



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Postgrado

Magíster en Estudios de Género y Cultura

Mención Ciencias Sociales

“¿Y CUANDO TE VAN A SACAR LA GUAGUA?”

La medicalización del parto y nacimiento en salud privada en Chile. Una aproximación desde un enfoque de género y cultura

Tesis para optar al grado de magíster en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales

Kerry Dudman

Profesora Guía: Michelle Sadler

Santiago de Chile

Julio de 2009

TABLA DE CONTENIDO

PRIMERA PARTE	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA.....	2
1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9
SEGUNDA PARTE	10
2.1 MARCO TEÓRICO.....	10
2.1.1 Tecnocracia y biomedicina	11
2.1.2 Cuerpo, poder y género	15
2.2 MARCO METODOLÓGICO	23
2.2.1 Orientación Metodológica	23
2.2.2 Técnicas de investigación.....	24
2.2.3. Selección del grupo de estudio.....	26
TERCERA PARTE	29
3.1 EL CONOCIMIENTO AUTORITATIVO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	30
3.1.1 Condiciones <i>pre-existent</i> s.....	31
3.1.2 Círculos íntimos: familia y amigos	42
3.1.3 Los discursos médicos.....	50
3.1.4 Medios informáticos y charlas de preparación.....	55
3.2 CLÍNICAS Y CONSULTORIOS: ESPACIOS Y RELATOS	60
3.2.1 Observación de la clínica privada	60
3.2.2 Consultas y <i>control</i>	71
3.2.3 Negociando condiciones y cerrando el acuerdo	78
3.2.4 La sala de parto y la estadía hospitalaria.....	85
3.3 EL CUERPO Y PODER.....	92
3.3.1 La tecnología y su justificación simbólica	92
3.3.2 Desautorización, culpa y poder: mala madre – buena madre.....	95
3.3.3 Pensando hacia el futuro	101
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	107
ANEXO I: PAUTA DE ENTREVISTA OBSTETRAS Y/O MATRONAS	111
ANEXO II: PAUTA DE ENTREVISTA MUJERES PRIMÍPARAS	113
ANEXO III: PAUTA DE ENTREVISTA MUJERES PRIMÍPARAS (en inglés)	116

PRIMERA PARTE

1.1 INTRODUCCIÓN

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

-Michel Foucault (1996: 87)

Algunas mujeres quieren evitar la excesiva instrumentalización del parto y se quejan que son pocos los centros que dan cabida a la alternativa de parto sin anestesia. Los médicos reconocen que esta opción les quita “control” y los obliga a estar supeditados al curso natural de trabajo de parto.

-Cristián M. Gonzales, *El Mercurio* (2009: A15)

Hace cinco años atrás, ya en el tercer trimestre de la gestación de mi primera hija, un conocido me preguntó para cuando tenía programada mi cesárea. Ya me había acostumbrado a las intervenciones no solicitadas de extraños, que variaban desde los que tocaron mi estómago en rápida expansión sin permiso previo hasta consultas sobre la clínica donde me la “iban a sacar” y el por qué no me quería inducir para que naciera antes del año nuevo. Las consultas aludidas a los controles externos en los tiempos de mi proceso de parto me llamaron la atención por la suposición que contenía en cuanto a la validez y valorización médica y social de tales intervenciones biomédicas.

Siempre desde una perspectiva académica, atraída por los temas que afectaban específicamente al género femenino, después de mi experiencia propia a nivel social y médico con el proceso de gestación y parto, me encontré con la necesidad de ahondar más en el tema del control sobre el cuerpo específicamente asociado con un aspecto fisiológico como es el parto. Naturalmente eso me llevó a investigar las opciones que tienen las mujeres primíparas en el proceso de parto en salud privada en Chile, y los factores no fisiológicos que inciden en la medicalización excesiva y el abuso de la tecnología en este proceso. Ahora, después de haber tenido mi segunda hija por parto natural¹ en Chile hace casi tres años, creo relevante posicionar

¹ En este texto se utiliza el término *parto natural* para referirse a un parto sin anestesia, sin medicación y con un mínimo de intervención médica. El término *parto normal* se refiere a un *parto vaginal* pero no necesariamente natural; es decir, un parto vaginal pero con algunas intervenciones, como anestesia, monitoreo, etc. El término *parto por cesárea* alude a una operación quirúrgica para extraer el feto del útero y puede ser después de un trabajo de parto infructuoso o sin trabajo de parto.

mi experiencia y participación en el tema. Soy norteamericana radicada en Chile, casada con chileno y con dos hijas; a consecuencia traigo mis propias subjetividades y suposiciones desde un punto de vista sociocultural, que claramente influyen en los elementos socioculturales chilenos que me llaman la atención, y que incidieron en las decisiones que yo tomé en mis propios procesos de parto y en las valorizaciones que yo comparto con las personas a mi alcance.

1.2 EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

El intervencionismo y patologización que vemos hoy en el proceso del parto es algo relativamente nuevo y el rol secundario de la mujer en lo que podríamos llamar la *fábrica* de reproducción no siempre ha sido así. Para nuestras madres predecesoras en siglos pasados, el parto y el nacimiento implicaban necesariamente un gran riesgo a la vida tanto materna como a la vida por nacer. Era una realidad en un contexto donde la única vía de entrada al mundo era a través del canal vaginal y cualquier obstáculo en el camino podría resultar en la muerte de la madre o hijo/a, o ambo/as. La mujer fue durante casi toda la historia dueña y protagonista de este proceso, no sólo como parturienta, sino también como matrona y/o como figura de apoyo. Con muy pocas excepciones, en todo el mundo la historia del parto fue así hasta hace 200 años. En Inglaterra en el siglo 17, durante el parto y las seis semanas siguientes, la mujer parturienta fue acompañada únicamente de mujeres pre-aprobadas por la parturienta:

Apenas se iniciaba el trabajo de parto, el marido de la mujer fue enviado a buscar estas mujeres, un proceso conocido como “nidgeting”. Después fue exiliado de la sala de parto hasta seis semanas después del nacimiento, cuando la mujer resumía sus responsabilidades de esposa. (Downe: 25, *traducción mía*)

Este modelo matricéntrico del parto empezó a cambiar con la llegada de la industrialización y la línea de producción hace 250 años y se intensificó con la llegada de la tecnocracia hace alrededor de 40 años (Davis-Floyd and Cheyney, 2009: 4). La medicalización del parto va a la par con esta industrialización, con el fin de introducir procesos que disminuyan los riesgos de morbilidad materna y neonatal. Así es como en los últimos siglos el control se salió de las manos de las mujeres y pasó a una obstetricia androcéntrica, donde la mujer deja de ser protagonista principal en el proceso y las decisiones son tomadas por terceros.

Ahora, debido, entre otros factores, al acelerado avance de la tecnología biomédica y la medicalización del parto, especialmente en las últimas décadas, el riesgo de morbilidad materna y neonatal ha disminuido en forma significativa a través de importantes innovaciones y

cambios para la atención de la gestación y el parto.² Este proceso ha llegado a tal nivel que el riesgo vital para la madre e hija/o es un factor mínimo para las personas que tienen acceso a atención institucional, y la opción de tener o no tener hijos/as tiene que ver más con las aspiraciones personales y profesionales que con el riesgo a la salud. A la luz de tantos avances médicos, ahora el problema apunta a un exceso en la medicalización del proceso a tal nivel que el aumento de los partos inducidos y las cesáreas en los últimos años no ha guardado proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal. A pesar de (o a causa de) los avances tecnológicos, en los últimos años la tasa de morbimortalidad perinatal va en aumento.³

Chile está viviendo una época con la más alta tasa de nacimientos de los últimos años. La excesiva tecnologización y medicalización de los partos y nacimientos se justifica por la biomedicina como la única manera de *controlar* la situación, reducir riesgos and aumentar la eficiencia del proceso, asemejándola a una fábrica de producción. Sin embargo, el problema es que este discurso pone énfasis en el control externo y no en la calidad de la experiencia para la mujer parturienta y su familia; esencialmente toma una experiencia que en sí es fisiológica y la trata como enfermedad, convirtiéndola en una patología que requiere de intervenciones y procedimientos invasivos en constante aumento. En tal escenario, la mujer –y por ende su familia– pierde el protagonismo y la autonomía en el proceso y queda relegada a un segundo plano tanto en la toma de decisiones sobre su cuerpo y el de su hijo/a por nacer, como en la relación que tiene ella con su propio cuerpo. En tal escenario, se cuestiona y deslegitima el propio conocimiento de la mujer y se le presenta con una serie de opciones predeterminadas por terceros que crean una falsa sensación de libertad de elegir. Todo esto tiene secuelas psicosociales en la mujer parturienta y futura madre y afecta su capacidad de participar activamente en su rol de parturienta. Esto llega a ocurrir a tal grado que la mujer misma apoya las intervenciones y hasta las solicita, lo cual afecta la conceptualización de la mujer y la familia moderna y mantiene ciertos ejes socioculturales de desigualdad hacia las mujeres.

Lo anterior no ocurre solamente en Chile y es tema de diversos acuerdos, convenciones y conferencias desde hace varios años ya. En el año 1985, se realizó en Fortaleza, Brasil, la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto. En ella, la Organización Mundial de Salud (OMS, 1985) estableció 16 recomendaciones de la tecnología apropiada para el parto y el nacimiento, que parten del principio de que toda mujer tiene el derecho fundamental de beneficiarse de los cuidados prenatales adecuados, de que la mujer tiene un rol esencial a jugar

² Según SERNAM (2005), la tasa de mortalidad materna en el año 2000 es de 1,4/10,000 nacidos vivos, comparada con 29,9 en el año 1960.

³ En abril de 2008, el Instituto Nacional de Estadísticas entregó el anuario de Estadísticas Vitales correspondiente al año 2005, donde se informaron 48 muertes, derivadas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio (códigos O00-99, CIE 10), que determina una tasa de mortalidad materna de 1,98/10.000 nacidos vivos, la más alta del último quinquenio.

en todo lo que concierne a estos cuidados, siendo un miembro activo que participe de su planificación, su prestación, y su evaluación correspondiente. La cuarta de estas recomendaciones dice que:

Los países en los que la tasa de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, tienen también las tasas de cesáreas inferiores al 10 por 100. No hay pues ninguna razón que justifique que existan, en ningún país, tasas de cesáreas superiores a ése número. (OMS, 1985)

Según el Ministerio de Salud de Chile (2002: 14), la OMS ahora define la tasa máxima de cesáreas aceptable como 15% y no 10% y cifras superiores a esto se consideran un indicador de mala calidad en la atención obstétrica. Las otras recomendaciones son de naturaleza similar y en general apunta a la importancia de una participación más activa de la mujer en su propio proceso de parto y un uso de tecnología sólo cuando se justifica por motivos fisiológicos.

Chile adhiere a las definiciones y derechos establecidos por la OMS sobre la salud reproductiva y la salud sexual y suscribe diversos acuerdos y convenciones internacionales que enfatizan los derechos de las mujeres en la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos en el parto. Los acuerdos internacionales son compromisos “vinculantes” que tienen carácter de obligatorio; sirven para que los Estados diseñen las bases de las políticas públicas y desarrollen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionalmente acordados. Dentro del marco de estos acuerdos, el Estado Chileno se ha comprometido a asegurar a la población la posibilidad de ejercer estos derechos. Sin embargo, las tendencias en las políticas públicas para el parto apuntan a un mejoramiento en la tecnología, y los derechos sobre el propio cuerpo tienden a quedar fuera de estas políticas y son limitados por los conocimientos y saberes vigentes dentro las voces autorizadas de la biomedicina.

Ahora, más de 20 años después de la conferencia de OMS en Brasil, los índices en Chile muestran un uso excesivo de tecnología en el parto, que va en constante aumento: Chile tiene uno de los índices de cesárea más altos del mundo, casi triplicando los niveles recomendados por la OMS y promueve un modelo de atención del parto y nacimiento en que el uso de rituales del parto hospitalario abundan: la inducción⁴ antes de tiempo, el uso de la episiotomía,⁵ el monitoreo fetal, entre otros. Estas prácticas convierten el hospital en una fábrica de producción, que, como es el caso en cualquier negocio, prioriza la eficiencia y control del proceso por sobre todo. La atención va apuntada a un producto final de alta calidad, que en este caso es el recién

⁴ Al referirse a *inducción* en el texto, se alude al uso de una droga conocida como oxitocina para aumentar las contracciones y estimular el parto.

⁵ La *episiotomía* es un corte realizado por un obstetra en la pared de la vagina para facilitar la salida del bebé.

nacido, y el rol de la mujer queda relegado a segundo plano, donde su útero es un simple portador del producto final.

El parto en Chile, tanto en salud privada como pública cuenta con alta atención profesional y la tecnología correspondiente: 99,7% atención hospitalaria del parto en el año 2003 (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2003). Según el Ministerio de Salud (2002: 14), en el año 2002 la tasa de cesáreas en Chile fue de alrededor de 40%. Sin embargo, según SERNAM (2005), en el año 2000, Chile muestra la misma tasa de cesárea, alrededor de 40%, pero al separarla por hospitales públicos versus clínicas privadas, en el sistema público la tasa de cesáreas es 30% y en el sistema privado es alrededor de 60%, aunque existen variaciones entre clínicas y obstetras que son más difíciles de documentar. Esto indica que claramente el sistema privado presenta las intervenciones biomédicas como solución con más frecuencia que el sistema público. Algunos de los motivos para esto apuntan a la comodidad en cuanto a horario y condiciones de trabajo para el médico; al hecho de que en salud privada el costo mayor de estas intervenciones puede ser aplicado directamente a la cliente/paciente; y a una manera de los equipos médicos de sobreprotegerse contra eventuales demandas de pacientes. En la actualidad aproximadamente 1 millón de los 16 millones de habitantes de Chile se atienden directamente por salud privada, que viene siendo un grupo reducido pero no por eso menos importante. De hecho, vale aquí destacar el hecho de que la salud privada es vista como de “mejor calidad de atención” por ser más costoso y de más difícil acceso, y a consecuencia la atención medicalizada asociada –y especialmente la cesárea– llega a ser un ideal ya que se asume de que sólo por motivos económicos no se le ofrece a todo el mundo. Sin embargo es justamente en la salud privada donde se ve un uso –y abuso– mayor de la tecnología en el parto, lo cual va directamente en oposición a los lineamientos de la OMS.

Actualmente existe en Chile un esquema de salud que permite que las personas con seguros de salud pública también se atiendan en centros privados. Para el propósito del problema abordado acá, nuestro enfoque está en los centros y clínicas privados, y no en los prestadores de seguros privados; sin embargo, es interesante mirar el enfoque general de atención de salud, ya que el objetivo a largo plazo es que todos los chilenos tengan acceso a las mismas oportunidades. El Plan AUGE del Ministerio de Salud⁶ (Ministerio de Salud, 2002) presenta objetivos en la calidad de la atención obstétrica, destinados a revertir las tendencias que no están en línea con las recomendaciones de la OMS, con un enfoque en una atención personalizada de salud reproductiva. Es interesante notar que en el Plan AUGE, el parto es el único aspecto incluido en el plan que no se refiere directamente a una patología, aunque por el énfasis puesto

⁶ El Plan AUGE es un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los/las chilenos/as por igual y pretende contemplar todas las enfermedades, incluidas las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas. Corresponde a unas Garantías Explícitas en Salud. <http://www.superintendenciasalud.cl/>

en el uso de la analgesia, un proceso fisiológico se convierte en un proceso patológico, sin ofrecer mayor explicación del por qué se busca cambiar las estadísticas. Los objetivos, enfocados en aumentar la cobertura analgésica y disminuir la tasa de cesárea, apuntan a cambiar índices sin referirse al por qué es recomendable tener un menor índice de cesárea o cuáles serían los beneficios, si es que existiesen, de tener mayor cobertura de analgesia obstétrica, y cuáles son los diferentes tipos de analgesia disponibles.

Es importante destacar aquí que aun reconocida la necesidad de cambiar las tendencias biomédicas en torno a la atención del parto, la existencia de la tecnología ha contribuido en forma significativa a la disminución de la tasa de morbilidad materna y neonatal en los casos donde existen complicaciones fisiológicas que arrojan riesgos vitales. La biomedicina en este sentido ha posibilitado partos y nacimientos que bajo otras circunstancias resultaría en el fallecimiento de madre o hijo/a. Sin embargo, por lo general los argumentos fisiológicos favorecen un parto normal vaginal que sigue teniendo menor riesgo materno y neonatal que la cesárea (Hill, 2000), y un mínimo de intervenciones biomédicas para que el proceso de parto siga su camino natural y fisiológico. Esto nos lleva a examinar los argumentos no fisiológicos que defienden el intervencionismo y convierten la gestación y el parto en una patología.

El control sobre el cuerpo en la toma de decisiones se vincula con el tema del empoderamiento, pero en este contexto, lo que se entiende por empoderamiento viene necesariamente vinculado con el acceso a información bajo un sistema de *conocimiento autoritativo*, que es el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado (Jordan, 1993: 152), donde todos están de acuerdo y nadie cuestiona.

En Chile, los saberes con el más alto poder y legitimidad en el contexto del parto provienen del sistema biomédico como la principal fuente de información para las mujeres en cuanto a alternativas de métodos y tratamiento. También hay otras fuentes de información, que pueden incluir otros familiares, especialmente femeninas, parejas y amigas/os, charlas informativas, y los medios de comunicación, especialmente medios que se especializan en los temas de la salud reproductiva y la maternidad. Sin embargo, estos medios comúnmente se basan en fuentes provenientes de la propia biomedicina, que pocas veces se cuestionan, y como dice Robbie Davis-Floyd, se respaldan en un modelo tecnocrático/tecnológico del parto:

Este modelo tiene lógica y coherencia internas; una vez que estos médicos iniciados (en este modelo) han absorbido sus principios básicos, entre ellos... las nociones del carácter defectuoso de la naturaleza y del cuerpo femenino y la superioridad del enfoque tecnológico, llegarán a considerar que todos los demás aspectos de la gestión obstétrica de parto son razonables y justos. De este modo, el sistema se convierte en una tautología, y su autopropagación está garantizada. (Davis-Floyd, 1993: 9)

En Chile y en el mundo, este modelo tecnocrático se autoperpetúa en la biomedicina o medicina occidental, que juega un papel central en la salud reproductiva y se ha erigido como el modelo médico hegemónico a través de las políticas públicas y tiende a no ser cuestionada por la mayoría de las/los integrantes de la sociedad. Sin embargo, es un aspecto de la vida social y no se escapa de su marca cultural. Por lo tanto, las actividades que este campo regula también son aspectos donde los grupos sociales tienden a conformarse a la ideología dominante y el modelo médico hegemónico, y por eso entra en el debate ético el tema de quién está tomando las decisiones en cuanto a la salud de las personas y quién de hecho está "autorizado/a" a tomarlas. Sin embargo, más a fondo de este debate es quien dispone de las opciones que se le presenta a la mujer como alternativas.

La libertad de una mujer de tomar decisiones sobre su propio cuerpo en el proceso de parto debe ser evaluada desde una perspectiva de género. En el parto interactúan los discursos tradicionales y las categorías cambiantes de género que salen de este discurso. Un movimiento de mujeres en torno al tema de la salud reproductiva en Chile es notable por su ausencia. Es importante señalar que Chile no tiene un cuerpo legal que trate directamente de los derechos reproductivos. Existe sólo un Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos generado por grupos de la sociedad civil y presentado al Parlamento en su última versión el 1 de julio de 2008; hasta la fecha no ha sido discutido por el parlamento (FLACSO, 2008).⁷ La salud reproductiva es un tema de mucha importancia y no es nueva dentro de los círculos de estudios de género; sin embargo, en este ámbito hace falta más diálogo acerca de la toma de decisiones y el control sobre el propio cuerpo en torno al proceso de parto en Chile.

En Chile se han realizado algunos estudios sobre la atención de parto en el sector de salud pública; sin embargo pocos han sido los estudios enfocados en el sector privado. Hay un tema ético detrás de toda la dinámica médico-paciente en salud privada, donde existe la noción que la usuaria paga por un servicio, en este caso vinculado con su propio cuerpo, y por ende es clienta y no paciente, y tenemos la libertad de imponer nuestras opiniones y elegir entre varias opciones para asegurarnos de que el servicio sea a nuestro gusto, de alta calidad, expedito, y libre de riesgos. Sin embargo, lo que emerge en la práctica, como veremos a lo largo de este estudio, es una "falsa" clienta, que no toma sus propias decisiones, ya que las opciones son preestablecidas por el sistema biomédico, La paciente pone la responsabilidad en manos de otro, quién buscar tomar todas las medidas posibles para *controlar* la situación. Al final del día un equipo médico en Chile vela por sus propios intereses, ya que si algo llega a pasar a madre o

⁷ Para más información: Boletín N° 5933-11 <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>.

hijo/a, eventualmente en la biomedicina, es el equipo médico que tiene que responsabilizarse y responder por negligencia médica.

Si los avances tecnológicos apuntan a bajar la morbimortalidad materna y neonatal, en un caso específico si el equipo médico no encuentra justificación fisiológica para intervenir, ¿la mujer tiene el derecho de declinarse a las intervenciones que considera innecesarias? Aquí entra en el debate ético el factor de autonomía de la mujer y su derecho de decidir finalmente el procedimiento a utilizar. La autonomía de la mujer está limitada por las complicaciones fisiológicas y la intervención tecnológica, pero además por su acceso a información. En este caso, ¿Cómo se definiría el riesgo, quién lo define y a través de cuáles métodos? En su afán de controlar la situación, ¿no es posible que la propia biomedicina en el proceso de parto esté creando más situaciones de riesgo al ir en contra de la *naturaleza* del parto?

En base a los antecedentes desarrollados, la pregunta de investigación es cuáles son las justificaciones –dado que las recomendaciones internacionales no lo apoyan– de los/as usuarios/as y personal médico que sostienen el uso de la tecnología y la medicalización y qué nos dice eso sobre el control sobre el propio cuerpo. **¿Qué rol tiene la medicalización en patologizar un proceso fisiológico e incidir en la autorización/desautorización de la voz de la mujer? ¿Qué voces son las “autorizadas” en el proceso de parto? ¿Qué “peso” tiene cada una de esas voces? ¿Cuáles son los argumentos esgrimidos para justificar la necesidad de la intervención tecnológica? ¿Cuáles son las otras razones implicadas en la decisión? ¿La mujer siente la libertad de cuestionar las decisiones que toma su médico tratante?** Responderé a estas interrogantes desde las voces de algunas mujeres chilenas y estadounidenses atendidas en salud privada en Chile. Ambos grupos culturales provienen de países con índices y tendencias similares en cuanto a la biomedicina y es interesante ver como ellas enfrentan la biomedicina y el parto en Chile y el grado de autonomía en la toma de decisiones en este entorno.

1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general:

Indagar en el proceso de toma de decisiones en la atención del parto y nacimiento en salud privada en Santiago, Chile, a través de las percepciones y experiencias de mujeres chilenas y estadounidenses.

Objetivos específicos:

- Identificar la socialización que construye los saberes de las mujeres del estudio y sus familias sobre las maneras de enfrentar el proceso de gestación y parto/nacimiento.
- Describir las experiencias que han tenido las mujeres del estudio en la atención de gestión y parto en salud privada en Chile, y el proceso de toma de decisiones.
- Identificar y analizar las construcciones culturales de poder y de género que inciden en los circuitos y caminos recorridos y en una “falsa” toma de decisiones.

SEGUNDA PARTE

2.1 MARCO TEÓRICO

En Chile, hasta hace poco, era un hecho incuestionable que la máxima expresión de feminidad y logro como mujer era ser madre y esto se lograba a través de la concepción, gestación y parto. También era un hecho incuestionable que el parto y el nacimiento implicaban necesariamente un gran riesgo a la vida tanto materna como a la vida por nacer. Ahora, con el acelerado avance de la tecnología biomédica y la medicalización del parto especialmente en las últimas décadas, el riesgo de morbilidad materna y neonatal ha disminuido en forma significativa. El riesgo vital para la madre e hija/o casi no es un factor, y la opción de tener o no tener hijos/as tiene que ver más con las aspiraciones personales y profesionales que con el riesgo a la salud.

El acelerado avance de la tecnología biomédica ha sido tanto que el aumento de las intervenciones innecesarias en el proceso en los últimos años no ha guardado proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal. Como ya hemos visto, en Chile, actualmente la medicalización del parto sobrepasa los lineamientos de la OMS, y más aún en salud privada. La historia de la medicalización del parto en el mundo pasa de una centrada en la mujer y los aspectos fisiológicos a una que se centra en el cuerpo patológico, donde el hospital se concibe como una fábrica y las intervenciones biomédicas en el parto se destinan a aumentar la eficiencia y mejorar la calidad del producto final. Para identificar los factores que permitieron que pasáramos de un proceso de parto donde la mujer era protagonista en un proceso fisiológico que ocurría en su cuerpo a una biomedicina androcéntrica que patologiza el cuerpo de la mujer, es necesario hacer un recorrido de las representaciones simbólicas de la mujer en ciertos aspectos asociados con su papel en las estructuras de poder aplicables a la maternidad y el parto y la decisión final de someterse a intervención biomédica y/o quirúrgica.

Específicamente, el establecimiento de este marco teórico sigue este recorrido y examina las siguientes entradas teóricas: la tecnocracia y biomedicina, que examina, desde una perspectiva de género la historia del parto y la biomedicina, y el rol de la tecnología asociada en la actualidad; y el cuerpo, poder y género, que examina la construcción del cuerpo real y simbólico, las relaciones de poder, y el rol de género en las ciencias y la biomedicina androcéntrica.

2.1.1 Tecocracia y biomedicina

El concepto de naturaleza versus cultura se repite a lo largo de las teorías de género. Específicamente en cuanto al cuerpo, es con este concepto que se transformó, empezando con la industrialización y la obstetricia, un proceso netamente fisiológico a uno patológico en que el cuerpo de la mujer gestante era anormal y requería *control*:

Durante esa época... los hombres que establecieron la idea del cuerpo-como-máquina también establecieron firmemente el cuerpo masculino como el prototipo de esta máquina. A medida que se apartaba del estándar masculino, se consideró que el cuerpo femenino era anormal, inherentemente defectuoso y que estaba peligrosamente bajo la influencia de la naturaleza, la cual, debido a su carácter imprevisible y a sus monstruosidades ocasionales, se consideraba que era intrínsecamente defectuosa y que necesitaba que el hombre la manipulara constantemente. La desaparición de la partera y el creciente número de partos manipulados mecánicamente por tocólogos comportó casi inmediatamente la amplia aceptación cultural de la metáfora del cuerpo-como-máquina en Occidente y la aceptación de la metáfora del cuerpo femenino como una máquina defectuosa –una metáfora que finalmente constituyó la base filosófica de la obstetricia moderna. Así pues, a causa de sus propios orígenes conceptuales la obstetricia se vio obligada a desarrollar herramientas y tecnologías para manipular y mejorar el proceso de dar a luz intrínsecamente defectuoso y, por tanto, anómalo y peligroso. (Davis-Floyd, 1993: 4)

El enfoque de esta investigación está puesto en el parto y específicamente en la intervención tecnológica y biomédica que se materializa a través del parto. Sin embargo, antes de profundizar en los aspectos asociados directamente con el cuerpo de la mujer en este proceso, es necesario hacer un breve recorrido de la valorización –o desvalorización– simbólica detrás del lenguaje asociado con la reproducción y el proceso de parto específicamente en América Latina para entender el por qué de la trascendencia de la temática del parto como un acto simbólico, donde se interpelan tantos otros factores en la identidad femenina. La importancia cultural puesta en el rol de la mujer como madre está tan enraizada en los mitos fundantes de la cultura y la terminología asociada que hasta hace poco no se cuestionaba el rol legitimizador de la maternidad y la reproducción para el género femenino.

Reproducción, según la Real Academia Española (RAE, 2001: 1951), implica la acción de reproducir o copiar un original. Evidentemente esta explicación es deficiente, ya que el proceso reproductivo humano nunca implica una copia exacta de otra cosa. A modo de comparación, la producción, según la misma fuente, implica acción de producir. Esto abre el debate a lo que Sherry Ortner (1979: 111) denomina una “desvalorización universal de las mujeres” sobre la base de que ellas no producen algo original con la reproducción humana, sólo

reproducen y por ende se asocian con la naturaleza, mientras en el caso de los hombres, ellos si producen algo original con su trabajo, lo cual se simboliza como más cultural y los eleva a un estatus con mayor valoración social en la estructura de prestigio. Aplicado a la reproducción humana, vemos como la mujer en su rol histórico en el parto, figuraba como parturienta, matrona, curandera, en todos los casos protagonista en un proceso fundamental para la existencia humana. Sin embargo, debido a una desvalorización de las mujeres en la estructura de prestigio, se establecía durante la industrialización un cambio en el rol de la mujer en la reproducción, relegándola a una esfera de menor importancia con la imposición de una biomedicina androcéntrica.

Retomando la idea de Ortner de la naturaleza versus la cultura en que se desvaloriza lo asociado con la naturaleza, cuando se aplica al proceso de parto, existe una polémica y desacuerdo entre las mujeres mismas, especialmente a la luz de un movimiento de volver a una humanización o la esencia *natural* del parto. Es decir, dentro de los múltiples discursos, hay dos bastante divergentes con respecto a *lo natural* en la estructura de prestigio; hay un discurso que ve el uso de la tecnología como una manera de que una mujer se libere de su rol natural en la reproducción al liberarla de una dependencia en los tiempos naturales de su cuerpo. Por otra parte, el discurso que apoya la humanización de parto ve una re-conexión con la naturaleza como una manera de empoderamiento, al volver a controlar o ser dueña de su cuerpo sin la intervención tecnológica. Viendo estos dos discursos a la luz de la teoría de Ortner, vemos que es sólo cuando la construcción de saberes valoriza la cultura por sobre la naturaleza en la estructura de prestigio –y que la mujer se asocia con la naturaleza– que se considera el rol *natural* de la mujer en el proceso de parto como un rol inferior, y por ende se posiciona la mujer como inferior. La mujer se empodera a través de su rol en el parto cuando haya “democracia” en el tema, es decir, cuando las mujeres y sus familias puedan optar informadamente y no ser sujetos pasivos.

Emerge una paradoja al destacar la importancia de la reproducción humana en la organización social mediante un intento de disimular y anular el trabajo real de las mujeres en este proceso. En este aspecto hay un doble discurso en torno a la maternidad. Por un lado, es una función social casi venerada en algunas sociedades, notablemente las católicas, en las cuales incluyo a Chile. A diferencia de los países europeos, en Chile y América Latina existe el marianismo o el culto a la Virgen. En las sociedades católicas, esta valorización y veneración de la Virgen y la virginidad también llega a dejar su influencia en la sala de parto. “Es posible que en nuestros días sigamos respondiendo de una manera más tecnológica al arquetipo de la Madre María, que se convirtió en madre sin que participara la parte inferior del cuerpo” (Gutman 2006: 71), así aludiendo al parto virgen. Es notable este hecho cuando se observa que en las culturas menos sometidas a la influencia del arquetipo de María, las cesáreas no estén tan de moda. Visto

de esta perspectiva, la intervención tecnológica permite preservar los genitales, dejándolos “vírgenes” para el varón, en un proceso que se conoce en ciertos círculos como un *bypass* vaginal, o una manera en que la mujer moderna mantiene una ‘vagina de luna de miel’ (Downe, 32).

Por otra parte, la maternidad es fuente de la dominación. Según el obstetra René Castro:

La maternidad ha servido a lo largo de la historia como fundamento para la subordinación de las mujeres al hegemonismo masculino, con diversas formas de discriminación en su contra en los distintos espacios sociales (hogar, trabajo). En suma, su gran fortaleza biológica –la capacidad de generar nuevas vidas- se ha constituido en su mayor debilidad social. (Montecino 2003: 56)

Esta discriminación existe en diversas formas en la realidad nacional, por ejemplo el requerimiento de una prueba de embarazo para ingresar a un trabajo, la falta de contratación de las mujeres a cargos más altos por miedo de que más adelante no van a cumplir con sus labores debido a una licencia maternal, los costos más altos en el sistema privado de salud y los planes sin y con útero, donde simbólicamente se asocia el embarazo como un siniestro o una enfermedad en el sistema tradicional de salud.

Este doble discurso simbólico de la maternidad es importante de tomar en cuenta al momento de examinar las prácticas biomédicas modernas en torno al parto y la participación de la mujer en este proceso. Esa dicotomía veneración/dominación se refleja en el escenario de la sala de parto y/u operación en el caso de la cesárea, donde el parto puede ser concebido como una forma de empoderamiento de la mujer tanto como una desvalorización simbólica. Esa ambigüedad se revela a través del uso del lenguaje de común uso en la oficina del obstetra y la sala de parto.

Continuando con esta línea, en vez de gestación, comúnmente se dice embarazo, que tiene connotaciones negativas asociadas, gracias a la RAE: impedimento, dificultad, obstáculo. Nuevamente encontramos que la palabra cultural y socialmente aceptada tiende a disminuir y desvalorizar esta actividad exclusivamente femenina. Según René Castro:

Es preciso recuperar la visión humana y personalísima del proceso reproductivo, cambiar el término embarazo, el cual encierra cierta connotación negativa (“lo embarazoso”) por el de gestación (capacidad de generar una nueva vida)... (Montecino, 2003: 67)

Dentro del concepto de parto, comúnmente se hace referencia a parto *normal* para distinguirlo de un parto por cesárea. El concepto parto *normal* genera la idea de que cualquier desviación de esto es anormal, según dice Beverly A. Lawrence y Belinda Phipps:

Existe debate sobre cual terminología utilizar. Normal frecuentemente tiene la desventaja de implicar usual o común... Normal también puede implicar que cualquier otro tipo de parto o nacimiento es anormal, y esto puede resultar en culpa para algunas mujeres y profesionales de salud. Un término alternativo es parto fisiológico; sin embargo, para los padres promedio este término tiene poco sentido. (Downe: 70, *traducción mía*)

Ahora lo interesante es que para las parturientas, el concepto de un parto normal se refiere a uno espontáneo que no ha sido alterado por intervenciones tecnológicas; sin embargo la definición médica de un parto normal va más en línea de lo que es un parto vaginal, sin considerar si hay intervenciones artificiales o no.

Lo que vemos el día de hoy en las salas de parto, es un acto dominante, invasora, peligrosa y autoritaria; una experiencia muy alejada a aquellos tiempos en que la mujer se rodeaba de otras mujeres para crear un ambiente de seguridad, confianza y tranquilidad para utilizar las capacidades de su cuerpo en el proceso de parto y darle la bienvenida al nuevo integrante de la familia. Desde una perspectiva de género, este trabajo busca indagar en un aspecto de la vida social que es el proceso de parto, para explorar como se ha construido un sistema de saberes y creencias que es tan aceptado y avalado por los integrantes de la sociedad que no se cuestiona. Ahora, esta idea no implica ignorar la historia, más bien propone redefinirla para incluir una visión de género.

Esto nos lleva a una historia discursiva de género, donde adoptamos la postura de Joan Scott (en Lamas, 1996). Ella incluye una perspectiva del discurso, el lenguaje (la significación), y el género en las paradojas de la diferencia sexual. Define el género en dos componentes: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (289). En el proceso de parto, estas relaciones de poder se establecen desde las voces autorizadas de la biomedicina sobre la mujer como cuerpo patológico que requiere ser controlado, y no una simple subyugación del sexo femenino desde el sexo masculino; se establecen estas relaciones de poder a través de un discurso y un lenguaje que es utilizado por todos los integrantes de dicha sociedad y que apoya la necesidad de patologizar este cuerpo.

Scott (1996) indica que la inclusión de las mujeres en la historia iba a requerir una redefinición y ampliación de nociones tradicionales que abarquen la experiencia personal y subjetiva, una nueva historia que incluye la historia de los oprimidos, en que hace referencia a las tres categorías de raza, clase y género. Scott critica las historiadoras feministas que enfocan en la causa de la dominación y cuestiona la fijación en el uso del “sujeto” y la tendencia de universalizar las categorías de hombre y mujer, además de las categorías de género. Por esto

mismo, nuestro intento es focalizar en la experiencia personal de la mujer parturienta y las múltiples categorías de género que emergen de esta experiencia.

De acuerdo con esta perspectiva, Lola Luna (2002: 5) dice que “el género sería un diálogo de continuo intercambio de signos y significados entre mujeres y hombres, variable históricamente y por tanto con posibilidades de transformación”. Dentro de esta idea la mujer, tal como el hombre, es un sujeto múltiple, de muchas dimensiones, que se construye a través de la experiencia. Como el sujeto es múltiple, también lo son sus experiencias. Las propias experiencias múltiples de una mujer forman su socialización, y en torno se transmite a las otras mujeres en su círculo íntimo, como por ejemplo sus hijas, hermanas, primas, amigas, así también incidiendo en la construcción de saberes e identidad genérica de estas otras y eventualmente afectando sus caminos recorridos y experiencias.

El sujeto se construye a través de la experiencia, y la condición de uno dentro de la historia es fundamental en la propia percepción de los eventos. Braidotti (2000: 30) pone énfasis en las categorías cambiantes de la mujer como un conjunto de experiencias múltiples, complejas y potencialmente contradictorias y usa la figura de la nómada como su propia figuración “de una interpretación situada, posmoderna, culturalmente diferenciada del sujeto en general y del sujeto feminista en particular”. Según Braidotti, tenemos que alejarnos de categorías tan estáticas y universalistas y acercarnos a una definición y experiencia más amplia que converge en autodefiniciones siempre cambiantes que construyen categorías más positivas en vez de simplemente críticas en la lucha feminista. Braidotti favorece la contestación, desconstrucción, y la construcción apasionada, en busca de puntos de vista antes desconocidos, para construir mundos menos organizados jerárquicamente. Esto es fundamental en la construcción simbólica de género que opera detrás del parto en Chile.

2.1.2 Cuerpo, poder y género

La raíz en latín de ‘validez’ significa ‘poder’. Poder, por ende, se deriva de un conocimiento expresado numéricamente y aquellos que son más poderosos se encuentran en una mejor posición de saber más, o mejor, que los otros.

-Dawn Hillier (2003: 126, traducción mía)

El cuerpo. Derechos sobre el cuerpo. Control del cuerpo. La libertad de tomar decisiones sobre mi propio cuerpo, su propio cuerpo, el cuerpo de otro/a. El cuerpo es el lienzo para la interacción de lo real y lo simbólico, y donde los derechos, no sólo de la mujer sino también en

general, entran en juego. En cuanto al parto, el cuerpo está al centro del debate. ¿Quién tiene el derecho de decidir sobre qué cuerpo? Para profundizar más en este aspecto, es necesario indagar más en la construcción simbólica del cuerpo, tanto masculino como femenino.

El cuerpo, definido por la RAE (2001: 708), es: “Aquello que tiene extensión limitada, perceptible por los sentidos // 2. Conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo”. Es interesante observar que la definición, limitante en sí misma, utiliza la propia palabra *limitada* en su definición. Como dice Lamas (1996: 58), “El cuerpo no es natural – es un territorio sobre el que se construye una red de placeres e intercambios corporales a los que los discursos dotan de significado.” Así el cuerpo visto como “real” o físico es bastante limitante en su alcance a lo simbólico que se desenvuelve sobre él. Sin embargo es sobre el cuerpo físico de la mujer que la biomedicina androcéntrica establece su dominación y control.

Desde la antropología médica crítica, Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) examinan el cuerpo dentro del ámbito de la salud desde tres perspectivas: el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político. En cuanto al cuerpo social como símbolo, la construcción cultural de y sobre el cuerpo sirve para sustentar ciertos puntos de vista sobre la sociedad y las relaciones sociales, incluyendo una tendencia de justificar una dominación “natural” de los hombres sobre las mujeres sobre la base de su cuerpo físico. Abogan la desconstrucción de los conceptos del cuerpo, llevando los límites del cuerpo más allá de lo visto como el cuerpo “real” y visible, volviendo a una visión más holística de cuerpo y mente, pero reconocen que los propios límites impuestos por la representación simbólica y cultural del cuerpo son difíciles de borrar.

Según Gayle Rubin (En: Lamas 1996: 129), “la teoría psicoanalítica de la feminidad ve el desarrollo femenino como basado en buena parte en el dolor y la humillación”. Aplicada al cuerpo, este concepto tiene alcances en cada aspecto de la vida humana, pero nuestro interés aquí es aplicarla al parto. Aquí, abruma las referencias bíblicas, fundamentales en una sociedad mayoritariamente católica y/o cristiana como Chile, de la mujer abnegada que asume su rol social donde el dolor y la humillación del parto es parte de su carga que tiene que acarrear en esta vida. La identificación histórica de la sexualidad con la reproducción, según Luna (2002: 9), “ha construido el maternalismo en un doble movimiento de afirmación reproductiva y de negación placentera del cuerpo femenino.” Es importante destacar aquí que no se puede separar el parto del maternalismo, ya que hasta los espacios de salud dedicadas al parto y nacimiento son conocidas como *salas de maternidad*. Por ende el concepto de madre empieza con la gestación y no después del parto.

Este papel de la mujer abnegada impone una valorización en lo que es el dolor, y como veremos más adelante en el análisis, esta misma representación del dolor como algo negativo sirve como la base para la justificación biomédica de bajar el dolor artificialmente en el parto a

través de anestesia como una forma de empoderamiento de la mujer. Siguiendo estas líneas, Nicky Leap y Tricia Anderson abordan el rol del dolor en el parto normal e identifican dos paradigmas contemporáneas asociadas con el dolor:

Por un lado, la ideología de promover un parto normal fomenta la idea de ‘trabajar con el dolor’, en vez de tratar de quitarlo. Por otra parte tenemos el paradigma dominante que ‘alivio del dolor’ o ‘parto sin dolor’, respaldado por conceptos neoliberales de individualismo y elección informada. (Downe, 37, *traducción mía*)

El paradigma de trabajar con el dolor se basa en el hecho de que el dolor tiene un rol importante en la fisiología del parto normal y las mujeres podemos usarlo para canalizar nuestra fuerza y combinar cuerpo, mente y cultura, viviendo el proceso de parto como un rito de pasaje, así transformando el dolor en una experiencia empoderante. El concepto de ‘parto sin dolor’ se basa en la idea de que hay que tomar todas las medidas posibles para eliminar el dolor, que aunque tenga un propósito fisiológico, ¿para qué dejar que una mujer sufra si hay una manera de evitarlo? A través de la tecnología moderna en el parto, la mujer se puede alejar del dolor asociado con el proceso, transformando la relación que mantiene con su cuerpo y su feminidad, pero ¿es una transformación real o simbólica? Depende en gran parte de quien toma la decisión y por qué motivo.

Claramente la identidad masculina/femenina va ligada con las relaciones de poder y desigualdades de género asociadas con el cuerpo físico. Según Braidotti (2000):

El paisaje cultural de la modernidad tardía responde a una cultura provista de una concepción dualista del cuerpo y de la mente (...) Una cultura en la que las relaciones de género/poder se manifiestan específicamente en y a través del cuerpo de la mujer, esto es una cultura en la que las mujeres deban negociar su identidad con referencia a su aspecto. (68)

Se establecen, sobre el cuerpo, las relaciones de poder y la dominación androcéntrica, donde el propio papel reproductivo de la mujer marca la diferencia sexual y forma la base de su subyugación. Es específicamente en su capacidad de criar otro ser humano dentro de su cuerpo y después sacarlo al mundo, donde la medicina androcéntrica ha necesitado controlarlas, por el hecho de que esta misma capacidad reproductora de la humanidad es una capacidad que los hombres, como sexo biológico masculino, carecen. Desde una perspectiva de género, si pierden el control sobre la capacidad reproductora de la mujer, en sí un hecho fisiológico que no obedece reglas y control, pierden su posición jerárquica sobre la mujer y por ende cambiarían las relaciones de poder a favor de la mujer.

Es precisamente con relación a este aspecto donde entra el debate actual sobre quien tiene derecho de tomar decisiones sobre el cuerpo de quien. Según Bourdieu (1999), los propios discursos en torno a este tema ya están marcados por una dominación masculina que está tan arraigado en nuestro sistema cultural que no estamos conscientes de su presencia – y que claramente figura en el presente discurso. Reconocer esta limitación es el primer paso en cambiar este patrón simbólicamente impuesto, ya que los actores no siempre tienen la libertad de tomar las decisiones sobre su propio cuerpo.

En el caso de los cuerpos femeninos en el proceso de parto, el control de las mujeres sobre su propio cuerpo se enmarca dentro de las “necesidades estratégicas” de género, un término acuñado por Caroline Moser (1995). Las necesidades estratégicas de género son:

Las necesidades que las mujeres identifican en virtud de su posición subordinada a los hombres en la sociedad,...van de acuerdo a los contextos particulares. Se relacionan con las divisiones de trabajo, del poder y del control por género, y pueden incluir asuntos como los derechos legales, la violencia doméstica, la igualdad en el salario y *el control de las mujeres de su propio cuerpo*. Satisfacer las necesidades estratégicas de género ayuda a las mujeres a lograr una mayor igualdad. También cambia los roles existentes y por ello desafía la posición subordinada de la mujer. (67, énfasis mío)

Como ya se ha dicho en el planteamiento del problema, hace falta más diálogo acerca de la toma de decisiones sobre el propio cuerpo en torno al proceso de parto en Chile. La toma de decisiones dentro del proceso de parto se aleja de las necesidades prácticas y se coloca dentro de las necesidades estratégicas, que apunta más a la calidad de vida e indica una ruptura con los roles tradicionales de género. Este control sobre el cuerpo en la toma de decisiones se vincula con el tema del empoderamiento en la salud reproductiva. Sin embargo, como veremos, la libertad para tomar decisiones y las opciones disponibles a tomar en el campo de la biomedicina vienen necesariamente vinculados con el acceso a información bajo un sistema de *conocimiento autoritativo*, en que todos los miembros de una sociedad están de acuerdo y no se cuestiona el sistema. Este concepto viene siendo más relevante en el ámbito de salud privada, donde por ser un servicio pagado donde se le presenta ciertas *opciones*, da una falsa ilusión de libertad de elección.

El conocimiento autoritativo, o *authoritative knowledge* en inglés, es un concepto acuñado dentro del campo de la antropología del parto, por la antropóloga norteamericana Brigitte Jordan (1997) en los años 70. Se refiere al conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado:

La observación central es que para cualquier dominio particular, existen varios sistemas de conocimiento, algunos de los cuales, por consenso, pesan más que

otros, debido a que proporcionan una mejor explicación del estado del mundo para el propósito buscado (eficacia) o porque se asocian con una base de poder más fuerte (superioridad estructural) o ambas cosas. (Jordan, 1997: 56, *traducción mía*)

Aunque es posible que existan igualmente legítimos sistemas paralelos de conocimiento, generalmente existe un tipo de conocimiento que gana más legitimidad. Para que esto ocurra, también es común que se devalúen todos los otros tipos de conocimiento, así generando estructuras jerárquicas de conocimiento.

En el campo de la ciencia y medicina en Chile, los saberes con el más alto poder y legitimidad en el contexto del parto, y por ende con el *conocimiento autoritativo*, provienen del sistema médico o biomédico. Por ‘modelo biomédico’, “se entiende un modelo de práctica de intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico (*“racionalidad científico – técnica”*) en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención” (Caramés, 2004: 31). Este modelo viene siendo la principal fuente de información para las mujeres en cuanto a alternativas de métodos y tratamiento, aunque no obsta que haya otras fuentes de información, que pueden incluir otros familiares, especialmente femeninas, parejas y amigas/os, y los medios de comunicación, notablemente medios que se especializan en los temas de la salud reproductiva y la maternidad. Sin embargo, estos medios comúnmente se basan en fuentes provenientes del propio sistema médico. Esto no siempre ha sido así, pero actualmente existe hasta tal grado que es impensable, o por lo menos considerado como muy desafiante al poder establecido el no reconocer la biomedicina y el sistema médico como el “autorizado” simbólicamente.

La ciencia y la biomedicina han adquirido su legitimidad y espacio en las salas de parto a través de la patologización del parto en los últimos 200 años con la industrialización, pero especialmente en los últimos 40 años con la technocracia. Como ya se ha visto, uno de los principales intercambios simbólicos en el parto se asocia con la noción de controlar riesgos obstétricos. El concepto de riesgo se construye a través de la tecnología biomédica, que permite producir información sobre el cuerpo, la cual le permite al obstetra creer saber qué está pasando con el cuerpo de la mujer sin tener que preguntarle, implementando una serie de exámenes *de rutina* y conectándola a máquinas para medir sus índices en vez de preguntarle directamente a ella como se siente. Aquí volvemos al concepto de cuerpo-como-máquina, en que hay que controlar todas las variables:

La obstetricia, a diferencia de otras especialidades médicas, no se ocupa de verdaderas patologías en la mayoría de los casos: la mayor parte de las embarazadas no están enfermas. Es, por lo tanto, únicamente vulnerable a los cuestionamientos de su paradigma dominante que hacen los movimientos a favor del parto natural y la salud holística, porque para estos movimientos lo

importante es el bienestar inherente de la embarazada frente a la insistencia paradójica de la obstetricia en conceptualizarla como enferma, y en gestionar su cuerpo como si de una máquina defectuosa se tratara. (Davis-Floyd, 1993: 8)

La consecuencia de lo anterior es una desvalorización del conocimiento de las mujeres usuarias de los sistemas de salud. En un estudio realizado por la antropóloga Jordan (1997: 59) sobre una serie de partos por cesárea ordenados por el Estado en EEUU, se descubrió que en muchos casos las mujeres aseguraron que no era necesaria esa intervención biomédica y se les realizó contra su voluntad. Posteriormente se determinó en el estudio que efectivamente las mujeres tenían razón, sin embargo el conocimiento de esas mujeres no fue reconocido, mientras que el conocimiento biomédico prevalecía. Es esos casos, el conocimiento “correcto” era irrelevante, lo que importaba era el conocimiento *autoritativo*, y las mujeres desempoderadas en otros niveles, por ser pobres, inmigrantes o analfabetas, eran las que menos voz tenían. Las mujeres educadas con sólidas redes sociales de apoyo eran las únicas que lograron trascender las barreras del conocimiento autoritativo.

Nosotros vivimos en una sociedad en que el conocimiento autoritativo asociado con la ciencia y la biomedicina es aceptado como una verdad absoluta; cuestionar eso o enunciar que tiene un componente social es visto, según Sandra Harding (1996: 35), como “desafíos psicológicos, morales y políticos que amenazan la fe occidental en el progreso a través de un conocimiento empírico cada vez mayor”. Es decir que cualquier persona que propone una crítica a la ciencia está criticando el progreso de la sociedad en general. Según Harding (1996), los defensores de la neutralidad de la ciencia quieren decir que la lógica y la metodología son totalmente inmunes a las influencias sociales, pero la ciencia es una actividad social plena y debe ser sujeta a las mismas críticas que cualquier otro aspecto de la vida social. Harding dice que la ciencia y la medicina tampoco se escapan de una influencia social y desde una perspectiva de género, esta influencia indudablemente es generizada y subjetiva, especialmente a través del lenguaje utilizado y a lo largo del tiempo.

Como cualquier otro aspecto de la vida social, la ciencia como verdad absoluta también es variable con el tiempo. Lo que se reconoce como una verdad absoluta el día de hoy, probada a través de estudios de riesgo y enfermedad/patologías, puede contradecir radicalmente de lo que se aseguraba y se justificaba a través de estudios similares el día de ayer. Tomamos el ejemplo de la leche materna, que a través de los tiempos ha entrado y salido de popularidad en los círculos científicos. Es decir hace dos siglos, los médicos habían “demostrado” que la leche de una mujer que cuidaba a la cría era más saludable que la leche materna. Después, los estudios científicos indicaron que la leche de cabra era mejor. Después, en el siglo XX, era científicamente comprobado que la leche artificial era la mejor para los lactantes, y hoy hemos vuelto a apoyar, por sobre todo, la leche materna para el niño/a. Es decir:

Decir que algo está científicamente comprobado” significa solamente que algunos estudiosos han mantenido e impuesto una opinión durante un cierto tiempo. Los mismos científicos asumen que el conocimiento de hoy es error de mañana. (Gutman, 2006: 68)

La tendencia de tratar la gestación y el parto como una enfermedad y la mujer gestante como una paciente sólo exacerba la medicalización del proceso de parto que, como ya hemos visto, viene cargada de significados sociales, culturales, simbólicos y también físicos. Desde un enfoque de género, este proceso sólo perpetúa una jerarquización de saberes donde los equipos biomédicos representan los que tienen el conocimiento y las usuarias no lo tienen. Aquí vuelve a tomar importancia el aspecto lingüístico en este discurso a través del uso de palabras como paciente y enfermedad. Según Michelle Sadler (En: Montecino, et.al., 2003: 71), “por tratarse de una *enfermedad* la mujer debe ingresar a un lugar físico que corresponde a *territorio* médico”, donde se le quita el derecho de responder a los impulsos naturales de su cuerpo y se le obliga responder a las exigencias del equipo médico que la atiende.

El proceso de parto ha asumido una nueva dimensión simbólica en la medida que se presente el uso de tecnología en el parto como una opción que toma la usuaria del sistema de salud. Hay un tema ético detrás de toda la dinámica médico-paciente, especialmente en el sector de salud privada, donde existe la noción que la usuaria paga por un servicio, en este caso vinculado con su propio cuerpo. Pero en un país donde el sistema médico representa los saberes con el más alto poder y legitimidad en el contexto del parto, ¿está tomando libremente la decisión sobre su propio cuerpo o está respondiendo a lo esperado de ella?

En las maneras en que a la mujer se le guía a colaborar en la violación de su cuerpo, la abnegación de sí misma, la falta de reconocimiento (en el sentido de Bourdieu) de sus propios intereses, en todas estas formas se despliega “la forma en que el poder circula en el mundo (para utilizar las palabras de Foucault). (Jordan, 1997: 74, *traducción mía*)

De tal manera que la mujer entrega su cuerpo simbólico al conocimiento autoritativo. Cuando un obstetra nos dice que la mujer optó por una intervención electiva o una cesárea voluntaria, existe por detrás un concepto de poder y por ende la explicación nunca es tan simple. Requiere un cuestionamiento de su adherencia de un sistema de creencias donde existe un conocimiento autoritativo que define los procedimientos apropiados en un cierto contexto para ser aplicados a su cuerpo. En la despersonalización del parto a través de tales tecnologías como la inducción o el parto por cesárea, no estamos simplemente resolviendo el problema del dolor del parto. Estamos entrando en un campo donde controlamos en forma mecánica el cuerpo

humano. Como ya examinamos anteriormente, el cuerpo es un lienzo que ya viene armado de una multiplicidad de signos y símbolos, estructuras de poder y de saberes.

Por otra parte, según Deborah Lupton (2000: 150), se critica el movimiento por el parto natural ya que hace la distinción entre *natural* y *artificial*, ubicando a la mujer como más cerca de la naturaleza y el hombre como racional y científico. De hecho arguye que el movimiento por el parto natural sólo consolida la dominación biomédica sobre el parto al colocar el énfasis en el comportamiento y auto-control individual de la mujer durante el parto, sin cuestionar los aspectos estructurales de poder en el encuentro médico. A esto se agrega lo que dice Robbie Davis Floyd sobre el concepto *parto humanizado*, que debería aludir a un humanismo profundo en que la mujer es protagonista en su experiencia. Sin embargo, frecuentemente una clínica exclama que ofrece un parto humanizado, pero en realidad es un humanismo superficial que nuevamente crea la falsa ilusión de opciones, pero solamente superficiales, que no llegan a cuestionar el paradigma de fondo.

La manera en que una cultura se ocupa del parto y las opciones que ofrece en este respecto apunta directamente a sus valores fundamentales. Es por esto que es tan clave mirar las experiencias directas de las mujeres primíparas en Chile en sus procesos de parto, para ver como se interpelan los factores anteriormente descritas y como afectan los caminos recorridos en la toma de decisiones y hasta que nivel sus opciones son limitadas por una sociedad tecnocrática en que estamos viviendo. La ritualización del parto es un escenario ideal para examinar los valores hegemónicos actuales de una sociedad y discernir cuales son las posibilidades de cambio.

2.2 MARCO METODOLÓGICO

2.2.1 Orientación Metodológica

El sujeto se construye a través de la experiencia, y la experiencia del proceso de parto vivenciada por los/las sujetos, igual que cualquier experiencia es única y define parte de la formación de nuestras identidades de género y posicionamiento dentro de las relaciones sociales. Por lo tanto la experiencia vivida por el/la actor/actriz social, desde una perspectiva de género, se enfoca en la vida social actual y los procesos tan interrelacionados que la construyen.

Desde esta perspectiva entonces, no pretendo probar una hipótesis con esta investigación. He adoptado una metodología cualitativa de investigación que “no intenta medir la extensión de los fenómenos, sino que busca describir qué existe, como varía en diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes” (Vásquez, et.al., 2005). Desde una perspectiva de género, este tipo de metodología permite construir y generar conocimiento a nivel micro acerca del proceso de toma de decisiones en la atención del parto y nacimiento en salud privada en Santiago, a través de las percepciones y experiencias de mujeres chilenas y estadounidenses.

“Con el término ‘investigación cualitativa’ entendemos cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de las personas, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones. Algunos de los datos pueden cuantificarse pero el grueso del análisis es interpretativo” (Strauss y Corbin, 2002: p.12).

Según Denise Arnold, hay una tendencia en las investigaciones de las ciencias sociales hacia un rechazo a los modelos teóricos formales y estáticos de la realidad, a favor de modelos más dinámicos y un cuestionamiento de los modelos “éticos” de los antropólogos, favoreciendo los modelos “émicos” (Arnold, 1997). De hecho, el debate es sobre quién tiene derecho de estudiar a quien y la tendencia va hacia un intento de trabajo dentro de un grupo donde una se sitúa en algún nivel de sus múltiples dimensiones de sujeto. Sobre este punto, a nivel personal yo comparto la experiencia del parto con las personas que forman parte de este estudio, aunque en muchas dimensiones, mi experiencia puede haber sido diferente (como es cada experiencia).

La presente investigación es de carácter exploratorio, con un énfasis en lo descriptivo e interpretativo. Su diseño ha sido netamente flexible, debido a la naturaleza de la información que he intentado recolectar, que es de una naturaleza íntima y subjetiva, por eso la orientación

cualitativa. Como hemos establecido, dentro de este método, la realidad es subjetiva y pasa por un filtro de creencias, valores y finalidades. Así como plantea Alex Mucchielli:

La 'verdad' resulta del sentido que da el sujeto a los acontecimientos y a los actos. Para pasar de un enunciado comunicativo a un dato científicamente válido, son necesarias tres pretensiones de validez: la pretensión de verdad, la de ajuste respecto de la norma, la de la sinceridad de las personas. (1996: 97)

Como ya hemos visto en el planteamiento del problema y la naturaleza de los objetivos, este aspecto es especialmente relevante para esta investigación, debido a su naturaleza exploratoria.

2.2.2 Técnicas de investigación

La investigación abarcó tres etapas generales de investigación. La primera, de naturaleza preparatoria, incluía una revisión bibliográfica en profundidad y una identificación de un grupo de usuarias relevantes. La segunda etapa incluía entrevistas en profundidad con las mujeres primíparas, tanto chilenas como extranjeras, que han tenido su primer parto por cesárea o vaginal durante los últimos dos años, además de una observación etnográfica del mundo que rodea el parto en el sector privado en Chile, y la tercera etapa abarcó el análisis de la información recolectada en la segunda etapa.

Esta serie de entrevistas ha sido exclusivamente entrevistas en profundidad semi-estructuradas, dada la flexibilidad del diseño y la información nueva que ha ido surgiendo en el camino. Según Taylor y Bogdan (1992):

Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, *el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista*. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. (101)

Mi rol como mujer, madre y extranjera es fundamental en el uso de esta técnica de investigación, ya que me ha permitido entrar en los espacios necesarios tanto para las entrevistas semi-estructuradas como para entrar en los espacios de salud necesarios para la observación etnográfica. Como mujer y madre me ha permitido establecer la empatía necesaria con las entrevistadas; como extranjera tengo entrada con el grupo de mujeres extranjeras en Chile y comparto mi idioma nativo con ellas, lo cual me ha permitido, en las técnicas de investigación, entrevistar a dos grupos culturales en su idioma nativo, así permitiendo un libre intercambio de

ideas y opiniones en el idioma nativo de la entrevistada. Por otra parte llevo suficiente tiempo en Chile que también me conecto con las entrevistadas chilenas.

Es necesario establecer mi orientación personal. Aunque tengo contacto con las medicinas alternativas y complementarias (el pediatra de mis dos hijas es antroposófico), yo generalmente me adscribo a la biomedicina. Siempre tenía la idea de dar a luz en un espacio que pertenece al modelo biomédico, específicamente en una clínica privada, ya que tengo Isapre que me da una buena cobertura en ciertas clínicas. Sin embargo, hace dos años y medio, después de mi primer parto y a consecuencia de un proceso de aprendizaje personal, había decidido intentar un parto *natural* con un mínimo de intervenciones biomédicas, incluyendo, entre otras cosas, no usar anestesia de ningún tipo y evitar exámenes de rutina sin necesidad médica. Este hecho, aparte de alargar el proceso de este estudio en general debido a mis tiempos más limitados, también afecta mis subjetividades, ya que tuve a mi segunda hija por parto natural sin intervenciones. He hecho esfuerzos por no valorizar las decisiones tomadas por mis entrevistadas, sino observar los espacios de salud y las construcciones culturales que permiten los hechos identificados.

Por otra parte mi inexperiencia como entrevistadora también afecta las técnicas de investigación, ya que mis intervenciones en las primeras entrevistas son numerosas, mientras en las últimas se disminuye mi influencia y se aumenta la fluidez. Tiene que ver en parte con la acumulación de experiencia y en parte con el tiempo transcurrido entre la primera entrevista y última – aproximadamente ocho meses – durante lo cual yo también acumulo otro tipo de experiencia que contribuye a estas técnicas. Mi experiencia profesional también influye mi énfasis en el lenguaje en los espacios de salud. Con muchos años de experiencia como traductora-editora, no puedo obviar la importancia del significado y simbolismo detrás de las palabras y siento una necesidad de aprovechar de las numerosas oportunidades de integrar juegos de palabras.

En un esfuerzo de disminuir el efecto de mis propias subjetividades e inexperiencias, no he tratado de condicionar las entrevistas y he tratado de dejar que fluya de mejor manera posible las respuestas de las informantes. También he utilizado el software de Atlas ti para tener una lectura horizontal y vertical de los datos cualitativos y disminuir la posibilidad de sobrepasar algún dato importante. La codificación de las entrevistas y la estructuración de mi análisis han revelado un proceso dinámico y no estático, complementándose y modificándose entre sí en la medida que vaya avanzando. La flexibilidad del diseño me ha permitido reasignar códigos y/o reestructurar en análisis mismo para incorporar nuevos descubrimientos o eliminar otros que dejen de ser relevantes.

Finalmente, se contempló un proceso de consentimiento informado a cada informante, se les pidió autorización, y se explicó la temática de la entrevista. Se le avisó al principio de la

entrevista que se utilizara pseudónimos en todo el estudio, tanto para las informantes como para las personas mencionadas por ellas. Las únicas personas que aparecen por su nombre verdadero en el texto somos yo y mi familia inmediata en el contexto del sketch etnográfico. Los nombres de clínicas y centros médicos se mantienen.

2.2.3. Selección del grupo de estudio

La principal fuente de información fueron 6 mujeres parturientas primigestas que han tenido partos vaginales y cesáreas en el sector privado durante los últimos dos años en Santiago, Chile, pero cuyos hijos/as tenían al momento de la entrevista al menos seis meses de vida, para así permitir un distanciamiento suficiente de la experiencia de parto pero un acercamiento adecuado en el tiempo para haber estado presente en un escenario relativamente actual de la biomedicina. El enfoque aquí en el sector privado responde a la excesiva medicalización y abuso de la tecnología que pueden llegar a ocurrir en este sector, debido a un supuesto de que se paga por dichas intervenciones, y el hecho de que por ser privado supone una mayor autonomía de parte del doctor y la mujer usuaria en tener la libertad de optar por ciertos procedimientos por sobre otros. Hasta este punto el universo es bastante amplio ya que son numerosas las mujeres que han sido atendidas en el sector privado en Chile en los últimos dos años.

Para nuestros propósitos y considerando la naturaleza exploratoria de esta investigación, el primer criterio en determinar la muestra fue entrevistar a mujeres chilenas y estadounidenses, pero que ambos grupos han sido atendidos en salud privada en Santiago. Ambos grupos comparten el mismo modelo biomédico; sin embargo, hay un supuesto de que las chilenas tienen más redes sociales en Santiago, hecho que puede llevarlas a tomar decisiones por diferentes motivos. También un criterio importante era que dentro de la muestra, había experiencias con partos vaginales y por cesárea. La muestra consiste en 3 mujeres chilenas y 3 mujeres estadounidenses radicadas en Chile. Ambos grupos de mujeres estuvieron físicamente en Chile durante todo el proceso de parto. Para obtener información e opiniones más espontáneas y en un ambiente más natural para las entrevistadas, las entrevistas fueron realizadas en español con las chilenas y en inglés con las extranjeras. Las observaciones citadas textualmente de las entrevistas en inglés están traducidas en el texto y la cita original aparece en una nota al pie. En todos los casos, las entrevistas fueron realizadas en las casas de las mujeres entrevistadas y con las interrupciones naturales de sus hijos/as.

En el transcurso de esta investigación, se han identificado otras variables relevantes que no fueron considerados al momento de diseñar la muestra, pero que se han mostrado interesantes

y que contribuyen de manera positiva al estudio. En la tabla a continuación, se identifican algunos datos relevantes de las mujeres al momento de ser entrevistadas:

Nombre*	País de Origen	Tipo Parto	Edad	Edad niño	Gestación planificada	Clínica	Sexo del Obstetra	Sexo de Matrona
Roxanne	EEUU	Cesárea	29	7 meses	no	Santa María	Masculino	Femenino
Jennifer	EEUU	Cesárea	30	9 meses	si	Alemana	Masculino	Femenino
Alycia	EEUU	Vaginal (natural)	25	10 meses	no	Santa María	Masculino	Femenino
Cecilia	Chile	Cesárea	36	2 años	si	San Carlos de Apoquindo	Masculino	Femenino
Alejandra	Chile	Cesárea	34	1 año 3 meses	no	Alemana	Masculino	Femenino
Ana María	Chile	Vaginal (anestesia)	27	1 año 10 meses	no	Las Condes	Masculino	Femenino

*Para proteger sus identidades, todos los nombres de personas que aparecen en esta página y en todo el estudio –informantes y sus familiares, amigos– han sido reemplazados por pseudónimos.

Se realizó una entrevista con cada mujer, ya que por la información obtenida no fue necesario realizar más. Las entrevistas duraron entre 50 minutos y dos horas. Es importante observar que aunque se hace un intento de tener una muestra heterogénea, hay varios factores que condicionan el tipo de informante. De partida, las entrevistadas son voluntarias, y debido a la naturaleza del tema, aquellas que se ofrecieron para las entrevistas tienden a ser mujeres que quieren decir algo sobre el tema de la atención del parto en el sector de salud privada en Chile; por ende representa un grupo un poco más proactivo que el promedio.

Aunque los casos identificados podían incluir mujeres que han tenido partos vaginales o por cesárea, después de hacer una búsqueda exhaustiva y considerando también las mujeres dispuestas a ser entrevistadas, el grupo de estudio incluye cuatro partos por cesárea y sólo dos partos vaginales; en cada caso se dividen igualmente entre el grupo de chilenas y el grupo de estadounidenses. Este hecho es llamativo ya que aún en este grupo aparentemente más proactivo

e informado por pertenecer al sector privado y ofrecerse a participar en la entrevista, el índice de cesárea es igual o más alto que el índice de cesárea en el sistema privado.

Por otra parte en el proceso se identificaron otras dimensiones no consideradas, por ejemplo si la gestación fue planificada o no, y es interesante notar que en cuatro casos no fue planificado, un hecho que incide de manera considerable en la información recolectada, ya que al no ser planificado, requería otros recorridos en busca de información y tiempos más limitados para informarse. Otro factor no considerado era la posibilidad de que una entrevistada haya tenido un aborto terapéutico, y efectivamente hubo un caso así. Es bastante interesante ya que introduce otros temas bastante polémicos en Chile como es el aborto terapéutico.

En los seis casos, el obstetra de las informantes es del sexo masculino, siendo en los seis casos diferentes obstetras, y en el caso de las matronas, en los seis casos eran mujeres y seis matronas distintas. Hay representación de las cuatro clínicas más costosas y prestigiosas de Santiago, las mismas recorridas en la observación etnográfica, y el rango de edad de las informantes es de 25 a 36 años. Otro hecho interesante que emergió es que tres de las entrevistadas –dos chilenas y una estadounidense– participaron en charlas impartidas por la misma matrona, *Chloé*.⁸ Chloé también fue entrevistada en el marco de este estudio, ya que forma un vínculo entre entrevistadas previamente desconocido. Se tomó contacto con las entrevistadas por diferentes canales –a través de una red de extranjeras en Chile, conocidas como Chilespouses, y contactos a través de terceros– pero en ningún caso a través de Chloé. Esto destaca más aún el alto índice de cesáreas, considerando que Chloé es considerada *alternativa* en los espacios de salud y promueve un parto sin anestesia y mínima intervención. Es notable observar que dentro de las tres personas que participaron en sus charlas están las dos que tuvieron parto vaginal.

Finalmente se observó que en cada caso, la informante tenía algún contacto con el extranjero. Además de las tres que son extranjeras, las tres chilenas también tenían algún vínculo familiar, aún distante, con el extranjero. Inicialmente era tema de preocupación por la distorsión que podía dar a los datos; sin embargo al investigar más se puede concluir que en la actualidad es bastante difícil encontrar a una chilena que cumpla con los otros requisitos y no tenga vínculos con el extranjero por su situación socioeconómica, aunque fuese sólo por los medios de comunicación y las tecnologías modernas.

⁸ (pseudónimo) Chloé es enfermera-matrona, entrevistada dentro del marco de este trabajo y conocida por tres de las parturientas primíparas entrevistadas. Establece unas pautas que se ven reflejando en los diferentes discursos de las otras informantes, quienes también la citan dentro del contexto de sus entrevistas.

TERCERA PARTE

El análisis de la información obtenida de las informantes no sigue un proceso lineal, ya que parir tampoco es un trabajo lineal y existen factores interconectados que inciden en la toma de decisiones y las entrevistas en sí tampoco siguieron un proceso lineal. Todas las entrevistas con parturientas primíparas tomaron lugar en sus hogares con interrupciones naturales de sus hijos/as, así recalcando la importancia y el fin primordial detrás del producto del proceso de parto: un nuevo miembro de la familia, sea cuál sea la forma que esta familia llegase a tomar. Como este estudio busca indagar en el proceso de toma de decisiones en la atención del parto y nacimiento en salud privada en Santiago, el análisis sigue una estructura que nos permite identificar la socialización que construye los saberes de las mujeres del estudio, describir las experiencias que han tenido las mujeres del estudio con los prestadores del sistema de salud privado, e identificar y analizar las construcciones culturales de poder y de género que inciden en los circuitos y caminos recorridos en la toma de decisiones.

Para ahondar en estas dimensiones, el análisis está dividido en tres partes. La primera parte apunta a un conocimiento autoritativo y examina las diferentes fuentes de información a que recurrieron nuestras informantes en su búsqueda de información, partiendo con una descripción de las entrevistadas, y siguiendo con su propia socialización, que incluye sus círculos íntimos de familia y amigos, los discursos biomédicos, y los medios informáticos externos. La segunda parte proporciona una descripción de los espacios de las clínicas y consultorios en salud privada; incluye una observación etnográfica de la propia autora de este estudio, seguido por una mirada a través de los ojos de las informantes a sus experiencias directas en las consultas, los centros de atención de las Isapres, y las salas de parto y las clínicas en general. La tercera parte, en sí más analítica, contiene una discusión del cuerpo y el poder, usando las mismas palabras de las informantes como la base del diálogo y analizando conceptos tales como el uso de la tecnología y su justificación fisiológica y cultural, la culpa y poder, y finalmente abre un espacio en que las entrevistadas reflexionan hacia el futuro.

3.1 EL CONOCIMIENTO AUTORITATIVO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Existe en Chile una legitimización absoluta del sistema biomédico; aunque se utilizan medicinas alternativas, hay poco cuestionamiento de la validez del sistema biomédico y los profesionales biomédicos tienen un poder absoluto en la toma de decisiones en cuanto al camino de tratamiento a seguir. En el caso de la salud reproductiva, esto también es cierto. Durante una de las entrevistas realizadas en este contexto salió el comentario que los chilenos son muy “onderos”. Es decir, si la profesión biomédica sigue una tendencia hacia altos índices de cesáreas, respaldándose en la supuesta necesidad médica y científica, los pacientes tienden a seguir la “onda”; por otra parte, apenas se escucha hablar de otros métodos “alternativos” de parto, también empieza un movimiento paralelo en que un grupo de mujeres selectas quiere participar para no quedar fuera. La misma tendencia marca la cultura de los dos grupos de entrevistadas, las dos culturas se adhieren a un sistema de conocimiento autoritativo, que es el conjunto de saberes que adquieren legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto dado, al mismo tiempo, devaluando otros tipos de conocimiento determinado. Este sistema en Chile pone preferencia en las tecnologías e intervenciones quirúrgicas como la mejor manera de evitar riesgos y controlar los elementos desconocidos en los procesos de partos. Sin embargo, como veremos a través de nuestras informantes, el nivel a lo cual las informantes se adhieren o no a este sistema tiene que ver con su historia individual más que con su procedencia cultural, y su capacidad de actuar de manera independiente y tomar decisiones autónomas está condicionada y limitada por las opciones disponibles en su entorno.

Tal como se ha enfatizado, el lenguaje juega un rol esencial a lo largo de este estudio, debido a la naturaleza multicultural del universo de estudio y del poder detrás de las palabras. A través de este análisis, me apoyo también en un juego de palabras de común uso en el sistema biomédico en Chile, palabras que asemejan el proceso de parto y de salud en general a un proceso comercial como si fuese cualquier otro negocio con metas de venta y acuerdos que cerrar. Con esto en mente, el análisis de esta primera parte se divide en los siguientes acápites: 1) Condiciones *pre-existentes*, que da un espacio para relatar la propia socialización, historia familiar, personal y de gestación de la informante; 2) Círculos íntimos, donde se destacan los consejos –solicitados o no– de familiares, mamás, amigas y terceros no necesariamente vinculados con el sistema formal de salud; 3) Los discursos médicos, abarcando lo que dicen los profesionales médicos como las voces autorizadas como un discurso visto a través de los ojos de las informantes y un establecimiento de patrones en cuanto a su toma de decisiones; y 4) Medios informáticos y charlas de preparación, que mira los medios consultados durante la gestación: libros, páginas web, charlas de preparación, etc.

3.1.1 Condiciones *pre-existent*s

Lo que la mamá le ha transmitido toda la vida de cómo fue su parto, las mamás transmiten. Las lactancias y el parto. Eso igual para ellas es una referencia. Para ellas es una referencia. Por ejemplo, que la mamá nunca se dilató porque hay que destacar lo negativo. Ella viene con que nunca se va a dilatar. Que igual eso pesa... O la mamá que tuvo una experiencia súper buena, también llegan algunas como, viendo todo eso como muy fácil, muy bonito, muy, muy fácil de realizar, no traumático. Las experiencias cercanas de las mujeres que las rodean, es clave. Hay un componente obviamente de la misma mujer, cómo es ella, cachai, cuán decidida, cuán...pero que influye, si. – Chloé

En Chile, cuando una persona quiere contratar un seguro privado de salud –una Isapre– dentro de la jerga utilizada por los profesionales de la Isapre, se habla de condiciones *pre-existent*s como enfermedades excluidas de cobertura dentro de plan pactado. Es decir, si yo tengo cáncer de mamas ya diagnosticado con anterioridad, la Isapre no me cubre el tratamiento por dicha condición, ya que es pre-existente. En el caso del parto, ocurre lo mismo; es decir si una mujer ya está en estado de gestante al momento de contratar una Isapre, se le considera una condición pre-existente y por ende no está cubierta dentro del plan pactado. Sin embargo, si empezamos a hablar de condiciones realmente pre-existent

s, tenemos que abrirnos a una historia individual y familiar que abarca mucho más que la fisiología e intersecta el cuerpo, la mente y la cultura del individuo. Es por esto que quiero dar este espacio inicial del análisis para describir las condiciones pre-existents de las informantes, mucho más allá que su condición de gestante, para poner en el escenario su socialización, su historia familiar, personal y de gestación, que inciden en los circuitos recorridos específicamente en su estado de gestante.

Todas las entrevistadas se adhieren al sistema biomédico, todas se podrían describir de clase media a media alta. Todas tienen algún grado de estudios universitarios y ejercen o han ejercido en algún momento su profesión. Todas tienen contacto –directa o indirectamente– con el extranjero, sea por familia de origen, por los medios de comunicación o por los viajes. Ninguna ha expresado venir de una familia que optaba por medicina alternativa o complementaria ni de tener creencias religiosas que pudiesen influir en las decisiones tomadas. Todas han tenido a sus primeros hijos/as durante los últimos dos años en Santiago, pero hasta ahí llegan las similitudes en sus condiciones *pre-existent*s. Algunas tuvieron gestación planificada o hasta muy esperada y a otras, las pilló la sorpresa de un test positivo y tuvieron que tomar decisiones, a veces apresuradas, que afectarán sus futuros. Los recorridos que tomó cada una al saber la noticia dependen en gran parte de la socialización e historia única de cada una.

Cecilia

Al momento de ser entrevistada, Cecilia tiene 36 años. Tiene un hijo de casi dos años, que nació por cesárea en la Clínica San Carlos de Apoquindo y ahora está esperando a su segundo hijo, con ocho meses de gestación. Un domingo en la noche, me recibe en su casa en Huechuraba, donde vive con su hijo y su marido extranjero de origen europeo, con quién se casó hace tres años. Son dueños de casa propia y tienen una asesora de hogar que vive con ellos, o como se dice en Chile, nana puertas adentro. Se le podría describir como chilena de clase media alta (ABC1), es originalmente de Osorno, pero vive en Santiago desde los 4 años. De profesión, Cecilia es médica veterinaria y en este momento ella trabaja jornada completa, pero está a punto de salir con licencia pre-natal. Durante la entrevista, su hijo está bajo el cuidado del papá, pero aparece de vez en cuando para hablar con su mamá.

Los papás de Cecilia están vivos y siguen casados. El papá es profesor y su mamá es dueña de casa. Cecilia tiene un hermano de 32 años, quien se casó hace poco, pero no tiene hijos. Las cuñadas de Cecilia tienen hijos, pero viven en otro país y tienen poco contacto con Cecilia. Por la diferencia de edad, Cecilia cuenta que se acuerda de gestación y parto de su hermano:

Recuerdo el día que me lo mostraron, me acuerdo que fuimos a la clínica y no dejaban entrar niños entonces mi abuela me metió debajo del brazo, me pasó literalmente y yo me sentía súper inhibida porque no quería quebrar las reglas, me lo habían mostrado por la ventana de la clínica, porque mi hermano nació en la Clínica Vitacura... entonces mi abuela materna me lo mostró por la ventana, pero yo quería ir a conocerlo, entonces mi (abuela) paterna me agarró y me metió y me acuerdo patente la escena en que yo entro a la pieza y mi mamá me dice “aquí está tu hermanito”, y yo me voy a la cuna y veo a mi hermano durmiendo, lo tengo grabado 100% esa parte. – Cecilia

Cecilia tiene el antecedente que su mamá tuvo a sus dos hijos a través de un parto por cesárea, al igual que su abuela. No se acuerda de ninguna complicación específica durante la gestación, sólo que ella tiene la misma condición que su madre, alta presión sanguínea, que en el caso de ambas, resultó en una inducción antes de tiempo y terminó en cesárea:

Sí, es un componente genético, no se sabe bien por qué aparece pero hay una toxina en la sangre que lo produce pero hay un componente genético que lo produce y ese es con mi mamá que lo tuvo con mi hermano. – Cecilia

Cecilia siempre se ha atendido en el sistema de salud biomédica, y de preferencia en Integramédica o Clínica Indisa por ubicación y precio. Se atiende con el mismo gineco-obstetra que tiene hace 10 años. Inicialmente se trató con él porque tuvo un problema de ovario quístico y

siguió viéndose con él. Cecilia siempre tenía la idea de casarse y tener hijos/as y dice que resultó todo como planificó. En el primero caso, dentro de un par de meses de haber decidido tener hijos/as, había concebido, y el segundo caso era parecido.

Aparte de lo anterior relacionado con los quistes en el ovario, al preguntarle si tiene algunos antecedentes de salud, me responde que no, que ha sido bastante sana; sin embargo, pareciera que el concepto de un buen estado de salud es relativo, ya que a lo largo de la entrevista, menciona lo siguiente:

No, ningún accidente, lo que si sufro es de problemas de infección urinaria, he tenido dos episodios (...) pero ah miento y una vez me caí esquiando y estuve una noche hospitalizada por un tec cerrado pero leve. – Cecilia

Y más adelante cuando describe los recorridos tomados durante la gestación, menciona que:

Sí, sobre todo para la espalda, porque sufro de la columna, entonces Pilates lo que hacía es que me reforzaba y me relajaba bastante, de hecho en este embarazo la guata costó que me saliera porque tenía bastante tonificado con tanto abdominal que hice. – Cecilia

Para Cecilia, una preocupación que tenía era su capacidad de dar leche materna:

Lo que más me impacto es que ella (mi mamá) nunca me dio leche materna porque no tuvo leche y eso fue un poco, entonces al no tener leche materna para mí fue un tremendo desafío darle leche a mi hijo porque yo no había recibido leche materna. – Cecilia

Cecilia demuestra gran interés en no repetir los patrones familiares, ya que siente una desventaja al no haber recibido leche materna, pero al mismo tiempo una inseguridad y miedo sobre lo desconocido y un deseo de evitar dolores que ella asocia con el parto y que siente que pueden ser controlados.

Jennifer

Jennifer me recibe en su casa –casa propia– en San Carlos de Apoquindo, donde vive con su hija y su marido chileno, un martes en la noche para nuestra entrevista. Como es de noche, su hija ya está durmiendo, pero se despierta un par de veces durante la entrevista y Jennifer se levanta para ir a darle pechuga. Jennifer tiene 30 años, es de origen estadounidense, más precisamente es de Arizona. Vive en Chile hace siete años y medio, pero conoce a su ahora marido hace once años. Se podría describir su situación actual como ABC1, clase media alta bien acomodada, y tienen contratada una nana puertas afuera que les ayuda en la casa, pero más

con el aseo que con su hija, según Jennifer. Jennifer es traductora certificada, pero desde que nació su hija, trabaja muy ocasionalmente, y su marido trabaja en la mesa de dinero en un banco. Al contrario que Cecilia, Jennifer y su marido llevaban cinco años intentando concebir y justo cuando menos lo esperaban, el testeo de embarazo salió positivo y al momento de realizar esta entrevista tienen una hija de casi 9 meses. Jennifer tiene dos hermanas menores y las tres nacieron por cesárea. Jennifer se acuerda de la gestación y parto de su hermana menor y dice que además su padre lo grabó por video.

El papá de Jennifer falleció unos años atrás y su mamá vive en Arizona. Las hermanas de Jennifer no tienen hijos, pero ella tiene dos cuñadas en Chile, ambas con hijos que han nacido en clínicas privadas en Chile. Jennifer dice que ambas cuñadas son bastantes diferentes en sus gustos y prioridades: una tuvo a sus hijos de forma natural, sin anestesia, y la otra pidió todo el apoyo farmacéutico posible para disminuir el dolor de parto.

Jennifer tuvo una etapa de gestación *soñada*, sin complicaciones y con mucha felicidad, ya que era un bebé tan esperado. Al igual que su madre, Jennifer tuvo a su hija por cesárea, pero acá en Chile en la Clínica Alemana. En cuanto a su historia de salud, no indica ningún antecedente médico o complicación previa e indica que en su familia, sólo se iba al médico cuando era absolutamente necesario. Dice que siempre se ha atendido por el sistema biomédico oficial y en el caso particular de su gineco-obstetra, ella se atiende hace varios años con el mismo ginecólogo de una de sus cuñadas:

Mis dos cuñadas tuvieron a sus hijos con él. Lucia se atendió con él con sus tres hijos y Ana con uno. A la Ana no le gustó porque lo encontró muy *médico*, no era muy a favor de lo natural. Y también fue mi ginecólogo antes, antes de estar esperando guagua.⁹ – Jennifer

Jennifer expresa que desde su gestación, echa mucho de menos el no tener su familia inmediata en Chile y depende mucho de los datos de la familia y amigos de su marido, especialmente de su cuñada. No expresa haber tenido ningún evento determinante previa o durante su gestación que incidía de manera significativa en su toma de decisiones y dice que escuchaba las sugerencias de todos pero al final del día ella en conjunto con su marido tomó las decisiones que decidieron eran más apropiadas para ellos.

Alycia

⁹ My sisters in law both had children with him. Lucia used him for all three of her children with him and Ana with one. She did not like him because he was more medical, he wasn't natural. And then he was my gynecologist before I went, before I was pregnant.

Alycia vive en un departamento arrendado frente al Parque Forestal con su pareja chileno –el papá de su hijo– y su hijo de 10 meses. Voy a entrevistarla en su casa un sábado en la mañana, un día de otoño sorprendentemente caluroso y me abre la puerta con su hijo en brazos, sonriendo. Su pareja está durmiendo, así que partimos la entrevista con su hijo jugando en el suelo a nuestros pies. Es un niño feliz, tranquilo y risueño. Alycia tiene 25 años y lleva dos años y medio en Chile. Llegó desde Texas a trabajar en Chile; es arquitecto y vino a trabajar en un proyecto de vivienda social, pero se enamoró de un colega y cuando descubrieron que iban a tener a un hijo en conjunto decidieron vivir juntos. Ella expresa claramente que no quiere casarse, aunque ha sentido mucha presión familiar por hacerlo. Considera que es muy joven para casarse y que era muy joven para tener a un hijo. No fue una decisión planificada; de hecho al momento de descubrir que estaba esperando un bebé ella estaba con visa de turista y no tenía ningún seguro de salud.

Alycia dice que ella y su pareja ganan un poco más que el promedio de los chilenos, pero que no tienen mucha plata. Se la podría catalogar como clase media (C2). Encontrarse en una situación inesperada que iba a resultar en un gasto tremendo para ella fue bastante complicado y la llevó a recorrer muchos circuitos en busca de información y evaluar muchas opciones, entre ellas la posibilidad de abortar. Volvió a trabajar hace cuatro meses, pero cuando descubrió que estaba esperando un hijo, estaba con un contrato temporario y fue bastante complicado “normalizar” su situación de salud, ya que era condición *pre-existente*, por eso la consideración de abortar. Dice que cambió de opinión muy luego considerando que el aborto no es legal en Chile, pero que es posible que si hubiese estado en Estados Unidos habría sido otra la historia.

La familia de Alycia vive en Texas. Ella tiene dos hermanos menores y sus papás siguen juntos. No tiene muchas memorias de los periodos de gestación de su mamá pero al reflexionar sobre su experiencia dice:

No, pero (mi mamá) me ha contado. Es decir, la entrevisté. Como por ejemplo, sé que tuvo epidural cuando me tuvo a mí y que era tan fuerte que no podía ni siquiera hablar. Sentía que tenía que pujar y mi papá estaba dormido en el sofá y ella no pudo despertarlo. Y después tuvo epidural con mi hermana pero como que no era tan fuerte. Y después, mi hermano llegó tan rápido que (los médicos) no tuvieron tiempo para ponerle epidural, es decir, la enfermera casi lo recibió. ¡Como que llegó a la clínica y salió mi hermano!¹⁰ – Alycia

¹⁰ No, but she’s told me about it. I mean, I’ve interviewed her. Like I know that she had an epidural when she had me and it was so strong that she couldn’t even talk, she felt like she needed to push and my dad was asleep on the couch and she couldn’t get him to wake up. And then she had an epidural with my sister but it like, wasn’t as strong. And then, my brother came out so fast, that they didn’t have a chance to put the epidural in, like, the nurse almost received him. Like, she got in and like, he’s coming out!

Alycia describe su relación con sus papás como buena, pero dice que su mamá es de esa idea de “amor duro”, es decir, que sólo Alycia se tiene que responsabilizar por sus acciones. Siente el apoyo de su familia de lejos, pero por lo general da la impresión de que sus papás las criaron para ser más bien independiente y para resolver sus propios problemas y que de tenerlos más cerca, los recorridos tomados durante su gestación habrían sido parecidos.

Aunque no fue planificado, Alycia tenía súper claro como quería que fuese su experiencia con el parto. Ella quería sin anestesia, todo natural, quería hacer las cosas a su manera y lo logró. Indica que siempre se ha atendido en el sistema biomédico oficial, tanto en Estados Unidos como en Chile, pero tiene un temor irrazonable a la anestesia por un par de experiencias previas menores. Durante sus nueve meses de gestación recorrió las consultas de 6 diferentes gineco-obstetras en busca de uno que cumplía con sus requerimientos:

Mi seguro de salud en Estados Unidos había vencido hace poco así que no podía hacer nada. Y todo el mundo me decía, pero ten la guagua en un hospital público. Pero yo estaba aterrada. Todas las historias – y eso fue justo en la época en que esa mujer tuvo a su guagua en el baño. Y además había escuchado tantas historias que acá todos tienen cesáreas, y yo aterrada. Pensé, si yo me quedo en el sistema público, no voy a poder...es decir, siempre quería tenerlo como natural, porque la anestesia, la idea de poner algo en mi columna era más aterrador que pujar una guagua, ¿sabes?...estaba aterrada de que no tuviera control de mi situación...así que pasé de un extremo del doctor que decía, “ah sí, vas a querer anestesia” al otro loco homeopático, y pensando que voy a tener esa guagua en cuatro meses y no sé qué hacer, ahhhhhh!¹¹ –Alycia

Finalmente, Alycia llegó a encontrar su equipo médico definitivo luego de la recomendación de una amiga. Los hermanos de su pareja tienen hijos pero por otros motivos, Alycia no pidió muchos consejos a ellos. Entre su grupo de amigos cercanos, varias amigas se habían atendido con Chloé, una enfermera-matrona conocida en los círculos como un poco más alternativa en cuanto al proceso de parto. Recién a los seis meses de gestación, sintió que había encontrado lo que estaba buscando, y finalmente tuvo a su hijo *a su manera* en la Clínica Santa María.

¹¹ And actually my health insurance had just expired in the States so there was nothing I could do. And everyone was just like, have it in a public hospital. But I was terrified. All the stories and that was right around the time the woman had the baby in the bathroom. And also I had heard so many stories and like, everyone has a cesarean here, and I was terrified, I thought, if I get stuck in the public system, I'm not gonna have, I mean, I had always wanted to have it like, natural, and I was like, no way, cause actually the anesthesia and them, you know, sticking something in my spine is like more scary than pushing the baby out, you know? ... I was terrified that I had no control of my situation... Yeah I was like you know I went from one extreme of the guy that's like you're gonna want anesthesia to this like, homeopathic weirdo and I'm like, my baby's gonna be born in 4 months and I don't know what I'm going to do ahhhhhhh!

Roxanne

Roxanne vive en un departamento arrendado cerca del Mall Apumanque en Las Condes. Tiene 29 años y llegó a Chile desde California hace cuatro años. Vive con su hijo de siete meses y su marido chileno, el papá del hijo. Su situación socioeconómica es de clase media. Cuando supo que iban a tener a un hijo, no estaban casados y tampoco pensando en tener familia. De hecho, ella justo había sido aceptada a estudiar un magister en EEUU y estaban planificando como iban a manejar una relación a larga distancia durante ese tiempo. Dentro de las decisiones que tomaron, decidieron postergar el magister un par de años, casarse, tener a su hijo, juntar dinero y eventualmente viajar juntos a EEUU para que ella pueda estudiar el magister mientras él se dedique a criar a su hijo. Su marido apoya la idea de ir a EEUU a estudiar, de hecho le gustaría educar a su hijo en EEUU porque no le gusta el sistema educativo en Chile. En este momento, Roxanne está trabajando un poco, hace clases de inglés en un instituto. Dice que prefiere no volver a trabajar todavía, pero lo tiene que hacer por necesidad económica.

De pequeña, Roxanne dice que nunca tuvo problemas de salud ni cirugías mayores. Solo iba al médico para tratar su acné. Su familia se atendía por el sistema biomédico oficial y tenía cobertura toda la familia a través del trabajo de su papá. Ahora jubilado, antes trabajaba por el metro en California, y su mamá trabaja en un colegio. Roxanne dice que su mamá, de origen mexicano, es bastante tradicional y al saber que iba a tener un hijo le puso mucha presión para casarse.

Al momento de saber que estaba esperando un bebé, Roxanne no tenía seguro de salud. Hizo un recorrido de las Isapres y por fin consiguió cobertura con Banmédica, la única Isapre dispuesta a aceptarla con una condición *pre-existente*. Sin embargo, aún así, la Isapre no cubría su parto y la estadía clínica, sólo las consultas. De hecho, Roxanne también tuvo que hacer varios recorridos durante sus primeros meses de gestación para encontrar un equipo médico. Finalmente quedó con un doctor que era del staff de Santa María, donde eventualmente tuvo a su hijo. En lo cotidiano, prefiere atenderse en Integramédica porque no tiene auto y le queda cerca, pero reconoce que no siempre le gusta la calidad de la atención que recibe allá.

Roxanne tiene una hermana cercana en edad, que de hecho acaba de tener a un hijo hace menos de dos meses. La mamá de Roxanne tiene 10 hermanos, algunos que viven en México, pero varios de los cuales viven en EEUU, y dice Roxanne que cuando pequeña, pasó mucho tiempo viendo las gestaciones de sus tías, los nacimientos de sus primos etc. Al preguntarle sobre la experiencia de parto de su mamá, Roxanne comparte:

Si, tuvo buenos embarazos. La única cosa es su anatomía –su cuerpo– ella no pudo tener partos normales. Para ambos partos, tuvo cesárea. Era la única

complicación. Todo lo demás normal. Y lo mismo me pasó a mí... La guagua no bajó, yo no estaba dilatada, así que también terminé con cesárea.¹² – Roxanne

Roxanne dice también haber tenido una excelente gestación, sin complicaciones –con la excepción del parto mismo, donde fue inducida y terminó con cesárea– y nada indicaba durante sus 40 semanas de gestación que su parto sería cosa otra que un parto vaginal. Sin embargo, no fue así el caso.

Ana María

Ana María vive en la Reina Alta, en una casa que se podría describir casi de campo, aunque técnicamente está dentro de Santiago. Ella tiene 27 años, es madre soltera, vive con su mamá adoptiva, que es bastante mayor de edad, y con su hija de 1 año 10 meses. El día de la entrevista, un domingo en la mañana, hacía mucho frío, partí para su casa, donde me dieron la bienvenida los 7 perros que ella tiene con su mamá. Ana María estaba saliendo de un resfrío eterno el día que estuve con ella y al llegar yo, prendió la estufa a leña para subir la temperatura un poco. Mientras agarraba fuego, Ana María me empezó a contar los detalles de su vida en lo que llegaría a ser la entrevista más larga y reveladora de todas en cuanto a la psique humana.

Técnicamente se podría decir que la situación socioeconómica de Ana María es de clase media-alta, sin embargo su historia es mucho más compleja. Ana María aparentemente fue abandonada por su mamá biológica al nacer y su nacimiento fue oficialmente registrado en el hospital militar. No sabe nada de sus papás biológicos, pero fue adoptada por una pareja mayor de edad que ya tenían cuatro hijos varones biológicos, el cuarto de los cuales nació 13 años después de su hermano más cercano de edad. Su mamá adoptiva era de Estados Unidos y su papá, un médico chileno. Según dice:

Claro ellos tuvieron al Peter, que es mi hermano que falleció, ellos lo tuvieron muy tarde entonces mi hermano que me sigue tiene como 40, y el Peter que se murió lo tuvieron como 13 años después. Entonces para que él no estuviera solo, después de 4 hombres, querían una niña sí o sí, entonces dijeron en vez de tener otro hijo mejor –aparte que mi mamá ya estaba mayor, no iba a tener otro hijo– así que dijo vamos a adoptar una niña. – Ana María

Así es como Ana María a los dos años, recién adoptada, partió con su familia a Estados Unidos, donde vivió durante 7 años, mientras que su hermano Peter recibía tratamiento por una

¹² Yeah, she had good pregnancies. The only thing her anatomy is--her body--she couldn't have a normal birth. For both births, she had to have a c-section. That was the only complication. Everything else was normal. And the same thing happened to me ... The baby didn't lower, I wasn't dilated so I had to have a c-section as well.

enfermedad terminal y eventualmente falleció. Cuando Ana María tenía 9 años, volvieron a Santiago y la pusieron en un colegio bilingüe prestigioso.

Dos de sus tres hermanos viven en Estados Unidos y uno en Chile. Todos tienen hijos, pero ella dice que no se acuerda mucho de los embarazos o partos. De su familia biológica, no tiene antecedentes, pero ahora con el nacimiento de su hija se le abrió el interés en saber más de su madre biológica, pero hasta ahora se ha topado con puertas cerradas. De los partos de su mamá adoptiva, sabe que no hubo ninguna complicación en particular, tanto en la gestación como en el parto, pero su mamá adoptiva ahora es mayor de edad y no se acuerda muchos detalles. Semejante es la historia de su abuela paterna, quien tuvo 8 hijos, y parir era un acto rutinario y ocurría frecuentemente en la casa.

El padre adoptivo de Ana María, ahora fallecido, era médico. Hubo varios médicos en la familia y todos se adhirieron a un sistema de salud biomédica. Ana María dice que ella ha salido un poco más *alternativa* para sus cosas, pero que por lo general, ella siempre ha tenido Isapre, es carga de su mamá, y se ha atendido en las consultas y clínicas privadas. Ella igual constata que nunca le ha gustado tomar remedios, que siempre ha buscado un enfoque más holístico a la salud. Nunca ha tenido ningún tema de salud física fuera de lo normal, pero si se ha atendido por psicólogos y psiquiatras por temas vinculados con relaciones de pareja.

Al momento de saber que estaba esperando a un hijo, Ana María no había terminado sus estudios universitarios y está todavía tratando de sacar su título con gran dificultad tanto por tiempo como por falta de recursos. En aquel momento, estaba recién pololeando con Iván y no estaba dentro de sus planes tener un hijo en ese momento de su vida, principalmente porque el padre de su hija no era la persona con quien ella quería pasar el resto de su vida; de hecho, sin entrar en muchos detalles, fue bastante complicada la decisión de seguir con él, en un principio como su pareja, y finalmente, cuando ya terminó su relación de pareja, de mantenerlo en la vida de su hija, ya que entre otras cosas, ella descubrió que robaba cheques de su familia, que salía con otras mujeres, que era mitómano. Sin embargo después de muchas sesiones de terapia ella decidió, contra la voluntad de su familia, que era mejor para su hija mantenerlo como un participante activo en la vida de su hija, y su apoyo durante la gestación y parto, aún condicionado con los detalles mencionados, para Ana María, fue fundamental para enfrentar sus propios temas de abandono.

Al preguntarle si había considerado poner en adopción a su hija al encontrarse en condición de gestante, me respondió:

No, nunca. Por eso te digo fueron como 5 minutos de “no”. No, no, no, no. Pero 5 minutos. Y después me bajó la felicidad y el Iván me decía: ¿Pero cómo estai tan feliz? Y decía: ¡pero igual estoy feliz! Estaba súper feliz, estaba súper feliz. Y de hecho independiente del Iván, que fue un poco terrible y de repente lloraba

y todo, porque la relación era tan mala y el papa de mi hija iba a ser tan malo, estuve súper feliz durante el parto. A pesar de. No tuve ningún problema, no subí de peso casi nada, y andaba feliz por la vida. Andaba con vestidos apretados mostrando mi guata pa' todos lados, estaba súper feliz. – Ana María

Determinada que iba a hacer lo mejor de su situación, Ana María seguía viendo a su gineco-obstetra que tenía de antes, y en el camino conoció a Chloé, la misma enfermera-matrona de la Alycia, a través de su cuñada. Asistía charlas con Chloé pero seguía con su equipo médico tratante y al llegar el día de su parto tuvo a su hija en la Clínica Las Condes por parto vaginal espontánea y con el uso de epidural.

Alejandra

Alejandra vive en casa propia en la Reina con su pareja, su hija de 1 año tres meses y sus dos perros, integrantes más de la familia. Con su pareja compró una casa vieja que van remodelando de a poco. Alejandra tiene casi 35 años y tanto ella como su pareja son periodistas, pero ella desde que tiene a su hija trabaja desde la casa. Su pareja tiene 19 años más que ella y estuvo casado antes y tiene 3 hijos, con quienes mantiene buena relación. Se describe como soltera, aunque tiene pareja de 9 años, justamente por el hecho de que quiere poner énfasis en sus motivos por no casarse, así planteando su cuestionamiento de los roles de género desde el principio de la entrevista:

Soy soltera. No me he casado, porque espero que algún día se reforme la ley chilena. Las mujeres perdemos una serie de derechos al estar casadas, y no me acomoda depender legalmente de un hombre, que en Chile es visto como el gerente por defecto de la sociedad conyugal.

Por su situación socioeconómica actual, se le podría clasificar como media alta, sin embargo se resiste a esa identificación y de hecho hace varias referencias con vista en menos hacia las tendencias ABC1 en general y en los procesos de parto. Dice que siempre ha querido tener hijos/as y aunque nunca había decidido cuando exactamente y su embarazo no fue buscado, dice que llegó en un buen momento en su vida y la de su pareja.

Al igual que su pareja, Alejandra caracteriza sus amigos como en promedio al menos 10 años mayor que ella. Comparte que por las experiencias que ha vivido, como periodista, en política, en viajes, nunca ha compartido mucho con las personas de su edad. Sin embargo, también reconoce que en su relación de pareja ha tenido temores por la misma diferencia de edad. También a Alejandra le ha tocado vivir otras experiencias debido a los hijos de su pareja.

De hecho, la hija de su pareja tuvo hija hace poco y Alejandra ha ocupado un rol como de amiga-madre con ella.

El padre de Alejandra, fotógrafo, inmigrante yugoslavo, falleció el año pasado a los 71 años por negligencia médica en una clínica privada en Santiago. Su madre, artista, del sur de Chile, hoy tiene 63 años e inculcó en sus hijos desde pequeños un amor por lo natural y los animales. Alejandra describe su familia de origen como singular, bien diversa y tolerante en extremo. Sus padres se separaron en los 90, pero siempre se han mantenido amigos. Su mamá ahora tiene pareja de 12 años que es un miembro más de la familia. Alejandra es una de dos hijos de los mismo padres, pero tiene dos hermanos mayores por el lado de su papá pero de diferentes mamás. Dice que la diversidad y tolerancia en su familia parte ahí:

Cuando digo que mi familia es singular, y en extremo tolerante, es porque los 4 hermanos no hacemos diferencia en lo que a madres se refiere. Hemos aprendido a convivir con amor y buena onda. En los cumpleaños, se juntan las 3 mujeres de mi padre, y sus 4 hijos, y la pasamos realmente bien. – Alejandra

Sin embargo, han tenido sus diferencias en los últimos tiempos debido a diferencias de opinión frente a la negligencia médica que resultó en la muerte de su padre. Es importante destacar acá este antecedente importante que claramente marca su socialización e historia con el sistema biomédico. Por lo visto, Alejandra siempre se ha atendido por el sistema biomédico, pero tiene una perspectiva bastante crítica del sistema debido a esa experiencia:

Este es un tema muy doloroso. Mataron a mi padre en una clínica. Básicamente detesto a los médicos como especie. Creo que en Chile se han convertido (en general) en sujetos peligrosos, que rutinizaron su trabajo, lo volvieron precario. Yo como periodista, si cometo un error en la información puedo ir presa por difamación. Un médico rutiniza su trabajo y es nada menos que con la vida de las personas. Cometan errores que pueden acabar con la vida de un ser humano, se tapan entre ellos. – Alejandra

Por otra parte ella tuvo una experiencia directa con el sistema biomédico, de hecho con el propio tema de la gestación y el parto, hace cuatro años, cuando después de una gestación que partió desde el primer día con muchas complicaciones y después de investigar ella muy directamente y ser pasada de alta por un médico que no quería indagar más sobre su caso y menos hacerle exámenes adicionales, llegó a uno de los ecografistas más reconocidos en Chile que después de realizarse algunos exámenes, diagnosticó el feto como feto triploide, causa de muerte en la madre y motivo de aborto terapéutico. Después de 5 meses de gestación y mucha negociación ética con la Clínica, le tuvieron que hacer un aborto terapéutico de emergencia.

Alejandra se considera una mujer muy informada sobre temas de género, por su experiencia como periodista y por sus intereses personales y se hizo muy amigos con un médico ecografista:

Nos hicimos muy amigos con mi doctor. Estaba feliz de tener una paciente informada... me decía que esto no lo había visto nunca. Que las mujeres no saben ni siquiera lo que les pasa realmente con la regla. – Alejandra

Así cuando quedó esperando su hija después de la primera experiencia traumática que resultó en aborto terapéutico, por su nivel de confianza con el doctor decidió seguir con su equipo. Dice que ella ve las mismas deficiencias en el sector de salud privada que pública; sin embargo según ella, su experiencia directa la hizo optar por seguir ese doctor a toda costa, aunque atendió en la Clínica Alemana, que era un poco costosa para ellos. Después de 40 semanas de gestación totalmente normal, su médico le programó una cesárea, porque decía que el bebé venía muy grande y no mostraba indicios de querer nacer, y Alejandra con su pareja, basado en su experiencia previa, dijeron que bueno.

3.1.2 Círculos íntimos: familia y amigos

La herencia familiar. Lo que le transmitió la madre es potente, y la familia que les rodean, o sea las mujeres que las rodean. O sea las amigas, lo que le pasó a las amigas, sobre todo en esta edad que están las pares en lo mismo. Entonces la amiga terminó con cesárea, y a la prima le dijeron que si pasaba las 40, a la guagua le iba a pasar algo. – Chloé

Después de haber seguido a nuestras informantes en el recorrido de sus historias, de sus *condiciones pre-existentes*, nos toca ahondar más en las influencias y los consejos recibidos directamente de los familiares, especialmente las mamás, y los/las amigos/as, las parejas, además de las intervenciones y/o influencia de terceros, no vinculados con el sistema de salud. Los consejos o más bien intervenciones recibidas por parte de las informantes se aplican principalmente a tres categorías: la gestación, el parto, y la lactancia. El grado en el cual cada mujer incorpora estas influencias de sus círculos íntimos depende de su propia socialización, de su experiencia vivenciada y de la amplitud de sus redes sociales en general, en combinación con lo que viene a continuación, lo permitido por las condiciones fisiológicas y las tendencias biomédicas del momento. Un tema en que concuerdan todas las informantes es que las opiniones abundan, todas tienen el dato *ideal* y todas quieren dar sus consejos. En algunos casos los consejos son solicitados, en otros no, pero en todos los casos, los consejos recibidos contribuyen, de alguna manera, a los saberes de cada mujer, y que ella, en un futuro cercano, probablemente compartirá semejante información con otra futura parturienta primípara.

Sobre la gestación

Las intervenciones de familiares y amigas/os en relación con la gestación tienden a enfocarse en los aspectos negativos, en el hecho de que no hay vuelta para atrás, y para adelante, sólo las esperan problemas. De nuestras 6 entrevistadas, cuatro tuvieron embarazos no planificados, que tiene incidencia en los comentarios recibidos. Los comentarios tienden a ser un poco más insinuantes a culpar, a responsabilizar. Sin embargo, tanto en casos planificados como no planificados, existe un tono subyacente de *ahora te tienes que responsabilizar*. Como ya hemos visto en el recorrido teórico, el tema de culpa desde una perspectiva de género es uno que va ligado a conceptos de la mujer pura y sumisa y que una mujer que se encuentra esperando un hijo/a claramente ya no entra en la categoría venerada de virgen. Por otra parte, la responsabilidad, por lo visto, cae principalmente con las mujeres y no con las parejas, afirmando el rol principal que tiene la mujer en la reproducción, pero al mismo tiempo, desvalorizando ese rol al asignarles expresiones negativas, como *la embarraste, resentimiento*:

Una de mis primas dijo “ahora ya lo embarraste, ahora asume”, es que ella nunca ha sido la madre más abnegada del mundo entonces a ella le cargan los embarazos. – Cecilia

La elección de palabras de Cecilia y la referencia a la madre abnegada hace concordancia con la teoría psicoanalítica de la feminidad desarrollada por Rubin sobre los conceptos de dolor y humillación. Cecilia está poniendo un valor en el embarazo y el parto como procesos que solo pueden ser vividos plenamente por una mujer *abnegada*, donde el dolor y la humillación es parte de la carga de ser mujer. Es un concepto que abruma en una sociedad católica, aunque Cecilia se autoproclama no practicante, y el lenguaje que usa desempodera el rol de la mujer como gestante al asignarle características negativas que ponen énfasis en la negación placentera del cuerpo femenino y una responsabilidad mayor en el proceso.

En los dos ejemplos a continuación, es la madre de la gestante que le infiere la responsabilidad, así perpetuando un valor dominante de una generación a otra:

Mi abuela me decía, yo lo pago, solo vuelve a Estados Unidos... mi mama decía, no, ella la embarró, que se las arregle sola.¹³ – Alicia

¹³ Because my grandmother was like, I'll pay for it, I'll pay for it, just come back the States... My mom was like, no, she made her bed, she has to lie in it.

Y con mi mamá un poco el resentimiento cuando ella me dijo: Qué vamos a hacer, no puedes tener un hijo. También he sido un poco alejada de ella, un poquito alejado de todos, en realidad. – Ana María

También se destacan las opciones limitadas en el comentario de Ana María cuando dice *¿Que vamos a hacer?* Por ser un país en que el aborto no es opción, una vez embarazada, sean lo que sean las circunstancias, a la mujer gestante, no le queda otra opción que tener a su hija y enfrentar las reacciones de terceros. Sin embargo, el padre no tiene ningún cambio físico y generalmente se le celebra su virilidad, sean lo que sean las circunstancias, sin atribuirle el mismo grado de responsabilidad en lo que viene.

Tal como se ha visto en el recorrido de las historias de cada una, se tiende a repetir patrones familiares, o en su ausencia, se muestra una resistencia a esa tendencia con acciones conscientes con fines de cambiar estos patrones. Cinco de las seis entrevistadas en algún momento expresaron preocupación por la subida de peso, y todas encontraron absurdos los consejos médicos (presentados en más detalle más adelante) y de las amigas, con sus recomendaciones de que subieran tan poco peso. Aunque no necesariamente concordaban con los números indicados por terceros, cinco de las seis claramente se adscriben a un sistema valórico en que el peso tiene que controlarse durante la gestación. Una desafiaba ese sistema valórico abiertamente:

Durante el embarazo, engordé 30 kilos. No fue para nada invalidante o algo así. Solo comí muchas papayas y fui feliz. Como mi médico (el mismo del embarazo anterior) ahora es muy ABC1, en su consulta llegaban puras modelos estupendas con una barriga que parecía un meloncito. Y yo llegaba con esa barriga gigante, como de trillizos. – Alejandra

Lo que realmente llama la atención sobre este aspecto no es cuánto es lo recomendado para subir de peso o cuántos kilos sean demasiado, sino el por qué el énfasis está en controlar el aspecto físico de la mujer y no en preocuparse de la nutrición adecuada para el buen desarrollo del feto. Esto alude al concepto de cuerpo-como-máquina que requiere control. La mujer que no mantiene el control de los kilos dentro del rango de los *aceptables* corre el riesgo de no ser controlable. El proceso fisiológico que incluye transformaciones en el cuerpo femenino así representa algo anormal, defectuoso y peligroso que requiere control para que se asemeje lo más posible al cuerpo no gestante y más deseado por el sexo masculino. Así desde el primer día de la gestación, a la mujer se le dice que no escuche su propio cuerpo en cuanto a sus necesidades alimenticias, sino que escuche a la sociedad, al médico, y a las normas sociales en cuanto a la belleza femenina.

También las mismas 5 de 6 entrevistadas sienten que la belleza y la sensualidad disminuyen después de los efectos de la gestación en vez de abrazar su nueva forma física como una expresión más de la forma femenina. Una informante se expresaba bastante complicada por las estrías, ya que por antecedentes de su mamá estaba convencida que iba a heredar la tendencia de desarrollar estrías durante la expansión de su útero, y ella decía que ya se acabaron sus tiempos de ser una mujer sensual y sexy ahora que se iba a convertir en mamá. A consejo de sus amigas chilenas, utilizó mucha crema:

Utilicé de manera religiosa las cremas de Emoline y Maam... Todas mis amigas chilenas. Mis amigas chilenas me decían, crema, usen crema. Y una amiga de Estados Unidos me decía, las cremas no sirven de nada, si te van a salir (las estrías) te las van a salir, y las chilenas decían no no, tienes que usar crema, es lo mejor. Y yo soy la única en mi familia que no tiene estrías.¹⁴ – Alycia

Otros consejos tenían que ver con qué comer, la importancia del ejercicio, de tomar agua, de descansar, aunque no eran siempre bienvenidos estos consejos:

En el primer embarazo el clásico consejo era “aprovecha de dormir”, y me cargaba escuchar ese consejo porque yo sabía lo que venía porque me recalcan que no iba a dormir prácticamente nada después que naciera la guagua, entonces ese consejo me cargaba y todo el mundo me lo decía, pero más que nada gente cercana me lo decía. – Cecilia

Sobre el parto

A veces la información que una futura parturienta recibe puede ser contradictoria o conflictiva con la información recibida por otras fuentes. Por lo general, nuestras informantes las escuchaban respetuosamente y las incorporaban en su repertorio de información sobre el proceso de parto. Donde más influían los consejos recibidos en esa área era en ayudar a buscar un equipo médico o en qué clínica atenderse. En ningún caso de las seis entrevistadas fue opción tener a su hijo/a en cualquier lado menos una clínica privada. Aunque los recorridos tomados antes de llegar a esa decisión fueron diferentes en cada caso y el tipo de parto también variaba, la decisión final de parir en una clínica privada y quedarse a alojar allá fue idéntica. Comentando sobre los consejos de sus cuñadas, Jennifer comenta:

¹⁴ I was religious about the Emoline and the Maam cream... Oh friends, all my Chilean friends. Chilean friends were like, crema, add crema. And one of my friends from the United States were like, the creams, they don't do anything, if you're gonna get them, you'll get them and the Chileans were like, no, no you have to do the cremas, they're the best. But I was the only one in my family who didn't get stretch marks.

Bueno, la información (que recibí) era bastante distinta. Una es más así como, anda al doctor, anda a todos los controles, y la clínica y la anestesia, y la otra es más cómo natural, un parto natural, la lactancia... era divertida la diferencia.¹⁵ – Jennifer

Es justamente en este aspecto donde había más variación en la información recibida. Algunas informantes tuvieron contacto con círculos íntimos donde la anestesia era la única opción, otras tuvieron contacto con aquellos que les abrieron a la posibilidad de un parto sin anestesia, pero siempre con el reconocimiento de que era un poco diferente, un poco radical, medio hippy, alternativo:

Pero ellos me dijeron: como que somos súper escépticos en todo tipo de cosa, nosotros como de medicina alternativa mi familia no engancha con nada. Es como súper tradicional. Ni siquiera con el tema de las matronas, ni con el tema de...no sé, sin anestesia y todo eso mi familia no-nunca ha sido muy en contacto con eso. Y bueno la Mariana me llama y me dice: “oye, pero habla con la Chloé, es amiga mía. Mira la verdad que es un poquito tirada a las mechas porque es como que anda sin anestesia y todos si como un poco idea medio romántica y yo te digo al tiro que me dolió y casi me muero y pesca lo que quieras y lo demás no lo escuches. Pero anda, porque es simpática.” – Ana María

Es difícil interpretar hasta qué grado la información recibida durante la gestación realmente afecta lo transcurrido en el proceso de parto, sin embargo, vale notar que en los tres casos donde la mamá de la gestante había tenido cesárea, la gestante también tuvo cesárea. Los antecedentes familiares pueden afectar más que los hechos fisiológicos y llegar a influir en una predisposición psicológica a ciertos procesos. Aunque no hay manera científica de ver el impacto de esa predisposición, tampoco hay evidencia que la contradice:

Porque a lo largo de todo mi embarazo, me dijeron (mis doctores), si vas a tener un parto normal. Pensé que iba a ser un parto normal. Tendría contracciones, pensé que se me iba a romper la bolsa. Pensé que sería, tú sabes, lo que esperarías. Pero detrás de eso siempre pensaba que mi mamá había tenido dos partos por cesárea, así que pensé, ok, existe la posibilidad de que yo pudiera terminar con una cesárea. Así que mi inclinación era hacia un parto normal, porque el doctor nunca me dijo nada. Mi mamá siempre estaba en el fondo, diciendo “bueno, tú sabes, tienes que estar preparada, es posible que tengas cesárea, porque ya la tuve”.¹⁶ – Roxanne

¹⁵ Well, very different information. One is more, go to the doctor, get all the checkups, and the hospital and the anesthesia and the other is more like natural, a natural birth, breastfeed...it was sort of funny the difference.

¹⁶ Because throughout my whole pregnancy they told me, oh, you'll just have a normal birth. I thought it would just be a normal birth. I'll have the contractions, I thought maybe my water would break. I thought it would be just like, you know, what you would expect. But then in the back of my mind I knew that my

Efectivamente Roxana tuvo un parto por cesárea, lo cual ya fue legitimado por la experiencia de su madre y posiblemente cuestionado menos por lo mismo. Es importante notar que ninguna de nuestras informantes optó por una cesárea programada por decisión propia y ninguna tuvo antecedentes durante la gestación que dieran alguna indicación para que pudiera haber alguna complicación en la sala de parto. Sin embargo, cuatro de las seis finalmente se sometieron a partos por cesárea, más o menos representativa del índice de cesárea en el sistema privado en Chile. Aún con el índice tan alto de cesárea, sigue existiendo una creencia, una idea subyacente, por lo menos entre todas las entrevistadas en este estudio, que el parto normal es mejor y la cesárea de alguna manera es un fracaso en el cumplimiento del deber de la mujer. Volvemos al concepto del dolor trabajado en el marco teórico versus el sufrimiento. Hay dos paradigmas; una pone énfasis en aprovechar del rol importante del dolor en la fisiología del parto normal, pero la otra enfatiza el derecho de toda mujer de no sufrir como un concepto de individualismo y empoderamiento. Si elaboramos más sobre este concepto, vemos como el uso de la tecnología para eliminar el sufrimiento se justifica por parte del equipo médico, pero especialmente por la mujer después de un parto *sin dolor*, justamente como manera de disminuir la sensación de no haber *cumplido* con su rol de mujer abnegada que sufre con el parto.

Por eso mismo, se observa detrás de los consejos una tendencia de justificar la cesárea, la intervención biomédica y prevenir las ilusiones de un parto idealizado, y por otro lado quitarle relevancia o legitimidad a un parto más natural. Es una idea más bien inconsciente, pero llega a tomar más importancia al observar que esto implica que muchas mujeres tengan experiencias de parto catalogadas por ellas mismas como “fracaso” y por ende la necesidad de destacar el rol legitimador de la medicina para justificar los partos terminados por cesárea. Aunque solo algunas abiertamente dicen que sintieron como fracaso, sin poder, por haber vivido un parto muy tecnocrático, el mensaje de desamparo y de ser defectuoso genera conflictos en su autoimagen.

Aún –y especialmente– algunas mujeres que no expresaron esa sensación de fracaso o desamparo, justamente se amparan en las intervenciones tecnocráticas y critican el movimiento del parto natural por ubicar a la mujer más cerca de la naturaleza. Por ejemplo, una informante cuenta una situación que ella considera alarmante, donde una amiga le da su opinión sobre el movimiento hacia lo natural:

Recuerdo que yo estaba entre doctores, de nuevo – siempre estaba entre doctores – y estaba hablando con una mujer que tuvo su hijo en la (Clínica)

mom had two c-sections so I'm like, ok, there's a chance I could have a c-section. So but I was leaning more towards a normal birth because the doctor never told me anything. My mom always, in the back, was like, “well, you know, just be prepared you might have a c-section ‘cause I did”.

Alemana y tuvo cesárea y dijo, “si está bien, no hay rollo con la cesárea”, y dijo, “¿sabes qué? Toda esa cosa de parto natural – es para la gente con plata”.

K: ¿Qué? ¿El parto natural?

Si. Decía “Esa cuestión hippy, es como que tienes que pagar, porque es cosa que hace la gente con plata”. Y ella decía, “sabes, si es lo que quieres, tienes que pagar más. Así que sólo tienes que pagar más plata y puedes hacer lo que quieras”...Y mi amigo...estaba escuchando y él es como en serio, porque era el doula de su señora y era como discípulo de Chloé, y fue a decir a (mi pareja), “ven acá ahora”, y (mi pareja) vino y me dijo, “aléjate de ella”. Era muy divertido...Sí, la mentalidad era que puedes encontrar algún doctor medio hippy, pero lo vas a encontrar en las clínicas más caras.

K: Así que esa amiga que tuvo cesárea, ¿ella te estaba sugiriendo que optaras por cesárea?

Más o menos, si, y ella estaba esperando guagua. Era su segunda y para la segunda tuvo cesárea también. La primera vez fue inducida, y la segunda era como si nada.¹⁷ – Alycia

Existe una polarización sobre el tema; es decir parto natural sin anestesia, sin intervenciones quirúrgicas, sin control médico versus cesárea controlada hasta el último detalle. Lo interesante es que sólo dos de las seis entrevistadas tuvieron tendencias fuertes en cuánto a querer un parto natural sin anestesia y sólo una de esas dos lo logró. Sin embargo, de las otras, todas querían una situación normal y por ende un parto *normal* y las cuatro terminaron en la sala de operación con sensaciones mixtas de culpa y justificación. Por eso, el tono justificador y legitimador en los discursos de los círculos íntimos son tan relevantes, no sólo al momento de recibir un consejo que se podría o no incorporar en sus saberes, sino también porque por lo

¹⁷ I remember I was like in between doctors, again-I was always in between doctors-and I was talking to one girl who had a baby at la Alemana and she had had a cesarean and she was like, “yeah it’s fine, it’s great it’s no problem”, and she’s like, “you know what? This whole thing about having a natural baby? It’s like, something for rich people”.

K: What? That natural route?

Mhm. “The whole hippy thing it’s like you have to pay the money for it, because it’s like, what the rich people do”. And she was just like, “you know, if I want it, I have to pay more. So you just have to pay more money and you can have whatever you want”...And my friend ... was listening to them and he was like, serious because he was like his wife’s doula you know and he was a Chloé, you know, disciple, and he was like, “(my partner), come here right now”, and (my partner) went and he was like, “stay away from her”. Oh, it was really funny... Yeah, their mindset is that you can find somebody who’s a hippy doctor but they’re going to be at the most expensive clinics.

K: So this friend who had a c-section, then, was she suggesting that you had a C-section or?

Kind of yeah, and she was actually pregnant too. She was on her second time around and on her second time she had a c-section as well. The first one was like induced, I think, and then the second was, you know, no big deal.

menos lo visto dentro de este grupo de estudio indica que son varias las mujeres que tuvieron experiencias alejadas a lo planificado y por ende ellas tienen que armar su propio discurso basado en su experiencia para justificar y legitimar los acontecimientos de su experiencia en el proceso de parto y superar sus propias sensaciones de culpa a través de la cara de su discurso.

Sobre la lactancia

Todas las entrevistadas dieron leche materna a sus hijos/as. De hecho al momento de realizar las entrevistas, 4 de las 6 seguían dando leche materna. La tendencia científica actual va en apoyo a la leche materna y Chile también tiende a ser un país pro-leche materna. Al contrario que el caso del parto, actualmente en el caso de la lactancia se promueve lo natural. Sin embargo, como hemos identificado antes y tal como es el caso con el parto, los hechos “científicamente probados” a veces también son víctimas de la moda. Aunque se ha comprobado científicamente que la leche materna es más sana para el recién nacido, como identificamos anteriormente en la teoría, según Gutman, lo científicamente comprobado también puede ir variando durante el transcurso de un siglo.

En cuanto a los comentarios de terceros en los círculos íntimos:

Y ella (una amiga) me decía: ay, pero si no tenía una lata, pero si no tenía le dai una mamadera que es mucho más fácil, que lo podí dejar con tu mamá y listo. Y yo decía no. Mi mamá nunca me ha cuidado la Olivia. Nunca, nunca. Nadie me ha cuidado la Olivia. – Ana María

Una informante estadounidense observó una diferencia cultural con respecto a la dieta durante la lactancia:

A ver... Yo diría que tenía que ver más con, no sé, me acuerdo haber escuchado mucho sobre, no puedes comer esto y no puedes comer ese otro porque estoy dando pechuga, que era muy extraño para mí, porque podía comer lo que quería y no le molestaba. Creo que ese aspecto es muy cultural, todo eso. No puedes comer una cebolla, ¡qué onda!¹⁸ – Jennifer

Se indaga en más profundidad sobre la lactancia, los temores e inseguridades y las tendencias culturales más adelante.

¹⁸ Uh, let's see... Well, I'd say it was more about like, I don't know, I remember a lot of oh but I can't eat this and I can't eat that because I'm breastfeeding, which for me was very strange because I could eat whatever I wanted with her, it didn't bother her. I think that's very cultural. That whole thing. You can't have onion? Like, what?

3.1.3 Los discursos médicos

Porque de allí hay matronas y obstetras que para ellos es todo tan distinto. No ven que no es lo mismo operar a una persona. Ven solamente con que la guagua nazca bien, eso es lo importante. ¿Cachai? No ven todo el otro cuento hormonal, psicológico, afectivo, educativo, el impacto en esa guagua. - Chloé

Los médicos en general tanto en la salud pública como en la privada, aplican protocolos estándares y como en caso como la maternidad lo habitual es que todo vaya bien, ellos aplican su estándar y siguen con la fábrica de salchichas sin poner atención al ser individual que tienen al frente. - Alejandra

Cada una de nuestras entrevistadas hizo un recorrido distinto de acuerdo a los hechos anteriormente expuestos sobre su historia personal, familiar y médica, su socialización y sus redes de contacto. En cuatro casos, las informantes ya tenían su gineco-obstetra desde antes de concebir; en dos casos –de Alycia y Roxanne– la búsqueda comenzó ya en estado de gestante. En el transcurso de estos recorridos, van surgiendo los discursos médicos como las voces autorizadas en torno al proceso de parto que al mismo tiempo validan ciertos saberes y desvalidan otros.

Para dar cuenta de los discursos médicos predominantes en Chile hoy, este acápite sigue los pasos de Alycia, una joven gestante extranjera en Chile, sin apoyo familiar, sin Isapre y sin contacto previo con el sistema de salud privada en Chile, pero determinada de informarse y no descansar hasta encontrar un equipo médico con un discurso parecido al suyo. Durante los primeros siete meses, cambió de gineco-obstetra casi todos los meses. Se complementa su viaje con las perspectivas rescatadas de las otras entrevistadas y se sigue una secuencia de discursos, todos los cuales tienen un tema de fondo que es en control.

El discurso médico hacia el aborto

Alycia determinó que no quería volver a Estados Unidos, tampoco quería abortar, y definitivamente no quería parir en un hospital público. Se acercó a una obstetra-ginecóloga de la Clínica La Católica, su primer contacto con la profesión en Chile. Alycia no sabe si era porque es joven, gringa, pero la doctora dejó claro sin que Alycia solicitara información, que un aborto no era opción:

Y lo interesante es que ella me dijo que un aborto sería una decisión horrible – yo no siquiera mencioné nada sobre la posibilidad de abortar– pero ella ofreció, “te ruego no abortar porque todo el mundo que aborta lo pasa muy mal cuando

abortan y emocionalmente es muy complicado” y así me contó todo lo negativo asociado con abortar.¹⁹ – Alycia

En Chile el aborto es ilegal, y como sabemos por la historia de Alejandra, aún el aborto terapéutico es practicado en Chile muy pocas veces y sólo en casos de extrema urgencia. Aunque fuera del alcance de este estudio, vale mencionar este hecho y destacar la observación de Alycia, ya que este discurso es buen punto de partida para la puesta en la mesa de una conversación sobre el ejercicio de control sobre el cuerpo y sobre el conocimiento. Antes de cambiar de doctor, Alejandra tuvo un intercambio con su médico previo en que no fue permitido que ella entrara en el circuito de conocimiento biomédico, una conversación que terminó con:

Este médico me dijo que para qué quería saber, que si acaso iba a abortar. No quiso hacer la medición, pero en las fotos de la eco que me pasaron, en una se veía claramente al feto de perfil y se observaba el pliegue nual. – Alejandra

El discurso médico hacia el parto natural

Alycia tuvo que seguir su camino porque la ginecóloga anti-aborto resultó estar de gestante y no iba a poder atender a más pacientes. Siguiendo datos de conocidos, citó una hora con un ginecólogo joven que atendía en Clínica San Carlos de Apoquindo. Ella describe la oficina como muy clínica, muy ordenada, cero papeles, todo nuevo. Ella se sentó a conversar con él sobre el uso de anestesia:

Y yo le dije que quería un parto natural y que no quería anestesia y esto fue antes de conocer a Chloé así que no sabía lo que quería y andaba perdida en este mundo de guaguas. Y le dije que quería sin anestesia...y se reía de mí y dijo “ah, vas a querer anestesia”. Y yo dije que no quería. Y me dijo “entonces vamos a tener que hacer mucha preparación, vas a tener que hacer un montón de ejercicios.”²⁰ – Alycia

Si ya en su primera cita, su discurso difiere radicalmente al de ella, solo se puede imaginar cómo va a ser más adelante. Como dice Alycia en el acápite anterior, existe mucha polémica sobre el concepto del parto natural, que ya le había expresado una amiga que era

¹⁹ And what is interesting is that she told me that an abortion would just be a horrible decision--like I didn't even say anything about abortion and she was like, I just urge you not to abort it because everybody just has a horrible time when they get abortions and it is emotionally scaring and she just like, told me all the negatives with getting an abortion.

²⁰ I said that I would like to have a natural birth and I don't want to have anesthesia and this was before I had met Chloé so I didn't really know exactly what I wanted and was kind of lost in this baby world. And I was like, I want to have it without anesthesia...And he laughed at me, and was like, you're gonna want anesthesia. And I was like, NO I don't. And he was like, well then, we're gonna have to do a lot of preparation, you're gonna have to do all these exercises.

opción disponible sólo a las de ABC1 o sólo a aquellas que pueden pagar más, y se tiende a ofrecer como una cosa más alternativa y no rutinaria, ya que en el discurso médico, se le va de las manos al equipo médico el control de la situación. En un artículo que salió en el Mercurio hace poco se habla del fenómeno del parto natural, pero siempre enfatizando los fracasos, el hecho de que pocas mujeres que quieren un parto sin anestesia llegan a vivirlo, y utilizando un vocabulario cargado de connotaciones negativas de miedos, en vez de fortalezas. Al ser consultado en el artículo sobre los motivos por los cuales una mujer podrá optar por un parto sin anestesia, el doctor Aldo Solari, jefe de la Unidad de Medicina Materno-Fetal de Clínica Las Condes responde:

El *miedo* a los eventuales riesgos y secuelas tanto maternas como fetales asociados a la anestesia; la *aprehensión* respecto a la vía de administración de ésta; o el *temor* a perder sensibilidad durante el parto y no “sentir” el nacimiento de su hijo. (González: A15)

Parece un poco excesivo su énfasis en el *miedo*, la *aprehensión*, el *temor*, de una manera que desempodera a una mujer que simplemente quiere parir, no por miedo o temor sino porque ella considera que la anestesia es innecesaria. Ese tipo de discurso médico intenta apropiarse del cuerpo femenino, controlándolo a través de la tecnología y la patologización del parto. Es más, generalmente es el mismo miedo al dolor que hace que se promueva las bondades de la anestesia. Cecilia dice en referencia a su matrona:

Sí, le gustan los partos normales, no le gustan sin anestesia, comparto la idea con ella que si están las herramientas para evitar el sufrimiento por qué no hacerlo, no me gusta sentir dolor y a ella le gusta que la parturienta participe lo más posible. – Cecilia

Aquí hay una valorización de parte de la matrona, que se extiende a Cecilia, que el dolor es algo negativo e implica sufrimiento y que no tiene ningún propósito en el proceso de parto. Esto contradice directamente lo que dice después en cuanto a que le gusta que la parturienta participe lo más posible. Volviendo a las palabras del doctor Solari sobre el temor de no sentir el parto, según Leap y Anderson, en estudios realizados en 1987 y después en 2000, se observó que hubo un aumento en mujeres que se sentían miedo, desempoderadas y desamparadas particularmente entre mujeres primíparas que recibieron epidural, y una reducción en la confianza y participación en las mujeres múltiparas que recibieron epidural (Downe: 31), quedándose con la sensación de que su presencia no era necesaria en el parto. Por ende el argumento que una parturienta participa más con anestesia pareciera ser debatible. Sin embargo, en el fondo el punto, más que cual opción es correcta –ya que para cada mujer esta puede ser

distinta— es que se construye un discurso autorizado de tal manera que pareciera la única opción y considerar algo diferente es muy alternativo, muy divergente:

Mi doctor era bien tranquilizador, dijo “vas a tener una epidural, no vas a sentir nada, vas a estar bien”. Así me apoyaban mucho.²¹ – Jennifer

Es decir, el discurso médico dominante es uno que atribuye calidades negativas a un proceso natural de parto, se apropia del cuerpo en este proceso, y patologiza este proceso netamente fisiológico al atribuir elementos de control de enfermedad a la atención del parto.

Divergencias en los discursos

Alycia sigue su recorrido, que la lleva a un doctor homeopático, tan natural que pasó al otro extremo aún para ella que quería un parto natural:

Y básicamente me empieza a hablar y me dice, “OK, puedes tener un parto natural si quieres. Y ni siquiera es necesario que tengas el anesthesiologo presente, para que no lo tengas que pagar”. Eso me dejó nerviosa, pensé que tenía que estar por si pasara algo, pero dije que bueno, que está bien.²² – Alycia

Al final el doctor homeopático tampoco era lo que Alycia buscaba y muy luego conoció a Chloé, que para ella llegó a representar un término medio. Sin embargo, el discurso de Chloé era demasiado alternativo para algunos, tal como ya mencionó Ana María. Y acá se abre el debate entre los discursos dentro de las mismas voces autorizadas. Alycia visita un doctor más antes de decidirse por el equipo de Chloé, pero ya está en contacto con ella. El doctor y Chloé se conocen porque trabajan en la misma clínica, y él dice:

Y él dijo, “con Chloé es solo teoría”. Y ella dijo, “¡No puedes tener a tu hijo con él, da anestesia a todos!” Y yo decía ok.

K: ¿Y él decía que con Chloé era pura teoría?

Sí, que era muy linda filosofía pero que no era, sabes, muy práctico...Yo sólo quería tener un parto natural. Quería estar en control.²³ – Alycia

²¹ My doctor was really calm he's like “you're gonna have an epidural, you're not gonna feel anything, you're gonna be just fine” you know and they were very encouraging that way.

²² And he like basically starts talking to me like, ok, you can have a natural birth if you want. And we don't even have to have an anesthesiologist there if you don't want to pay for it, and that kind of made me nervous I thought he was supposed to be there in case something goes wrong but I'm like, ok, that's fine.

²³ And he was kind of like, well Chloé is only about theory. And she was like, you can't have your baby with him-he gives everyone anesthesia! And I was Ok.

K: And he said that Chloé was only about theory?

Esto tiene coherencia con lo que describe la antropóloga Davis-Floyd en que los partos altamente tecnologizados dejaron a las mujeres con la sensación de no haber participado, de ni siquiera haber sido presentes, y les quita la importancia de un rito de pasaje fundamental en sus vidas. Mantener el control en manos de la mujer, por ende, apoya este rito de pasaje y según Davis-Floyd, puede llegar a empoderarla a través del dolor mismo.

El discurso médico hacia la inducción, a la cesárea, al monitoreo fetal

Hemos llegado al final del recorrido de Alycia, pero falta más diálogo sobre la inducción y la cesárea. De nuestro grupo de informantes, sólo dos tuvieron partos espontáneos. De los otros cuatro, una fue directamente a la sala de operación y las otras tres fueron inducidas antes de tiempo, una por tener la presión sanguínea alta y las otras dos porque habían cumplido 40 semanas y no había empezado el trabajo de parto y en ambos casos el doctor determinaba que había que inducir. En ambos casos, no resultó y después de mucho monitoreo fetal, las dos terminaron con cesárea.

Algunos de los discursos médicos expresados a través de las informantes:

Que se inducía el parto, había que terminar el embarazo porque era muy peligroso para mí y para la guagua y el doctor dijo que no tenía sentido mantener un embarazo que ya está terminado, son más los riesgos en este momento. – Cecilia

Sí, pero también me dijeron que si la segunda es inducida, tendría que tener cesárea.²⁴ – Jennifer

Desde las ocho de la mañana hasta las tres de la tarde, el doctor vio que Tomy no bajaba, había dilatado bien pero Tomy no bajaba, entonces con la anestesia bajaban las contracciones y el doctor dijo que podíamos estar hasta las ocho de la noche y no va a bajar y la presión me estaba aumentando mucho lo cual empezaba a provocar (...). – Cecilia

De hecho, el parto iba a ser abierto para que entraran los que quisieran, finalmente fue cesárea porque cumplí las 40 semanas, nunca tuve una contracción, jamás... no sé lo que es eso. La Camila ya pesaba 4 kilos y estaba atravesada en la barriga, nunca bajó. Estaba cómoda la fresca, así es que en el control de las 40 semanas, un viernes, (el doctor) me dice, Ale... la sacamos mañana, está regrande y ni un indicio de que quiera nacer por ahora. – Alejandra

Yes, that it was all a very nice philosophy but it wasn't you know, very practical. I just wanted to have like a natural birth. I wanted to be in control.

²⁴ Yeah, but they also told me that if the second is induced then I'd have to have a Cesarean.

En todos estos casos, son las máquinas, los controles externos que indican que hay que tomar acción, y no el propio ritmo fisiológico de la mujer. Es interesante que las propias palabras de las mujeres reflejan la contradicción: *ni un indicio de que quiera nacer por ahora, no tiene sentido mantener un embarazo que ya está terminado*. Es decir el cuerpo de la mujer y el del bebé por nacer no estaban listos fisiológicamente, no se encajaron dentro de los parámetros de lo que se consideraba *normal*, y por ende había que tomar acción decisiva para corregir esas *anomalías* o *patologías*, la consecuencia en casi todos los casos era más intervención para corregir la intervención inicial.

3.1.4 Medios informáticos y charlas de preparación

(La mujer) va a encontrar esos talleres, se va a meter y todo. Cachai, la mujer que tiene como una duda y que se quiere preparar más para el nacimiento. Pero la mayoría no busca eso. O sea, ahora yo te lo puedo decir con más fundamento, porque juntar los grupos que hemos juntado no es fácil, porque las mujeres no tienen de partida la prioridad de gastar plata en eso. No consideran que sea importante porque creen que todo se lo va a aportar el médico. - Chloé

Todas las mujeres entrevistadas recurrieron a otras fuentes de información, en mayor o menor grado, además de sus círculos íntimos y sus equipos médicos. Estas fuentes principalmente consistían en medios de comunicación electrónicas, como páginas web especializadas en el tema o boletines electrónicos, libros y revistas impresas, grupos de apoyo sobre temas específicos, ejercicios y charlas especializadas de preparación para el parto, solas o en pareja. Todas expresaron la necesidad de completar sus saberes e informarse más; no sentían que sus equipos médicos aportaban toda la información que ellas sentían que necesitaban y de hecho, a veces estas fuentes adicionales las dejaron cuestionando los saberes de sus doctores. Por lo general, las informantes llegaron a estas fuentes de información a través de sus círculos íntimos o por investigación propia, pero casi nunca por referencia de sus gineco-obstetras, y por lo general, sentían que era incompleta la información proporcionada por ellos, lo que contradice el discurso anterior de Chloé.

Medios digitales e impresos

En esta era digital una de las fuentes más frecuentadas para la obtención de información durante la gestación y el proceso de parto es el internet. El internet tiene el beneficio de que está disponible 24 horas al día, generalmente no implica ningún gasto adicional aparte de la conexión a internet, permite tener una perspectiva de otros países y tiene un grado de más imparcialidad

que los círculos íntimos y hasta que los doctores. Sin embargo, sigue siendo condicionada a las tendencias científicas del momento en el país donde se origina la página web y no es cien por ciento confiable por provenir de una fuente abierta; es decir, el día de hoy cualquier persona puede empezar su propia página web o blog y cargarla de la información que quiere.

Estas fuentes de información son cada día más potentes y tienen que empezar a ocupar un espacio más importante en los discursos médicos. Los médicos actualmente ignoran la frecuencia de su uso o simplemente no los consideran importantes, cuando en realidad deberían ser más proactivos en informar a sus pacientes/clientes sobre su existencia e informarse ellos mismos para poder dar un complemento a estos medios externos. Nuestras informantes son unánimes en el uso de estas fuentes para informarse y el siguiente comentario destaca la importancia de formar más vínculos entre doctor y medios de información:

Creo que yo me eduqué más que nada, como por internet y además tenía el libro “Qué esperar cuando estás esperando”. Ese libro era como mi biblia. Muchas veces yo iba al doctor, y en el libro decía que tu doctor debería estar haciendo tal cosa, y él no lo hacía entonces yo así como bueno. Así que yo sentía muchas veces que era mejor buscar la información yo y preguntarle cuando lo veía. Yo era la que buscaba información más que nada.²⁵ – Roxanne

Los sitios en internet más utilizados por nuestras informantes eran aquellos que dan información detallada del desarrollo fetal y consejos, mes a mes o semana a semana. Dos entrevistadas usaron la página Babycenter.com, una usaba 3DPregnancy.com, otra usaba un sitio Argentino, otra usaba google en general para buscar información puntual. Más de la mitad, independiente de las fuentes electrónicas, usaron como referencia el libro “Qué esperar cuando estás esperando”, en su versión en inglés o español, y otras revisaron otros libros o revistas como PadresOK.

Pero con el tema del parto... todo el mundo decía deja de leer, deja de informarte. Yo creo que también quizás por mi historia pero... así de verdad, parecía loca con el tema. Con la familia, con todos...Que leí tanto. Yo creo que lo leí todo. Había uno argentino, me parece... un argentino que más leía porque era como una plana por mes. Entonces era más fácil. De repente yo leía y quería saberme justo un mes y no quería leerme todo un texto. Me gustaba leer por mes. Estaba obsesionada con el por mes. Primero leía por semana, 12 semanas, 13 semanas... y después leía por mes. Cuando tenía 6 meses leía por mes. Para

²⁵ I think I educated myself more than anything like on the internet and I had, “What to expect when you’re expecting”. That was like my bible. A lot of times I would go to the doctor and in that book it says, in this monthly visit your doctor should be doing this and he never did, so I’m like ok. So I felt like a lot of times I would just look up information myself and when I would go see the doctor I would ask him. I was the one seeking out information more than anything.

que cuando fuera la ecografía supiera bien en qué proceso estaba y si estaba todo bien y todo. – Ana María

Es importante de nuevo acá destacar la importancia de la participación de las ginecólogas-obstetras en este proceso. Al contrario que lo que dice Chloé en la cita anterior, las mujeres se están informando solas, no está dependiendo sólo de la información impartida por el doctor. Por lo tanto tiene que haber coherencia entre los discursos médicos y los medios consultados, sea cuales sean. En esto recae la responsabilidad al doctor como proveedor de servicio; si no va a asegurarse de proporcionar toda la información que una parturienta primípara necesita, tiene una responsabilidad de informarse sobre los otros medios que ella consulta para compatibilizar ambos en la construcción de saberes y para poder dar respuestas informadas a consultas como la siguiente de una informante que se había informado bastante:

La maternidad, el aborto, los derechos sexuales, VIF, el doble rol y todas esas cosas que las mujeres van marcando en su vida, han sido foco de investigaciones y trabajos que he hecho, muy a conciencia... En la siguiente ecografía, le pedí al médico que le hiciera la Traslucencia Nucal a mi feto. El médico se emputeció... se molestó mucho. Me increpó que de donde yo había aprendido eso. – Alejandra

En este caso la informante misma es periodista que ha realizado este tipo de reportajes, pero al menos tres de las otras entrevistadas citan documentales y reportajes como otra fuente de información importante. Estos pueden llegar a tomar un mayor grado de influencia por lo significativo de las referencias visuales y por representar uno de los medios más comunes en la vida cotidiana actual. Por lo rescatado en las entrevistas, dichos medios tuvieron un impacto en la formación de saberes, que eventualmente afectaron la toma de decisiones de cada una:

Yo quería un parto normal porque habíamos visto un documental que mostraba que cuando tienes un parto normal, las hormonas que pasan son muy beneficiosas a la guagua, así que yo quería un parto normal, pero al mismo tiempo no me iba a enojar si terminara con cesárea.²⁶ – Roxanne

Hay un documental de Estados Unidos sobre los doctores – es decir, la cesárea es más fácil. Son 20 minutos, tienen control total de la situación, y se termina, y se van a la casa. Y así, terminan vendiendo más producto. Es decir, es un negocio y están ganando más plata en menos tiempo.²⁷ – Alycia

²⁶ I wanted a normal birth because we'd watched some documentary that when you have a normal birth the hormones that are passed through are very beneficial to the baby so I wanted to have a normal birth but at the same time I'm not gonna be really upset if I have a c-section.

²⁷ There's a documentary from the States about the doctors--I mean, cesarean is easier. It's 20 minutes, they have complete control of the situation, and it's done and they can go home. And they've just like, sold so much more product. I mean, it's a business and they're making more money in less time, for them.

Yo recuerdo que después vi unos videos Hindus de hecho, del apego... y la historia del parto después era mucho más linda de lo que yo había vivido. O sea, de piel con piel, que cuando de cuando nacía te la ponían encima... (en ese) video tan lindo Hindú de una señora que había tenido un hijo que se la habían... había mucha gente pero igual tuvo su momento íntimo. Como que se la pasaron... y la guagua estaba piluchita, y la mamá también. Y se llama como el video de la Rastre, [fonético] súper lindo. Y la guagua busca el pecho y toma leche. Al tiro. – Ana María

De esta manera, de ser chilena o extranjera, a través de los medios, todas las entrevistadas tenían contacto con el extranjero, con otras formas de practicar el parto, con otros modelos, donde las valorizaciones no son necesariamente las mismas que acá en Chile. Sin embargo, al momento de compatibilizar esto con la información impartida por el equipo médico, a veces se encontraron con contradicciones que se exacerbaban más después de participar en charlas de preparación para el parto.

Charlas y ejercicios de preparación de parto

Todas las entrevistadas de alguna manera participaron en alguna actividad especial que les ayudó a prepararse, fuese física o emocionalmente para el parto. Dos informantes practicaron deportes como yoga o Pilates. Tres de las entrevistadas compartieron que en algún momento durante su gestación se pusieron en contacto con la Liga de la Leche, un grupo internacional de apoyo a la lactancia que tiene sede acá en Santiago. El contacto inicial en los tres casos fue por temor e inseguridad de poder dar de mamar y el interés en aprender técnicas y aprender de las experiencias de otros; sin embargo ninguna de las tres sintió que era lo que estaba buscando:

Fui una vez. No me gustó particularmente para mí, porque pensé que iba a ser más como...bueno, al menos la vez que yo fui, era más como promover la lactancia y no ayudarte con el proceso.²⁸ – Jennifer

Y me puse en contacto con la Leche League porque por una cosa de la Chilesouses mi mamá está metida como en ese tema...Sí, fui antes que naciera y fui con la Ema como hasta los 4 meses. Y después lo encontré reiterativo, no me gustó el grupo, lo encontré como que... los mismos temas, misma cosa...y como que no había mucha interacción entre los niños, como que los niños

²⁸ And I went once. I didn't particularly like it for me, because I thought it was more of, at least that section that I went to, it was more like promoting breastfeeding instead of helping with the breastfeeding process.

estaban allí, las mamás estaban hablando, como que no había... no era lo que quería para la Ema. – Ana María

Cinco de las entrevistadas asistieron a algún tipo de charla de preparación para el parto. Todas las clínicas privadas ofrecen charlas gratuitas para las futuras parturientas que han optado por parir en su establecimiento. Roxanne y su marido asistieron las charlas semanales en la Clínica Santa María, donde tocaron temas como la nutrición durante la gestación, el parto, la lactancia. Jennifer asistió a tres charlas en la Clínica las Condes, por ser la clínica que le queda más cerca. Ambas las consideraron útiles y buenas dentro de sus fuentes de información y describieron el contenido como básicamente informativo – como mudar, cómo dar leche, etc, pero no indagaron en temas como diferentes opciones o estilos de parto.

Por otra parte hay charlas más específicas disponibles al público por un precio que efectivamente indagan en temas más divergentes del discurso médico dominante. Chloé, en conjunto con otra colega, ofrece una serie de seis charlas –por un costo total de aproximadamente Ch\$ 80,000 pesos– para parejas en preparación para el parto, con un énfasis en volver a lo natural, preparación para un parto natural en lo posible, y más bien preparación en pareja por lo que viene.²⁹ En la cita que da la apertura a este acápite, Chloé enfatiza el desafío que haya sido para ella juntar grupos, ya que las mujeres no tienen de partida la prioridad de gastar plata en eso. Sin embargo, de las seis entrevistadas, tres informantes y sus parejas participaron en las charlas ofrecidas por Chloé. En este punto es interesante hacer un vínculo con el comentario hecho anteriormente sobre el hecho de que pagando más uno puede hacer lo que quiere, que *la cuestión hippy de parto natural* está disponible para los que quieran, siempre cuando tengan los recursos para pagar el curso. La única informante que no asistió a cursos lo hizo de manera consciente:

Yo no fui a charlas ni cosas por el estilo, a las que suelen ir las mamis ABC1 que se preparan para el parto como si fuera un acontecimiento extraño, y ajeno a la naturaleza de nuestro género. – Alejandra

Con estas referencias se abre paso a una pregunta que está a la raíz de este estudio: en Chile, ¿pagando una mujer puede hacer lo que quiere en el proceso de parto? No me ha tocado hablar con mujeres que pidieron una cesárea programada sin fundamento fisiológico, así que no puedo indagar en ese debate. Sin embargo, como el sector privado ofrece un servicio por un precio, nos convierte a las usuarias en clientes, y por lo visto hasta ahora en este estudio, en los

²⁹ Aquí es importante hacer observación de mis subjetividades, ya que yo asistí a sus charlas de preparación para el parto durante mi segunda gestación. Sin embargo, los datos recolectados a las entrevistadas son totalmente independiente de mis intervenciones; no llegué a ninguna de mis entrevistadas a través de Chloé y las estadísticas que salieron en este estudio son coincidencias.

círculos íntimos, en las charlas preparativas, existe la noción de pagar por un servicio que, como dice Alejandra, no es un *acontecimiento extraño*, sino una acción natural del cuerpo femenino. Ahora, sólo para agregar más leña al debate, me queda recordar que Alejandra, quien pone tanto énfasis en lo innecesario de dichas charlas y en la necesidad de informarse de manera independiente, terminó su gestación con la decisión de su médico de hacerle una cesárea a las 40 semanas, la cual no cuestionó.

3.2 CLÍNICAS Y CONSULTORIOS: ESPACIOS Y RELATOS

La obstetricia, al haber convertido la gestación y el parto en enfermedad, hace que la mujer deba ingresar a un lugar físico que corresponde a territorio médico, donde el equipo de salud se apropia del cuerpo y establece las reglas, y donde el médico define la patología y determina el tratamiento correcto. Todas las mujeres entrevistadas optaron por entrar en este territorio médico y pasaron muchas horas en los espacios de salud y de la biomedicina, desde los talleres de preparación para el parto hasta solicitudes de cotización en las clínicas, ecotomografías, *controles* médicos y con la matrona, el parto mismo. Este acápite es un espacio para entrar en más detalle sobre sus observaciones y memorias sobre los momentos vividos en este territorio médico. Para poner en contexto sus relatos para el lector que no ha tenido la oportunidad de andar en este territorio personalmente, esta sección comienza con una observación directa de naturaleza etnográfica y autobiográfica, para después situar los relatos de las entrevistadas.

3.2.1 Observación de la clínica privada

Ya en mi tercer trimestre de gestación de mi segunda hija, pasaba mucho tiempo en los espacios de salud y de la biomedicina. A lo largo de mi gestación me atendía directamente en los servicios de salud privada en Chile y tenía que realizar varias consultas en espacios de salud. Debido a la naturaleza de mis interacciones en estos círculos, no podía grabar ni anotar en el momento en la mayoría de los casos, como por ejemplo en el parto mismo. Recolecté materiales complementarios como informes médicos, ecotomografías, cotizaciones de clínicas y otros registros escritos, como mi plan de parto, fotografías y la filmación de trabajo de parto y el parto mismo, todos los cuales me ayudaron a despertar la memoria al momento de sentar y escribir estas observaciones.

En el sector de salud privada, existe la noción que la usuaria paga por un servicio, en este caso vinculado con su propio cuerpo. Es usuaria porque es paciente pero al mismo tiempo es cliente, y como todos los clientes, tiene derecho de tomar decisiones y negociar los términos y

condiciones. La presencia de mi matrona en gran parte de las observaciones es importante, ya que pertenece al sistema biomédico aceptado y permite mi ingreso a áreas de salud cerradas a los/las que no formamos parte de este club.

Estamos navegando en aguas modernas donde el médico es la autoridad máxima y autorizada desde los siglos XVII y XVIII, cuando “los médicos pudieron comenzar a invadir el último bastión de las sanadoras: la obstetricia” (Ehrenreich y English, 1998: 20). Ahora el sistema biomédico en Chile permite a las mujeres *sanadoras* en forma de matronas, siempre cuando forman parte de un equipo obstétrico encabezado por un obstetra frecuentemente masculina. Tal como mencioné anteriormente, estamos moviéndonos en círculos de la salud privada que supone un cierto nivel de derecho de negociar términos y condiciones, como cualquier contrato, y en este relato, mi matrona es mi aliada en esta negociación y en muchos sentidos, debajo de la superficie, la mujer en figura de matrona sigue a cargo del show.

Estudio de Mercado: Se ofrece sala SAIP

Hace aproximadamente 7 años estamos afiliados a la Isapre Vida Tres y elegimos un plan que nos da buena cobertura (90% cobertura hospitalizada sin tope) en la Clínica Santa María, entre otras clínicas. Con esto que iba a ser mi segundo parto, el plan era atenderme en esa clínica. Además de la Isapre, mi nuevo equipo médico forma parte del staff en esta clínica. Sin embargo, cuando se nos acercó la fecha, supimos por otras personas (otras gestantes, mi matrona) que la Clínica Santa María estaba *completa, colapsada, con lista de espera*. Recordemos aquí que estamos hablando de una clínica y no un hotel o un restaurant.

A consecuencia de mi decisión de optar por un parto *natural*, dentro de una estructura biomédica, yo favorecía las clínicas que ofrecían salas SAIP (servicio de atención integral del parto). Traducción: tres en uno, es decir, la parturienta no tiene que trasladarse de la sala parto al pabellón a la sala posparto. Todo el proceso toma lugar en una sola sala, una suerte de *all inclusive* hospitalario. En las clínicas que ofrecen ese tipo de sala, se ofrecen sólo en el caso de los denominados partos *normales* (léase vaginales) y no cesáreas, y no se pueden reservar, es por orden de llegada.

Las únicas clínicas que ofrecen estas salas en Chile actualmente incluyen a la Clínica Santa María, Clínica Alemana, Clínica Las Condes y Clínica La Católica (de San Carlos de Apoquindo). La primera estaba colapsada y las otras muy caras con poca cobertura con mi plan (aproximadamente el doble de lo que sale en la Clínica Santa María). ¿Qué hacer? Ahh, negociar. Aunque supuestamente colapsada, partí mi recorrido en la Clínica Santa María.

Opción 1: Clínica Santa María

Fecha: miércoles, 23 de agosto de 2006

Hora: 14:38 (según bono Vida Tres)

Propósito de visita: *Control* regular de embarazo, obtención de cotización y visita/observación de clínica

Estado: 31 semanas de gestación

La Clínica Santa María está ubicada en la calle del mismo nombre en pleno centro de Santiago. Aprovecho una hora *control* con mi gineco-obstetra que atiende allí para ir a conocer la clínica, junto con mi hija Josefina y mi esposo Sebastián para hacerlos todos partícipes en este proceso. Estaciono en el subterráneo con mucha dificultad, bajo con mi hija y busco el ascensor. Cuando me bajo del ascensor con mi hija, seguimos los letreros por un pasillo a la recepción. Hay un mesón atendido por 4 personas y un pasillo que se dirige a otra parte de la clínica, además de un baño. Saco un número, de esos mismos que hay en el supermercado para comprar carne (de nuevo el concepto de fábrica). Cuando me llaman, anuncio mi llegada y con qué doctor me voy a atender, y la recepcionista me encuentra en su lista del día. Me solicita poner mi índice derecho en el lector de índices para emitir boleta. Como la Clínica Santa María tiene convenio con Vida Tres, tiene a todos los afiliados ingresados en un sistema electrónico que nos identifica con la huella digital para la emisión de boletas, para evitar falsificación de identidad, me imagino, pero también para manejar grandes números de personas en un sistema despersonalizado:

A las mujeres se les quita su identidad: deben sacarse su ropa, ponerse una camisa que pasa a ser uniforme, su nombre se reemplaza por números, fichas de atención, e indicadores médicos. Es un proceso de homogeneización, donde se asume que las mujeres parturientas son similares por estar en la misma condición, sin considerar diferencias identitarias individuales ni socioculturales. (Sadler en Montecino, et al, 2003: 71)

Este tema se repite a lo largo de observaciones realizadas: números, digitalización de datos; la clínica se asemeja a una fábrica de producción y las transacciones de ingreso son como las de cualquier negocio.

Ya ingresada en el sistema electrónico, me avisan que me van a llamar. Dos minutos después escucho a mi obstetra por parlante; me llama por mi nombre e indica a que sala de consulta debiera acudir. Voy con Josefina y Sebastián a la sala indicada al final del pasillo. Tocamos la puerta y el médico nos hace pasar. Saludamos y a continuación hacemos el *control del embarazo*. Es corto, ya que tengo sólo 7 meses de gestación y está todo normal. Me hace unas preguntas y me examina externamente.

Nos despedimos y nos dirigimos al primer piso, al servicio de clientes. Hay 4 módulos cerca de la entrada, dos de los cuales están habilitados para atender y las dos personas detrás de

los módulos son mujeres. Una de las dos mujeres está desocupada y nos invita a tomar asiento. Me mira la barriga y consulta si vengo a pedir presupuesto de parto. Cuando mi respuesta es afirmativa, ella imprime una hoja estándar, encabezada “Paquete de Maternidad a Precio Conocido, Condiciones Generales”, con los dos paquetes que ofrece la clínica en caso de parto normal y por cesárea, y con otras indicaciones de la clínica. Nos explica brevemente los montos y contesta preguntas. No hay que hacer nada previo al ingreso a la clínica, simplemente hay que llegar cuando comienza el trabajo de parto. No nos menciona que la clínica pasa siempre llena.

Antes de irnos de la clínica, nos dirigimos al piso de maternidad. Hay una pequeña recepción con algunas sillas y un mesón donde hay un par de mujeres en uniformes. Al llegar, aparte de confirmar que está todo lleno, nos indican que no se permite el ingreso a las salas, pero que se puede hacer un tour virtual a través de su sitio Web y de unos computadores que tienen en el primer piso. Nos indican que hay dos salas SAIP y que no se pueden reservar. Nos vamos de la clínica.

Opción 2: Clínica Alemana

Fecha: miércoles, 20 de septiembre de 2006

Hora: 10:00

Propósito de visita: *Control* con matrona, negociación/obtención de cotización y visita/observación de clínica

Estado: 35 semanas de gestación

Después de la experiencia anterior con mi primer parto, donde la Clínica Alemana me ofrecía costo cero, decidí empezar las negociaciones ahí. Aprovechando una cita con mi matrona en la Clínica Alemana, pasé primero a servicio a clientes para el contacto inicial. En esa instancia tenía 8 meses de gestación.

Se estaban remodelando el estacionamiento subterráneo, entre otras cosas. Me estaciono, subo a las escaleras mecánicas, y me dirijo a servicio a clientes. Me siento en un modulo atendido por una mujer. Le explico mi caso directamente: tuve a mi primera hija en esa clínica y me gustaría tener a mi segunda ahí también pero que mi plan no me cubre mucho. Quiero saber si se puede negociar. Me pide algunos papeles de mi Isapre, saca fotocopias, llena una ficha de paciente, me dice que van a estudiar mi caso y me llamarán en una semana más. Por mientras, me pasa una cotización tipo, encabezado “Presupuesto de Hospitalización Maternidad Aproximado”. El detalle es parecido al de la Clínica Santa María, sólo que los montos son dobles. Le doy las gracias, me levanto y parto el largo camino al otro lado de la clínica, al piso de maternidad. Llamo a mi matrona al celular para avisar que llegué.

Saliendo del ascensor, hay una recepción amplia con muebles azules y mesas de centro llenas de folletos ofreciendo servicios de la Clínica: Nacer Seguro, Vivir Seguro, clases de gimnasia para embarazadas y pos-parto, talleres ofrecidos por la clínica. Justo al final de la recepción y antes de cruzar el umbral al sector de habitaciones, hay un puesto donde se venden café, galletas, sándwich, atendido por una mujer de edad relativamente joven. Al otro lado del umbral, hay una dispensadora de bebidas y una máquina para cargar celulares.

Espero aproximadamente 20 minutos para que llegue mi matrona, Chloé. En estos minutos observo la recepción, con la mayoría de mi energía puesta en el propósito de mi visita, la personita viviendo dentro de mí y su eminente llegada al mundo. Veo pasar muchas empleadas de la Clínica; y lo digo en femenino porque casi todo el personal de la Clínica que veo es del sexo femenino. Usan diferentes uniformes para distinguir entre las enfermeras, las matronas, las de la sala cuna, de la cocina, del aseo, etc.

Mi matrona aparece, conversando con otra gestante. Me saluda y me la presenta. Es la esposa de mi gineco-obstetra, también a punto de parir; su cuarto hijo varón. Mi matrona no usa uniforme de la clínica ya que ella no forma parte del personal de la Clínica, pero tiene una facilidad de entrar y salir por donde quiera. Nos despedimos de la esposa de mi gineco-obstetra y acompaño a Chloé en busca de una sala desocupada. Encuentra una sala de examinación, donde me hace pasar. Me pide acostarme en la cama para examinarme. Tiene una voz reconfortante, tranquila. Me pregunta si tengo todo listo, si estoy tranquila yo, si tengo música para poner durante el trabajo de parto, me pregunta cómo me siento. Me examina por fuera (encima de la barriga – posición del feto) y me indica que todo va bien. Hablamos un poco de las clínicas, le indico que todavía no tenemos nada definido, que estamos esperando la respuesta de la clínica. Me indica que la Clínica Alemana siempre baja sus precios y que esperáramos.

Opción 3: Clínica Las Condes

Fecha: viernes 29 de septiembre de 2006

Propósito de visita: *Control* de rutina con matrona y test de estreptococos B

Estado: 36 semanas de gestación

La llegada a la clínica es difícil. Hay letreros anunciando la clínica pero no está claro donde hay que entrar. Me paso y tengo que devolverme. Finalmente, encuentro el estacionamiento subterráneo y a pesar de la presencia de un guardia que no hace nada sino obstaculizarme el camino, no queda claro el sentido correcto y doblo contra el tránsito. Después de dar muchas vueltas, encuentro estacionamiento y sigo los letreros a los ascensores. Subo al cuarto piso, ya que según mis indicaciones, el ala de maternidad está en el cuarto piso donde me voy a reunir con mi matrona. Sin embargo, me bajo del ascensor y me encuentro en

gastroenterología. Al consultar con una señora detrás del mesón, me indica con un tono de aburrida que la maternidad está en el *otro* cuarto piso. Es decir, tengo que volver al subterráneo y entrar por otro lado a la entrada principal de la clínica, cruzar el primero piso hasta encontrar otro ascensor y subir al cuarto piso que corresponde a maternidad.

En la entrada principal encuentro un mesón de informaciones. Consulto de nuevo por el sector de maternidad. Me mandan por una serie de pasillos hasta encontrar un ascensor que espero me llevará a maternidad. Una empleada del aseo de la clínica justo está subiendo el ascensor; me ve y mantiene la puerta abierta para que llegue. Subo a maternidad, esta vez acierto. Me bajo del ascensor. Hay un mesón con una mujer en uniforme de oficina. Hay una recepción amplia donde unas dos o tres personas están sentadas. Tengo hora de *control* con Chloé. La llamo por celular para anunciar mi llegada. Sale afuera para recibirme. Vamos a una sala de examinación detrás del mesón. Nos sentamos a conversar. Me pregunta cómo me siento, si tengo alguna pregunta o duda específica. Me examina por fuera y me da recomendaciones para los dolores de espalda que estoy sufriendo a consecuencia de la gestación.

Le recuerdo que me tiene que tomar una muestra para el test de estreptococos B. Me manda al baño dentro de la sala a ponerme bata. No es rutina que ella haga ese tipo de examen allá, me está haciendo un favor, ya que prefiero hacer el examen con ella que con un desconocido; ella tiene que pedir que le traigan los materiales para la prueba. Me toma la muestra y me avisa que yo tengo que llevarla personalmente al laboratorio para su posterior análisis. De nuevo me meto en el laberinto que es la clínica y por fin encuentro el laboratorio. Paso por la puerta principal, sigo un letrero que dice recepción de muestras. Allí una mujer me informa que tengo que ir al otro lado a sacar un número y ser atendida en un módulo. Sigo sus instrucciones, una voz de mujer llama a mi número, me siento en un módulo atendido por una mujer ni joven ni vieja, pero bastante seria y un poco pesada. Le entrego la muestra y comienza a digitar rápido en su computador. Me pide el RUT, el orden médico, etc. Le indico que el médico tratante no es de la clínica. Me da el monto que tengo que pagar, que es bastante elevado; mi Isapre cubre poco. Ya estoy allá y la muestra no va a durar mucho así que acepto y pago. Me empieza a decir algo pero se arrepiente y llama a alguien para llevar la muestra.

Se da por finalizada la transacción. Le pregunto donde y cuando puedo buscar los resultados. Me mira con cara de cansancio y me dice, “Por eso pedimos que las muestras las llevan directamente ustedes,” que, de hecho, es algo que nunca me había dicho. De hecho, en toda la transacción hubo una falta de comunicaciones. Ella me manda al sector de recepción de muestras, de donde mismo venía al principio. La niña detrás del mesón está hablando por teléfono. Cuando finalmente se desocupa la niña, bastante joven de edad, le explico que acabo de entregar un examen y necesito saber donde y cuando busco los resultados. Me dice que no hay problema, se le entrega directamente al médico tratante. Le explico que no es de la clínica y me

dice que él puede llamar lunes en la tarde para obtener los resultados. Me pide unos papeles, busca algo en el computador y me hace esperar mientras se imprime otro papel. Mientras espero, me dice algo que no entiendo. Le pido que lo repita. Me dice “¿Va a mejorar luego?” y me mira la barriga, entiendo que me está preguntando si voy a parir luego. Ese dicho he escuchado antes pero no de la boca del personal de una clínica. Me sorprende pero le contesto que me falta un mes todavía.

Yo le pregunto si me puede entregar los resultados a mí, me responde que sí. Le pregunto si me lo pueden mandar por fax, me dice que no, que sólo en persona, pero que el médico tratante puede pedirlos por fax, con el número de orden que aparece en la boleta. No entiendo, pero con una gestación tan avanzada, ya no doy más de estar parada allí, agarro mis papeles y me voy. Las clínicas son claramente un negocio y como cualquier negocio grande, uno se puede perder, pero de todas las clínicas vistas hasta ahora, la Clínica las Condes es la más impersonal y donde más perdida estuve. Y es la más cara. Queda eliminada la opción 3.

Opción 4: Clínica Católica

Fecha: lunes 23 de octubre de 2006

Propósito de llamada: presupuesto maternidad

Estado: 40 semanas de gestación

Sólo supe de la existencia de esta clínica, la última y la más nueva que ofrece salas SAIP, el día que cumplí 40 semanas de gestación, por lo tanto las negociaciones fueron realizadas por teléfono y email. Después de varios intentos de comunicarme con servicio a clientes, me contesta un hombre, le explico que estoy a punto de parir y que quiero una cotización. Me pide algunos datos, me pide mi dirección de email y me manda la cotización por email. Le vuelvo a llamar y le pregunto si el *paquete* ofrecido es negociable. Me responde. “Todo es negociable” y empezamos a negociar vía email y teléfono, pero es poca fructuosa la negociación porque estoy a punto de parir y no me responden y tengo que tomar decisiones.

El paquete de parto

Fecha: 24 a 28 de octubre de 2006

Propósito de visita: Parir

Estado: 40 semanas de gestación y primeros días de vida de Isidora

Tengo fecha para el 23 de octubre; es decir el 23 de octubre cumplí 40 semanas de gestación. Sin embargo, no pasa nada. Tengo contracciones más o menos regulares según yo, pero no duelen y no se intensifican con el tiempo; deben ser las que se denominan *braxton hicks*.

El 24 de octubre en la mañana llamo a mi matrona para preguntar si me quiere ver o si me hago una ecografía. Me dice que igual tiene que ir a la Clínica Alemana con su hijo que tiene su pierna enyesada, así que quedamos en juntarnos allá a las 2 de la tarde. Llegamos con mi esposo al piso de maternidad y llamo por celular a mi matrona para avisar que llegué.

Mi matrona aparece y la acompañamos en busca de una sala desocupada. Encuentra una sala, donde nos hace pasar. Me pasa una bata y me manda al baño dentro de la sala, para sacar mis pantalones y ponerme bata encima de mi polera. Me pide acostarme en la cama para examinarme. Como siempre, tiene una voz reconfortante, tranquila. Me examina por fuera (encima de la barriga – posición del feto) y por dentro (de la vagina – insertando sus dedos con guantes) para ver la dilatación. Conclusión: Isidora no viene hoy, tengo sólo un centímetro de dilatación. Nos manda a la casa con algunas indicaciones y dice que podría nacer el próximo día o en una semana más.

Todavía no tenemos definido donde voy a parir. Antes de irnos, seguimos las negociaciones con la Clínica para el descuento en el paquete *todo-incluido*. Ya estamos con 35% descuento sobre la tarifa normal, pero falta bajarlo más. Chloé hace gestiones directamente con la matrona de turno para ver si podemos obtener una respuesta inmediata, pero la persona responsable de servicio a clientes dice que hay que reevaluar el caso. Yo estoy a punto de parir, sin embargo hay que reevaluar el caso. Chloé expresa que está muy avergonzada por el hecho de que tiene que derivar sus pacientes/clientes de la Clínica Santa María por falta de espacio.

Esa noche, empecé con fuertes contracciones y partió todo el show el día después. Llamo a mi matrona a las 9 de la mañana, tratando de esperar una hora decente para llamarla, aunque la naturaleza de su trabajo es que no tiene horario. Nos reunimos de nuevo en la Clínica Alemana a las 10 de la mañana. Todavía no tenemos definido donde voy a parir –estamos todavía en negociaciones con la clínica– así que, con Sebastián, aprovechamos el viaje para comunicarnos nuevamente con la responsable de servicio a clientes, pero todavía no hay respuesta.

Ahora las contracciones son de verdad. Las siento fuertes mientras espero a Chloé en recepción. Se repite la escena del día anterior: nos viene a buscar Chloé, nos deja esperando en el pasillo mientras termina con otra paciente, que de hecho es la esposa de mi obstetra y que acaba de parir. Finalmente ingresamos en una sala y me examina igual que el día anterior, aunque esta vez tengo casi tres centímetros de dilatación en vez de uno como el día anterior. Ahora los que tienen el saber, el poder, las voces autorizadas, me permiten el ingreso a la clínica. Pero, ¿cuál clínica? Estamos todavía esperando respuesta definitiva de la clínica. A todo eso, la Clínica Alemana también está bastante llena. Chloé me pregunta cómo me siento y digo que súper bien. Mientras esperamos la respuesta definitiva de la clínica, me sugiere que vaya a buscar la pelota de parto que tiene en el jardín infantil de su mamá donde hace los talleres de preparación para el parto y que pasemos al supermercado a comprar unas botellas de Gatorade,

ya que mi parto va a ser sin anestesia y sin suero, por lo tanto puedo (y debo) tomar líquidos que además me dan energía para el trabajo de parto.

Después de hacer trámites y hablar por teléfono con unas personas que no pueden creer que esté haciendo trámites con 3 centímetros de dilatación y contracciones cada cinco minutos, recibimos una llamada de la matrona. No ha sabido nada todavía en cuanto a la rebaja solicitada, pero nos tiene reservada una habitación y la última sala SAIP disponible (casi me equivoco aquí en el computador y escribo sauna en vez de sala. ¿Será porque esta clínica da toda la impresión de ser un hotel?), ¿Qué vamos a hacer? Decidimos volver a la Clínica Alemana e ingresarnos definitivamente, sea cual sea el costo, porque si no tomamos una decisión voy a terminar con un parto en el supermercado. O así creo. La verdad es que Isidora tomará su tiempo en salir al mundo.

Pero nada más de digresiones. Volvemos a la clínica con una pelota enorme en las manos, además de mi maleta y una bolsa del supermercado. Son alrededor de las 11 de la mañana. Vamos a nuestra sala SAIP, donde no hay nadie. Es un espacio relativamente grande; al entrar por el costado izquierdo hay un lavamanos y al costado derecho hay una mesita para examinar el recién nacido, además de una cunita para transportarla a la habitación. Pasado eso hay un computador portátil prendido y abierto a la página Web de la Clínica. Hay muebles con aparatos y suministros hospitalarios desconocidos por mí. Al otro lado de la habitación hay una cama reclinable y un monitor fetal a un lado. Hay un aparato para poner vía venosa al otro lado de la cama. Aunque mi intención es evitar intervenciones innecesarias, acepto felizmente las necesarias por el bienestar de mi hija, y esto incluye el uso de antibióticos intravenosos para evitar el traspaso del estreptococos B a ella, por lo tanto sé que tendré que usar este aparato.

Finalmente hay un baño privado con ducha, pero la ducha está llena de bidones grandes y por lo tanto está inaccesible. Mi esposo y yo nos ponemos cómodos, ya que nos espera un día largo. El respectivo personal de la clínica empieza a entrar, primero para llenar formularios de ingreso, para revisar máquinas y suministros, para tomar mi presión sanguínea y otros exámenes básicos. Llega mi matrona, coordina con el gineco-obstetra y el pediatra y les dice que desocupen su agenda para la tarde. Mi matrona ahora usa delantal. Me examina, pero lo justo y necesario. Me informa cuantos centímetros de dilatación tengo, me ayuda a preparar la sala, poner música, prender aromaterapia.

Mi esposo está conmigo en todo el proceso, aparte del apoyo directo, también contesta llamadas de todo el mundo que sigue llamando para pedir noticias. Pasamos el resto del día en la sala, con contracciones cada vez más fuertes. Yo no me muevo más hasta después del parto. Entra gente, sale gente, todas uniformadas y todas mujeres, con la excepción del obstetra y el pediatra, quienes llegan en la tarde. No estoy muy consciente de las funciones del personal de la clínica que entra y sale, seguramente me las presentaron, pero no tengo mucha memoria de ellas.

Yo opté por un parto natural sin anestesia en una clínica privada sin saber de la polémica que eso produce. A ratos mi matrona sale para afuera; tiene conversaciones con el personal de la clínica, con otros médicos y obstetras, varios de los cuales entran en el discurso con la matrona sobre el tema (esto fue relatado a mí después por la matrona y mi esposo). Al ser un parto natural, cuando las contracciones son fuertes al final, emito gritos fuertes - por ahí entra la polémica; la clínica está preocupada por no asustar a otras pacientes/clientes.

A modo de corolario, mi matrona se encuentra en el pasillo con el anestesista de planta de la clínica, con quien ha tenido contacto anteriormente. Desde adentro de la sala SAIP se escuchan risas. Cuando le consulto, me dice la matrona que el anestesista le dice, riéndose, que gracias a ella (que atiende muchos partos sin anestesia), él va a estar sin pega muy luego. Dentro del personal que entra a la sala, más que una me pregunta por qué no quiero anestesia, si el parto no tiene que doler.

El obstetra y el pediatra llegan bastante temprano y no tienen nada que hacer. Aunque el obstetra participa un poco con la matrona, realmente ninguno de los dos tiene nada que hacer hasta que estoy sentada pariendo. Hay momentos incómodos cuando no saben qué hacer ni donde estar para no obstaculizar. Finalmente tienen un uso, un propósito, después de casi 12 horas de trabajo de parto, finalmente estoy lista. Estoy sentada con todos a mí alrededor y con tres pujos finales sale la Isidora al mundo con un fuerte grito. Sebastián tiene todo filmado. Me la entregan inmediatamente y no me separo de ella durante casi dos horas. La examinan encima de mí. Finalmente, me la tienen que quitar para pesarla, medirla, y vestirla. Todo salió bien, y en esas últimas horas en la sala, me pasan a ver mi mamá, mi hija mayor, otros familiares y amigos. Tenemos que echarlos porque estamos agotados.

Finalmente estamos listos para ir a la habitación, que consiste en una cama reclinable para mí, un sofá cama para Sebastián y una cunita para la Isidora, además de un baño privado. El personal de la clínica pasa a presentarse, a examinarme a mí y a la Isidora. Estamos con mucha hambre, pero se nos complicó la llegada de la comida; tenemos que pedirla como cuatro veces a diferentes personas para que finalmente llegue. Quiero ir al baño pero no me dejan levantarme. Digo que tuve un parto sin anestesia y me puedo parar pero me dicen que por política de la clínica no puedo.

Las enfermeras de la sala cuna tratan de convencerme que las deje llevar la Isidora para que yo pueda descansar. Les digo que no, que se queda conmigo. No se convencen: “Para que usted descanse.” Les digo que voy a descansar menos si mi hija no está conmigo. Esta escena se repite durante los próximos tres días: visitas, exámenes, me revisan las pechugas, me *hacen aseó*, me toman el pedido para las comidas. A la Isidora le toman la temperatura, la mudan, le hacen exámenes, la pesan, etc.

Por reglamento de la clínica, las enfermeras tienen que llevar a la Isidora a la sala cuna para algunos exámenes. Una vez la llevan en la noche, alrededor de las 9:30, pasa una hora y no

la traen de vuelta. Todo el personal ya sabe que ella se queda conmigo, pero no llega, pasa el tiempo y no llega. Llamo por teléfono para pedir que la traigan de vuelta. Cuando llegan, la enfermera me dice “Es que se quedó dormida”. Considerando que duerme casi todo el día, nunca entiendo porque eso es motivo para no traerla de vuelta.

La tecnocracia y negociación

Sé que mi experiencia es poco común, aún en las clínicas privadas. No sólo tuve que negociar el precio, lo cual es bastante común en el sector privado ahora, sino también negocié las condiciones de mi parto. Busqué activamente un equipo médico que me *permitía* hacerlo (porque en el sistema biomédico son ellos los autorizados), lo cual no es muy común, y les presenté un plan de parto, que sirve como un anexo al paquete de maternidad, y así fui capaz de tomar decisiones previamente negociadas.

Es notable, en estas observaciones, la cantidad de veces que aparecen computadores, dispositivos digitales, fichas para ser atendidas, registros electrónicos, llamadas por celular. La única figura humana incuantificable en todo el proceso es la matrona, sin la cual las cosas no hubieran ocurrido como tal. Sin embargo, todo el proceso recuerda del libro *El Mundo Feliz* de Aldous Huxley, que describe un mundo futuro, que parece que ya llegó, en que los bebés se producen en serie y *todo es negociable*. Insisto que dentro de la gran fábrica de paquetes de maternidad, entre medio de los computadores y procesadores de datos y pruebas cuantificables en números, logré recuperar, al menos a un nivel personal y gracias a la figura de la mujer curandera en forma de la matrona, la visión humana y personalísima del proceso reproductivo, para repetir las palabras de René Castro.

3.2.2 Consultas y *control*

En este acápite nuevamente recurrimos al mismo lenguaje que las voces autorizadas para enfatizar la importancia de las palabras utilizadas para comunicar una idea. En Chile se usa la palabra *control* para referirse a un chequeo regular con un médico de cualquier naturaleza; de esta manera, el médico tratante *controla* su paciente/usuario/cliente, específicamente controlando los riesgos asociados con una patología. ¿De qué manera *controla* una mujer durante su gestación? Evoca imágenes también de una línea de producción y el *control de calidad*. Vamos a indagar en la información rescatada de nuestras informantes, pero primero es importante comentar que, de todos los controles externos que provienen de las voces autorizadas, esta es un área donde las usuarias sí tienen mayor grado de poder optar, de optar por un equipo médico que le acomode, siempre cuando lo que ella busque exista dentro de las alternativas médicos presentes en el momento. Como ya hemos visto, algunas gestantes hicieron más recorridos que otras, pero lo interesante era que los motivos de por qué elegir un médico u otro no tienen que ver solamente con un enganche con su discurso y *estilo*; tienen que ver también con conceptos prácticos, como ubicación, costo, referencia.

La estructura en Chile es tal de que normalmente un doctor trabaja en conjunto con una matrona en el parto mismo; de hecho en las clínicas privadas, por ley es requisito que estén los dos, aunque es posible que al doctor no le toque hacer nada en los partos sin anestesia, ya que en este escenario la mujer es protagonista de su propio parto; por otro lado es posible que a la matrona no le toque hacer casi nada en el caso de la cesárea. Aunque este acápite tiene más que ver con las consultas durante la gestación, es importante aclarar este punto ya que es relevante al examinar las prácticas de los *controles*. Generalmente el doctor tiene su equipo y prefiere trabajar con la misma matrona, el mismo anestesista, etc. En cuanto al neonatólogo hay más flexibilidad. Generalmente trabaja con una segunda matrona, considerando que la primera no está siempre disponible, y si una mujer insiste, es posible que trabaje con una matrona independiente.

Durante la gestación, lo *normal* en Chile, y lo vivido por nuestras informantes, es que una mujer va a *controlarse* con su gineco-obstetra una vez al mes y en el último mes de gestación conoce a la matrona, quien se convierte en su punto de contacto principal para la preparación física y emocional del parto y es su partner principal en el parto mismo. Además juega un rol de asistente/secretaria, ya que ella coordina con el resto del equipo los tiempos durante el trabajo de parto. De esta manera la matrona es especialista en fisiología y el gineco-obstetra es especialista en patologías. Si no hay patología que tratar, el gineco-obstetra no tiene

nada que hacer, aparte de esperar la necesidad de controlar algo. Por eso, se ve en la práctica una aceleración de los tiempos naturales y fisiológicos, básicamente para darle al obstetra algo que hacer y justificar su presencia.

Ubicación y entorno

La mayoría de los médicos gineco-obstetras atienden en al menos dos lugares: alguna consulta privada, un centro médico más grande, como Integramédica, mencionada por 4 de nuestras informantes, y a veces la misma clínica donde generalmente atienden los partos. Las usuarias pueden *controlarse* en el lugar que le queda más cómoda:

Él tiene dos consultas: en la Escuela Militar y en Integramédica Barcelona, entonces dependiendo cual me queda más cómoda voy a una u otra... Generalmente al doctor lo iba a ver una vez al mes y después cada dos semanas me estaba controlando y una vez con la matrona y otra con el doctor... – Cecilia

Y finalmente fuimos a Santa María porque encontré un doctor allá que hablaba inglés y español y me quedé con él.³⁰ – Roxanne

Bueno, mi cuñado tiene otro amigo que es médico en Clínica San Carlos de Apoquindo. Así que partí para allá, era muy estéril, oficina muy limpia, él era muy joven.³¹ – Alycia

Como se ve, los motivos por elegir un lugar u otro varían y lo que puede ser un atributo positivo para una mujer –por ejemplo, la calidad de nuevo, joven, clínicamente estéril mencionada por Alycia– se torna es un atributo no deseado por otra, como fue el caso de Alycia, que buscaba algo más acogedor. Generalmente estos encuentros son abiertos a otros familiares y de nuestras informantes, nadie se topó con un médico que no permitía eso:

Mi pareja siempre estaba presente. Invité a mi madre varias veces, a amigas y a mi padre lo llevé en sillas de ruedas aún convaleciente, a ver una ecografía de su nieta. – Alejandra

Los *controles* de la matrona generalmente están en otra parte. Ella tiene su propia oficina en otra clínica o consulta y cobra aparte. Las informantes indican que estas sesiones generalmente son mucho más largas que las del gineco-obstetra:

³⁰ And then finally Santa Maria we went there because I found out there was a doctor there who spoke English and Spanish and I just stuck with him for the rest of my pregnancy.

³¹ So my brother in law, was like, I have this other friend who is a doctor and he works in Clínica San Carlos. So I went up there and you know, he was like very clinical, very clean office, no papers, new office, very young, you know.

No, ella atiende en la Sara Moncada en Providencia y con la matrona son una hora y media, dos horas. – Cecilia

Es notable que en los recorridos en busca del doctor (en el caso de nuestras entrevistadas, en cada casa el doctor es del sexo masculino), generalmente la prioridad está puesta justamente en este punto, en el doctor y no en la matrona (aunque un hombre puede ser matrón, en salud privada en Chile es poco común). Sin embargo, el rol de la matrona acá en Chile en el proceso de parto es primordial y como se mencionó anteriormente si no hay complicaciones de naturaleza fisiológica, ella lleva la mayoría del trabajo. Llama la atención, entonces, que las gestantes pactan principalmente con el gineco-obstetra, y la matrona viene como parte del paquete. Sólo hubo un caso –Alycia– en que la gestante buscó matrona y a través de ella, llegó al doctor. También llama la atención que generalmente la gestante conoce a la matrona sólo a la semana 36 de gestación, que, considerando, por lo anteriormente expuesto, que el doctor no da mucha información en cuanto a opciones, un mes no da mucho tiempo para explorar opciones. Este androcentrismo en los *controles* destaca la voz androcéntrica del conocimiento autoritativo.

Es importante destacar que la calidad del *control* con el mismo doctor puede variar dependiendo del lugar, ya que una consulta privada tiende a permitir más tiempo por persona y más calidad en el encuentro. Todas las informantes que mencionaron Integramédica citaron que la usa por cercanía y precio, pero la criticaron por calidad:

No, la consulta particular es mejor que Integramédica, porque ahí tiene más tiempo para atender, porque en Integramédica esta mas apurado.

K: ¿Cuánto tiempo estás en la consulta privada?

En Integramédica media hora y en la consulta 45 minutos.

K: Me imagino que en la consulta privada es más la información que te podía impartir.

Claro, está más relajado y podemos conversar más. – Cecilia

Encontré que mi pediatra en Integramédica chequeaba la altura (de mi hijo), la circunferencia de su cabeza, pero no me preguntaba cómo estaba durmiendo o como es socialmente. Era un poco, como que yo quería que viera más que su salud. Yo quería que lo viera como persona entera.³² – Roxanne

³² I found that my pediatrician at Integramédica would check his weight, his head circumference, but wouldn't really ask me about how he's sleeping or how he is socially. So it was kind of, I want him to look at just more his health. I want him to look at his whole person.

Fuimos a Integramédica al principio porque era lo más barato, y no me gustó nada, ninguna cuestión. Y yo había leído hartito, y yo soy bien particular con los médicos, yo como que necesito harta calidez y como que... no soy muy fría para los temas médicos. Hay gente que le gusta que les digan las cosas así, yo soy como bien maternal en ese sentido, como que necesito harta información, necesito preguntar mucho. Y la Integramédica era como que 20 minutos para ti, y después viene otra persona. Entonces como que me chocó. Esto es mi tema, es mi única vez, es súper importante para mí, y si tú no tienes el tiempo, entonces yo no voy a volver. – Ana María

Esa despersonalización se inicia al principio de un proceso altamente tecnologizado que prioriza la eficiencia y el control de riesgos por sobre todo. El parto y nacimiento, especialmente para una mujer primípara, es un rito de pasaje que solo se vive una vez y que algunas han asemejado simbólicamente a la pérdida de la virginidad para una mujer en cuanto a expectativas. De alguna manera la posibilidad de elegir el equipo médico durante la gestación da una sensación de poder elegir libremente, pero si todas las opciones caen dentro de un conocimiento autoritativo que prioriza el uso excesivo de la tecnología y la despersonalización del proceso, entonces la mujer realmente no es libre de elegir; se le crea una falsa sensación de opciones.

Rutina, rigor y control

Como ya hemos visto, nuestras informantes –y la mayoría de las gestantes– se informan por otros medios, diferentes a su equipo médico tratante, así que llegan a los encuentros con los equipos médicos con ciertas expectativas, especialmente en su calidad de futuras parturientas primerizas, y en algunos casos la realidad difiere de dichas expectativas:

No, y fui a la Clínica Las Condes y... no me encantó. No me encantó la Clínica Las Condes en verdad, hubiese esperado más. El doctor me cayó... bien pero tampoco tan bien. Pero dentro de todas las posibilidades es lo que más me gustó. Yo creo que el doctor también tenía el carácter de... rutina, yo creo que hay mucha gente que pasa por su oficina, muchos partos, muchos... y como mi parto fue muy normal tampoco requerí de mucha atención. – Ana María

Creo que el médico lo hizo muy general. Cada mes me pesaba, revisaba mi guata y me preguntaba si tenía algún problema específico. Pero en el libro (que leí), era mucho más específico. No hacía todo lo que decía el libro.³³ – Roxanne

³³ I think the doctor here, he did, just the general. Like every month he would take my weight, check my stomach and ask me if I had any problems. But in the book it would be a little more specific. He wouldn't do everything that the book said.

Aprendí nuevamente, que los médicos son personas que hacen en general un muy mal trabajo. Porque solo hacen su trabajo, y no se vinculan con el ser individual que tienen al frente. – Alejandra

En estos tres casos, hay un hilo común: el hecho de que para el doctor, la gestante es una más, una clienta más, cuando ella, especialmente en su calidad de primípara, está nerviosa, está ansiosa, está llena de expectativas y quiere ser cualquier cosa menos una clienta más. Hago un paralelo nuevamente a una mujer a punto de perder la virginidad; para algunas mujeres, los sentimientos previos son bien parecidos y es quizás también uno de los momentos en la vida de una mujer en que no quiere ser una más, quiere sentir que es algo que está pasando a ella y sólo a ella, y que ella es diferente. Bueno, pero quizás es materia suficiente para otro estudio aparte. Tal como puede ser el caso de perder la virginidad (nótese también el paralelo con el concepto de *perder* algo en vez de ganarlo), siempre hay excepciones, y siempre, al igual que el caso de la virginidad, hay otra gestante para la cual no es tan *tema*. En otros casos dentro del grupo de estudio se cumplía con algunas expectativas y no otras, y en otros casos más no había tantas expectativas:

Los *controles* eran muy entretenidos, fueron los de rigor, 1 vez al mes. – Alejandra

Sólo quería un parto natural. Quería estar en control. Y cuando conocí a Chloé era como todo ahhhhhh (hace un sonido como de ángeles/cielo). Y fue mi matrona. Y fui a la clase. Y fui al doctor con quién trabaja. Y el doctor ni siquiera habla, pero yo decía ok, ahora me da lo mismo, y Chloé me decía, vas a estar bien.³⁴ – Alycia

Tal como se ve en el caso de Alycia, la matrona toma un rol primordial y a veces se convierte en aliada en contra del doctor.

También se observa una tendencia de enfocarse en la gestación como *enfermedad* y reconocer *síntomas* que hay que curar, de tal manera que es más fácil para el obstetra catalogar la gestación y el parto como una enfermedad más, que tiene su periodo de tratamiento:

Me toma la presión, me pesaba y... son esas cosas y ver en el fondo los síntomas que he tenido lo que me hace mal. – Cecilia

Tal como se ha mencionado anteriormente, un tema del control de rigor siempre era el peso, siempre con una presión de parte del médico tratante de mantenerse debajo de un cierto

³⁴ I just wanted to have like a natural birth. I wanted to be in control. And when I found Chloé it was like, everything was like ahhhh (makes a sound like angels/heaven). And she was my matrona. And I went to the class. And I went to the doctor she works with. And I was like, the doctor doesn't even talk, but I was like, Ok, but I didn't even care anymore and like Chloé was like, your gonna be fine.

umbral, en vez de observar el bienestar total de la gestación y el crecimiento en relación con la persona gestante:

Un problema que siempre tenía con el doctor durante el embarazo era que siempre me decía que era gorda. Me pesaba y me decía “ooh, estás subiendo demasiado”. Y me puse un poco paranoica. Miraba mi libro, *Qué Esperar Cuando Estás Esperando*, y estaba bien. Y él me decía, “no, solo deberías subir 10 kilos o 12 máximo. Y yo pensaba, “¿es saludable tan poco?” Y al final él seguía... me puse paranoica cuando me tocaba ir a verlo, porque siempre me pesaba y me complicaba. También tenía los pies hinchados así que mucha retención de líquidos. Así que eso era un tema que tenía porque siempre me presionaba por el peso.³⁵ – Roxanne

(Mi doctor) me tiraba las penas del infierno, que estaba muy gorda, que me iba a dar diabetes gestacional, que me iban a salir estrías, várices y todo eso. Reíamos con la matrona, y cuando llegué a los 98 kilos, a los 8 meses de gestación, le dije que (el doctor) me tenía podrida con su acoso de que no engordara más. – Alejandra

Los *controles* varían en cuanto al contenido, pero por lo general, todas describen el contenido de su sesión como de rigor, lo básico, bien mecanizado, lo justo y necesario. En un caso, una informante tuvo acceso a más tecnología que otras, donde ella atribuye un valor positivo:

Tuvo máquina de ecografía en su consultorio, así que cada vez que fui, pude verla, que fue muy entretenido. Algo bueno para esperar todos los meses. Porque mis otras amigas, ellas las hacían cada 3 o 5 meses, pero no cada mes.³⁶ – Jennifer

El precio también llega a ser un factor importante en la toma de decisiones y el acceso a la tecnología:

³⁵ One thing I had a problem with my doctor is during my pregnancy he always told me I was really fat. He would check my weight and say “ooh, you’re gaining too much weight”. And it kind of got me a little bit paranoid. I was looking at my book What to Expect When You’re Expecting and I’m like, I’m doing really fine. I’m great. And he was like no you’re only supposed to gain 10 kilos or 12 tops. Which I’m like, is that even healthy? And he’s like, no. And at the end he just kept--I almost got paranoid to go see him cause he always checked my weight and I’m like oh man. I also had swollen feet so a lot of water too. So that was one issue I had cause he was always really on me about my weight.

³⁶ Well he had an ultrasound machine in his consultorio so every time I got to see her, which was kind of fun, that was fun. Something to look forward to every month. Because my other friends, they would have it every 3 months or every 5 months, but not every month

Hicimos una eco tridimensional a los 4 meses. Fue mi mamá, su pareja y otra gente a verla. Fue gracioso. De hecho, son tan caras –como 90 mil pesos– que hicimos una vaca para pagarla, de todos los que querían conocer a la Camila antes de que naciera. – Ana María

Sólo una entrevistada describía su relación con el doctor como mucho más horizontal, pero se podría decir que ella, con su formación de periodista, era más informada que el promedio de las mujeres gestantes:

Tanto así, que cuando hacía las ecografías, me desafiaba a interpretarlas yo misma. Fue muy chévere. No fue esa relación vertical de “yo soy el que sabe y tú te callas”. – Alejandra

Con la excepción de la informante que tenía maquina ecográfica en la consulta, en los otros casos, se realizaban entre 3 y 5 ecografías durante la gestación. En cuanto a llevar registros, había mucha variedad. En algunos casos, se registraba todo en el computador, en otros casos, la gestante llevaba sus registros por separado, para mantener su propio *control*, en una libretita que le proporcionaba el doctor.

Accesibilidad

En este aspecto todas las informantes están de acuerdo y es uno de los pocos aspectos en que se puede decir que todas calificaron como positiva. Los gineco-obstetras y las matronas siempre eran ubicables por teléfono, y en muchos casos les daba sus celulares directamente a las gestantes. Las extranjeras observaron este hecho como notable, ya que en Estados Unidos, el médico nunca deja su celular con sus pacientes y es bastante complicado pedir hora con poca anticipación:

Si tenía una preocupación lo llamaba y me llamaba de vuelta al tiro. Eso me gustó mucho, que podías tener el celular del doctor, era muy bueno.³⁷ – Jennifer

No tengo quejas. Siento que siempre puedo pedir hora. Puedo llamar al doctor, que sería inconcebible en Estados Unidos...Así que he tenido muy buenas experiencias acá. Encuentro que muchas veces cuando hablo con mi hermana en EEUU, ella tiene que pedir hora con mucha anticipación.³⁸ – Roxanne

³⁷ I would have a worry and he would call me back immediately. That I really liked, that you could have the doctor's cell phone, that was very nice.

³⁸ I find it pretty good. Like, I don't have any complaints. I feel like I can get an appointment right away. I can call the doctor, which is unheard of in the U.S. ... So I've had really good experiences here. I find

En este aspecto, las chilenas entrevistadas no comentaron tanto ya que pareciera que sea una práctica más común acá. Sin embargo es interesante destacar este punto, ya que esa disponibilidad 24 horas al día que tienen los médicos también puede incidir en un mayor control en el proceso de parto mismo, considerando que ya se hicieron accesibles a sus clientes/pacientes a toda hora; se podría decir que una manera de compensar sería imponer un mayor control en las horas que están físicamente en la sala de parto. Por otra parte también alude a una falsa ilusión de opciones a través de esta accesibilidad; sólo por ser accesibles, no implica que el discurso vaya a variar. Pero bueno, este punto está ahondado en más detalle en el último acápite de este subcapítulo. Antes de llegar a la sala de parto, nuestras gestantes primero tienen que negociar sus condiciones. Sí, negociar.

3.2.3 Negociando condiciones y cerrando el acuerdo

Como ya se ha identificado, dentro de este grupo de estudio, tal como es en la sociedad en general, hay mujeres que no habían planificado este acontecimiento en sus vidas, y de hecho algunas no tenían seguro de salud, ni en este país ni en otro. Aunque estas mujeres dieron la bienvenida a este cambio en sus vidas con brazos abiertos, el sistema privado de Isapres no recibió a ellas de la misma forma. Bueno, y con o sin Isapre previo, una temática develada en el transcurso de este estudio es que en el sistema de salud privada en Chile, todo es negociable. De hecho, al revisar las transcripciones de las entrevistas, se destaca el hecho de que donde más pasaron tiempo irrecuperable en sus vidas durante la gestación, era en temas de negociación.

“Embarazo” no planificado: negociando con Isapres

Todas las mujeres usuarias del sistema de salud privada en Chile han escuchado de los famosos planes de salud *con útero* y *sin útero*. De hecho, a nivel personal yo me beneficié de unos ahorros económicos durante varios al contratar un plan *sin útero* (léase: si te sale la crucecita roja en el palito del *test pack*, prepárate porque las cuentas hospitalarias te van a salir caras y la Isapre no responde); sin embargo el día que decidimos espontáneamente que sí queríamos tener hijos/as, igual tuvimos que esperar al menos tres meses para que el cambio en el plan tomara efecto. Bueno, pero para dos de nuestras entrevistadas la situación era más grave aún; no tuvieron seguro de salud, ni del sector público ni privado, ni en Chile ni en el extranjero al momento de encontrarse en situación de gestante. Así entraron en las negociaciones. En

sometimes in the States, talking to my sister, she has to make an appointment for her baby like way in advance to be able to go.

ambos casos encontraron que muchas Isapres simplemente no las aceptaban, y cuando finalmente encontraron Isapres que las aceptaban, la cobertura era parcial:

Era muy difícil porque obviamente ya estaba embarazada así que básicamente cubrían las consultas médicas... pero una vez que tuve la guagua, nos empezaron a poner problemas, diciendo: “ah, pero ya estabas embarazada cuando te firmaste con Banmédica”, así que básicamente no cubrían el parto. Creo que es parecido a EEUU, si ya estás embarazada no puedes conseguir seguro de salud. Una vez que nació la guagua tratamos de apelar, pero no pudimos así que mi marido tuvo que pagar el parto.³⁹ – Roxanne

Así es como Roxanne, lidiando ya con una gestación no planificada en un país extranjero con un sistema de salud desconocido, recibió una gran bienvenida al país en forma de la factura hospitalaria. En el caso de Alycia, finalmente logró firmar con una Isapre durante el mes 6 de gestación. A ella le fue un poco mejor con la Isapre, que cobró 1/3 de sus gastos médicos, ya que tuvo Isapre durante 1/3 de su gestación. Sin Isapre –o *particular*, como es de común uso el término en Chile– una estadía en una clínica privada en Chile por un parto normal puede variar entre aproximadamente Ch\$ 900,000 y Ch\$ 4,000,000 pesos, y mucho más si es por cesárea, además de las consultas mensuales, las ecografías, las idas a especialistas si algo sale fuera de lo normal. Pero como es todo acá en Chile, los que están en el círculo de conocimiento (lamentablemente esta información no se difunde masivamente) saben que hasta los gastos médicos se pueden negociar.

Pagué (los controles) como *particular*. Pero me dio un descuento. Hasta me cobró solo la mitad, así que como 15 lucas. Pero igual tenía que pagarlo desde mi bolsillo. Era mucha plata y sabes, yo no ganaba mucha plata, pero (mi pareja) gana, sabes, no mucho, pero más que el Chileno promedio así que estuvimos ok. Lo que más me asustaba era, ¿cómo pagar los 4 palos del parto? Tenía miedo por la hospitalización. Y especialmente, sabes, si tienes cesárea es más caro... Así que decía, chuta, ¿qué hago? Todavía no tenía Isapre y estaba tratando de conseguir visa. Así que finalmente (mi pareja) me tuvo que contratar para conseguir visa, y una vez que tenía la visa, me puso en su plan matrimonial.⁴⁰ – Alycia

³⁹ That was very difficult because course I was pregnant so they basically covered my doctors' appointments ... but then once I had the baby afterward they starting giving us some trouble saying “oh, that you were pregnant when you became a member of Banmédica” so basically they didn't cover the birth. Which I think is similar to in the States if you're pregnant you can't get into insurance. So once I had the baby we tried to fight it, but we couldn't, so my husband had to pay for the birth.

⁴⁰ I paid particular. But she gave me a discount. She even let me pay half, so I was paying like, 15 lucas. But I still had to pay all this stuff out of pocket, like ecografías are like, 30 lucas. It was a lot of money and you know, like, I wasn't making a lot of money but (my partner) makes, you know, not a lot of money but more than an average Chilean so it was not really a problem. The more, the scary thing for me was how am I going to pay 4 palos for my birth? I was just really scared about the hospitalization. And

En el caso de las chilenas, también había *movidas* que hacer. Ana María tenía Isapre, pero como ella era carga de su madre, no podía pasar la cobertura a su hija:

Sí, yo tenía Colmena. Pero la Olivia... mi hija no iba a tener porque soy carga de mi mamá más. Y yo no la podía tener como carga al menos de que tuviera un trabajo, y yo no iba a tener trabajo embarazada, sería imposible. Entonces tenía que tenerla como carga del Iván...

K: Que tampoco tenía trabajo.

Tampoco tenía trabajo, así que cuando tuvo trabajo, la inscribió al tiro, en su Isapre. – Ana María

Así es como *se las arreglan* con las Isapres y empieza un largo periodo de negociaciones. Aunque fuera del alcance de este trabajo, por lo indagado en el tema se sabe que a través de Fonasa, el sistema de salud público en Chile, también se puede pactar diferentes tipos de planes y también hacer uso de las Clínicas más prestigiosas y costosas del país, dando los indicios de una privatización del sector público:

Tienen muchos planes con Fonasa. Nosotros lo investigamos un poco. Puedes conseguir muy buenos planes, pero tienes que pagar más. Como que existe el plan básico y luego hay diferentes planes que te dan más beneficios.⁴¹ – Roxanne

Con esto en mente, entonces, ya se están borrando las líneas entre los prestadores de salud públicos y privados. Las negociaciones empiezan con las Isapres, y como veremos ahora, siguen con los equipos médicos y culminan en las clínicas.

Negociando el plan de parto

El libro, *Qué Esperar Cuando Estás Esperando*, leído por la mayoría de nuestras informantes y uno de los libros más hojeados por las gestantes primerizas, dedica una gran parte de su texto al concepto de un plan de parto. Como hemos visto anteriormente, muchas veces lo que sale en las páginas de los medios consultados difiere con los discursos médicos, y este

especially, you know, if you have a cesarean it is even more expensive...And so then I was like, crap, what am I going to do. I still didn't have Isapre and I was trying to get a visa. So then in the end (my partner) had to contratarme so that I could get a visa and once I had a visa he put me on his plan matrimonial.

⁴¹ They have a lot of different plans with Fonasa. We looked into it a little bit. You can get really good plans through them but you just have to pay more. Like there's the basic Fonasa and then there's different plans where you can get more benefits.

aspecto es uno más donde tiende a ser así el caso. Sin embargo ya que es un recurso común entre las gestantes, y no es el único que hace referencia al concepto de un plan de parto, es importante su inclusión dentro de nuestro análisis de las negociaciones. Nuevamente el lenguaje es importante acá; el concepto de un plan es comúnmente utilizado en planes de salud, planes de teléfono, etc. La idea, tal como se expresa en el libro es que cada mujer se informe sobre sus opciones, sus preferencias e intereses y que presente su plan o conversa sobre sus preferencias con su equipo médico tratante, así negociando su plan de parto. Por lo visto entre nuestras informantes, no es un concepto introducido directamente por el doctor:

Em, en general los obstetras no, no... como quieres tener a tu guagua, o sea puede ser algo muy muy “querís hacer apego o no”, quizás algo así, pero muy básico. Pero una cosa más, qué sala quieres, cómo quieres tu parto, quieres caminar o no caminar, eso no se le preguntan. – Chloé

En la medida que vayamos avanzando en el análisis, vemos que el obstetra toma un rol cada vez más indiferente y menos proactivo en el ejercicio de su profesión con las parturientas; sin embargo sigue recibiendo el cheque más grande.

Se ha introducido el tema del plan de parto en los círculos de las gestantes, pero no en los controles, sino que en las charlas, en otros medios, o a través de los círculos íntimos. Chloé, nuestra informante matrona, también imparte talleres –de ese tipo ABC1, según lo anteriormente dicho por Alejandra. Expresa que en su experiencia, no es muy común que una mujer tome un rol proactivo en ese sentido, precisamente porque no se le presenta la oportunidad de diálogo y porque está tratando de negociar y hacerse cargo de tantas cosas, que el control sobre su propio cuerpo llega a ser secundario en importancia:

Comodidad del médico, sus horarios, eh, porque el médico tiene control de la situación, po, en su opinión. Sus horarios, su tiempo. Y por otro lado, bueno, la falta de información a la mujer. Esa cosa innata que tiene la mujer se ha inhibido a tal nivel que tampoco florece la inquietud desde la... cachai. Entonces, si tu no sabís, estái en un sistema que todo funciona de esta manera, tú te subís al carro. Y sigue funcionando porque a ti te lo están vendiendo.

K: Mm ¿A la mujer?

A la mujer, claro. Bueno, así se hace. Me citan, me inducen, me sacan la guagua, mejor que yo duerma en la noche, me cachai, te meten en un sistema en que a la larga te está...pero si tú te preparai, si tienes la inquietud, te empezai a informar, a las mujeres les sale de adentro, que es lo primero que nosotros vemos en el curso que ustedes digan que les gustaría, que ven que todos quieren lo mismo. Aunque nadie te haya hablado del tema, te lo tirai como medio de adentro. Pero tiene que haber la instancia para poder trabajarlo. – Chloé

Si una gestante depende sólo de la información impartida por su médico, nunca va a llegar a desarrollar un plan detallado de parto. Es posible que la gestante no lo considere importante, pero si nunca se le ha planteado la idea claramente no lo va a considerar importante:

K: ¿Conversaste con tu doctor de antemano sobre un plan de parto o algo parecido?

Nunca me preguntó, pero siempre me daba el tiempo para escuchar, si, tomaba el tiempo. Y lo le decía que me preocupaba ser inducida y conversábamos sobre eso y me dijo, “bueno no veo porque te inducirán”.⁴² – Jennifer

Es importante tomar una pausa acá para reflejar que Jennifer fue inducida a las 41 semanas –la semana oficialmente reconocida por la OMS para intervenir en una gestación de otra manera normal es semana 42– y su inducción terminó en un parto por cesárea, porque como es sabido en los círculos médicos, una inducción antes de tiempo frecuentemente resulta en cesárea, Ella era una de tres inducciones dentro del grupo del estudio cuyos partos se convirtieron en cesárea.

K: Crees que si le hubieras pedido al doctor esperar hasta 42 semanas, ¿habría esperado?

Creo que si hubiera insistido, sí. Pero creo que me habría tratado de convencer de no esperar.⁴³ – Jennifer

En algunos casos, las gestantes recibieron información a través de las charlas sobre la importancia de expresar sus preferencias, pero sin tener toda la información tampoco es muy empoderante ese diálogo. Por ejemplo, tomamos el caso de Roxanne, que conversó sobre un par de puntos importantes para ella, pero nunca consideró el plan b, la posibilidad de que su parto pudiera ser por cesárea, y cuáles serían sus opciones bajo ese escenario.

La matrona, en la clase, nos dijeron que era importante que les avises que es lo que TU quieres, como si quieres música, o si quieres otras personas presentes.

⁴² K: Did you discuss with your doctor ahead of time a childbirth plan or anything like that? Any specific things you wanted or didn't want? What did he ask you?

S: He never asked me, but he would always give me time and listen to me, you know, he'd take the time. And I told him that I was worried about being induced and we talked about that and he was like “well but I don't see why you're gonna have to be induced”.

⁴³ K: Do you think if you had asked your doctor to wait until 42 weeks here, he would have?

I think if I had insisted yes. But I think he would have tried to talk me out of it.

Yo les decía que quería sólo mi marido y nadie más... Y el uso de fórceps. Sé que es común en Chile y estaba preocupada por eso porque una de mis primas en México, su hijo nació con defectos porque usaron fórceps. Y mi doctor usa fórceps así que me dijo que “si quieres seguir conmigo, hay una posibilidad de que vaya a usar fórceps, porque si existe la posibilidad de que la vida de la guagua corre peligro, prefiero usar fórceps que no, porque puede ser muy tarde para hacer cesárea”. Así que eso era mi preocupación. Creo que me puse nerviosa al entrar en trabajo de parto, porque estaba pensando, oh, puede usar fórceps. Así que eso era un tema que hablamos antes. Pero al final tuve cesárea así que no era necesario.⁴⁴ – Roxanne

En el esquema global, por lo expresado acá, es tanto el esfuerzo que una gestante tiene que hacer para avanzar en un área que al final entre varias parturientas, hubo una actitud de vencida, de que no valía la pena hacer el esfuerzo:

Sí, tienen todo allí. Así que dije ya, por qué me voy a arriesgar vs. ¿Qué pierdo? Podría perder mucho versus que quizás no vea la Ema tanto, qué sé yo. Como que tenía que transar un poco. Eso fue siempre mi tema, como que tenía que transar una cosa por otra. Y no tendría por qué de pasar nada, pero así fue. Fue como que tenía que transar. Tengo esta pieza pero no tengo esto, tengo esto pero no tengo lo otro, y en fin. – Ana María

Finalmente Alycia resume este concepto después de describir las experiencias de varias amigas suyas, cuando se da cuenta que muy pocas de sus amigas tuvieron partos vaginales.

Y tuve otra amiga que decía, “ah, ustedes con su fanaticismo natural”, y ella decía, “espero que sea normal”, pero tuvo cesárea. Y todas las que no eran así como ultra aplicada, *quiero tener a mi guagua como yo quiero*, terminaba con cesárea.⁴⁵ – Alycia

Negociando con las clínicas

⁴⁴ Yeah the midwife, well even in the class they told us it was important that you let them know what YOU want, like if there was music you wanted or even if there were other people that you wanted in the room. And so I made it clear that I only wanted my husband in there ... And also the use of forceps. I know that it is common here in Chile and I was kind of concerned about that cause one of my cousins in Mexico, her son was born with defects because they used forceps. And my doctor actually used forceps so he told me that “if you want to stick with me, either there’s a chance that I’ll use forceps cause if there’s a chance that the baby’s life is at risk I’d rather use the forceps than not use it at all because it might be too late to do a c-section”. So that was my big concern. I think I was nervous going into labor because I was thinking, oh he might be using forceps. So that was one thing we talked about before the baby was born. But in the end I had a c-section so he didn’t have to.

⁴⁵ And then I had another friend who was like, “oh you guys with your natural fanaticism and whatever”, and she was like, “hopefully it will be normal”, but she had a cesarean. And everybody who wasn’t like gung ho, I wanna have my baby the way I wanna have my baby, ended up having a cesarean.

En el sistema privado, la gestante también tiene que negociar clínicas. Se podría plantear, mirando desde fuera, que en realidad, la gestante tiene muchas opciones. Puede elegir entre varias Isapres, varios doctores, varias clínicas; sin embargo, si las opciones disponibles en todas son más o menos iguales, ¿realmente tiene la libertad de elegir? Se podría hacer una analogía a televisión cable, que ofrece 900 canales al usuario, pero si todos los canales ofrecen los mismos programas, ¿realmente estás dando opciones significativas al usuario?

Con esto en mente seguimos el recorrido de nuestras valientes gestantes en busca del mejor lugar para iniciar la vida de su futuro hijo:

Fui a la Indisa ... fui a la Alemana, fui a la Clínica Las Condes, fui a varias partes. Y lo que yo estaba evitando en el fondo era ir a la Clínica Las Condes porque yo no quería gastar esa cantidad de plata. Y después averiguando en realidad con la cobertura y todo no era tan terrible el contraste, con otros lugares. Y fui también a ver a la Clínica Santa María que también me tincaba, ¿que está allí en la costanera, no? Esa me tincaba bastante. Entonces dije voy a probar una ecografía acá voy a ver a un médico. Y fui a la ecografía ponte tú a los 4 meses, y también me cargó. Yo soy súper así quisquillosa y no, no hubo caso. Muy poco personal la atención. Muy poco... y súper poco íntimo el tema, como que no. Me sentí súper expuesta y súper incómoda, no. No me gustó...Sí, igual quedé disgustando en la Clínica Las Condes porque lo que te decían... prometían mucho más de lo que fue al final. – Ana María

Aparte de lo que ofrecían las clínicas en términos de infraestructura – que tiende a tener mínimas diferencias– otro factor es comodidad del gineco-obstetra. El sistema en Chile les permite trabajar en diferentes clínicas, pero naturalmente cada médico tratante tiene su clínica principal, donde se siente más cómodo, donde tiene más llegada y donde en muchos casos, sale más económico para la parturienta. El precio, quizás, es el factor más determinante para la mayoría de las parturientas. Alycia hizo los mismos recorridos que Ana María, pero a ella le habían pasado el dato que se puede negociar precios en las clínicas:

Pero lo peor era que tenía que ir – tuve que ir a buscar el presupuesto y si traes el presupuesto de otra clínica a veces bajan en precio, pero no querían hacerlo conmigo, y me pasaron el presupuesto, y porque (mi hijo) estaba cubierto por el plan de (mi pareja) y el mío era particular –era todo tan confuso– nunca supe cuanto iba a costar hasta que estuvimos ahí, y ese punto probablemente es lo más importante.⁴⁶ – Alycia

⁴⁶ But the worst part was like having to go-- I had to go get the presupuesto and if you bring a presupuesto from another clínica and its get sometimes they'll bajar the precio but like they wouldn't do it with me and they would give it to me and like because (my son) was covered by (mi partner's) plan and mine was particular--it was so confusing-I never knew how much it was going to cost until we were there--which is probably the most important thing.

Al final todo se convierte en un tema económico, y como es de esperar, las negociaciones siguen pos-parto, y la usuaria tiene que recorrer los espacios de salud durante varios meses después del parto –a veces hasta 8 veces según una informante– antes de finalmente cerrar el negocio y dejar todo liquidado. Finalmente, todo tiene un precio en el sector privado, y todos los precios son conversables.

3.2.4 La sala de parto y la estadía hospitalaria

Arrastrando la maleta –con sus tres piluchitos, tres enteritos, un paquete de pañales para adultos, sostenes maternales, un par de pijamas decentes para recibir visitas y un cambio de ropa *no maternal* con la ilusión de que tres días después, va a poder subir el cierre en sus jeans como si no hubiera pasado nada acá– la gestante va en camino a su destino final en este viaje de la gestación. Negociada la Isapre, negociadas las condiciones, negociados los precios, ya no hay nada más que negociar... ¿o sí? Este es el momento más esperado, cuando nerviosas, ansiosas por conocer la vida que llevan dentro durante las últimas 40 semanas –en unos casos más, en otros casos menos– se acercan al cordón umbilical de la salud privada – la clínica.

Boleta de entrada a los espacios de salud

La entrada a los espacios de salud está condicionada por una suerte de *pase*, obtenible solamente de un miembro del club de las voces autorizadas; en el caso de nuestras parturientas, ese rol lo cumplía principalmente la matrona, o en su defecto, el gineco-obstetra. Estas dos voces son las voces autorizadas, las voces aceptadas, las voces que determinan cuando es el momento de entrar al espacio de parto y cómo serían las condiciones:

De hecho, el parto iba a ser abierto para que entraran los que quisieran, finalmente fue cesárea porque cumplí las 40 semanas, nunca tuve una contracción, jamás... no sé lo que es eso. La Camila ya pesaba 4 kilos y estaba atravesada en la barriga, nunca bajó. Estaba cómoda la fresca, así es que en el control de las 40 semanas, un viernes, (mi doctor) me dice, Ale... la sacamos mañana, está regrande y ni un indicio de que quiera nacer por ahora. – Alejandra

Esta matrona me parece que es como la matrona de la clínica Las Condes. No sé cómo se llama. Y tenía como su lugar y conoció la Chloé pero era su espacio. – Ana María

Creo que básicamente porque sabían... pero básicamente Chloé está tan instalada en Santa María, decían, ah, es paciente de Chloé, así que te tratan un poco diferente.⁴⁷ – Alycia

Acá se reitera la idea expresada en el recorrido etnográfico: sólo con la autorización respectiva, se puede cruzar por las puertas en la clínica donde se dice *prohibido el ingreso*.

El parto

Acá no vamos a entrar en mucho análisis porque los puntos clave de los partos ya se han expresado con anterioridad en este estudio. Este es un espacio para que las palabras de las parturientas hablen por si solas. Sólo cabe destacar unos puntos más descriptivos y combinar las historias de cada una como si ocurriese de manera secuencial en un mismo lugar y fecha para demostrar las similitudes en las experiencias de todas.

Gente de la clínica que aparecían y desaparecían, la matrona estuvo conmigo desde las 8 de la mañana, el doctor apareció a las 10 de la mañana hasta las cuatro de la tarde. – Cecilia

Sí, de la tarde. Y tuve la Ema a las 9, 9:21. Y nada, fui al tiro a la sala de parto, llamamos a mi abuela, mi hermano, que sé yo. Y era una sala súper rica, y yo me acuerdo que me llevé como una cantata de Bach que me encanta y llevé la Norah Jones. Y me puse a darle vuelta a los CDs así que me sentí en casa. Fue rico eso. Y estaba mi mamá sentada en el sillón conversando con todos los familiares por celular. Y el Iván paseándose delante y pa atrás. – Ana María

Era una de estas salas integrales de parto, bastante agradable, tenía mi música y tenía unas cositas de aromaterapia, incienso y al principio tenía mi TV y todo súper relajado hasta que ya empezaron los dolores fuertes hasta que me rompieron la bolsa y ahí ya no disfrute nada hasta la anestesia y me quedé dormida un rato. – Cecilia

Bueno, me indujeron a las 41 semanas porque ella no quería salir, así que me indujeron a las 8 de la mañana y después a las 4 de la tarde su ritmo cardiaco empezó a bajar. Y esto es algo que me gustó mucho de la Clínica Alemana, mi matrona, ella estaba conmigo todo el tiempo, eso no pasaría en EEUU. Me gustó mucho eso. Y no sabía lo que estaba pasando, me estaban dando oxígeno pero no me explicaron nada, que estaba pasando algo malo. No entendí. Supongo que era para que no me diera miedo.⁴⁸ – Jennifer

⁴⁷ I think basically because they knew... but basically Chloé is so installed at Santa Maria, they're like, Ok, this is Chloé's patient so they kind of treat you differently.

⁴⁸ Well I was induced at 41 weeks because she just didn't want to come out and so they induced me at like 8 o'clock in the morning and then at 4 o'clock in the afternoon her heart rate started going down. And this is something that I really did like about Clinica Alemana was my midwife, is that she was like right with me the whole time - holding that monitor to hear that heart beat which, that would not happen in the

No todos estaban totalmente de acuerdo, mi mamá de hecho encontraba absurdo que me hicieran trabajo de parto, que me pasaran a la cesárea de hecho mi mamá y eso me enojó mucho que habló con el anestesista y que me anestesiará completamente porque yo estaba muy nerviosa y ahí me enojé mucho porque si me anestesian no me hubiera enterado nada del parto. – Cecilia

Ay, no me acuerdo. Pero me suena 6, no sé. Pero ya había sido eterno que hiciera efecto la anestesia... y después parecía payaso, yo, porque decía: ¡cómo! Si no duele nada, no siento nada, ¿pero voy a sentir? Estaba como súper preocupada de poder sentir. Y la epidural parece que es o no es. No es como poco, es o no es. Así que yo estaba como ya po, quiero sentir, pero es que no siento, no me duele. Estaba tan angustiada porque no sentía. Y que no me dolía nada. Y que así cualquiera tendría hijos. Estaba así. Después me dijeron: ¡Ya, estamos listos! Y yo así no... ¿estamos listos? Sí, ¡empuja! Empuje cuatro veces. Cuatro veces y la Ema salió, así, nada. – Ana María

Y cuando tuve la guagua no dejaron que entrara mi marido. Porque vieron que estaba muy nervioso y se puso complicado. Y después al final lo dejaron entrar... Porque al principio después de nueve horas, trataron de que yo pujara. Y no venía. No bajaba. No salía. Así que decidieron a última hora hacer cesárea.⁴⁹ - Roxanne

Lo más difícil era que durante el parto como estaban hablando en español y yo hablo español y mi mamá es de México así que siempre lo he escuchado pero no es mi primer idioma, muchas veces no sabía si era porque estaba muy cansada o por la anestesia, no sabía nada sobre las decisiones que tomaban. Así que me sentí que no me mantenían al día.⁵⁰ – Roxanne

Bueno, la segunda vez que bajó (su ritmo cardiaco), era como ya, saquémosla de acá y quince minutos después estaba afuera.⁵¹ – Jennifer

Yo estaba muy tranquila, me daba lata que todo ocurrieran tras la manta verde que ponen para las cesáreas. Le decía (al doctor)... ya poh weón, ve

States. I really liked that. And I didn't know what was happening, they were giving me oxygen but they weren't telling me that it was, that something bad was happening. I didn't understand. I guess so that I wouldn't freak out.

⁴⁹ And when I had the baby they didn't let my husband come in for a while. Because they saw he was nervous and it was kind of complicated. And then in the very end when I had the baby that's when he came in... Because first, after nine hours, they were trying to have me push and have the baby. And he wasn't coming. He wasn't dropping. He wasn't coming out. So then they at the last minute they decided to do the c-section.

⁵⁰ The hardest thing was during the birth cause they were all talking in Spanish and I speak Spanish and my mom's from Mexico so I grew up hearing Spanish but because it's not my first language a lot of times I didn't know because I was tired and I was on anesthesia, I didn't know the decisions they were making. So a lot of times I felt like they weren't keeping me up to date.

⁵¹ Well it was by the second time it (her heart rate) dropped it was okay, let's get her out of here and fifteen minutes later, she was out.

contándome que yo soy la que está pariendo y no me entero de nada. Es como venir a comprar una guagua... ¡no tuve ni una contracción! Y se reían. Acordamos que se iba a sugerir a la clínica, poner un espejo en el techo para que la parturienta de cesárea pudiera ver algo. – Alejandra

Todo estaba bien y maravilloso y mi parto duró 6 horas y fue natural y todo... Si (mi doctor) estaba allá. Era el único en ropa hospitalaria. Estábamos todos en ropa normal. Chloé estaba en ropa normal. Sí, (mi doctor) era el único sentado sin hacer nada. La mayoría del tiempo estaba sentado en una silla. Como, ahí asegurándose que todo avanzara ok...como si no estuviera... Eran los 500 mil pesos más fáciles que ha ganado en su vida.⁵² – Alycia

Yo estaba allí, dijeron eso porque yo pregunté, “voy a poder tomarla en brazos después” y me dijeron que sí, y no sé porque pero se la llevaron para pesarla y todo eso. Así que no vi a mi guagua desnuda durante los primeros cuatro días.⁵³ – Jennifer

El hilo común en todas las descripciones anteriores es el hecho de la despersonalización de la experiencia, un acontecimiento que les ocurría a ellas y no un proceso en que ellas eran protagonistas. La despersonalización a través de las máscaras, la falsa ilusión de tener opciones por poder poner música y aromaterapia, una medicalización sin motivo y sin explicación, una inducción que deja a la parturienta sin sensación, una toma de decisiones de parto del equipo médico que excluye a un ser querido de la sala, la falta de conocimiento sobre las decisiones tomadas, la falta de necesidad para un obstetra en un parto *natural*, y finalmente la separación del recién nacido de su madre. Todos factores que dejan claro que en el territorio médico la mujer-paciente no es protagonista y no ha ganado el derecho de tener conocimiento de lo que se le está haciendo a su cuerpo, y menos el derecho de tomar las decisiones.

Estadía all-inclusive: 4 días 3 noches

Y con lo anterior, termina el proceso de parto pero se inicia la estadía hospitalaria. La preocupación más grande de nuestras parturientas era conocer a sus hijos/as, estar con sus hijos/as, y velar por la salud y bienestar de ellos/as por sobre todo, pero salieron varios obstáculos en el camino, ya que la excesiva medicalización decía otra cosa y nuevamente las parturientas se encontraron en una posición de subordinación; frente a la separación física con su

⁵² Everything was fine and wonderful and my parto was 6 hours and natural and whatever... Yeah. (My doctor) I mean, he was there. He was the only one in scrubs. We were all in our normal clothes. Chloé was in her normal clothes. Yeah (my doctor) was the only one just sitting there. Most of the time he was just sitting in a chair. Like there, you know, making sure everything was going Ok...like he was never around... It was like the easiest 500 thousand pesos he'd ever earned.

⁵³ I was right there, they said that, because I asked “am I going to be able to hold her right afterwards?” and they said yes and I don't know why but they took her to get weighed and all that. So I did not see my baby naked for four days.

recién nacido/a, la parturienta nunca recibe una clara explicación o justificación del por qué, aparte de la respuesta tipo que era de rutina:

Sí. Me dijeron: No, que era rutinaria y que tenían que llevarla a hacerle no sé si un examen de sangre o algo. Algo le hicieron. Y la trajeron al rato y de hecho yo estaba en otra pieza. Tuve tiempo y comí un poco. Y yo así como ¿por qué estoy comiendo? Y ¿dónde está? Estaba angustiada, no estaba tranquila. – Ana María

Ana María, al igual que varias, comparaba la estadía a un hotel. Las comodidades, las comidas, el aseo diario:

Pero fue súper cómoda la clínica, eso sí. O sea no sé, ponte tú la comida... todo, fue como entrar a un hotel, de hecho no quería volver a la casa. Dije ¡ay, la calefacción, me voy a congelar! Tenía la estufa prendida como un día antes que llegué de la clínica. Porque me dio susto, porque era tan calentito, tan rico allá. – Ana María

Sin embargo el concepto de *control* también estaba prevalente en estos *hoteles*. Todas tuvieron algún conflicto con las enfermeras, con las auxiliares o con las matronas de las clínicas. Sea quien fuese su doctor, hecho o no un plan de parto, en este espacio médico las voces autorizadas eran las que llevaban puestos los uniformes hospitalarios:

Sí. Yo tenía otra amiga y ella tuvo su guagua con Chloé también, pero en Alemana y le obligaron firmar un formulario de consentimiento que no iba a usar la sala cuna – algún formulario? – Alycia

⁵⁴

Sí, me la llevaron. Pero lo hicieron todas las noches a solicitud de mi doctor. Él dijo “Quiero que duermas toda la noche porque cuando vuelvas a casa, no vas a dormir”. Dijo “tuviste cesárea. Quiero que descanses. Así que de noche me lo llevaron. – Roxanne⁵⁵

En el caso de Roxanne, a ella le pareció buena idea, porque de hecho, ella estaba muy cansada, un punto que examinamos más en el siguiente acápite. Por el momento siguió instrucciones:

⁵⁴ Yeah. I had another friend who had their baby with Chloé as well but at Alemana and they made (my friend) sign a release form that she wasn't going to use la sala cuna and that--some sort of release form?

⁵⁵ Yeah, they took him away. But they did every night cause of my doctor's request. He said, “I want you to sleep the whole night because when you get home, you're not going to sleep”. He said, “you had a cesarean. I want you to rest”. So at night they had him away.

No, no di pecho hasta el día después. Porque además pensé que no podía. Estaba muy – tenía muchas drogas y estaba – parece que es normal después de una cesárea que te dan tiritones. Así que no estaba en condiciones hasta el día después, fue ahí que me empezaron.⁵⁶ – Roxanne

Roxanne no fue la única que se encontraba agotada y separada de su hija. Jennifer y Ana María también comentaron que el staff de las clínicas trató de imponerse también en este aspecto y llevarse sus hijos/as a la sala cuna en la noche:

Sí, igual quede disgustado en la Clínica Las Condes porque lo que te decían... prometían mucho más de lo que fue al final. Y de hecho después voy a detallar en eso que yo tuve hasta peleas después de que nació la Ema con las matronas. O sea peleas. A pesar de que yo no tenía por qué estar peleando estaba peleando. Y la Ema una noche no pasó conmigo, y yo estaba furia. Pasé toda la noche llorando. – Ana María

Esto marca una tendencia en todas las clínicas privadas recorridas y tiene que ver en gran parte con la capacitación del equipo profesional de las clínicas: las matronas, enfermeras, auxiliares, un equipo en su mayoría mujeres, dentro del cual muchas también son madres. Sin embargo, estas tendencias son enseñadas y representan los intereses de la clínica en sus intentos de *controlar* los acontecimientos en el espacio. Con la lactancia también hubo un *control* que de hecho contradice las tendencias biomédicas actuales, ya que con frecuencia en las sala cunas, a los recién nacidos se les da agua con azúcar en reemplazo de la leche materna, aun cuando la parturienta pide lo contrario. También la tendencia actual sigue siendo amamantar según reloj y no según necesidad, creando nuevamente más justificatorias para interrumpir los patrones naturales:

Y ya fue como entre pelearme con la enfermera y con pelearme con él los dos, fue como ya tráemela cada 4 horas. Ya tráigamela. Pero yo había leído ya sobre la lactancia y yo sabía que no era cada 4 horas. Yo tenía súper claro ese tema. Pero las enfermeras no tienen súper claro ese tema y no les importa. Y me da rabia, porque yo les decía pero no la den nada allá porque yo tenía súper claro también que para tranquilizarse les daban algo allá. – Ana María

⁵⁶ No, not 'till the next morning, I didn't breast feed. Because I didn't think I could anyways. I was pretty - -I still had a lot of drugs and I was -- I guess it's normal after a c-section, you start shaking. So I wasn't even up to breast feeding until the next morning is when they started me.

Sí, lo de la lactancia... pero como las otras enfermeras me preguntaban, “¿ha comido? ¿De qué pechuga? Tiene que comer cada cuatro horas... trataron de ...es fácil cuando eres gringa y puedes hacer como que no entiendes.”⁵⁷ – Alycia

Así Alycia sacó el truco de debajo de la manga y utilizó su estatus de extranjera de manera empoderante. Sin embargo, no debiese ser necesario hacer tal cosa. La única manera de empezar a hacer un cambio real es re-educando los profesionales de salud, pero antes de poder llegar a eso y determinar en lo más mínimo como debe ser dicha re-educación, hay muchas construcciones de género por detrás en las estructuras de poder y sin abordar eso, no sirve de mucho una re-educación superficial a las voces menos autorizadas dentro de los prestadores de salud.

⁵⁷ Yeah, the thing about the breastfeeding... but like the other nurses would be like has he eaten, which boob did he eat from? He needs to eat so and so or 4 horas to...they tried to like...it’s easy when you’re a gringa and you can just be like, I don’t understand.

3.3 EL CUERPO Y PODER

Para repetir y enfatizar lo anteriormente expuesto, el cuerpo es el lienzo para la interacción de lo real y lo simbólico, donde históricamente ha habido abusos, no sólo del cuerpo de la mujer sino de todos los seres humanos. En cuanto al parto, el cuerpo está al centro del debate. ¿Quién tiene el derecho de decidir sobre qué cuerpo? ¿Dónde terminan los derechos del cuerpo de la madre y comienzan los derechos del cuerpo del/de la niño/a por nacer? Entre lo real, lo imaginario y lo simbólico, lo real es lo que no se puede sustituir, el cuerpo; lo imaginario es la relación con el propio cuerpo, las significaciones que el sujeto le da al propio cuerpo; y lo simbólico es el campo de regulaciones, normas, prohibiciones, por lo tanto la cultura. El cuerpo es un territorio dotado de significado por los discursos, donde en el caso de la mujer el concepto de dolor puede tener implicancias simbólicas a la mujer abnegada que asume su rol social donde el dolor y la humillación del parto es parte de su carga que tiene que acarrear en esta vida.

No hay cuerpo que no haya sido marcado por la cultura. Ningún proceso es netamente biológico o *natural*, al igual que el parto, y el cuerpo es un lugar que puede ser el foco de la represión cultural, según los criterios de género. Es sobre el cuerpo donde se establecen las relaciones de poder y donde el propio papel reproductivo de la mujer forma la base de su subyugación por el mundo androcéntrico. Es específicamente en su capacidad de criar otro ser humano dentro de su cuerpo y después sacarlo al mundo, donde los hombres históricamente han necesitado *controlarlas*. Desde una perspectiva de género, si pierden el control de la capacidad reproductora de la mujer, pierden su posición jerárquica sobre la mujer y por ende cambiarían las relaciones de poder a favor de la mujer. Vamos a examinar como los conceptos simbólicos se entrecruzan en las dinámicas de poder en torno al proceso de parto, partiendo con una mirada a los adminículos tecnológicos utilizados para mantener una cierta lógica jerárquica de género.

3.3.1 La tecnología y su justificación simbólica

Tal como se tomó nota en la observación etnográfica y a través de nuestras informantes, un hilo común a lo largo del proceso de parto es la frecuencia con la cual aparecen computadores, dispositivos digitales, fichas para ser atendidas, registros electrónicos, llamadas por celular, tanto del personal de la clínica como de las usuarias. Es símbolo de una sociedad electrónica, digital, controlada, empaquetada, donde el proceso de parto se asemeja a una línea de producción, incluso en control de calidad, y el precio final es negociable. Dentro de la gran fábrica de paquetes de maternidad, entre medio de los computadores y procesadores de datos y pruebas cuantificables en números, ¿es posible recuperar la visión humana y personalísima del proceso reproductivo, sin perder los avances tecnológicos?

A lo largo de este estudio se han nombrado diferentes procedimientos tecnológicos utilizados para bajar los riesgos de morbimortalidad materna e infantil: la ecografía, el monitoreo fetal electrónico, la inducción artificial del parto, el parto por cesárea, vía venosa, la posición de la mujer durante el trabajo de parto, y otras intervenciones de rutina. No vamos a volver a tocarlos en detalle acá, sólo profundizar en como las mismas herramientas diseñadas para disminuir riesgos, cuando utilizadas inescrupulosamente, pueden resultar en otra condición que requiere más intervenciones.

Por ejemplo, tal como era el caso con otras entrevistadas, cuando Roxanne comenta sobre la opción de su doctor que ella durmiera bien, a ella le pareció buena idea, porque de hecho, ella estaba muy cansada. Pero si seguimos su proceso de parto, vemos como una intervención va desencadenando una serie de intervenciones más, según mi interpretación de los hechos: a ella le indujeron artificialmente el parto antes de tiempo a solicitud del doctor, porque a las 41 semanas, el bebé no seguía los pasos esperados para un parto normal y el doctor no podía controlar todos los elementos. Por haber sido inducida, Roxanne sentía las contracciones mucho más fuertes que lo habitual; a consecuencia de esto, le pusieron anestesia muy temprano. Por haber sido inducida antes de tiempo y por estar con anestesia y no sentir cuando pujar, no bajaba el bebé. Después de muchas horas, por no bajar el bebé, el marido se puso nervioso y lo mandaron afuera. Roxanne, al ver que no estaba su marido, se puso más nerviosa y sentía que no entendía nada –agravada por su condición de extranjera. Mientras tanto la tenían acostada para medir los latidos a través del monitoreo fetal, y al estar acostada, dificultaba más que bajara el bebé y ella transmitía toda esta ansiedad al bebé y por la posición y por todas las otras intervenciones, bajaban los ritmos cardíacos y *tuvieron* que hacerle cesárea. Al haber tenido la combinación trabajo de parto de muchas horas y cesárea, había recibido muchas drogas, estaba muy cansada y no se sentía bien como para poder recibir a su bebé y amamantar:

No, no di pecho hasta el día después. Porque además pensé que no podía. Estaba muy – tenía muchas drogas y estaba – parece que es normal después de una cesárea que te dan tiritones. Así que no estaba en condiciones hasta el día después, fue ahí que me empezaron.⁵⁸ – Roxanne

En su caso, hasta el amamantamiento es controlado externamente. Es tal el nivel de control y aceptación del uso de medicamento y tecnología que una parturienta que logra convencer a su médico tratante dejarla no usarla, tiene que firmar un formulario exonerando a la clínica de cualquier responsabilidad.

⁵⁸ No, not 'till the next morning, I didn't breast feed. Because I didn't think I could anyways. I was pretty - -I still had a lot of drugs and I was -- I guess it's normal after a c-section, you start shaking. So I wasn't even up to breast feeding until the next morning is when they started me.

Estoy con mi doula y he firmado el papel – el que dice que no voy a usar (anestesia).⁵⁹ – Alycia

Más allá de la decisión de usar o no los medicamentos disponibles está la validación de ellos, por parte de las voces autorizadas, que se extiende a una tendencia cultural que al final tiene más legitimidad que cualquier justificación fisiológica. En referencia a las preferencias de su matrona, Cecilia dice:

Sí, le gustan los partos normales, no le gustan sin anestesia, comparto la idea con ella que si están las herramientas para evitar el sufrimiento por qué no hacerlo, no me gusta sentir dolor y a ella le gusta que la parturienta participe lo más posible. – Cecilia

Creo que tenía como 5 centímetros de dilatación. Pero soy muy débil A los 5 centímetros de dilatación ya estaba sufriendo mucho... me acuerdo mucho dolor.⁶⁰ – Roxanne

No, sentía poco. Ni siquiera un dolor, era como algo extraño no más. Y miraba la pantalla, y como yo me daba cuenta que había contracción. Y yo le decía al doctor: ¿Contracción, cierto? Como que no se notaba tanto. Pero cuando tuve la Ema dije: sabes, menos mal lo puse, porque después igual yo quería estar bien en contacto con ella, y si yo hubiese sido tan cansada no hubiese podido. En ese sentido como que me balanceé y justifiqué un poco que me había puesto el epidural porque dije: no hubiese podido con el dolor. Y lo hubiese pasado mal. – Ana María

Así es como la eliminación del dolor culturalmente y socialmente definido como sufrimiento, es la justificación para el uso de algunas tecnologías y medicalización en el parto, las cuales pueden arrojar consecuencias patológicas, así generando la necesidad de más intervenciones tecnológicas. La intervención tecnológica es símbolo también de eficiencia. Para repetir las palabras de Alycia nuevamente:

Hay un documental de Estados Unidos sobre los doctores – es decir, la cesárea es más fácil. Son 20 minutos, tienen control total de la situación, y se termina, y se van a la casa. Y así, terminan vendiendo más producto. Es decir, es un negocio y están ganando más plata en menos tiempo.⁶¹ – Alycia

⁵⁹ I'm with my doula and I have signed the paper--the release form that I'm not going to have any [anesthesia].

⁶⁰ Yeah, I think I was dilated at like 5. I'm a wimp. And at 5 I was already suffering... I remember a lot of pain.

⁶¹ There's a documentary from the States about the doctors--I mean, cesarean is easier. It's 20 minutes, they have complete control of the situation, and it's done and they can go home. And they've just like, sold so much more product. I mean, it's a business and they're making more money in less time, for them.

Justo ayer mientras yo trabajaba en este análisis, llamé a una amiga a punto de tener guagua por cesárea. Eran las 11:57 y ella estaba en la sala en la clínica esperando que la llevaran a la sala de operación. A la 1 de la tarde hablamos nuevamente y ya estaba listo el asunto y estaba en su habitación descansando con su guagua, el doctor ya en camino a su próximo control. Es verdad que esto difiere radicalmente de mi última experiencia, que incluía un trabajo de parto de más de 12 horas y un equipo médico aburrido esperando. Así es como en una sociedad que valora la eficiencia, allá está la justificación. Cecilia, ahora a punto de tener a su segundo hijo, ya tomó la decisión con su equipo médico de que va a ser cesárea nuevamente, ya que la tendencia biomédica es implementar cesáreas después de una cesárea previa, aunque no hay argumento fisiológico que lo apoye. Ella, ya entregada totalmente a la idea, va un paso más allá y esta segunda vez elige la fecha de parto:

Las cesárea programada más que por el equipo por mí, por un asunto de comodidad, porque nace en una época que me complica, porque no quiero pasar la Navidad en la clínica y como las probabilidades de cesárea teniendo una cesárea anterior y con la presión al límite y la guagua tan grande, para que si es lo que me tocó y decidí yo que quería hacerlo programado y el doctor no podía decirme que no. – Cecilia

En este caso la misma parturienta está justificando su decisión. Cuando se ven las estadísticas que indican que hay mujeres están optando por partos por cesárea programada, hay que mirar detrás de las estadísticas a los casos como el de Carola. Ella fue ya condicionada social y culturalmente durante su primera gestación y por ende fue fácil tomar una decisión por comodidad después de haber vivido el sometimiento a una serie de controles ajenos a ella la primera vez. Es más, ella se está liberando y empoderando la segunda vez al tomar la decisión ella y no esperar que se tome por ella, pero siempre dentro del marco de una estructura de poder ajena a ella y con opciones predeterminadas.

3.3.2 Desautorización, culpa y poder: mala madre – buena madre

En el campo del psicoanálisis, se habla de la dicotomía *mala madre – buena madre*. En las charlas *alternativas* de preparación para el parto se habla de una madre *suficientemente buena*. En las sociedades más machistas se valora una mujer que se puede describir a través de su calidad de *mujer abnegada*. Dichos conceptos y términos dan la impresión de que fuese una calidad que la mujer misma activamente exhibe conscientemente en su rol de madre. Sin embargo a lo largo de este estudio, vemos como esa calidad es una que, a través de las voces

autorizadas, es impuesta desde afuera a través de una serie de controles, cada una construyendo sobre el control anterior.

Partimos entonces con reafirmar quienes son las voces autorizadas y quién está tomando la decisión sobre lo que pasa al cuerpo de la mujer y eventualmente establece un patrón, una relación cargada de simbolismo entre madre e hijo/a. Ya hemos visto que la mayoría de los obstetras en Chile, y en el mundo, son hombres. En el caso de las entrevistadas, sus obstetras son en un 100% hombres. Ya hemos visto cuatro partos inducidos antes de tiempo, desviándose desde el curso natural de las cosas, y hemos visto dos casos en que las mujeres tuvieron que luchar con uñas y dientes para hacer las cosas a su manera, y de todos modos quedaron con la sensación de que estaban transando. Chloé, la matrona entrevistada, aunque se puede considerar que se desvía de algunas construcciones sistémicas de poder, sigue perteneciendo al equipo de las voces autorizadas y sus aportes a ese estudio reflejan eso de manera sutil:

K: Ya. ¿Entonces tú crees que el índice de cesárea viene más por decisión médica?

Médica. Absolutamente. Hay un porcentaje de mujeres que también tienen asociado, asocian mucho el parto con el sufrimiento. Entonces dicen no quiero sufrir si la cesárea sufre menos. Sí, obviamente hay un porcentaje de mujeres que sí. Pero no es la mayoría del índice de cesárea por eso. Ahora al nivel profesional, ¿cuál es mi crítica? En el fondo lo más cómodo es probablemente operar a hacerle un trabajo a la mujer, mostrarle a la mujer el parto, y que descubra que vale la pena. Pero, hay una carencia. – Chloé

Inmediatamente después dice:

A la mujer, claro. Bueno, así se hace. Me citan, me inducen, me sacan la guagua, mejor que yo duerma en la noche, me cachai, te meten en un sistema en que a la larga te está... – Chloé

Ella a través de su propia contradicción muestra una espada de doble filo: el médico decide, pero la mujer lo compra. Una mujer informada puede tomar una decisión informada, que puede variar según sus necesidades, y perfectamente puede ser necesaria y legítima su opción por tener una cesárea o su opción por usar anestesia, o su opción por un parto natural, pero la decisión es empoderada sólo cuando ella tiene acceso a todas las opciones y a toda la información necesaria. Si no, termina en una situación donde las opciones que tienen son las que su equipo médico le presenta, de manera que la desautoriza y le niega acceso a otras opciones. ¿Cómo se logra eso? ¿Cómo nos desautorizan de tal manera que creemos que nosotros estamos decidiendo y hasta nos sentimos culpables por estas *decisiones*? O peor aún reconocemos lo que pasa, pero nos damos por vencidas, sin poder de cambiar la situación:

No, es que yo creo que hay mujeres que cuestionan pero que no las toman en cuenta. Porque, yo creo que hace muchos años que funciona así el tema y que... y que así funciona no más. Yo creo que... como todo en Chile, no más. Yo creo que siempre el cliente... por más que (uno) se queja, las cosas no cambian y cuando cambian por dentro por una cosa así de... cuando la clínica cambia sus costumbres y cuando la clínica haga eso, ahí las enfermeras van a cambiar. Pero... no sé, yo creo que las mamás no... no tienen mucha voz, allí. – Ana María

¿Cómo llegamos a estar tan deslegitimadas? A través de cada paso, cada decisión tomada sobre nuestro cuerpo nos desautoriza un poquito más:

Claro yo quería participar en el parto lo más posible, elegir la posición que quería, el parto hacerlo ojalá no inmovilizada en una cama en posición fetal y al final, a pesar que llegué con la lista de peticiones ella dijo que esa lista disminuye en gran cantidad las cosas que podemos hacer. - Cecilia

En el caso de Cecilia, no pudo hacer casi nada de sus peticiones por ser inducida antes de tiempo y terminar en la sala de operación. Es interesante ver las sutilezas detrás de sus palabras: *yo quería participar en el parto lo más posible...llegué con una lista de peticiones*. Nuestras antecesoras, quienes siguieron un proceso mucho más natural, se sorprenderían a ver una mujer a punto de parir hablando de querer participar. La parturienta es la protagonista, o debe ser. *Sacar la guagua* intrínsecamente es su deber. Aunque tener en rol de madre históricamente puede haber sido justificación para una discriminación entre los sexos, quitarle el rol activo, sólo exacerba más esta brecha y la desautoriza:

Estaba como acostada media sentada, porque yo como que tendía a sentarme. Como que quería mirar. Pero estaba más acostada en verdad. Pero me molestaba que todos veían menos yo. Estaba angustiada con el tema, quería un espejo. – Ana María

Ana María es una de dos que menciona un espejo, y en los dos casos es para poder ver lo que ven los demás, para ver lo que le están *haciendo*.

Chloé introduce el concepto de sufrimiento. La reducción del sufrimiento es buena base del argumento para intervenir, pero, ¿quien define el sufrimiento? El dolor no necesariamente implica sufrimiento y de hecho puede ser una oportunidad de empoderamiento dentro de parto, pero el *sufrimiento* es visto como algo que hay que eliminar. Y ¿quitar el sufrimiento a costo de qué? La anestesia alivia el sufrimiento, pero quita la sensación, y según algunas entrevistadas, desconecta la parturienta del proceso y despersonaliza la experiencia:

No, sentía poco. Ni siquiera un dolor, era como algo extraño no más. Y miraba la pantalla, y como yo me daba cuenta que había contracción. Y yo le decía al doctor: ¿Contracción, cierto? Como que no se notaba tanto. – Ana María

No se requiere necesariamente anestesia para despersonalizar la situación y en algunos casos las intervenciones biomédicas como el parto por cesárea son necesarias. Sin embargo, el uso de artefactos como uniformes hospitalarios, las sábanas verdes para que una parturienta en cesárea no pueda ver lo que le están haciendo, todo juega un rol. Al describir la sala de operación, Jennifer recuerda quiénes estaban presentes:

Sí, un anestesista, y seguramente unas enfermeras, estaba lleno de personas con mascarar.⁶² – Jennifer

Alejandra tiene que recurrir a adminículos externos como grabación en video, para ver su propio parto:

Cuando nació, posaron para la foto aun con el cordón. La Sofía con los ojos abiertos, mirando la luz. Re piola. Vi el video llegando a la pieza, altiro, como para tener el otro ángulo del parto. Jejejeej. Fue genial. – Alejandra

Así es como la mujer llega a ocupar un rol pasivo y desempoderado en el proceso de parto. Las voces de las informantes usan lenguaje como, *ellos me hicieron, me llevaron, me dijeron*. En más de una ocasión yo les tengo que preguntar *quiénes* son ellos que están haciéndoles estas cosas, que al final son personas con máscaras y sin nombres para nuestras parturientas, pero estas personas sin caras son las que están tomando las decisiones:

Me imaginaba algo más emocionante, más vivido y yo no estaba en el parto porque yo estaba tendida en una camilla y me sacaron la guagua. – Cecilia

Me llevaron – tenía una sala especial para el trabajo de parto. Y allí monitorearon las contracciones y me indujeron. Y después de nueve horas, me llevaron a otra sala para tener la guagua.⁶³ – Roxanne

Cuando me dijeron que iba a ser cesárea, me dio pánico.⁶⁴ – Jennifer

⁶² Mhmm an anesthesiologist and I'm sure some nurses, it was just full of people with masks.

⁶³ They took me--they had like, a special labor room. And they were monitoring the contractions and they induced me. And then finally after about nine hours they took me to a separate room to have the baby.

⁶⁴ When I found out it was a C-section I was freaking out.

Cuando los doctores terminan sus labores, la despersonalización continúa con los auxiliares de la clínica:

Salió la guagua y se la pasaron a mi marido. Y después la llevaron a limpiarla. Y mi marido la llevó para mostrarla a la familia. Y después no vi a mi guagua. Y tuve que ir a mi habitación y después la trajeron.⁶⁵ – Roxanne

Sí, sí. Y me dijeron que estaba todo bien. Qué sé yo. Y después llegué a mi pieza y me trajeron a la Ema y... me la trajeron toda vestida, yo no la vestí ni nada. – Ana María

Tal como Alycia nos cuenta, durante su gestación se le dijo que si no queremos que sea así, tenemos que tener la plata para optar por un parto hippy. Sin embargo todas estas mujeres se atendieron en las clínicas más exclusivas y costosas de Santiago. Pareciera que en el caso del parto, no todo tiene precio. Pero si todo tiene costo. A manera paralela a la despersonalización y desautorización, va creciendo otro valor comúnmente atribuido a la mujer: la culpa. Culpa por no haber hecho, culpa por no haber podido cumplir:

Y me dice... y yo digo pero ¿por qué está llorando? ¿Por qué no me la trajeron si estaba llorando? ¿Por qué no me avisan si está llorando? Recuerdo que estaba súper enojada, y me dicen: si está llorando, debe ser porque no tomó suficiente leche, entonces. Como tu culpa. Y yo estaba así nooo... No puede ser. Y más encima estoy pagando ojo de la cara. No puede ser. Y yo, no, le dije tráigamela al tiro. Y me la trajeron al tiro. Pero igual estaba... estaba enojada. – Ana María

Temor, temor en el sentido que yo tenía tantas ganas de un parto normal y si es una inducción y no estoy lista. – Cecilia

Yo tenía como media tela envuelta en la guagua... que con suerte la podía tocar la cara cuando me la pusieron encima... son cosas después me arrepentí un poco de no haber pedido y exigido más. – Ana María

Los arrepentimientos se convierten en culpa y la culpa afecta la capacidad de cumplir con el rol de *madre suficientemente buena*. Las parturientas de hoy son diagnosticadas cada vez más con depresión pos-parto. ¿Quién no después de la desvalidación flagrante de su rol proactiva en el parto y la consecuente sensación de culpa?

Porque de hecho los primeros 2 meses me sentí culpable por lo que había pasado en la clínica. Me sentí culpable por el no saber lo que había pasado esas dos o

⁶⁵ Yeah the baby came out and they passed it first to my husband. And then they put the baby so I could see him. And then they took him away to clean him. And then my husband took him out so that the family could see. And then I didn't see the baby after that. And I had to go back to my room and then they brought the baby in.

tres horas cuando ella estaba allá. Y nunca haber entrado a ese espacio, porque yo dije puedo ir a verla, y me dijeron sí, por la ventana miraba. Como que nunca entré a que lo que era ese cuando se la llevaban. Sí igual me sentía culpable en esos dos meses, me sentí culpable. Esos dos meses, me sentí culpable, yo decía qué, ¿la habrán dado algo? ¿Cómo habrá sido? ¿Y por qué lloraba? Entonces, eso igual fue frustración, no me gustaría tenerla de nuevo. – Ana María

Porque yo pensé que iba a estar más relajada, que iba a tomar las cosas con más calma, con más paciencia y eso me desilusiono mi poca paciencia, mi poca tolerancia, mi nerviosismo un poco al llanto del Tomy, pensé que iban a ser más fáciles. Tomy fue una guagüita complicada, ahora es un niño muy fácil ahora pero fue una guagüita muy complicada y sumado a mi nerviosismo y a lo triste que andaba y a la depresión que me diagnosticaron fue una mala combinación, no tengo buenos recuerdos de esa época. – Cecilia

Pero, ¿qué es una mala madre? ¿Quién determina lo que es una buena madre? Los hechos del proceso de parto, que por todo lo visto en este análisis hasta ahora son factores dictados por una realidad cultural y social que depende de poderes de otros, ¿son motivos de sentirse como mala madre? Las madres hacen lo que pueden con las herramientas que tienen y viven con la culpa de no haber exigido más, de no haber podido superar el desempoderamiento, la desautorización, hasta tal nivel que culpan al sexo femenino en general por no ser capaz de informarse dentro de un sistema de conocimiento autoritativo que se erige justamente para que no sean informadas. Cerremos este acápite con las palabras de nuestra informante periodista:

Las mujeres somos ignorantes de lo que nos pasa en el cuerpo con la maternidad, el aborto, la regla, y tantos otros cambios hormonales. Creemos que los médicos son dioses que todo lo harán si es necesario. Y no es así...La verdad es que el sistema privado ofrece todo este rollo con más facilidad que en el sector público, donde las primerizas quedan un poco a la deriva. Pero también influye mucho las ganas de la mujer por saber realmente qué te está pasando en todo este proceso, tan tan tan natural... que ha hecho que los seres humanos estemos en la tierra por miles de años, sin cursos de respiración, control del dolor o esas cosas. – Alejandra

Los seres humanos estamos en la tierra hace miles de años, pero la manera en que ocupamos nuestro rol en la tierra cambia todos los días. La pregunta, entonces, no es ¿Cómo volvemos a lo natural? O, ¿cómo volvemos a un esencialismo en la mujer? No vamos a volver para atrás; no vamos a exigir que todas las mujeres tengan partos sin anestesia porque así lo hicieron nuestras antecesoras. Tampoco vamos a exigir que las mujeres sacrifiquen sus vidas y/o las vidas de sus crías y prohibirles el acceso a los avances tecnológicos como son la inducción y el parto por cesárea, en el afán de volver a lo natural. No, el desafío que nos enfrenta es tan sutil que no hay un camino claro que seguir, pero podemos postular unas observaciones.

3.3.3 Pensando hacia el futuro

El cuento del proceso de parto no termina cuando se acaba la estadía clínica. Está recién comenzando el viaje a lo desconocido. Brevemente quiero destacar unos puntos que surgieron de las entrevistas a la luz de las experiencias contempladas en estas páginas, y las maneras en que, desde el punto de vista psicológico, en todos los casos, con todos los controles y estructuras de poder, el parto llega a ser, a pesar de todo, una forma de empoderamiento hacia el futuro, pero de agotamiento inmediato.

Varias de las entrevistadas han comentado sobre su estado de salud desde el parto. Antes no tenían mayores complicaciones de salud, pero ahora que están dentro del sistema médico, están experimentando un deterioro de salud. Esto no es el espacio para especular sobre las causas que pueden ser varias, pero si en enfatizar la necesidad de preocuparse más de sí mismo, de su bienestar físico y emocional.

Mientras tanto no sé, yo he bajado de peso, estoy súper cansada... ya se está poniendo el límite de que tiene que tener su espacio si no yo no tengo el mío. Así que así un poco complicado. – Ana María

Aparte de lo fisiológico, otras están enfrentando los cambios en la vida personal, de pareja, profesional. Hace falta una persona para guiar a las parturientas en este aspecto post-parto. Todas, sin falta, expresan interés en tener más hijos/as en algún momento, pero algunas con más planificación, otras a reevaluar después de un tiempo, porque se sienten abrumadas con las responsabilidades actuales. En cuanto a cambios hacia el futuro y como vivir la experiencia hacia el futuro como empoderante, Ana María dice que esta experiencia despertó en ella un interés por descubrir más sobre sus orígenes biológicos, siendo que ella es adoptada. Por otra parte expresa:

Me han pasado a llevar mucho en la vida, mucho. Mucho, como que un negocio me sale mal, o alguien me grita y yo también no hago nada. Como que no soy de defenderme, me pasan en la cola y yo no me defiendo. Entonces como que ahora recién con la Olivia estoy empezando a aprender a defenderme. Y yo creo que en la clínica yo todavía no tenía esas garras de mamá, que uno se defiende. Entonces por eso... yo creo que otra vez sería distinta. Hasta el día de hoy me he empezado a defender mucho más, muy divertido. Así como que... el otro día estaba en una fila en el supermercado, y alguien me pasó a llevar y yo estaba con la Olivia y yo decía: pero cómo, no me puedes pasar a llevar y yo quedarme callada. Porque va a empezar a ver eso. Así que de a poco por la Olivia he empezado a tener más espacio, y eso. – Ana María

Alejandra comparte la idea pero ve mucho más importante la relación entre médico paciente:

Creo que más allá del sector público o privado, es importante que la mujer entable una relación de confianza y amistad con el médico, en un trato más igualitario. Uno lo puede lograr también en el sistema público, aunque es más difícil. En el sector público, la cosa es más impersonal por la premura, es verdad. Pero también, porque las mujeres parturientas son tratadas como ganado. No es muy diferente en la salud privada, sino logras establecer un vínculo real con tu equipo.

Estas mujeres que se atienden por el sector de salud privada en Chile, ya están pensando en el futuro, ya están viviendo ese futuro cada día en la medida que toman decisiones no sólo por ellas, sino también por el futuro de sus hijos/as.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Debido a la naturaleza exploratoria de esta investigación, no había hipótesis que probar ni datos cuantitativos que analizar, ni siquiera fenómenos que medir; más bien se propuso describir un fenómeno y ver como varia en diferentes circunstancias e indagar en las causas subyacentes. Se espera igual poder hacer unas recomendaciones a modo de conclusión, que podría ser de utilidad en examinar las estructuras de poder y ojalá contribuir al conocimiento general en la construcción de saberes asociadas a un concepto de género en el proceso de parto, además de generar nuevos diálogos en torno a las políticas públicas y las tendencias y capacitaciones en el sector de salud.

A través de las mujeres entrevistadas, he podido indagar en el proceso de toma de decisiones en la atención del parto y nacimiento en salud privada en Santiago, a través de las percepciones y experiencias de mujeres chilenas y estadounidenses. He identificado las maneras en que la socialización construye los saberes de las mujeres del estudio. He profundizado en las experiencias de cada mujer en la atención de gestión y parto en salud privada en Chile y como se relaciona esto con la toma de decisiones, y he identificado las construcciones culturales de poder y de género que inciden en los circuitos y caminos recorridos en la toma de decisiones. A través de esto, he podido ampliar mi perspectiva e identificar mis subjetividades con respecto a la temática, así contribuyendo a la base de conocimiento sobre el tema.

Opté por limitar el universo a la salud privada. Durante el transcurso de la investigación tuve que responder muchas veces por esa opción. La respuesta es simple: se han realizado algunos estudios sobre el sistema público y se sabe que la atención es deficitaria. Entonces lo interesante era ver si al focalizar en el concepto de pagar por un servicio –y así convertirse en cliente y no sólo paciente– otorgara mayor grado de autonomía a las usuarias. Mi conclusión es que no. De hecho, la diferencia fundamental que veo es netamente material. Las condiciones son más cómodas; hay una tendencia de referirse a las clínicas privadas como hoteles. Sin embargo, las opciones son preestablecidas por las voces autorizadas y hasta me atrevo a decir que hay menos cuestionamiento porque existe la ilusión de un sistema más participativo. Reitero mi analogía anterior a televisión por cable. Un individuo no tiene libertad de opción si todas sus opciones son iguales y predeterminadas. De hecho se crea una falsa ilusión de poder decisivo al habilitar el sistema de salud como un negocio. Negociar precio no es lo mismo que negociar opciones y solo exacerba la complejidad de la logística del parto.

Un punto que quería examinar de más cerca era el efecto –si hubiese– de las diferencias culturales, entre los dos grupos de control, chileno y estadounidense. Ambos grupos pertenecen a un sistema de conocimiento autoritativo parecido, en que se valora la tecnología, la eficiencia, el

control. En conclusión, se puede observar que las opciones tomadas y los caminos recorridos reflejan más bien las historias individuales y la socialización de cada individuo y no tanto su país de origen. Es cierto que su identidad de origen afecta directamente su experiencia vivenciada, por temáticas relacionadas a lejanía de familia y sistemas de apoyo, dificultades de comprensión por el lenguaje, falta de conocimiento del sistema de salud, y falta de seguro de salud en los casos no planificados. Sin embargo no se vio a consecuencia de este análisis una fuerte tendencia hacia lo natural o hacia lo tecnológico en un grupo más que el otro, o un cuestionamiento mayor de la estructura de poder; de hecho la división natural de ambos grupos era totalmente pareja, sin que se hubiese planificado así.

Un aspecto que sí se pudo destacar más gracias al uso de entrevistas semi-estructuradas en los dos idiomas nativos de las informantes, era el rol del lenguaje. Hay conceptos de común uso en Chile que no se cuestiona pero al introducir el elemento de idioma y traducción se desata todo un discurso de doble sentido de las palabras, y permite destacar la esencia de negocio en el proceso de parto.

Un punto que se desarrolló en el transcurso de esta investigación era la variable gestación planificada o no. Esto incide en los caminos recorridos, ya que en algunos casos implica obstáculos a la cobertura de salud y falta de conocimiento del sistema. Nuestras informantes han incorporado la sorpresa de un nuevo miembro de la familia con responsabilidad, agilidad y consciencia. De hecho, otra conclusión interesante es que a través de una situación desempoderante, como ha sido el caso para varias de nuestras informantes y las parturientas en general, las mujeres emergen más empoderadas. Se dedican a informarse más, a cuestionar en otros aspectos de su vida, a ser más asertivas en sus interacciones sociales. De tal manera que volvemos a citar Caroline Moser y vemos como una necesidad práctica de género, como es el de ser madre, vuelve a dar cabida a una mayor satisfacción de las necesidades estratégicas de género y contribuye a la larga a una mayor igualdad de género.

Tengo mis subjetividades anteriormente indicadas; sin embargo he podido abrirme a nuevas conceptualizaciones gracias a este análisis. Tal como se ha mencionado con el uso de la tecnología, no vamos a volver para atrás; no vamos a exigir que todas las mujeres tengan partos sin anestesia porque así lo hicieron nuestras antecesoras. La pregunta es más simple: ¿Cómo construimos una sociedad de personas informadas y generamos un diálogo entre las voces autorizadas en el campo de la medicina y la tecnología del parto y las parturientas y sus familiares?

Partamos de la base de que existe una polarización entre las mujeres parturientas y las voces autorizadas en el área de salud, y por lo visto, también dentro de estos mismos grupos. No existe una fórmula correcta, no hay un paquete de parto que se adapta a las necesidades de cada parturienta y las realidades fisiológicas de cada caso. Cada situación es diferente y tiene que ser

tratada así. Al final del día –y este aspecto es fundamental mantener en mente considerando la polarización sobre el tema– ninguna madre va a amar menos a su hijo/a o va a tener menos apego o vínculo con su hijo/a por haber sido inducida o haber sido operada por cesárea. Es muy importante mantener este punto claro en este discurso, porque es fácil aislar u ofender cuando entran las subjetividades en el discurso, y es más fácil aún fomentar más aún las sensaciones de culpa, propia de la desautorización producto de las intervenciones biomédicas en el proceso de parto. Queremos ser proactivas en la búsqueda de soluciones y no sólo apuntar dedos y comparar cuentos. La temática principal acá no es quien puede aguantar más dolor en el trabajo de parto o quien valoriza sus necesidades sobre los de su hijo/a; estos temas ya llegan a ocupar un segundo plano.

Lo que si interesa a modo de sacar conclusiones, es cómo podemos avanzar como una sociedad en general y permitir que una mujer parturienta sea más *engaged*, sea más proactiva, en un ambiente que apoya su opción, sea lo que sea, y que se respete su opinión, de manera que se reduzca las intervenciones innecesarias que resultan en complicaciones adicionales, pero que mantiene un ambiente en que la tecnología es utilizada pero de manera respetuosa. Por lo visto en el análisis, el acceso a información es un lujo, y no está tan alejado de la realidad decir que la opción hippy o alternativa está en manos de las que tienen la plata –y la curiosidad– de investigar más.

Paso uno entonces, es llevar el conocimiento a un nivel más accesible, y como vivimos en una cultura medicalizada donde se valora mucho la palabra del doctor, esto tiene que ocurrir al nivel del equipo médico, no sólo del obstetra sino también de la matrona, de las enfermeras, de las auxiliares, a nivel de la clínica privada. Hay que repensar la educación y capacitación del personal de salud para reflejar el derecho y autonomía de la mujer en sus decisiones personales, de quedarse con su guagua o no. Se debe hacer capacitación tal que hay un enfoque en el lenguaje dentro de la clínica. Hay que incorporar una formación de antropología del parto a nivel de pregrado para los obstetras y matronas. Es fundamental que los obstetras y futuros obstetras se pongan al día con los medios que están leyendo las gestantes y las voces informales de sus círculos íntimos para poder compatibilizar la información impartida. Y hay que abrir un dialogo horizontal entre usuaria y equipo médico, donde hay mutuo respeto.

Pero esto no puede mantenerse a nivel privado, inaccesible para la mayoría. Las gestantes no pueden depender sólo de charlas privadas e inaccesibles para la mayoría. Es buen punto de partida pero tiene que haber una campaña de educación a nivel nacional, haciendo disponibles charlas informativas en todos los hospitales públicos y clínicas privadas, focalizando en hacer el conocimiento más accesible a través de los medios, la sociedad y la educación. Y es fundamental volver a captar el elemento humano del parto, la parturienta como persona, con miedos y dudas, pero también con asertividad y opciones válidas. Espero haber podido a través

de esta investigación volver a dar voz a las voces desautorizadas; sean ABC1 o no, sean pagadores de un servicio o no, siguen perteneciendo a una estructura de poder y un sistema de conocimiento autoritativo que derechamente apoya una desigualdad de género, limita las opciones de una mujer en el proceso de parto y la encaja dentro de un molde que no sirve para todas.

BIBLIOGRAFÍA

Arnold, Denise, **Más allá del silencio. Las fronteras de género en los Andes**, La Paz: CIASE/ILCA, 1997.

Ballesté, Mercedes y Ana M. Fernández (1997), "Derechos reproductivos y cesáreas". En Elu y Langler (eds.) *Cesáreas: Tendencias actuales y perspectivas*. México: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México. Pp. 55-64. En: <http://www.grhf.harvard.edu/Spanish/course/sesion8/balleste.html>

Barrett, Michèle, "Palabras y cosas: Materialismo y método en el análisis feminista contemporáneo". En: **Revista La Ventana** N° 4, Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1996.

Besio Mauricio. "Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética" (1999). Rev. Méd. Chile. [online]. vol.127, no.9, p.1121-1125. En: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014&lng=es&nrm=iso

Bourdieu, Pierre. **La Dominación Masculina**. Barcelona, España: Ed. Anagrama, 1999.

Braidotti, Rossi, **Sujetos Nómades**, Buenos Aires: Paidós, 2000.

Caramés, María Teresa. **Proceso Socializador en Ciencias de la Salud**, En: Fernández Juárez (coord), "Salud e Interculturalidad en América Latina", Quito: Abya Yala, 2004.

Davis-Floyd, Robbie, *The Technocratic Model Of Birth*, Originalmente publicado en: *Tower Hollis, Susan, et.al (Eds), Feminist Theory in the Study of Folklore*. U. of Illinois Press, pp. 297-326, 1993. En: <http://www.davis-floyd.com/USERIMAGES/File/TECHNOCRATIC%20MODEL%20OF%20BIRTH.pdf>

Davis-Floyd, Robbie y Cheyney, Melissa, *Birth And The Big Bad Wolf: An Evolutionary Perspective*. Originalmente publicado en: Selin, Helaine, **Childbirth across Cultures**, 2009. En: <http://www.davis-floyd.com/>

Davis-Floyd Robbie E. y Sargent, Carolyn F., **Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives**. Berkeley y Los Angeles, EEUU: University of California Press, 1997.

De Keijzer, Benno, "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina", en Carlos Cáceres, Marcos Cueto, Miguel Ramos y Sandra Vallenás (coordinadores) *La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. International Forum for Social Sciences in Health-Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú, 2003 pp. 137-152.

Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición. Madrid, España: Editorial Espasa Calpe S.A., 2001.

Downe, Soo, **Normal Childbirth. Evidence and Debate**. 2a Edición. United Kingdom: Elsevier Limited, 2008.

Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English, **Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras**. Barcelona: La Sal, Ediciones de Les Dones, 1998.

Foucault, Michel, **El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica**, México: Siglo Veintiuno, 1991.

Foucault, Michel, **La Vida de los Hombres Infames**. Argentina: Altamira, 1996.

Freire, Elenice (1997), "Epidemiología de las cesáreas en América Latina". En, Elu y Langer (eds.) **Cesáreas: Tendencias actuales y perspectivas**. México DF: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Pp. 13-20. En: <http://www.grhf.harvard.edu/Spanish/course/sesion7/freireferraz.html>

Fuller, Norma, "La disputa de la feminidad en el psicoanálisis y las Ciencias Sociales". En: **Debates en Sociología**. N° 18.

González, Cristián M., "Pocas mujeres que optan por un parto sin anestesia llegan a vivirlo". En: **El Mercurio**, Santiago: 18 de junio de 2009, p. A15)

Gutman, Laura, **Crianza: Violencias Invisibles y Adicciones**. 2a Edición. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo, 2006.

Haraway, Donna, "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial". En: **Ciencia, Cyborgs y Mujeres. La reivindicación de la naturaleza**, Madrid: Ediciones Cátedra, 1995.

Harding, Sandra, "El género y la ciencia: dos conceptos problemáticos". En: **Ciencia y Feminismo**, Barcelona: Morata, 1996.

Hill, D. Ashley, MD, "Cesarean Section", Childbirth Solutions, Inc., En: <<http://www.childbirthsolutions.com/articles/birth/cesarean/index.php>>

Hillier, Dawn, **Childbirth in the Global Village. Implications for Midwifery Education and Practice**. Londres: Routledge, 2003.

INE (Instituto Nacional de Estadísticas) **Chile Anuario de Estadísticas Vitales**, 2003.

Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud. **Estadísticas Vitales**, 2005.

Jordan, Brigitte, **Birth in Four Cultures, a Cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States**, Illinois: Waveland Press, 1993.

Lamas, Marta, "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género". En: Marta Lamas, et.al. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**, México: PUEG, 1996.

Luna, Lola, “La historia feminista del género y la cuestión del sujeto”, En. http://www.mujiresenred.net/f-lola_luna-sujeto.html, Universidad de Barcelona. Diciembre 2002.

Lupton, Deborah, **Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies**, California, SAGE Publications, 2000.

Ministerio de Salud, Chile “Objetivos sanitarios para Chile, 2000-2010” División de Rectoría y regulación sanitaria, Departamento de Epidemiología, 1ª Ed., Octubre 2002

Ministerio de Salud, Prioridades de Salud País, División de Salud de las Personas, En: www.minsal.cl

Montecino, Sonia, curso dictado en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 3 de abril de 2006.

Montecino, Sonia, **Madres y Huachos. Alegorías del mestizaje chileno**. Santiago, Editorial Cuarto Propio, 1993.

Montecino, Sonia, et.al., **Mujeres Espejos y Fragmentos**, Santiago de Chile: C y C Aconcagua, 2003.

Moser, Caroline, “Necesidades prácticas y estratégicas de género y el rol del estado”, En. **Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación**, Lima: Flora Tristán, 1995.

Mucchielli, Alex, **Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales**, Madrid: Editorial Síntesis, 1996.

OMS, **Tecnología Apropriada para el Parto y Nacimiento**, Conferencia Internacional de Fortaleza, Brasil, Abril 1985.

Organización Mundial de Salud, fuente electrónica: <http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). “Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de datos Básicos en Salud”, **Sistema de Información Técnica en Salud**. (Washington DC, 2001).

Ortner, Sherry. ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En *Antropología y Feminismo*. Editorial Eneagrama. Barcelona. 1979.

RELACAHUPAN, Declaración de Ceará en torno a la humanización, En: <http://www.relacahupan.org/declaracion.html>, 2000.

Revista Mujer Salud, Comité editorial, “La última palabra: Plataforma de acción de Beijing”, 3-4, 1995.

Rubin, Gayle (traducido por Stella Mastrangelo), “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo” En: Marta Lamas, et.al. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**, México: PUEG, 1996.

Sadler, Michelle, et.al. **Nacer, Educar, Sanar. Miradas desde la Antropología del Género**, Santiago: Catalonia – CIEG, 2004.

Salinas, Hugo; Carmona, Sergio, Albornoz, Jaime *et al.* “¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile” (2004). *Rev. chil. obstet. ginecol.* Vol.69, no.1, p.8-13. En: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100003&lng=es&nrm=iso

Sandoval Casilimas, Carlos A., **Investigación Cualitativa**, Bogotá, Colombia: ICFES, 1996.

Scheper-Hughes, Nancy y Margaret M. Lock, “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology” (*Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1. (Mar., 1987), pp. 6-41. En: <http://links.jstor.org/sici?sici=0745-5194%28198703%292%3A1%3A1%3C6%3ATMBAPT%3E2.0.CO%3B2-A>

Scott, Joan W. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En Marta Lamas (comp). **El Género: Construcción cultural de la diferencia sexual**. México: PUEG, 1996.

SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), **Infoestadísticas**, 2005 En <http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm>.

Sewell, Jane Eliot, PhD, “Cesarean Section – A Brief History”, The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine, 1993. En: http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/cesarean_1.html

Taylor y Bogdan, **Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación**, Buenos Aires: Paidós, 1992.

Vásquez, M^a Luisa, Ferreira, M^a Rejane, Mogollón, Amparo, Fernández, M^a José, Delgado, M^a Eugenia, Vargas, Ingrid, **Introducción a las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas en Salud**, 2005, Consorci Hospitalari de Catalunya y Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Vega-Centeno, Imelda **¿Imaginario Femenino?** Lima: Escuela para el Desarrollo, 2000.

ANEXO I: PAUTA DE ENTREVISTA OBSTETRAS Y/O MATRONAS

Datos personales

Nombre

Edad

Sexo

Lugar de residencia

Historia familiar

- estado civil
- hijos/as

Educación

- qué universidad
- educación fuera/dentro de Chile
- participación en conferencias/seminarios

Ejercicio de la profesión

Dónde atiende

- público - qué hospitales –estadísticas y tendencias del hospital
- privado – qué Clínicas – estadísticas y tendencias
- consulta privada
- horarios – disponibilidad para sus pacientes
- porcentaje cesáreas vs. parto vaginal del Obstetra
- equipo médico – con quienes trabaja, es estable o variable dependiendo de la clínica/hospital?

Consultas/controles con mujeres embarazadas

- exámenes iniciales/regulares de rutina
- medicamentos/vitaminas recetados
- ecografías – frecuencia y dónde
- otras fuentes de información / educación durante el embarazo/parto
- conversar sobre opciones de parto
- percepción de las usuarias/familias: cuán informadas están, qué necesitan, preguntan, autonomía, decisiones

Tendencias y opiniones

- preferencias desde punta de vista de obstetra parto vs. cesárea
- motivos fisiológicos para cesárea

- ¿cree que la mujer tiene alguna autonomía en decidir procedimientos, diseño, sala de parto etc.
- ¿quién toma la decisión final?
- opinión personal y profesional sobre el índice de cesárea en Chile
- recomendaciones

Contacto con mujeres usuarias primíparas – muestra representativa

ANEXO II: PAUTA DE ENTREVISTA MUJERES

PRIMÍPARAS

Datos personales

Nombre

Edad

Ocupación y/o historia laboral

Educación

Lugar de residencia actual y tiempo en el lugar

Lugar de origen

Otros lugares donde ha vivido

Historia de la familia de origen

- composición de la familia (nombres, edades, ocupaciones)
- origen de la familia materna y paterna
- si es mayor, memorias del nacimiento de hermanos

Familia actual

- estado civil
- cuanto tiempo vive/está casada con pareja
- composición familiar
- pareja – quién es, ocupación, estudios

Fuentes de información informales y formales

Familiares – hermanas, mamá, etc

- experiencias de gestación
- experiencias de parto/cesárea (programadas, emergencias, otras complicaciones)
- sus fuentes de información formales e informales
- consejos/recomendaciones

Amigas/os y parejas – en Chile o afuera

- experiencias de gestación
- experiencias de parto/cesárea (programadas, emergencias, otras complicaciones)
- sus fuentes de información formales e informales
- consejos/recomendaciones

Propias experiencias previas con enfermedades, accidentes

- canales de tratamiento o cuidado de la familia
- experiencia con qué tipo de profesionales de salud
- sistemas de salud: público, privado

- biomedicina o salud alternativa o complementaria
- especificar en Chile o afuera

Medios de comunicación consultadas en temas de salud, gestación y parto

- revistas
- internet
- libros

Participación en charlas, talleres, ejercicio, yoga, otras actividades diseñadas para la gestación y preparación de parto

Experiencia concreta con la gestación y el parto

Gestación/embarazo

- ¿que sentiste al saber que estabas esperando guagua? que hiciste primero, que contaste, etc.
- concepción (fácil, programada, imprevista o inesperada, etc)
- deseo de tener hijos/as (¿siempre ha querido? ¿Cuántos?)
- Describir tu experiencia con la gestación (cómo se sintió, complicaciones, etc)

Equipo médico (obstetras, matronas, pediatras, etc.)

- ¿Cómo llegaste a ellos?
- ¿Desde cuándo te atiendes con él/ella?
- ¿Dónde atiende/n? (consulta, clínicas/hospitales)
- atención médica/controles médicos durante gestación
 - frecuencia, duración de controles, disponibilidad
 - en qué consistían los controles
 - exámenes (eco, tacto, etc)
 - llevas documentos, registros de los controles
- describir ambiente de controles, quien estaba presente, dialogo abierto o sólo impartir información
- información proporcionada y contacto con otros medios de información (talleres de parto, con o sin parejas, otros medios informativos, etc)

Parto

- describir día de parto desde inicio de contracciones – donde, cuando, como, quien estuvo presente en qué momento?
- ¿era lo que imaginabas? ¿Por qué o por qué no?
- tipo de parto: cesárea o vaginal, natural, programada o emergencia (quién, cómo y por qué tomó la decisión y en qué momento)
- como se sintió física y emocionalmente (antes y durante)
- experiencia con el equipo médico (tratamiento, presencia, puntualidad, respeto por decisiones, entrega de información)
- ¿hubo plan de parto previo acordado con equipo médico?
- estadía clínica – visitas – accesibilidad al hijo/a

- regreso a la casa (sola, con pareja, otra ayuda, por cuanto tiempo tiene otra ayuda)

Análisis del proceso/recorrido

Situación actual

- Cuanto tiene su hijo/a?
- Como estuvo la recuperación física y emocional?
- Como te has sentido desde el parto en la parte emocional, como te sientes en el rol de madre, mujer, lactancia, etc.
- ¿Cuáles han sido tus redes de ayuda, apoyo desde el parto? ¿que o quien más te ha ayudado en el periodo pos-parto?
- Cuando piensas en todo el proceso, ¿cuáles son las cosas que más te acuerdas?
- ¿Qué o quién crees o sientes que fue lo que más te ayudó durante la gestación o parto?
- Quieres tener más hijos/as? Porque o porque no?
- Si tuvieras otro hijo/a, ¿harías todo igual? ¿que te gustó? ¿Qué no te gustó? ¿Qué cambiarías y porque?
- Trabajarías con el mismo equipo médico? Porque o porque no?
- Expectativas y esperanzas sobre el parto/cesárea (se cumplió o no, porque o porque no)
- **Para las extranjeras:** ¿Crees que hubiera sido diferente la experiencia en tu país de origen? ¿Cómo?

ANEXO III: PAUTA DE ENTREVISTA MUJERES

PRIMÍPARAS (en inglés)

Personal Info

Name

Age

Profession and/or professional history

Education

Current place of residence and length of time living there

Country of origin

Other places you have lived

Family history

- family composition (names, ages, occupations)
- origin of maternal and paternal family
- if older sister, any memories of birth of siblings

Current family

- marital status
- how long have you lived with/been married to your current partner
- family composition
- partner – who is he, what does he do, studies

Formal and informal sources of information

Family – sisters, mother, etc

- experience with pregnancy
- experience with childbirth/c-section (programmed, emergency, other complications)
- formal and informal sources of information
- advice/recommendations

Friends and partners – in Chile and outside

- experience with pregnancy
- experience with childbirth/c-section (programmed, emergency, other complications)
- formal and informal sources of information
- advice/recommendations

Own prior experience with illnesses, accidents

- channels for treatment or care of the family

- experience with which type of health professionals
- health systems: public, private
- biomedicine or alternative or complementary health
- specify in Chile or outside

Media consulted in relation to health, pregnancy and childbirth

- magazines
- internet
- books

Participation in childbirth preparation courses, exercise, yoga, other activities designed for use during pregnancy

Concrete experience with pregnancy and childbirth

Pregnancy/childbirth

- How did you feel when you found out you were pregnant for the first time? What did you do first, who did you tell, etc.
- conception (easy, programmed, unplanned or unexpected, etc)
- Desire to have children (have you always wanted children? How many?)
- Describe your experience during pregnancy (how did you feel, complications, etc)

Medical team (obstetricians, midwives, pediatricians, etc.)

- How did you find them?
- How long have you been going to him/her?
- Where does s/he have his/her offices? (private practice, clinics/hospitals)
- medical care/medical checkups during pregnancy
 - frequency, length of checkups, availability of doctors, etc
 - what did the standard checkup consist of
 - exams (eco, touch, etc)
 - Did you keep documents, records of checkups?
- describe surroundings during checkups, who was present, open dialog or only reception of information
- Information provided and contact with other media (childbirth workshops, with or without partners, other media, etc.)

Childbirth

- Describe the day you delivered from the outset of contractions – where, when, how, who was present at what time?
- Was it what you imagined? Why or why not?
- type of delivery: c-section or vaginal, natural/spontaneous or scheduled, emergency (who, how and why was the decision made and at what moment)
- how did you feel physically and emotionally (before, during and after)

- experience with the medical team (treatment, presence, punctuality, respecting decisions, provision of information)
- Was there a prior childbirth plan agreed upon with you medical team?
- stay in clinic – visits – accessibility to your child
- return home (alone, with partner, other help, how long)

Analysis of the process/journey

Current situation:

- How old is your son/daughter?
- How was the physical and emotional recovery?
- How have you felt since childbirth on an emotional level, how do you feel in the role of mother, woman, towards breastfeeding, etc.
- What have been your support networks since delivery? Who or what has helped you the most since delivery?
- When you think about the entire process, what are the things that you most remember?
- Who or what do you think or feel were the helpful to you during pregnancy or childbirth?
- Do you want to have more children? Why or why not?
- If you had another child, would you do anything differently? What did you like? What did you not like? What would you change and why?
- Would you use the same medical team? Why or why not?
- Expectations and hopes about childbirth/cesarean (were these met or not, why or why not)
- **For foreigners:** Do you think that the experience would have been different in your homeland? How?