establecido. Entonces entre eso de querer sustituir la enseñanza de tu hijo para lo que es normal para lo sociedad, la forma de alimentarte, cosas así como formas de vida, en realidad eso va en contra de los parámetros de la normalidad social, entonces ya te los estoy

tirando encima, entonces eso ya es un conflicto constante si no sabi sobrellevarlo bien ya hay un conflicto” (Cecilia).

Si bien, el empoderamiento es un acto personal, puede volverse colectivo en el sentido que muchas mujeres empoderadas comienzan a exigir respeto por la libertad de decidir con quién, cómo y dónde parir. Generando entonces redes, influencias, grupos y a largo plazo, cambios culturales.

Tanto matronas como las mujeres entrevistadas expresaron la necesidad de reunirse entre mujeres para poder generar cambios en la sociedad. La matrona Marta Ocampo cree que mientras las mujeres pidan los cambios, los podrán generar:

“Entonces yo creo que generar género desde las mujeres, con las mujeres y que las mujeres pidan, yo siento que va, yo creo que va a ser una manera de pedir cambios independiente de quién esté a la cabeza de la maternidad o de la institución” (Marta Ocampo).

Como revisamos en el marco teórico, el empoderamiento de género en el ámbito de la salud, podría definirse según De León (1997) como un desafío a la ideología patriarcal con el objetivo de transformar las estructuras que refuerzan la discriminación de género y la desigualdad social. En este sentido, la visión de la matrona es sumamente pertinente, ya que revaloriza a la mujer como sujeto de acción, que en conjunto con otras mujeres es capaz de conseguir desafiar la ideología patriarcal y exigir cambios en el contexto de atención de salud.

Cecilia nos adentra en el tema de la energía femenina y el empoderamiento, poniendo énfasis en la divinidad del ser mujer y criticando el sistema patriarcal y la concepción de la mujer como objeto:

“Si tú te das cuenta nosotras somos las que damos vida, es la energía femenina la que tiene que manejar este mundo tan masculino, está todo masculinizado. Por eso yo te digo el tema del empoderamiento, es la mujer la que lleva todo, nosotras deberíamos ser veneradas como en la antigüedad como en las civilizaciones antiguas, pero pasa que socialmente somos súper estigmatizadas, súper estereotipadas, muy simbolizadas, muy objetivizadas, entonces se pierde esa carga divina que hay porque al final somos seres divinos” (Cecilia).

Desde su experiencia, Beatriz cree en la importancia de círculos de mujeres y redes de apoyo que incluya a la familia, amistades y a la comunidad, puesto que la compañía y apoyo para las mujeres que se convierten en madres es muy relevante:

“Yo creo que algo importante que me dejó el parto en casa y después participar de círculos de mujeres es como lo importante que es que las mujeres criamos en redes, o sentir redes, tu papá, tu mamá, una amiga, no estar tan solas, porque eso, uno está todos los días, por lo menos los primeros meses sosteniendo un bebé, dándole leche, cuidándolo, mudándolo y yo al menos no estaba acostumbrada para nada a dar tanto y estaba acostumbrada a compartir a estar con más gente en el día y estar tan sola me costaba. Entonces creo que es importante que las mujeres se junten, que hablen de lo que sientan, en relación a la sexualidad a cómo cambia el vínculo con la pareja, a la alimentación a todas las cosas hasta “hoy día se tiró un chancho”, como sentir que lo que a uno le pasa, no le pasa sólo

a una, cuando uno está a las 5 de la mañana dando teta ponte tú, lo único que querí es dormir y estay ahí y otra también estaba pasando por lo mismo. Yo creo que eso hace falta harto aquí en la capital, que las mujeres se reúnan” (Beatriz).

El parto en casa puede motivar a más mujeres a querer experimentar esa vivencia, escuchando el relato de mujeres que ya lo han vivido:

“Es una experiencia viva, no es algo que se habla a través de teoría. Entonces lo hace un hecho admirable, un hecho que pueda motivar incentivar a otras mujeres a querer esa misma realidad para ellas, sobretodo con mujeres que no se han acercado mucho a la información sobre el parto y que puedan conocerlo con la experiencia de otra mujer, con lo que vivió otra mujer. Es un aprendizaje para el ser, para nuestro ser” (Pamela).

Según Kate Young (en De León 1997), las mujeres se empoderan cuando toman decisiones colectivas, y para esto, es necesario involucrar a las personas oprimidas en el proceso de toma de decisiones para que así puedan identificar tanto sus necesidades como las limitaciones que tienen que afrontar.

Las matronas están asociadas en “Maternas Chile” la cual tiene como fin visibilizar el parto en casa, aunar criterios de atención del parto a través de evidencia científica y compartir experiencias:

“La asociación se forma por el aumento de partos en casa como una forma de crear redes, compartir experiencias y crear protocolos de atención. Actualmente son pocas las matronas que asisten partos en casa y ha habido una tendencia al aumento de mujeres que solicitan vivir la experiencia” (Rosa María Rosales).

En el último siglo las matronas han estado supeditadas a la figura del/la obstetra, a la sombra de esta figura dominante en la atención del parto y nacimiento que ostenta el conocimiento autorizado. No obstante, el surgimiento de esta asociación marca un precedente importante en el cuestionamiento del sistema hegemónico actual. Estas parteras profesionales posmodernas, están realizando un gran trabajo para reducir los índices de cesárea a nivel mundial y los indicadores de intervenciones innecesarias que terminan con negligencias, cesáreas innecesarias e incluso fatalidades, pero más allá de mejorar índices del nacimiento, las matronas están siendo parte de una lucha histórica por la igualdad femenina. El protagonismo en la atención de las matronas es la reivindicación de la capacidad de la mujer de parir, la mujer como sujeto de acción, la fisiología del parto, la integración de la familia en los procesos de embarazo, parto y puerperio.

A través del relato de las mujeres, hemos visto que son o han sido parte de círculos de mujeres, de crianza, de lactancia y han mostrado la necesidad de que esas experiencias se expandan y abarquen más personas. Las mujeres se informan, buscan espacios para debatir, compartir, discutir, conocer nuevas teorías y evidencias, lo que no ocurre en el parto medicalizado, ya que a la tecnocracia no le conviene que las mujeres se unan, porque representan un peligro a su práctica y su profesión. A esto sumamos la aparición de la figura de la doula que se ha integrado a la escena del parto, los nuevos modelos de paternidades antipatriarcales, que están jugando un rol importante en el acompañamiento de la mujer y la crianza de los hijos.

Son el surgimiento de estas redes y grupos los que están generando fisuras en el sistema hegemónico. Lo que no ha sido capaz de generar el sistema de salud tecnocrático durante tres décadas, ahora se impulsa por estos colectivos de mujeres, matronas, hombres, doulas que a través de redes sociales, talleres, círculos de conversación se reúnen para visibilizar temas tan importantes como la violencia obstétrica, la humanización de la atención del parto y nacimiento, las ventajas de un parto natural, el parto en casa. Y luego del parto continúan luchando por una crianza en libertad, que no esté supeditada a los protocolos de atención de la salud, sino a lo que los padres van percibiendo como buenas prácticas como la lactancia a libre demanda, la práctica del colecho, el porteo, la educación libre, entre otras demandas que se ven reflejadas en marchas multitudinarias, encuentros y grupos en redes sociales.

Si bien es cierto, esta tesis está realizada en base a la experiencia de mujeres, no podemos desconocer que en el parto en casa, los hombres también son partícipes. Cada día más hombres se interesan en estos temas, ya sea en su rol de padres, de abuelos o como profesionales de la salud. Los estudios sobre masculinidades se han expandido, los círculos de hombres están emergiendo y la demanda por derechos sobre paternidad aumenta más y más. Por lo tanto, más que una lucha en contra de los hombres o de eliminar aspectos masculinos para que la vida privada o social sea solamente cosa de mujeres, se trata de lo contrario, parafraseando a Sadler (2003) lo importante debería ser revalidar los aspectos considerados como femeninos en el paradigma hegemónico que la cultura androcéntrica excluyó del quehacer científico. En consecuencia, se debe hacer énfasis en que el problema no son los hombres en sí, sino que el sistema androcéntrico, patriarcal y machista, tampoco el problema es lo masculino, sino que volver a dar valor a los aspectos femeninos. Linda Jean Shepard (2002) en *El rostro femenino de la ciencia* rescata los aspectos femeninos que la ciencia androcéntrica dejó de tomar en cuenta y habla de la necesidad de integrar a la investigación los principios de: sentimiento, nutrición, receptividad, cooperación e intuición; todos basados en la aceptación de la interdependencia y conciencia de las relaciones. Estos aspectos excluidos en la investigación científica, como por ejemplo la intuición, están siendo revalidados por hombres y mujeres que desconfían del actual sistema patriarcal y esto, junto a la reunión de personas que trabajan en conjunto para una sociedad más equitativa e igualitaria, repercutirá positivamente en nuestra sociedad, a pesar de que aún no podamos ver esos cambios.

## IX.2. Parto en casa como rito de pasaje.

Antiguamente y todavía en algunos lugares el parto es concebido como un rito, que marca el paso de mujer a madre. Muchos pueblos indígenas realizan diversos rituales para la madre en gestación, sin embargo con la llamada obstetricia moderna el parto se fue transformando en un acontecimiento estandarizado, mecánico y despersonalizado, y el rito del parto fue transformado en uno que ensalza los valores del paradigma tecnocrático y que le resta protagonismo a la mujer y a su hijo.

Las matronas que atienden partos en casa, tratan de rescatar la importancia del parto y nacimiento como rito de pasaje holístico, entregando a las mujeres la

responsabilidad de sus decisiones. Sin embargo, el rito no es solamente para la mujer que se transforma en madre, sino que también para el feto que nace a un nuevo mundo y para el hombre que se transforma en padre, tres personajes que se encuentran en un estado liminal entre sus individualidades y el ser familia. Se trata de ritos con significados distintos, donde el rito holístico prima la idea de poder, de paso, de transformación, mientras que el tecnocrático ensalza valores individualistas y de sumisión.

Según la matrona Alejandra Becerra, los bebés que nacen en partos en casa, nacen más lúcidos, debido a que su rito de pasaje se realiza en un ambiente calmo:

“El bebé nace sin ningún apremio, sin estrés, hace su prueba y su primer ritual de pasada a este mundo como debe ser, y esos bebés en general son mucho más lúcidos” (Alejandra Becerra).

Desde la visión de las madres y las matronas el parto en casa, se concibe como un rito que permite el fortalecimiento y crecimiento de la mujer:

“¿Qué significa? es como un rito de pasaje, como pasar por algo que te va a fortalecer para la maternidad po’, si tú en el fondo entrai al parto siendo hija y sales siendo mamá, ¿qué pasa allí? ¿Pariste tú o te sacaron a la guagua? ¿Cuál es la experiencia emocional de esa mujer? Si te sacan a la guagua ¿tú vas a sentir de que vas a poder cuidar a esa guagua?” (Carolina).

“Porque esto de los partos se ha ido como estigmatizando como algo terrible, ahora estamos en una sociedad muy consumista, tenemos muchas farmacias para pagar los dolores y todo es como no querer pasar este trance y cuando las mujeres lo pasan, creo que es una experiencia que la volverían a repetir y que sienten que es un antes y un después, es como la oportunidad de saber que eres mujer y que eres capaz de recibir a tu hijo así en formas como demasiado natural” (Rosa María Rosales).

Desde la óptica de la matrona Alejandra, la mujer en el parto en casa asume toda la responsabilidad del proceso y se hace dueña de su parto, lo que termina afianzando su propia seguridad:

“La seguridad de afianzar a una mujer que parió en la casa, que ella lo pudo hacer en su entorno también debe ser afectivamente para ella afianzarse de que ella pudo, tú fuiste su acompañante, pero ella lo hizo” (Alejandra Becerra).

Esta propia seguridad se transforma en una poderosa herramienta para la crianza:

“Las mujeres que toman esta opción se engrandecen y son capaces de llevar muy bien la crianza” (Rosa María Rosales).

“Es una experiencia que te fortalece emocionalmente y yo creo que te prepara mucho como mamá” (Carolina).

Sabemos también que el parto en casa es solamente una expresión del desarrollo de la sexualidad y que desde que un nuevo ser llega a este mundo, una nueva familia surge, y por tanto, nuevos valores y posturas se van tomando. De modo que el parto en casa conlleva muchas experiencias más, como serán las decisiones respecto al apego, la lactancia, decisiones respecto a la salud como “colocarle o no la vacuna”; a la alimentación “darle o no darle comida”; a la crianza “crianza con libertad o con reglas”, a

la educación “educarlo en casa o en colegio” y así un sinnúmero de prácticas que pueden cuestionar los modelos hegemónicos que no da libertades a los padres para elegir el modo o los modos afines a sus creencias y valores.

### IX.3. Parto en casa como un acto contra-hegemónico.

Muchas personas creen que parir en casa es una moda, un capricho, una cosa de “hippies” como revisamos en el apartado de las resistencias familiares. Sin embargo, considerando nuestro contexto nacional donde casi la totalidad de los partos acontecen en una institución de salud y responden a un modelo de atención tecnocrático hegemónico, la decisión de parir en casa se vuelve un acto contra-hegemónico ante el sistema de salud oficial imperante:

“Sí, porque fui súper irreverente, al tomar una decisión así, en contra de todo un sistema, sí po’ como que no te conformai tan fácil, no aceptai cualquier opinión, de hecho hemos pensado hasta al Ignacio nunca mandarlo al colegio y educarlo en la casa, porque sabemos que hay un sistema gigante que es el que nos domina, entonces no estamos, no somos dóciles a eso. Entonces ya haberlo tenido en casa es un acto de revolución gigante, nosotros lo inscribimos al mes, él estuvo un mes sin ser parte de esta existencia” (Tania).

“Tiene esa consecuencia, que es una protesta frente a los obstetras y el sistema de salud hoy en día y a las prácticas, no hoy día, son prácticas de mucho tiempo, el parto hace mucho tiempo dejó de ser de las mujeres” (Carolina).

Esta decisión de parir en casa está relacionada con la forma que las mujeres conciben el cuerpo, una forma contraria a la hegemónica. Hemos visto que una de las críticas al sistema biomédico con enfoque tecnocrático tiene relación con la concepción cartesiana del cuerpo y de los procesos de salud, en este caso del parto y nacimiento que influyen en el alto grado de medicalización, intervención innecesaria y trato despersonalizado. Sin embargo, el cuerpo en el parto en casa adquiere otro significado.

A través de las entrevistas fue posible encontrar una percepción del cuerpo como agente activo y consciente. El parto en casa se vuelve una oportunidad de vivir esa experiencia desde la corporalidad, puesto que en instituciones de salud existe un mayor riesgo de medicalización e intervenciones innecesarias que disminuyen la autonomía de las mujeres. Hemos revisado en el análisis las críticas que realizan las entrevistadas respecto a la concepción del cuerpo como objeto y la crítica a la ideología patriarcal que a través de la tecnocracia subyugan los cuerpos de las mujeres. Retomando a Imaz (2001), las embarazadas que viven sus procesos de embarazo y parto en el modelo tecnocrático de atención experimentan un estricto control al que se somete el cuerpo de la mujer embarazada y que tiene su correlato en un modelo de maternidad denominado como responsabilidad impotente. Esto se ve reflejado en que el periodo del embarazo se ha convertido en un complejo sistema de pruebas, prácticas y órdenes que antecede a una maternidad sin autonomía que necesita del continuo auxilio de expertos desde la concepción hasta la posterior crianza de los hijos. Al patologizar los ciclos vitales de las mujeres y medicalizar al extremo estos procesos, podemos vislumbrar la hegemonía de la ideología patriarcal que intenta apropiarse de sus cuerpos (Ehrenreich y English, 1988).

Retomando a Lagarde (1994), las decisiones sobre éste son tomadas por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes.

En el parto en casa, en cambio, el cuerpo es visto como una entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora:

“Siempre fue la primera opción, también yo creo que por el tema de estudiar danza y de la relación que tengo con el cuerpo, yo quería vivir esa experiencia” (Tania).

“Hay como unas ganas de las mujeres de mostrar este evento que es inmenso po’ y que por años ha sido de segunda categoría, eso está escrito en los estudios de género, que este sistema como que se vanagloria o ensalza la progenie en términos de la descendencia, ahí como que tiene valor el hijo, pero el trabajo en el cuerpo de la mujer es de segundo plano. Entonces lo que pasa en facebook ahora, es que el trabajo de las mujeres en el cuerpo es primer plano, y por eso es interesante de ver” (Marta Ocampo).

Marta nos adentra a la arraigada concepción del cuerpo como productor, en este caso de progenie, sin embargo ahora el cuerpo de la mujer está en primer plano, ya no como el cuerpo máquina, sino como un cuerpo consciente, como expresa también Pamela:

“Porque siento que al no conocernos nuestro cuerpo, nuestros procesos, no llegamos a esto tan natural como un parto. Y si soy capaz de gestar una vida, soy capaz de tener mi parto de forma natural. Eso es para mí el parto en casa, volver a mis raíces, volver a ser mujer, volver a la naturalidad de parir” (Pamela).

En consecuencia el cuerpo deja de lado su definición exclusivamente biológica o exclusivamente social, para dar paso a la encarnación del ser como interpretador, actuante y agente, tratándose de una corporización conflictual, interactiva y resistente de los ideales sociales y culturales (Martínez 2004).

El parto en consecuencia no es visto sólo como un evento biológico, físico, sino que es comprendido como un evento social, un rito de paso que permite a la mujer transformarse en madre, entregándole la seguridad y confianza para poder parir y posteriormente criar a su hijo. Un rito que permite a un hombre convertirse en padre; al feto, convertirse en un individuo; y a una sociedad transformarse en base a los nuevos modelos de ma/paternidades.

A través del relato de las entrevistadas podemos ver cómo la función social del parto, expresada en este caso en el rito, se traduce como una oportunidad de crecimiento y fortalecimiento, entonces el parto también se puede ver desde la esfera de lo emocional. En consecuencia, podemos establecer que las mujeres comprenden el parto desde un ámbito biopsicosocial, donde cada esfera interactúa y tiene importancia.

Esta perspectiva biopsicosocial del parto, sumada a la apertura al paradigma humanista y holista del parto se convierte en un bastión de lucha frente al biopoder, entendido desde Foucault como la práctica de los estados modernos de explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población. La biomedicina con enfoque tecnocrático no es más que una expresión de este biopoder, que pretende a través de la infantilización de la mujer, la intervención innecesaria y la



medicalización excesiva controlar los cuerpos de las mujeres, por lo que planificar un parto en casa se vuelve una revolución de los cuerpos conscientes, agentes, sujetos, activos, interrelacionados y empoderados.

## **X. Conclusiones.**

Desde mediados de los 80's los organismos internacionales, entre ellos la OMS, han insistido en la urgencia de revisar el modelo de atención de nacimiento, dejar de practicar intervenciones de rutina innecesarias y mejorar el trato en la atención. Ya ha pasado tres décadas de estas recomendaciones respecto al parto y nacimiento que aún no han sido integradas a la práctica hospitalaria, ni a la educación médica. Lamentablemente la puesta en práctica de la evidencia en la atención del nacimiento ha sido un proceso lento y que ha encontrado un gran número de resistencias, puesto que muchas de las prácticas respecto a la atención del parto están arraigadas culturalmente y son difíciles de cambiar.

En este contexto, la Medicina Basada en Evidencia se presenta como una gran oportunidad para cambiar el paradigma de atención del parto y nacimiento, en uno enfocado en la fisiología del parto y el respeto por las necesidades de la madre y el bebé. Cada vez hay más investigaciones que muestran los beneficios del parto fisiológico y respetado. A medida que este conocimiento se expande y llega a profesionales y a la población va creciendo la demanda por una modalidad de atención distinta a la hegemónica. Cabe destacar que en nuestro país hay muchas mujeres y familias que buscan partos medicalizados y profesionales que los ofrecen, porque les hace "sentido" cultural y responde a la información hegemónica disponible. Sin embargo, también hay mujeres, parejas y matrones/as que buscan en esta modalidad de atención del parto lo que las instituciones de salud no pueden garantizar: respeto y protagonismo. Por lo que buscan alternativas y el parto en casa planificado con asistencia profesional se presenta como una opción.

El parto en casa planificado, entonces se vuelve una oportunidad para experimentar un parto personalizado y respetado.

A través de las entrevistas, concluimos que las formas y fuentes por las cuales las mujeres y matronas adquieren información sobre los modelos de nacimiento son diversas: entrenamiento médico, experiencia de amigas y conocidas, participación en talleres de preparación la parto, participación en círculos de mujeres, experiencias propias. Además de buscar información en internet, redes sociales, cursos, seminarios, diplomados.

Las motivaciones para optar por un parto en casa, por parte de las matronas y las mujeres, derivan de una crítica al sistema de salud con orientación tecnocrática. Se vislumbra una crítica a la concepción cartesiana del cuerpo, al cuerpo como objeto y el borramiento del cuerpo, aspectos que se reflejan en el trato despersonalizado. Igualmente se manifiestan en contra del sistema patriarcal y el abuso de poder, el que ha sido

perpetuado no sólo por hombres, sino que también por mujeres que siguen la lógica del androcentrismo y ejercen poder sobre las pacientes desde una visión autoritaria que las disminuye.

El hospital es percibido como un territorio limitador de las libertades personales, un lugar donde se realizan intervenciones innecesarias y existe una excesiva medicalización de los procesos de parto y nacimiento. Esto, desde el punto de vista de las entrevistadas se traduce en efectos nocivos, tanto físicos como psicológicos para la madre, el bebé, el vínculo con el bebé y la relación de pareja.

Es así como desde otra arista, los beneficios del parto en casa se transforman en una gran motivación. Englobando los beneficios del parto en casa podemos decir que éstos, desde las voces de las matronas y las mujeres, están enfocados en entregar el protagonismo a la madre, su hijo y su pareja, proteger el ambiente de factores que puedan entorpecer la evolución del trabajo de parto, favorecer el primer vínculo entre la madre y su hijo desde las primeras horas de vida a través de la promoción de la lactancia materna, el contacto piel a piel inmediato, minimizando el intervencionismo y siendo partícipes del parto las personas adecuadas para atender, contener y proteger a la mujer.

El parto en casa tiene grandes resistencias culturales, institucionales y económicas. Los familiares de las mujeres que optan por un parto en casa, en general se oponen a esta opción por encontrarla riesgosa y peligrosa. Desde la institucionalidad se ha demonizado el parto en casa y no se valida como opción. El parto en casa no forma parte de la oferta oficial de partos, no está cubierto por el servicio de salud pública y tiene un alto costo, lo que lo hace poco accesible. La búsqueda del equipo profesional, en consecuencia es una tarea muy difícil de realizar debido a estas resistencias. Esta búsqueda se realiza a través del “boca a boca”, derivación profesional, experiencias anteriores, conocimiento del trabajo de las matronas y búsqueda personal.

El acompañamiento ininterrumpido en el proceso de parto se muestra como relevante. La importancia de éste ha sido demostrada por evidencia científica y ha sido reafirmado a través del relato de las mujeres, concluyendo que el acompañamiento profesional, de la pareja y de una persona significativa otorga confianza, seguridad y contención para vivir la experiencia de parir en casa. Los participantes del parto pueden ser: matronas, doulas y acompañantes significativos como la pareja, hermanas, amigas o madres.

Las matronas que atienden partos en casa han pasado por procesos que les han permitido comprender el parto desde una visión más integral, adoptar un nuevo paradigma de atención del parto y nacimiento y transformarse en lo que denominamos como matrona profesional posmoderna, profesional con educación biomédica que combina los distintos modelos de atención, se mueve entre los distintos sistemas de salud y que busca un espacio más autónomo para ejercer su profesión.

Junto a esto han surgido redes y grupos de mujeres y hombres que están generando resistencias al sistema hegemónico. Mujeres activistas que promueven la libertad de parir, gestar y criar en libertad, hombres que promueven los nuevos modelos de paternidades, doulas que trabajan al margen del entrenamiento médico tecnocrático,

matronas profesionales que se mueven entre los distintos sistemas de atención combinando lo mejor de los paradigmas de salud. Todo esto impulsado a través de redes sociales, talleres, círculos de conversación, marchas, encuentros, seminarios y todo espacio que permita visibilizar los nuevos modelos, sistemas y paradigmas basados en los valores del respeto y la integralidad del ser humano.

Las significaciones respecto al parto en casa, como se ha planteado a lo largo de esta investigación, responden a las voces de las entrevistadas. Estas significaciones generan ruido y discusión, ya que hay mujeres que creen en la medicalización del parto, que ven en la cesárea y la anestesia una conquista y que ven en el hospital el lugar más seguro en donde se puedan atender. Siguiendo a Susan Bewley (2015), profesora de obstetricia en Londres que ayudó a elaborar la guía que recomienda parir en casa y en centros de parto, hay mujeres que prefieren tener sus hijos en casa y hay que apoyarlas, así como a las mujeres que sienten mayor seguridad en el hospital, son sus derechos y no hay un modelo único adecuado para todas las mujeres. En este sentido todas las decisiones son válidas, en el marco de una sociedad con acceso a información basada en evidencia. El énfasis está entonces en devolver el protagonismo de la mujer y su familia en el parto, el respeto por la autonomía de las usuarias y matronas, y retornar a la fisiología del parto.

A nivel internacional existen distintos territorios para dar a luz, hablamos de las instituciones de salud públicas y privadas, centros de parto y las respectivas casas de las gestantes. El parto en casa es una modalidad de atención permitida y normada en gran parte del mundo desarrollado, siendo incluso parte del sistema de salud y donde las matronas tienen un importante papel profesional, pues son ellas las que se hacen cargo de la atención. Las matronas en los países desarrollados son aliadas de las mujeres y la familia, promueven el parto fisiológico y la no medicalización excesiva de los ciclos vitales de las mujeres. Sin embargo en nuestro país estamos muy alejados de esa realidad, las matronas tienen poca autonomía para atender partos fisiológicos, (al contrario de otros países donde las matronas tienen total autonomía) delegando esa responsabilidad al obstetra e incluso el parto en casa en casa ha sido perseguido y castigado desde las autoridades de salud, puesto que es considerado como un riesgo para la salud de las gestantes y sus hijos.

Sabemos que para que el parto en casa en nuestro país sea parte de la oferta de salud y esté normado, hay un largo camino que recorrer que comienza con dirigir la discusión hacia los modelos/formas de atención. Como recomienda la OMS, es necesario transitar hacia un modelo personalizado de atención del parto y nacimiento. Para conseguir esto, es necesario establecer estrategias que permitan conseguir este objetivo, como fortalecer los modelos de atención personalizados en hospitales y clínicas de nuestro país. Este fortalecimiento no sólo es un asunto de infraestructura, sino que aún más importante es lograr que los profesionales de la salud adscriban a este modelo. Es por esto que se debe realizar un cambio en el entrenamiento médico que está orientado hacia la tecnocracia y abrir la atención hacia otros modelos como el humanista y holístico. Las mallas curriculares de las carreras de obstetricia y ginecología están basadas en ramos científicos, y sólo un par tienen enfoques sociales, culturales y psicológicos, se

propone enfatizar en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, incorporando la perspectiva de género y educar en la fisiología del parto tanto a los estudiantes, futuros estudiantes y a los usuarios.

Una estrategia a mediano plazo es promover la construcción de centros de parto que se muestran como puentes entre el hospital y la casa y que podría llevar a la posibilidad de validar en un futuro los partos en casa. Es un largo camino, que es necesario transitar.

Las matronas profesionales que atienden partos en casa tienen la posibilidad de realizar la mejor atención obstétrica basada en lo mejor de los principios de los modelos de atención tecnocrático, humanista y holístico.

Con respecto al proceso de investigación, hubo limitaciones que no permitieron incluir visiones tan importantes como la del padre. Es por esto que se propone para futuras investigaciones atender la visión del padre, la familia, indagar en otros actores profesionales como las matronas que no están de acuerdo con esta práctica o los obstetras en contra o a favor, levantar información cuantitativa para conocer a través de los datos los índices del trabajo de las matronas, que como ya sabemos promueven el parto fisiológico. Todas estas miradas y metodologías podrán permitirán generar un “mapa” del parto en casa que nos permita saber dónde estamos y a dónde queremos ir.

Consideramos que el momento que está viviendo nuestro país es propicio para visibilizar lo que está pasando respecto a la demanda de las usuarias y desde el Estado hacerse cargo de entregar opciones para mujeres que buscan su protagonismo, autonomía y respeto.

## Referencias bibliográficas.

-Alonso, Luis. 1995. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa", en Delgado y Gutiérrez (Editores), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis, Madrid.

- Ander, Egg. 1982. *Técnicas de investigación social*. España. Humanitas Alicante. 500 p.

-Blázquez, Maria Isabel. 2005. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, N° 42. Julio-Agosto.

-Bourdieu, Pierre. 2000. *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.

- Briones, Guillermo .2001. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Santiago de Chile: .Ed. Centro Iberoamericano de Educación a Distancia, p.15.

-Castro, Roberto. 2014. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197.

-CEPAL, 2012. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Indicadores de igualdad: Chile. 2012. Disponible en:  
<http://www.cepal.org/oig/WS/getCountryProfile.asp?language=spanish&country=CHL>.  
[Página consultada el 24 de agosto, 2013].

-Chile Crece Contigo, política de apoyo a niños y niñas desde la gestación hasta el período escolar. Disponible en:  
<http://www.crececontigo.cl/sobre-chile-crece-contigo/presentacion-del-sistema/>  
[Página consultada el 25 de abril, 2012].

- Código sanitario. Núm. 725.- Santiago, 11 de diciembre de 1967. Disponible en Internet:  
[http://www.opbw.org/nat\\_imp/leg\\_reg/Chile/Decree\\_725.pdf](http://www.opbw.org/nat_imp/leg_reg/Chile/Decree_725.pdf) [Página consultada el 25 de agosto, 2013].

- Colegio Oficial de Enfermería Barcelona. 2010. *Guía de asistencia del parto en casa*. Barcelona.

-Csordas, Thomas. 1990. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, Vol. 18, No. 1. (Mar., 1990), pp. 5-47.

-1994. *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press. Cambridge.

-Davis-Floyd, Robbie. 1993. El modelo tecnocrático del parto. En *Feminist theory in the study of Folklore*. University of Illinois Press, pp 297-326.

-1994. The Rituals of American Hospital Birth. En *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8ª ed., David McCurdy (ed.), HarperCollins, Nueva York, pp. 323-340. Disponible en español en: [www.davis-floyd.com](http://www.davis-floyd.com) [Página consultada el 11 de febrero, 2014]

-2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 75, Suplemento N°. 1, pp. S5-S23, Noviembre.

-2001. La partera profesional: Articular la identidad y el espacio cultural para un nuevo tipo de partería en México. En *Daughters of Time: The Shifting Identities of Contemporary Midwives*, número especial

de Medical Anthropology, vol. 20, nº 2, 3 y 4, editado por Robbie Davis-Floyd, Sheila Cosminsky y Stacy Leigh Pigg. Diciembre.

-2009. La intuición como conocimiento autorizado. En *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humanos*. Editorial Creavida, Argentina.

-Davis-Floyd, Robbie y Saint John, Gloria. 2004. *Del médico al sanador*. Editorial Creavida, Argentina.

-Davis-Floyd, R. y Sargent, C.1997. Introduction Anthropology of Birth. En *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspectives*. University of California Press.

- De León, Magdalena. 1997. *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo.

- De Jonge A. et al. 2009. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *CMAJ 2009 doi: 10.1503/cmaj.081869. Pub med*.

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud. 2011. Indicadores básicos de Salud. Chile.

- 2012. Indicadores básicos de Salud. Chile.

-Ehreneich, Bárbara y Deirdre English. 1988. *Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras*. Barcelona: La Sal, Ediciones de Les Dones.

-Esteban, M. 2001. *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Editorial Gakoa-Tercera Prensa.

-2004. Antropología encarnada, antropología desde una misma. *Revista electrónica: Papeles del CEIC, Nº 12. CEIC (Centro de Estudios sobre las Identidades Colectivas), UPV-EHU, Marzo*. Disponible en: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf> [Página consultada el 23 de marzo, 2013].

-2006. *El estudio de la Salud y el Género: las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista*. Salud Colectiva, Enero/Abril.

-Farías M, Oyarzún E. 2012. Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave Año XII, No.3*.

-Gaines, Atwood y Robbie Davis-Floyd, 2003. On biomedicine. En *Encyclopedia of Medical Anthropology*, eds. Carol and Melvin Ember. Yale: Human Relations Area Files.

-Giberti, Eva. 1999. ¿Por qué la verticalidad? En [http://www.holistika.net/parto\\_natural/parto\\_fisiologico/por\\_que\\_la\\_verticalidad.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/por_que_la_verticalidad.asp) [Página consultada el 5 de abril, 2013].

-Hanh, Robert. 1995. *Sickness and Healing*. Yale University. Capítulo "Biomedicine as a cultural system", pp. 131-172.

-Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. 2004. *Metodología De La Investigación* (3ª ed.). MC Graw-Hill, México DF.

-Hernández, Sampieri y Mendoza. 2008. Metodología de la investigación. MC Graw-Hill, México DF.

-Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. 2013. Continuous support for women during childbirth. Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *The Cochrane Collaboration*.

- Imaz, Elixabete. 2001. *Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo*. Universidad del País Vasco. *Política y Sociedad*, 36, Madrid (pp. 97-111).
- Janssen PA. et al. 2002. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002; 166:315–23. *Pub med*.
- Johnson KC, Daviss BA. 2005 . Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005;330:1416. *Pub med*.
- Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland press, Illinois.
- Kitzinger, Sheila. 2000. *Rediscovering Birth*. Italy: Pocket Books, Simon and Schuster.
- Krippendorff, K. 1980. *Análisis de Contenido, Introducción a la Metodología*. Beverly Hills, CA: Sage, 188 pp.
- Lagarde, Marcela. 1994. *Democracia genérica*. México, REPEM-México y Mujeres para el diálogo.
- Lutz, B. 2006. Reseña de “Antropología del cuerpo y modernidad” de David Le Breton. *Convergencia*, vol. 13, número 041. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca. México.
- Martínez, Emilia, 2008. Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en Medicina. *El Genio Maligno, revista de humanidades y ciencias sociales*. Publicación semestral - ISSN:1988-3927 - Número 3, septiembre de 2008.
- Martínez, Teresa, 2015. *Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio*. Tesis doctoral. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante.
- Mead, Margaret. 1990. *Sexo y Temperamento*. México: Paidós.
- Menéndez, Eduardo. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y de articulaciones prácticas", en: *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1): 185-207, Rio de Janeiro.
- Ministerio de Salud. 2008. *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Chile.
- Montecino, Sonia. 2003. Hacia una Antropología del Género. En *Mujeres: aspectos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI*. C&C Aconcagua. Santiago.
- Muñoz,H; Kaempffer, A;Castro,R; Valenzuela,S. 2001 : “Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano”. *Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia*; Ministerio de Salud. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- National Institute for Health and Care Excellence. 2014. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. United Kingdom,
- Núñez, Irwin. 2010. *Hidroterapia. Técnicas, aplicaciones y ejercicios*. Ediciones Mirbet. Lima. 2010.
- Odent, M. 2005. *Nacimiento Renacido*. Editorial Crea Vida. Buenos Aires.
- Olsen O, Jewell MD. 2012. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/abstract> (Página consultada el 12/10/2013)

- OMS, 1985. Tecnología apropiada para el parto. Publicada en *Lancet* 1985; 2: 436-437. Traducción ACPAM. Fortaleza, Brasil.

-1996. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra.

-Paciornik, Moysés. 1998. *Parto en cuclillas*. Buenos Aires, Dunken.

- Pemjean, Isabel. 2008. *Historia de vida de Rosa Martínez, mujer mapuche sanadora. Una lectura desde el género..* Memoria para optar al título de antropóloga social, Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

-Reicshmann, P., Risi, C., Serrano, N. 2015. *Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2013-2014, en la Región Metropolitana y de Valparaíso de Chile*. Seminario de grado para optar al grado de licenciado. Facultad de ciencias médicas, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Santiago, Chile.

-RELACAHUPAN. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. 2000. "Declaración de Ceará en torno a la Humanización". Disponible en <http://www.tobinatal.com.ar/humanizacion/ceara.html> [Página consultada el 10 de junio, 2014].

- Sadler, Michelle. 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, Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

-2009. *Guía para profesionales de atención de salud Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile*. Resultado de proyecto FONIS SA06120034, "Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento". Santiago de Chile: Chile Crece Contigo. Disponible en línea: <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/04/FONIS.pdf>.

-Sadler y Leiva. 2015. Cesáreas en Chile ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal? [en línea] <http://ciperchile.cl/2015/03/13/cesareas-en-chile-i-es-efectivo-que-las-mujeres-chilenas-prefieren-la-cesarea-al-parto-vaginal/> [Página consultada el 29 de julio, 2015].

-Shepard, Linda. 2002. "The feminine face of science", en *Resurgence Magazine*. Disponible en: <http://resurgence.gn.apc.org/home.htm> [Página consultada el 15 de julio 2014].

- Taylor, S. y Bogdan R. 1986. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona.

- Torres, Leonora. 2003. "Antropología y salud". *Elementos de la tradición Socio-Cultural relacionados con el embarazo, parto y cuidados del recién nacido en mujeres del Programa de Parto Natural, VIII Región*. Tesis para optar al título de antropóloga social, Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Antropología, Universidad de Chile.

-Wagner Marsden. 1994. *Pursuing the birth machine, the search for appropriate birth technology*. Australia: Australian Print Group.

-2007. La Partería Global- Tradicional y Oficial- y la Humanización del Nacimiento en *Midwifery Today* Issue 83, Autumn 2007.