



“Entre Decidir y Acatar”: Trayectorias de gestación y parto en salud privada

Proyecto de Memoria para optar al título de Antropóloga Social

Magdalena Patricia Rivera Fernández

Profesora Guía Michelle Sadler Spencer

Agosto, 2016

Dedicada a mi hija Alba, por su existencia y amor incondicional. A Carlos, mi compañero, por su contención, cariño y paciencia. A Patricia, mi madre, por su apoyo constante. A mi Familia por animarme y estar presentes. A mis amigas Consuelo, Belén, Rosario, Emilia, Camila y Susana por ayudarme con el cuidado de Alba durante este proceso y por sus comentarios y ayuda sobre este escrito.

A Michelle por guiar este proceso con comprensión, empatía y dedicación.

A todas las mujeres que desinteresadamente me abrieron su corazón compartiendo sus historias de gestación y parto.

RESUMEN

En Chile el modelo de atención de los procesos reproductivos posee un carácter predominantemente tecnocrático, privilegiando una mirada patológica sobre la gestación y el parto. Lo anterior produce un actuar obstétrico basado en la repetición de intervenciones rutinarias no justificadas medicamente con poca o nula evidencia científica que las respalde. La mayoría de las veces, estas intervenciones constituyen un daño para la salud de la madre y el/la recién nacido/a tanto a corto como a largo plazo.

Un ejemplo paradigmático de estas intervenciones es la cesárea, que en salud privada asciende a un 71,8% excediendo ampliamente el límite de 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las explicaciones médicas justifican en parte este porcentaje en el deseo de las mujeres, sin embargo, la mayoría tiene una preferencia explícita por el parto por vía vaginal y en el caso de la salud privada esto se vuelve relevante, ya que las mismas poseen la facultad de elegir ciertos elementos y condiciones de su atención. Este alto nivel de intervención y el actuar en contra de las preferencias de las usuarias por parte del personal de salud, responde a condiciones culturales del actual modelo de atención. En orden de aportar a describir estas condiciones exploramos las representaciones en torno al cuerpo gestante y las vías de parto en mujeres gestantes y púrperras del sistema de salud privado de la Región Metropolitana y cómo estas influyen en el proceso de toma de decisiones respecto al parto.

Las principales representaciones sobre el cuerpo gestante y las vías de parto que se producen en las interacciones entre usuarias, personal de salud y entorno social a lo largo de la gestación objetifican al cuerpo gestante como un medio y destacan su carácter potencialmente patológico. Además el carácter paternalista de las relaciones que se producen con los/as obstetras sitúan a las mujeres en una posición secundaria y despojada de poder. Si bien el parto por vía vaginal es preferido por las usuarias a nivel explícito, las representaciones existentes en torno a él, como más doloroso, sufriente y más riesgoso generan inseguridades, temores e incertidumbres a su alrededor. De esta forma las intervenciones obstétricas se instalan como herramientas apropiadas para controlar y reparar potenciales patologías. Lo anterior a través de la entrega de información no basada en evidencia por parte del personal de salud y de la culpabilización constante hacia los cuerpos de las mujeres. Esta forma de atención termina por convencer o directamente obligar a las mujeres a tomar decisiones en contra de sus preferencias iniciales, instalando la idea de que fueron ellas quienes eligieron la forma de atención que recibieron (lógica de la elección).

Palabras clave: modelo tecnocrático, medicalización, intervenciones, parto vaginal, cesárea, representaciones, preferencias, elecciones.

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	7
II.1 Instalación del parto hospitalario en Chile y dinámicas de atención del proceso reproductivo en el sector público y privado.....	7
II.2 Los modelos de atención en conflicto.....	11
II.3 Preferencias de las usuarias sobre las vías de parto	17
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
IV. OBJETIVOS.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
V. MARCO TEÓRICO	21
V.1 Antropología Médica Crítica, Biomedicina y Medicalización.....	22
V.2 Regulación del cuerpo femenino a través del biopoder / Miradas feministas sobre el cuerpo gestante.	23
V. 3 Expresión del biopoder en la gestación y parto: El modelo tecnocrático....	28
V.4 La lógica de la elección como el ideal de cuidado en salud privada y la propuesta de la lógica del cuidado.	30
VI. MARCO METODOLÓGICO	33
VI.1 Técnicas.....	36
a. Entrevistas semi estructuradas	36
b. Grupo de discusión	36
VI.3 Muestra	37
VI. 4 Análisis de información.....	39
VI. 5 Procedimientos éticos	40
VII. ANÁLISIS.....	40
VII.1 El Cuerpo Gestante.....	41
a. Protagonistas y espectadoras.....	42
b. Representaciones del cuerpo gestante: el cuerpo patológico.	47
c. Relaciones gestacionales.....	52
VII.2 PERCEPCIONES Y VALORACIONES SOBRE LAS VÍAS DE PARTO....	60
a. Preferencias de vías de parto	61
b. Las percepciones del dolor	65
c. Las percepciones del riesgo.....	69
VII.3 ENTRE DECIDIR Y ACATAR: TRAYECTORIAS DE PARTO EN EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD.	73
a. Tu guagua es muy grande y tú eres muy estrecha: el caso de Carolina....	75
b. No puedes parir más allá de la semana 40: el caso de Mónica	80
c. Una vez cesárea siempre cesárea: el caso de Carmen	87
VIII. CONCLUSIONES	93
VIII. BIBLIOGRAFÍA	102

I. INTRODUCCIÓN

A través de toda mi experiencia universitaria estuve interesada por temas relacionados a los estudios de género, principalmente por la desigualdad y sumisión a las cuales nos vemos sometidas las mujeres en diversos ámbitos de la vida. Estas inquietudes me llevaron a interesarme por la antropología médica, ya que esta área reflexiona en torno a lo que ha sido un foco de interés y discusión acerca de esta desigualdad; el cuerpo. Objeto de representaciones, ideas y leyes que van normándolo, el cuerpo femenino y en especial sus procesos reproductivos constituyen un territorio muy rico de análisis de las inequidades de género. En la forma en que cada sociedad norma dichos procesos, se pueden analizar muchas de las estructuras de poder que norman las relaciones de género. En este sentido, si bien los procesos reproductivos como la menstruación, el parto y la menopausia son vividos por las mujeres de todas las culturas del mundo, son normados y significados de forma diferencial.

El proceso del nacimiento ha vivido en los últimos siglos un creciente proceso de medicalización, en el marco de la hegemonía del modelo médico alópata o biomedicina, que significa la transformación de una gama de episodios de la vida cotidiana de los sujetos, que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente eran considerados acontecimientos comunes. Las implicancias de este proceso no solo corresponden a la consideración de estos momentos en términos de enfermedad, sino a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2003, p.193).

El modelo hegemónico de atención del nacimiento tanto en nuestro país como en gran parte del mundo corresponde así al de la biomedicina, sin embargo toma formas específicas muy diferentes según los contextos donde se aplica. Si bien se caracteriza en todas partes por un foco en los aspectos fisiológicos (en desmedro de los emocionales y psicosociales), en Chile se caracteriza además por un excesivo uso de intervenciones médicas no basadas en la evidencia y sin motivos estrictamente “médicos”, que nos lleva a ser de los países del mundo con más intervenciones obstétricas innecesarias. Como ejemplo paradigmático, somos uno de los países con más operaciones cesáreas del mundo, intervención que se ha transformado en la principal vía de nacimiento en el sector privado de nuestro país. Según datos del Ministerio de Salud, durante el año 2012 el 49,3% de los nacimientos correspondió a cesárea (DEIS MINSAL, 2012), excediendo el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que corresponde a un 15%, posicionando a nuestro país en el cuarto lugar del mundo con partos por esta vía. Es necesario recalcar que en el sector privado la cifra asciende a 71,8% mientras que en el público cae a 39,4% (Ibid).

El exceso de intervenciones de rutina y de cesáreas en la atención obstétrica constituyen preocupaciones de salud pública, y en las últimas tres décadas hay cuantiosa evidencia

que plantea que producen daños en la salud de mujeres, recién nacidos, y a lo largo de la vida de dichos niños y niñas. Las organizaciones de salud pública internacionales han hecho numerosos llamados desde el año 1985 a reducir las intervenciones innecesarias, y en el año 2015 la Organización Mundial de la Salud publicó la “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”, donde plantea que las tasas superiores al 15% de dicha intervención no acarrearán disminuciones en la mortalidad materna ni infantil a nivel de poblaciones. Si tomáramos dicha cifra como parámetro (o incluso un 20% como plantean algunas sociedades obstétricas), podríamos plantear que en Chile se practica un 20% de cesáreas por razones no médicas en el sector público, y un 50% en salud privada.

Es a partir del interés por indagar en dichos factores “no médicos” que llevan a la práctica de intervenciones obstétricas en general y de cesáreas en particular, que se planteó el proyecto FONIS SA13I20259 *“Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio en salud pública y privada para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile”*. La presente memoria forma parte de dicho proyecto. El proyecto FONIS completo se basó en la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a obstetras, matronas y usuarias (gestantes y puérperas) de los sistemas de salud privado y público de la Región Metropolitana, y la presente memoria se enfocó en trabajar con la sub-muestra de usuarias gestantes y puérperas del sistema de salud privado. A través de la aplicación y análisis de entrevistas semi-estructuradas y un grupo de discusión se exploraron las percepciones y representaciones en torno al cuerpo gestante y al parto, las características del vínculo establecido con el personal de salud y el proceso de toma de decisiones en relación a la atención del parto.

El sector de salud privado plantea una paradoja interesante de investigar, pues en este sector se plantea la posibilidad de elegir los términos y condiciones de la atención. Se podría pensar que debido a tratarse del sector de mayor nivel socioeconómico, las usuarias tendrían un mayor acceso a la información y un mayor empoderamiento respecto a sus procesos fisiológicos, sumado a que se trata de la población más saludable (en comparación con salud pública). Sin embargo, se trata del sector donde se practican más cesáreas. Junto con lo anterior es necesario mencionar que usuarias del sistema público acceden a este sistema privado de atención a través del bono PAD Parto –Pago Asociado a Diagnóstico-, el cual les permite pagar un monto fijo para dar a luz en clínicas abiertas a este convenio. Para acceder a este beneficio es necesario tener una gestación saludable, sin embargo al atenderse bajo las dinámicas del sector privado, existe una mayor probabilidad de tener una cesárea, lo cual es paradójico pues la cesárea se erige como una intervención que se utiliza ante complicaciones obstétricas, las cuales son poco frecuentes en gestaciones saludables.

Para situar la problemática, se expone como antecedente la instalación del parto hospitalario en Chile, el cual se caracterizó por un doble proceso: la desacreditación de la atención que realizaban parteras empíricas al mismo tiempo en que ocurría la calificación y profesionalización de la medicina obstétrica, instalando una mirada científica y androcéntrica del parto. Además se exponen las principales características del modelo

que este proceso instaló y que corresponde a la forma actual de atención de los nacimientos en nuestro país. En el marco teórico se exponen las premisas de la antropología médica crítica como marco de análisis de los procesos reproductivos y se exponen los conceptos de biomedicina y medicalización. Posteriormente se evidencian las influencias del biopoder sobre el cuerpo femenino y se discuten algunos enfoques feministas sobre el cuerpo gestante. Se expone la influencia del biopoder sobre el parto expresado en el modelo tecnocrático de atención y se muestran la lógica de la elección como el ideal de atención en salud privada.

En el análisis se exploran las trayectorias de atención de las usuarias gestantes y puérperas del sistema de salud privado focalizándonos en las representaciones sobre la gestación y el parto que se transmiten en las interacciones entre usuarias y personal de salud. Y en la influencia que estas representaciones ejercen sobre las mujeres, sus deseos, expectativas y toma de decisiones. Se plantea que las representaciones sobre el cuerpo gestante y el parto que se transmiten en las interacciones entre usuarias y personal de salud constituyen dispositivos de poder que posicionan a las intervenciones obstétricas, entre ellas la cesárea, como las alternativas más seguras y confiables ante la imprevisibilidad del parto por vía vaginal. Estas intervenciones se realizan de parte del personal de salud bajo lógicas repetitivas y la mayoría no está basada en evidencia científica sino que responde a intereses tanto personales como institucionales. Hace sentido entonces que, a pesar de la preferencia por el parto por vía vaginal, las mujeres se entreguen con poco o nulo cuestionamiento a este tipo de atención obstétrica.

II. ANTECEDENTES

II.1 Instalación del parto hospitalario en Chile y dinámicas de atención del proceso reproductivo en el sector público y privado.

Hasta la era industrial, las prácticas en torno al parto eran radicalmente diferentes a las que conocemos actualmente. La mujer se movía libremente durante el trabajo de parto, ajustaba su posición según su necesidad para ir aliviando el dolor de las contracciones y la dilatación, comía y bebía según lo que se consideraba seguro y saludable, era acompañada por otras mujeres con las cuales tenía una relación cercana (madre, hermana, amiga) y daba a luz en un lugar familiar, generalmente en su hogar y en posición erguida. Las personas que acompañaban el parto se agachaban o arrodillaban frente a la mujer para recibir al bebé, quien permanecía en el seno materno para recibir calor y ser amamantado (Davis-Floyd, 2009).

En nuestro país, las parteras o comadronas eran quienes acompañaban a las mujeres en el parto. Estas mujeres pertenecían al grupo social de los curanderos quienes practicaban la *medicina popular*, la cual se caracterizaba por combinar conocimientos y tecnologías de distintos orígenes culturales, tanto indígenas como cristianos. Las parteras estaban encargadas, además de asistir a las mujeres durante el parto, de curar enfermedades

exclusivamente femeninas y atender al recién nacido. Para esto hacían uso de diversas hierbas, manipulaciones corporales y ritos religiosos. Las parteras eran principalmente mujeres, pertenecían al sector más pobre de la sociedad y ejercían su influencia mayoritariamente en zonas rurales. Su conocimiento no poseía un carácter formal, sino que era fruto de la experiencia de cientos de años acompañando este proceso, dando origen a una “ciencia de la hembra” que se transmitía de generación en generación (Zárate, 2008).

Las parteras tuvieron libertad para atender el parto hasta mediados del siglo XIX, cuando comenzó un rápido proceso de institucionalización del parto, apoyándose en el argumento de los altos índices de mortalidad materno infantil de la época. Este proceso se fortalece gracias a la constante desacreditación de los oficiantes de la medicina popular, aludiendo a las condiciones de género de quienes la ejercían:

Si la medicina popular, desde la Colonia hasta fines del siglo XIX, estuvo principalmente en manos femeninas, aquella cualidad comenzó a perder, paulatinamente, confiabilidad y reconocimiento durante las últimas décadas del Chile decimonónico. Esto debido a que el segmento social que la practicaba, las mujeres pobres, era públicamente relacionado con el más ignorante y el que se inclinaba más a la combinación de procedimientos curativos con actos bárbaros y paganos como la brujería o la adivinación (Zárate, 2008, p. 68).

Al mismo tiempo que se producía un descrédito de estas mujeres, se ejercía una creciente calificación del conocimiento científico y moderno, específicamente de la medicina obstétrica. Lo anterior se vio reflejado en el apoyo institucional a la formación de médicos y matronas examinadas, así como también en el impulso del trabajo de la Casa de Maternidad de Santiago. Estas transformaciones no estuvieron exentas de dificultades ya que la cobertura médico formal era escasa y además las personas desconfiaban de sus procedimientos, pues *aquellas entrenadas en el arte de “partear”, aprendido con la observación y la práctica, eran depositarias de una confianza histórica, aparentemente, difícil de reemplazar (Zárate, 2008, p. 496).*

En 1772 se funda el Hospital de Mujeres san Francisco de Borja, el cual contaba con salas especializadas para la atención de los partos. En 1833 se funda la primera escuela de medicina y en 1834 la primera escuela de obstetricia formadora de matronas, autorizando su ejercicio a través de un decreto dos años después. Su director era Lorenzo Sazié, quien difundió el uso del fórceps, el empleo de espéculos, valvas vaginales e implantó normas “racionales” en la asistencia de los partos (Muñoz et al. 2001 en Sadler, 2003). En 1866 la Universidad de Chile establece los requisitos para ejercer la profesión de médico, cirujano, farmacéutico, flebotomo, dentista y matrona; estableciendo el plan de estudio del curso de obstetricia para mujeres. En 1897 abre la escuela de obstetricia y en 1913 la escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas (Ibíd.).

En 1925, un 70% de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20% por matronas capacitadas, y 10% por médicos.(...) En la actualidad, la totalidad de los partos son

atendidos por personal médico capacitado; 70% por matronas y 30% por médicos (Muñoz et al. 2001, p. 80 en Sadler, 2003, p.37).

Como vemos, la atención del sistema médico institucional al parto fue paralela a la separación de las mujeres de un ámbito que era considerado exclusivamente femenino, devaluando y disminuyendo los conocimientos adquiridos por siglos de tradición y experiencia:

*La historia de la obstetricia se configura como **la historia de la degradación del rol de la partera tradicional/empírica y la eliminación progresiva de las mujeres de su rol protagónico en todos sus ciclos vitales, delegando así su responsabilidad y autonomía al saber biomédico** con su máxima expresión en la figura del médico obstetra. La partera tradicional/empírica se reemplazó por la partera profesional con estudios universitarios con características similares a los hombres entrenados en el paradigma tecnocrático (Ramírez, 2015, p.20).*

El nuevo sistema de atención institucionalizado no se construye como resultado de la evolución de saberes tradicionales -ni de una combinación entre saberes de diferentes orígenes- sino desde otro punto de partida, desde el modelo “científico” del parto. Como resultado de estas transformaciones, el parto se institucionalizó por completo y se desautorizó el ejercicio de practicantes no biomédicos en la atención. Si bien este proceso en términos generales fue común a lo largo del mundo occidental, en Chile presentó características más extremas. A diferencia de otros contextos, en los cuales se mantuvieron –o se han recuperado- territorios para el parto no hospitalarios (como el nacimiento en casa o en centros de parto), y donde las prácticas de partería tradicional se integraron a las biomédicas, en nuestro país la partería empírica e indígena casi han desaparecido por completo y no hay alternativas legales de atención a la institucional (en hospitales o clínicas). Si bien en Chile el parto domiciliario ocurre –y va en aumento- no está reconocido por las autoridades. Lo anterior a pesar de las recomendaciones internacionales que abogan por la generación de alternativas al modelo hospitalario. Algunos de los países con los mejores indicadores de atención obstétrica recomiendan que esto suceda, en Holanda, existe un 28% de partos en casa, en Dinamarca un 1% y en Reino Unido un 3% (Ramírez, 2015). En todos estos países se promueve hacia gestantes con bajo riesgo obstétrico, es cubierto por el servicio de salud pública, y el parto es atendido por matronas:

Cabe destacar que el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido actualmente recomienda a mujeres saludables (de bajo riesgo obstétrico) tener a sus hijos en casa o en centros de maternidad, más que en hospitales, ya que de acuerdo a la evidencia disponible, cuando el parto es atendido por matronas se reducen las intervenciones médicas innecesarias, incluidas las cesáreas (Ramírez, 2015, p.13).

La recomendación de la atención del parto por profesionales matronas/es viene dada porque las/os mismas/os se forman bajo una mirada fisiológica de atención del parto, a diferencia de los/as obstetras cuya formación está orientada a los procesos patológicos que pudiesen ocurrir en la gestación y el parto. Es por lo anterior que hoy se recomienda

en algunos países que los partos de “bajo riesgo” obstétrico sean atendidos por matronas y el obstetra esté presente solo en caso de complicaciones, ya que de esta manera se promueve una mirada y una atención más centrada en lo fisiológico. La recomendación de abrir nuevos territorios de parto tiene el mismo objetivo: promover la fisiología del nacimiento y la confianza y el protagonismo de la mujer y su familia en el proceso.

Volviendo a la descripción del marco institucional de atención del parto en nuestro país, es necesario destacar dos hitos históricos relevantes que marcan la forma de atención que el mismo posee en la actualidad. En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), institución estatal de administración autónoma que a través de programas sanitarios específicos buscaba fomentar la salud y prevenir las enfermedades de la población. Este servicio tenía un carácter público y universal. Posteriormente, a inicios de la década de los 80, el régimen militar dio un fuerte impulso a la atención privada en salud creando las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que corresponden a intermediarios financieros para la atención en salud que captan la cotización previsional de salud de los trabajadores y además el gasto individual variable según los beneficios del programa convenido. Las acciones y programas del SNS se mantuvieron vigentes, a pesar de las restricciones económicas impuestas por el régimen, el cual privilegiaba el desarrollo de una medicina privada. Lo anterior generó un cambio radical en la forma de pensar la salud en nuestro país (Goic, 2015).

En primer lugar, se introduce la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago. En segundo lugar, se reconoce al lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener mejoras en la salud de la población. (Aedo, 2012, p.608)

En consecuencia, se produjo un cambio en la forma de atención en salud pues se generaron dos subsistemas de atención con dinámicas diferentes. Actualmente, respecto a la atención específica del parto, en el caso de del Fondo Nacional de Salud (FONASA) las mujeres reciben cuidados prenatales y postnatales en los centros de salud pública; consultorios (centros de salud locales) y atención del parto en los hospitales. La mayoría de estos cuidados están a cargo de matronas/es profesionales siendo el/la obstetra requerido exclusivamente en casos de complicaciones. En este sistema en particular, bajo la forma más básica de cobertura, (FONASA A)¹ la mujer no decide con quién atenderse, simplemente está sujeta a la disponibilidad de personal, tanto en el consultorio como en el hospital. Un 70% de los partos ocurren bajo las dinámicas de este sector de atención (Sadler y Leiva, 2015) e intervenciones como la cesárea ascienden a un 39,4% (DEIS, MINSAL, 2012).

Por otro lado, las usuarias pertenecientes a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) reciben atención en centros de salud privada (clínicas o centros médicos) y, a diferencia del sistema público, pueden elegir ciertos términos y condiciones de su atención, como por ejemplo a el/la obstetra, principal proveedor/a del cuidado de la mujer

¹Personas indigentes o carentes de recursos, Beneficiarios de pensiones básicas solidarias, Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).

en su gestación. La matrona o matron generalmente está asociada/o con un/a obstetra específico y la relación que se establece con la mujer es durante el último trimestre a través de una reunión presencial previa al parto. Durante el parto adquiere un rol más protagónico al atender a la mujer desde su llegada a la clínica hasta que nace el bebé, a diferencia del/a obstetra quien usualmente llega cuando el parto ya está en una fase más activa. El porcentaje de atención del sistema privado de salud asciende a un 30% del total de los partos de nuestro país (Sadler y Leiva, 2015) e intervenciones como la cesárea ascienden a un 71,8% (DEIS, MINSAL, 2012)

Es necesario destacar que en los últimos años se han ido produciendo modificaciones en la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA) dando la posibilidad a los/as usuarios de pagar un monto mensual para acceder a mayores beneficios y además descomprimir el sistema público (FONASA B, C y D)². Las usuarias que pertenecen a estos tramos tienen la posibilidad de acceder al bono PAD (Pago Asociado a un Diagnóstico), siempre que su gestación haya sido saludable y con eso atender su parto bajo las dinámicas del sector privado descritas anteriormente³. Como mencionamos previamente, en el sector privado de atención se realizan 7 cesáreas de cada 10 nacimientos, por tanto las mujeres que optan por el bono PAD, a pesar de tener gestaciones de bajo riesgo obstétrico, tienen mayores posibilidades de tener un parto vía cesárea que las que se atienden bajo las dinámicas del sector público de salud. Resultados preliminares de una encuesta perteneciente al estudio FONIS en el cual se enmarca esta tesis plantean que;

*del total de mujeres que se atendieron con PAD, un 90,2% de sus nacimientos terminaron en cesáreas, mientras que del total de mujeres que no tuvieron PAD, un 72,7% de los partos fueron por esta vía. Esto implica que **por el sólo hecho de atenderse con las dinámicas del sector privado, las posibilidades de que el parto termine siendo una cesárea aumentan en 18%.***

II.2 Los modelos de atención en conflicto

En el apartado anterior describimos el proceso de institucionalización del nacimiento en Chile y los sistemas de atención público y privado. Es importante plantear que en parte gracias a la implementación del modelo institucional del parto se han conseguido grandes avances en la salud materna y neonatal en las últimas décadas, pero nos gustaría poner dichos datos en contexto.

Durante las últimas décadas los indicadores de salud materna perinatal e infantil⁴ han mejorado considerablemente. La tasa de mortalidad materna alcanzaba en 1965 la cifra de 279 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, la atención profesional del parto llegaba sólo al 52% y en algunas provincias no superaba el 40% (Szot, 2002). Durante el

²Personas que perciben ingresos mensuales imponible entre \$210.000 y \$351.000 pesos .

³ En clínicas específicas que están abiertas a este convenio.

⁴Son indicadores de salud materna, perinatal e infantil, la mortalidad materna, la mortalidad fetal, la mortalidad neonatal, la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez.

año 2012 el número de defunciones maternas fue de 46 por 100.000 nacidos vivos (OPS/OMS) y según datos del año 2010, el 99,8% de los nacimientos recibieron atención profesional (DEIS). La evolución positiva de estas cifras se atribuye al aumento de los programas de salud perinatal, la cobertura médica del parto, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y socioeconómicas generales del país, posicionando a Chile como uno de los países con mejores indicadores sanitarios del cono sur, con cifras similares a países desarrollados como Canadá con 34 defunciones por 100.000 nacidos vivos (OPS, OMS, 2012).

Sin embargo, al mismo tiempo que mejoran estos indicadores, se constata el mantenimiento y aumento de ciertas intervenciones obstétricas que se realizan de forma rutinaria a pesar que un 70-80% de las gestaciones son de bajo riesgo y no las requieren (Sadler, 2016, p.21). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda evitar la práctica indiscriminada de estos procedimientos debido a sus riesgos, incomodidad para las mujeres y poca o nula eficiencia. Entre ellos se encuentran; monitorización fetal continua, rotura artificial de membranas, inducción del trabajo de parto por razones no médicas, episiotomía de rutina, anestesia de rutina, posición decúbito o supina (sobre la espalda) durante el trabajo de parto e impedimento de moverse libremente.

Todos estos procedimientos son comunes y frecuentes en el tratamiento del parto en nuestro país, dando cuenta de una práctica médica excesivamente intervencionista. La evidencia científica no respalda un manejo intervencionista del pre parto y parto, por el contrario fundamenta que ciertas intervenciones pueden tener efectos de salud dañinos en el bebé y la mujer (MINSAL, 2008). Si bien las intervenciones son necesarias en el caso de patologías o complicaciones, no se justifican (y así lo establece la OMS) en caso de gestaciones y partos saludables, que son la gran mayoría.

Este modelo de atención del nacimiento, que es el que actualmente predomina en nuestro país, al que hasta ahora nos hemos referido como intervencionista, nace bajo el alero de la biomedicina, entendiendo la misma como un sistema médico surgido en occidente a fines del siglo XIX, el cual ha influenciado las prácticas de sanación y salud del mundo entero posicionándose hegemónicamente. Este sistema médico, al igual que otros, corresponde a un sistema complejo, una construcción histórica y cultural que posee dinámicas internas, reglas y prácticas propias. En la biomedicina existe un universo biológicamente definido en el que principalmente las intervenciones somáticas adquieren sentido, pues su foco son las patologías, es decir, las expresiones de la enfermedad.

El sistema biomédico, al igual que cualquier modelo cultural, se adapta y toma formas diversas según el contexto cultural en el que se inserte. Un ejemplo de esto son las diferencias en procedimientos quirúrgicos que pueden encontrarse en diferentes países cuyo sistema médico hegemónico es la biomedicina. Un reporte realizado el 2013 resume datos acerca de 5 procedimientos y su frecuencia entre países de la OCDE (Mc Pherson, 2013). El reporte muestra diferencias internacionales sustanciales para la mayoría de los procedimientos pero también cifras similares entre países. Respecto a los procedimientos que tienen que ver con las vías de parto el reporte muestra que actualmente las cesáreas

se practican en promedio en un cuarto de los nacimientos de los países miembros y ha habido un incremento de un 75% en las últimas dos décadas. Los índices más altos se encuentran entre México y Turquía con más de 420 cesáreas por 1000 nacidos vivos, mientras que los índices más bajos se encuentran en Finlandia, Islandia y los Países Bajos, con menos de 160 cesáreas por 1000 nacidos vivos.

Un informe de la OCDE (2015) realiza un análisis similar evidenciando que las tasas de cesáreas han aumentado en casi todos los países miembros. Dentro de las razones del incremento se mencionan el aumento de primeros partos en mujeres de edad avanzada y partos múltiples (resultado de tratamientos de fertilidad asistida), preocupación respecto a una posible negligencia médica, partos programados por conveniencia de médicos y pacientes y la preferencia de algunas mujeres por esta vía de parto. Un dato novedoso que aporta este informe es la constatación de importantes diferencias en el índice de cesáreas en regiones, instituciones u hospitales de un mismo país. Un ejemplo de esto son las enormes variaciones del número de cesáreas en el sector público v/s el sector privado, revelando que en la mayoría de los países el sector privado es donde se practican más intervenciones de este tipo (OCDE, 2015).

Lo anterior demuestra que las diferencias en el actuar biomédico son mucho más que biológicas y responden a numerosos factores como las preferencias de los pacientes o los incentivos involucrados en los sistemas de salud; factores que varían en importancia según el enfoque que el sistema biomédico adopte (McPherson, 2013).

En el caso de Chile y específicamente en la atención del nacimiento el sistema alópata biomédico tomó la forma tecnocrática, principalmente por influencia de la obstetricia estadounidense. Este paradigma se caracteriza por concebir el cuerpo como una máquina, cuyo prototipo de perfección es el cuerpo masculino, por tanto la versión femenina se simboliza como inherentemente defectuosa. Esta concepción del cuerpo femenino imperfecto e incompleto se traduce en la patologización del proceso de gestación, parto y nacimiento. La visión del cuerpo femenino como máquina se traduce también en la concepción del bebé como un producto de dicha máquina, el cual debe formarse de la manera más perfecta posible. La obstetricia entonces se erige como la ciencia que, a través del desarrollo de herramientas y tecnología, puede mejorar este proceso y hacer de la gestación un modelo productivo controlado y lo más óptimo posible (Martin, 1987; Davis-Floyd, 2007).

Muy ilustrativo resulta el trabajo de Sadler (2004) quien analiza la atención del parto hospitalario en nuestro país, dando cuenta de las características de este modelo y evidenciando que el mismo sitúa a la parturienta en una estatus de "paciente" igualando su condición a la de otros/as usuarios de la institución médica. El problema que se produce al posicionar a la gestante en el estatus de paciente es que inmediatamente se patologiza el embarazo, es decir, un suceso fisiológico se concibe y trata como una enfermedad y por tanto todo su desarrollo se desenvuelve en un contexto de riesgo. Esta visión del cuerpo gestante, como intrínsecamente patológico, contribuye a reforzar una lógica de

subordinación, pues la mujer es vista como incapacitada, impedida de lidiar con el proceso del parto por sí misma e incapaz de tomar decisiones. Lo anterior justifica y da el pie para que la atención obstétrica conduzca e intervenga en cada una de las etapas de este proceso.

Dicho modelo se fue consolidando durante la segunda década del S.XX, con el consecuente aumento de intervenciones innecesarias durante la atención de nacimiento en diversos países del mundo. Lo anterior llevó a la OMS a organizar una reunión sobre el tema y a publicar en 1985 la “Declaración sobre la apropiada tecnología del nacimiento” (OMS, 1985), haciendo un llamado a respetar el proceso fisiológico del parto, reducir intervenciones innecesarias (entre ellas la cesárea) y centrar el protagonismo del evento en la mujer y sus seres significativos.

A pesar del énfasis de la OMS en destacar el tema, no hubo gran respuesta a las recomendaciones recién mencionadas en las siguientes décadas, aumentando las intervenciones innecesarias en muchos contextos del mundo. De ahí que en los últimos años, numerosas agencias internacionales han declarado e insistido en la implementación del modelo de nacimiento respetuoso y menos intervencionista (WRA 2013, OMS 2014). La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia recientemente ha planteado que:

“Toda mujer tiene derecho a una experiencia positiva de parto y al cuidado compasivo de proveedores informados y capacitados que reconozcan que cada mujer, familia, y recién nacido es único y merece atención digna e individualizada” (FIGO 2015: 95, traducción propia).

En nuestro país, y en el año 2008 el Ministerio de Salud (MINSAL) publica el “Manual de Atención Personalizada con enfoque familiar del Modelo Reproductivo”, cuyo objetivo es garantizar a todas las mujeres embarazadas en Chile un acceso apropiado a la asistencia profesional durante el parto, la cual debiese ser segura, personalizada y humanizada. El mismo año entra en vigencia el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, que considera este tipo de atención como un área clave para promover el desarrollo infantil integral.

El modelo personalizado de atención al proceso reproductivo promueve una visión del proceso de gestación, parto y nacimiento como acontecimientos normales que deben ser intervenidos solo si presentan complicaciones, además se consideran factores psicosociales al momento de la atención y se considera a las mujeres y sus familias sujetos activos dentro del proceso, otorgándoles las herramientas necesarias para enfrentar el embarazo y parto de manera informada, anteponiendo sus necesidades a las del personal de salud. Respecto a la atención del parto, tanto el Manual de Atención Personalizada como el programa Chile Crece Contigo, recomiendan acompañar emocionalmente a la parturienta de manera continua, minimizar el monitoreo fetal durante la labor de parto, ofrecer diferentes alternativas para el alivio del dolor (tanto

farmacológicas como no farmacológicas), promover diferentes posiciones que permitan el libre movimiento, y reducir la práctica de intervenciones que no cuentan con evidencia científica como por ejemplo la episiotomía de rutina.

Si bien han habido importantes avances a partir de la creación de estos programas, su implementación ha constituido un gran desafío para las maternidades de Chile. Las intervenciones obstétricas rutinarias se siguen utilizando ampliamente y las mujeres reportan insatisfacción e incluso maltrato en su paso por las maternidades. Un estudio realizado por matronas de la Universidad de Chile en 8 hospitales Regionales de Chile buscó analizar la implementación de este modelo (Binfa et al. 2016). Los objetivos eran describir los resultados clínicos de mujeres que recibieron atención del parto de acuerdo a esta guía, identificar el nivel de bienestar de la madre y el bebé luego de experimentar esta modalidad de atención y explorar la percepción de obstetras y matronas que atendían bajo este modelo. Si bien los resultados de este estudio corresponden a salud pública son necesarios de mencionar, ya que marcan un precedente respecto a la incorporación de las recomendaciones del modelo humanizado.

Al 54,6% de las usuarias se le midieron los latidos fetales de manera continua, intervención que está sujeta a malinterpretaciones y podría ser identificada como una barrera para la disminución de la tasa de cesáreas. A un 59,1% de las usuarias se le practicó amniotomía, (rompimiento artificial de membranas amnióticas) bajo la creencia de que esta práctica disminuye la duración del parto. Otra práctica que no debiera ser realizada en forma rutinaria y que inicia la llamada cascada de intervenciones es la inducción del trabajo de parto que estuvo presente en un 90,8% de los casos del estudio. La episiotomía, cuyo uso debiera ser restringido, se practicó en el 56,4% de los partos del estudio. Respecto al movimiento y a la posición del parto, un 34,7% de las usuarias del estudio no tuvo libertad de movimiento y un 79,7% parió en posición litotómica (acostada boca arriba).

Además, como ejemplo paradigmático, es necesario mencionar uno de los procedimientos obstétricos que requiere de mayor tecnología e intervención: la cesárea. Chile se encuentra dentro de los países con las tasas de cesáreas más altas del mundo. Según datos del MINSAL, durante el año 2012, el 49,3% de los nacimientos correspondió a cesárea excediendo con creces el límite recomendado por la OMS⁵, posicionando a nuestro país en el cuarto lugar del mundo con partos por esta vía. Es necesario recalcar que dicha diferencia varía según el nacimiento sea en el sector privado o público, en el primero la cifra asciende a 71,8% mientras que en el segundo cae a 39,4% (DEIS, MINSAL, 2012).

⁵En el documento Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, redactado el año 1985 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985), se enfatiza que el índice de cesáreas no debiese ser superior a un 10 – 15%. Dicha cifra se mantiene en una nueva declaración del año 2015 - “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”- donde se plantea que las tasas superiores al 15% de dicha intervención no acarrearán disminuciones en la mortalidad materna ni infantil a nivel de poblaciones (OMS, 2015).

Como vemos, un alto número de intervenciones médicas no justificadas se continúan practicando en la atención de nacimientos, desviándose ampliamente de las recomendaciones propuestas por el modelo personalizado de atención. Resultados de grupos de discusión de mujeres, matronas/es y obstetras indican una falta de infraestructura para la participación de la familia en el parto, falta de capacitación para la práctica del modelo personalizado y falta de preparación para el parto entre las mujeres. Algunas mujeres reportaron maltrato de parte del personal de salud. Algunas matronas/es reportaron falta de autonomía para manejar el parto de manera fisiológica (Binfa, 2016). Otros factores que explican esta inadecuada implementación son los siguientes; en primer lugar la alta demanda de cuidados obstétricos que limita la posibilidad de satisfacer las necesidades de cada mujer. En segundo lugar el modelo fue iniciado sin ningún conocimiento de los contextos socioculturales regionales, ignorando las realidades locales a pesar de las actitudes de cada equipo de salud regional. Además se ha fallado en involucrar a las matronas en este modelo y continúan existiendo resistencias de profesionales de más edad, a diferencia de los/as matronas/es jóvenes quienes han sido capacitados en torno a los beneficios del parto normal. Finalmente las mujeres no son/ han sido orientadas en torno a las implicancias de este proceso durante el periodo de consultas antenatales, limitando su capacidad de decisión y participación (Binfa et al. 2016, p.60).

A pesar de la existencia de medidas que promueven el modelo de atención personalizado del parto en Chile, como el recientemente citado “Manual de Atención Personalizada con enfoque familiar del Modelo Reproductivo”, éstas no se han traducido en la implementación a gran escala del mismo. El modelo personalizado está ampliamente descrito en el manual, pero este no ha tenido un carácter de guía clínica, por tanto no se le ha dado mayor relevancia. Si bien existen algunas experiencias positivas de implementación del modelo, éstas resultan anecdóticas y ocurren en maternidades pequeñas, develando que este tipo de atención depende en su mayoría de voluntades individuales de algunos profesionales de la salud más que de su instalación en instituciones o en el sistema de salud (Sadler y Leiva, 2016, p.19). Lo anterior se vuelve grave y problemático ya que la realización rutinaria de intervenciones practicadas bajo las dinámicas del modelo tecnocrático de atención se traducen en problemas para la salud de las mujeres y los recién nacidos en el corto, mediano y largo plazo, además de acarrear un aumento en el costo de la salud, transformándose en un verdadero problema de salud pública.

Siguiendo con el ejemplo paradigmático de la cesárea, se evidencia que la misma corresponde a un procedimiento de cirugía mayor que sin la adecuada justificación puede aumentar los riesgos de morbilidad y mortalidad materno fetales. El porcentaje de cesárea se asocia positivamente con el uso de antibióticos en el postparto y con una mayor morbilidad y mortalidad maternas. El mayor número de cesáreas se asocia con el incremento en la mortalidad fetal y con un mayor número de bebés en unidades de cuidados intensivos (Villar et al., 2006). Numerosas publicaciones relacionan esta operación con diversas complicaciones, tanto para la madre como para el bebé. Un

estudio publicado por la sociedad Norteamericana de Ginecología y Obstetricia, que compara los resultados del post parto entre nacimientos por cesárea programada y nacimientos por vía vaginal programada (resultado en vía vaginal o cesárea) reveló que las re hospitalizaciones en el mes siguiente al parto eran más frecuentes en los casos de cesárea programada que en los casos de vía vaginal programada. Las razones más frecuentes de la re hospitalización obedecían a complicaciones en la herida e infecciones (Declerq et al. 2007). Un estudio Danés, con una muestra de dos millones de niños en un periodo de 35 años, reveló que las personas nacidas por cesárea poseían un riesgo mayor de padecer asma, artritis juvenil, deficiencias inmunitarias, enfermedad inflamatoria intestinal, desordenes del tejido conectivo y leucemia (Sevelsted et al., 2015). El riesgo de alergia alimentaria también incrementaría en personas nacidas por esta vía de parto (Eggesbo et al. 2003). Por tanto, en términos de indicadores de salud materna y perinatal un aumento en el número cesáreas refleja una mala calidad de atención por parte de la institución médica.

Sin embargo la percepción de la cesárea está lejos de incluir los riesgos y desventajas anteriormente descritas, por el contrario existe una “cultura de la cesárea”, que concibe esta operación como un procedimiento sin mayores riesgos e incluso preferible a un parto normal.

*El avance de la medicina hace que percibamos que la cesárea no es de alto riesgo para la madre, y desafortunadamente también es así percibido por ellas. Sin embargo, ocurren graves complicaciones maternas secundarias a la cesárea, incluida la muerte, lo que es más dramático cuando vemos que era una cesárea evitable o innecesaria. **La morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal (MINSAL, 2014:310).***

Como vemos, es evidente que el nacimiento es un periodo crítico y sensible en términos neurobiológicos e inmunes y debe favorecerse su tránsito de la manera más fisiológica posible (Sadler y Leiva, 2016) evitando en los posible la realización de intervenciones rutinarias que ponen en riesgo la salud de la mujer y el recién nacido.

II.3 Preferencias de las usuarias sobre las vías de parto

Podríamos preguntarnos qué sucede con las preferencias de las usuarias con respecto a las vías de parto. Ha habido algunos estudios en nuestro país que se aproximan a esta pregunta. En el año 2006 un estudio cuantitativo aplicado a 180 gestantes de la Región Metropolitana (90 en salud pública y 90 en privada) respecto de su preferencia sobre la vía de parto, mostró que un 77,8% prefiere el parto vaginal, un 12,4% no tiene preferencia, y sólo un 9,4% se inclina a favor de la cesárea. Al desglosar los datos por el sector de salud se evidencia que en salud privada la preferencia por el parto vaginal es mayor (79%) que en salud pública (77%) (Angeja et al. 2006).

En el año 2014, en el marco del proyecto FONIS en que esta memoria se inscribe, una muestra aplicada a 396 mujeres que hubieran tenido al menos una cesárea en los últimos diez años, encontró una preferencia de 80% por la vía vaginal de parto y de 20% por cesárea. En esta encuesta, al analizar la preferencia por vías de parto según sistema de salud, se observó una menor preferencia por la vía cesárea en el sector privado de atención de salud que en el público. En el sector privado, un 16,3% de las mujeres declaró haber preferido parto por cesárea antes del primer nacimiento, mientras que un 23,4% de aquellas que se atendieron en el sector público así lo preferían.⁶ Estas cifras muestran una gran distancia con las cesáreas que se realizan en ambos sistemas, que como ya planteamos, son de 39,4% en el sector público y 71,8% en el sector privado (DEIS, MINSAL, 2015).

En otro reciente estudio realizado el 2015 se aplicó una encuesta electrónica a estudiantes de postgrado de la Universidad de Chile (sin hijos), que fue respondida por 455 mujeres y 275 hombres, de edad promedio de 28.8 años. De esta muestra, 11% de las mujeres y 8% de los hombres (10% en la muestra total) respondieron preferir la vía de parto cesárea.⁷

Resulta interesante contrastar las respuestas de los estudiantes antes de vivir la experiencia de la gestación o nacimiento de hijos con la de mujeres que han vivido cesáreas, ya que se evidencia que la socialización en dicha experiencia va aumentando el conocimiento sobre el proceso de la gestación y el parto, aumentando la confianza y la preferencia por menores intervenciones. También se evidencia que las generaciones más jóvenes poseen mayor información respecto a este tema pues existe una mayor relevancia y exposición del movimiento a favor del parto respetado.

Los datos anteriormente expuestos se asimilan a investigaciones realizadas en diversos países, las cuales evidencian que un número reducido de mujeres solicita intervenciones médicas durante el nacimiento y cesáreas cuando no existen complicaciones obstétricas previas. Además evidencian que en caso de solicitar dichas intervenciones, las desiciones estarían vinculadas con una promesa de mayor seguridad para ellas y sus hijos/as, es decir, la solicitud de intervenciones se relaciona fuertemente con la información entregada por el personal de salud sobre los procedimientos obstétricos (Arcja, 2013; Fenwick et al., 2010; McCourt et al., 2007; Tully & Ball, 2013, Weaver et al. 2007). Sin embargo, en estos estudios no se analizan los mecanismos o representaciones a través de las cuales las intervenciones médicas o las cesáreas se posicionan como mecanismos o vías de parto más seguras que el parto vaginal espontáneo.

⁶ Datos aun no publicados.

⁷ Datos aun no publicados, obtenidos en el marco del estudio multipaís “Actitudes y preferencias en torno al parto entre estudiantes universitarios(as)”, cuya investigadora responsable en Chile es Michelle Sadler.

Una revisión internacional que examina 17 estudios en torno al requerimiento de cesárea por parte de mujeres concluye que ninguno de los estudios revisados examina sistemáticamente la información entregada a las mujeres por los profesionales de la salud para su toma de decisiones. Algunos de estos estudios ni siquiera reconocen la influencia de la práctica obstétrica en relación al requerimiento de la operación cesárea (Gamble, 2000).

La investigadora inglesa Susan Murray realizó una investigación al respecto el año 2000, específicamente frente al alto número de cesáreas en el sector privado concluyendo que el modelo de aseguramiento de la salud en nuestro país condicionaba la gestión sanitaria de la maternidad, este modelo requiere de la atención del control del embarazo por parte de obstetras, a diferencia del público en el cual el control del embarazo es realizado por matronas. Las cifras del estudio revelan que las mujeres que se atienden con un obstetra del sector privado muestran un número más alto de cesáreas (57% a 83%) que aquellas atendidas por matronas u obstetras en el sector público u hospitales universitarios (27%-28%). Esto a pesar de que una minoría de estas mujeres develó una preferencia por esa vía de parto (6%-32%). Por tanto, está claro que este número no obedece a una elección de las mujeres. Según la autora, con la diversificación del mercado de la salud emergen muchas posibilidades de trabajo para los doctores en el sector privado, el cual es muchísimo más rentable que el sector público. Sin embargo la competencia por pertenecer a un staff de una clínica de elite demanda muchos requerimientos, tales como ser sumamente accesibles para las mujeres y comprometerse a estar presencialmente en el momento del parto. Lo anterior se vuelve difícil con los horarios demandantes y el alto número de pacientes por lo que la práctica de programar el parto se vuelve una estrategia común en el manejo de los tiempos.

*Una cesárea dura aproximadamente una hora, mientras el parto vaginal tiene una duración variable y puede tomar muchas horas. De hecho, sólo la fase activa del trabajo de parto que va de los cuatro a los diez centímetros de dilatación dura en promedio cinco a seis horas, por tanto, **en el mismo período en que un equipo médico acompaña un parto vaginal, podría eventualmente realizar varias cesáreas, optimizando el tiempo, los ingresos económicos, y asegurando además que el trabajo de parto de esa mujer no iniciará espontáneamente en un horario incómodo...** (Sadler y Leiva, 2015)*

Esta situación se vuelve preocupante ya que bajo este sistema de atención, a diferencia del sistema público, la mujer tiene la posibilidad de elegir ciertos aspectos del servicio como por ejemplo la clínica y el equipo médico que atenderá su parto. Lo anterior haría suponer que las usuarias escogen instituciones y equipos que estén alineados con sus deseos, transmitiendo sus expectativas y sobretodo sus preferencias por la vía de parto. El tema de las preferencias se vuelve clave en el análisis del sistema privado de atención en salud, ya que el hecho de poder “elegir” se erige como una posibilidad de obtener mayor autonomía respecto al proceso gestacional. La usuaria paga por un servicio, en este caso vinculado con su propio cuerpo, convirtiéndola en paciente y cliente al mismo tiempo, otorgándole la posibilidad de negociar los términos y condiciones de su atención (Dudman, 2009). Murray (2000) revela un mecanismo que constriñe dicha autonomía al

establecer que hay factores socioculturales (como el económico en este caso) que se sobreponen o interactúan con las preferencias de las usuarias y que en algunos casos se sitúan por sobre las mismas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en Chile nos enfrentamos a un modelo de parto institucionalizado altamente intervencionista, tanto en el ámbito de la salud pública como privada, con la práctica frecuente de intervenciones que exceden los motivos estrictamente “médicos”, es decir, justificados por condiciones de salud que los ameriten. La práctica de intervenciones obstétricas de rutina y el aumento sostenido de cesáreas ha ido instalando representaciones e imaginarios sobre el parto centrados en el riesgo y cada vez más dependientes de la tecnología, posicionando a dichas intervenciones como herramientas indispensables para que el proceso se lleve a cabo. Lo anterior, a pesar de la evidencia consistente y de las recomendaciones internacionales que plantean la importancia de evitar el manejo intervencionista del pre parto y el parto, y de reducir el número de cesáreas, ya que conllevan consecuencias negativas para la salud materna y neonatal.

En el ámbito privado el asunto toma un matiz particular, pues existe la posibilidad para las usuarias de escoger las instituciones y los equipos de atención de salud. Esta posibilidad está primero configurada por las opciones y cobertura que sus planes de salud les otorgan. Dentro de las alternativas institucionales posibles, en la mayoría de los casos hay opciones de elección de equipos médicos, y por ello se esperaría que las expectativas y preferencias en torno al tipo de parto de las usuarias se alinearan más (que en salud pública) con los procesos que viven. Como revisamos en los antecedentes, hay una clara preferencia de las mujeres por la vía de parto vaginal, sin embargo en salud privada la cesárea supera el 70% de los nacimientos, cuando los organismos internacionales recomiendan que no supere el 10 o 15% de los partos. En la última década la atención del parto se ha privatizado en un 10% -tanto porque ha aumentado la población afiliada a ISAPRES como por el uso del bono PAD Parto- lo cual ha provocado un aumento en el porcentaje total de cesáreas a nivel país. Esta tendencia probablemente se mantendrá en los años futuros.

Como vemos, los resultados del parto no se condicen con las preferencias iniciales de las usuarias evidenciando que sus elecciones están constreñida por factores socioculturales del modelo de atención. A pesar de que existe la posibilidad de la elección, la misma se transforma en una “ilusión”, pues esta supeditada a un modelo que solo ofrece una mirada intervencionista de enfrentar el proceso.

Es en este contexto que planteamos la relevancia de indagar en las representaciones que poseen las mujeres usuarias del sistema de salud privado sobre el parto, que refuerzan su subordinación a este modelo, indagando en sus procesos de gestación, trayectorias de su atención y en cómo se configuran los procesos de toma de decisiones en cuanto a la atención obstétrica. Consideramos de gran importancia profundizar en las dinámicas de

atención del sector privado de salud, buscando acercarnos a preguntas como las que exponemos a continuación:

¿Cuáles son las percepciones y valoraciones existentes en torno al cuerpo gestante y las vías de parto de mujeres que se atienden en salud privada? ¿Cómo se configuran sus trayectorias gestacionales de atención? ¿De qué manera las representaciones en torno al cuerpo gestante y al parto transmitidas por el personal de salud y el entorno cercano influyen en el proceso de toma de decisiones de las usuarias respecto al parto?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar las representaciones en torno al cuerpo gestante y las vías de parto en mujeres gestantes y puérperas del sistema de salud privado de la Región Metropolitana y cómo éstas influyen en el proceso de toma de decisiones respecto al parto.

Objetivos específicos

Describir las trayectorias de atención de gestación y/o parto-nacimiento, en mujeres gestantes y puérperas en el sistema de salud privado de la Región Metropolitana.

Explorar las percepciones y valoraciones asociadas a las vías de parto, en mujeres gestantes y puérperas, que se atienden en el sistema de salud privado de la Región Metropolitana.

Analizar el proceso de toma de decisiones de las mujeres gestantes y puérperas respecto a la gestación y vías de parto.

V. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se revisan las premisas de la Antropología médica crítica como marco analítico para los procesos reproductivos, y en específico los conceptos de Biomedicina y Medicalización los cuales son útiles para abordar la temática de las trayectorias de gestación y parto en salud privada. Posteriormente se expone el concepto de Biopoder y se revisa su influencia sobre la construcción cultural del cuerpo femenino. Además se exponen algunas miradas de autoras ligadas a los estudios de género y feminismo sobre el cuerpo gestante. Posteriormente se exponen las principales características del Modelo tecnocrático de atención del parto, el cual es el hegemónico en nuestro país. Finalmente se expone un modelo teórico sobre las prácticas y lógicas de atención; la lógica de la elección, la cual constituye un ideal en el área de salud privada en nuestro país.

V.1 Antropología Médica Crítica, Biomedicina y Medicalización.

La antropología social ha tenido, desde sus comienzos, un fuerte interés por las temáticas relacionadas al cuerpo y a la salud, llegando a configurar un área de estudios específica llamada Antropología Médica. Esta rama de investigación se caracteriza por estudiar la manera en que diversas culturas y grupos sociales explican los procesos y causas de la salud y la enfermedad, los tipos de tratamientos que se practican, y a quienes acuden en caso de necesitar atención (Weisner 1999, en Sadler 2003).

Emerge ante la necesidad de devolver a los procesos de salud/enfermedad/atención su calidad como hechos socioculturales, además de biológicos. Lo anterior se explica al interior de la antropología, debido a que hasta ese entonces se consideraba que habían ciertos procesos y factores que eran fenómenos culturales, tal como lo religioso o lo mágico, mientras que las áreas de la educación o la salud no eran vistas de esa manera (Menéndez, 2000 en Galvez, 2016).

Esta área de estudios posee un carácter mayormente aplicado, estudiando los aspectos culturales de procesos vitales que en la sociedad contemporánea se encuentran altamente medicalizados (sexualidad, gestación, parto, enfermedades mentales), así como también construyendo marcos teóricos para la creación de sistemas interculturales de atención en salud (Junge, 2001 en Sadler, 2003).

El presente estudio se sitúa desde la mirada de la Antropología Médica Crítica (AMC), la cual postula que los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a las ideologías hegemónicas, poniendo énfasis en la necesidad de democratizar la salud. La AMC cuestiona el actuar de la medicina alópata oficial en su orientación exclusiva a los aspectos fisiopatológicos de las enfermedades, y las relaciones de poder que establece con los pacientes y con otros sistemas médicos de atención. Busca los orígenes de aquellas relaciones en el paradigma cultural desde el cual se desempeña la medicina oficial, identificando el sistema capitalista globalizado como el fundamento de dichas relaciones de poder. Se iguala la tendencia hegemónica de la medicina moderna y sus servicios de salud con la hegemonía mundial del sistema capitalista. (Baer, et al. 1994, en Junge, 2001, p. 19).

El sistema médico occidental ha recibido diversas denominaciones desde la antropología médica, siendo el concepto de “biomedicina” el más utilizado por su precisión y alusión al énfasis que ésta le otorga a la observación de la salud humana centrando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los aspectos fisiológicos y patofisiológicos del cuerpo humano.

La mirada biomédica considera el cuerpo como una máquina que funciona según patrones constantes y posibles de medir, y las enfermedades como alteraciones físicas de dicho funcionamiento. Bajo esta perspectiva, el conocer la fisiología del cuerpo, sus alteraciones e intervenir para restablecer el funcionamiento del cuerpo ante ellas correspondería a mantener la salud. Por tanto, aspectos sociales, culturales, emocionales

o afectivos de la experiencia humana quedan fuera de la concepción de salud y enfermedad del sujeto (Ibid, p.13).

El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituyen el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica. La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica, genética que la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de curación (Menéndez, 2003, p. 194).

Esta visión reduccionista acerca de la salud humana se expresa también en la tendencia de este paradigma hacia la medicalización de ciertos procesos humanos, entendiendo este concepto como un proceso que implica transformar en enfermedad una serie de experiencias vitales que son parte de la vida cotidiana de los seres humanos. Al concebir éstos acontecimientos en términos de enfermedad, las personas comienzan a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas. El convertir el parto en un problema quirúrgico, a través de la generalización de las cesáreas innecesarias en numerosos países del mundo, constituye un claro ejemplo de medicalización (Menéndez, 2003).

Lo anterior cobra vital importancia para el presente tema de estudio pues analizamos procesos fisiológicos como la gestación y el parto, los cuales son leídos y conceptualizados en términos patológicos por el personal de salud y el entorno social. Lo anterior sitúa a las mujeres en una posición de subordinación, impidiéndoles tomar una participación activa dentro del proceso, sometiéndolas muchas veces a experiencias negativas. En este sentido la AMC tiene un importante papel que jugar en el análisis de las formas de atención médica y los contextos sociales en los cuales dicha atención se inserta (Sadler, 2003).

V.2 Regulación del cuerpo femenino a través del biopoder / Miradas feministas sobre el cuerpo gestante.

Para poder posicionar la gestación y parto como espacio de reflexión sociocultural, es necesario explorar las diversas miradas que se han tenido sobre el cuerpo y en particular sobre el cuerpo femenino en relación con su experiencia social. Diversos teóricos de las ciencias sociales declaran que el cuerpo es permeado y moldeado por la cultura, la cual posee mecanismos de inscripción específicos (Bourdieu 1980; McDowell, 2000; Foucault, 1978; Rubin 1975, Butler 1993). En el caso del cuerpo femenino occidental, estos mecanismos se ven representados por instituciones principalmente

médicas y psicológicas, las cuales van construyendo y normando este espacio a través de relaciones de poder.

Foucault (1980) define el poder como una “relación de fuerzas” estableciendo que “toda relación de fuerzas es una relación de poder”. Por tanto, se establece que el poder no es una forma, ni un objeto que pertenece a alguien, el poder funciona en términos de relación entre diferentes campos, burocracias o instituciones. Las relaciones de poder se constituyen con base a las acciones sobre acciones; incitar, desviar, inducir, facilitar o dificultar, ampliar o limitar. Acciones que demuestran que el poder es esencialmente represivo, se ejerce más de lo que se posee e involucra tanto a los que dominan como a los que son dominados. Las relaciones de poder están presentes en todas partes y de diversas maneras; entre hombres y mujeres, entre familiares, entre maestros y discípulos, entre alguien que sabe y alguien que no sabe (Foucault, 1980 en Méndez, 2003).

La *biopolítica* es la política de la salud del pueblo, donde se desenvuelven una serie de mecanismos que permiten que los rasgos biológicos fundamentales de la especie humana sean parte de una estrategia política, esto es, una estrategia general del poder (Ávila & Ávila, 2010 en Galvez, 2015). En específico, se refiere a las nuevas tecnologías de poder que se desarrollaron por el Estado para asegurar la salud, seguridad y productividad colectiva de su propia población. Estas tecnologías de poder no están dirigidas a individuos específicos, diferenciados por oficios, bienes, estatus, localización, etc.; muy por el contrario, el sujeto-objeto de las técnicas del biopoder es la población. En este sentido, los primeros objetos de conocimiento/saber y de control para la biopolítica, son los procesos de natalidad, la mortalidad y la longevidad. En otras palabras, una característica potente del biopoder, es su dirección hacia la regulación de poblaciones vivas, por medio de distintas técnicas disciplinarias que permiten la normalización de estos grupos humanos. Dentro de este sistema de poder, se edifica un determinado modelo médico que construye, a su vez, ciertas ideas y regulaciones sobre el cuerpo femenino y sobre las formas que tomará el parto en occidente (Foucault, 1980 en Méndez, 2003).

Foucault (1975) establece que las relaciones de fuerzas en las sociedades modernas se llevan a cabo en la relación del poder y el cuerpo, considerando al cuerpo como el objeto primario que es tomado y moldeado por todas las instituciones públicas, económicas y penales; el cuerpo puede ser manipulado, se le puede dar forma, se le puede educar, hacerlo obediente, un cuerpo que responda, que se vuelva hábil y pueda reproducirse y multiplicar sus fuerzas. El cuerpo se vuelve dócil para permitir las relaciones de poder sin cuestionamiento.

...el cuerpo aparece como un ente/artefacto simultáneamente físico y simbólico, producido tanto natural como culturalmente, y situado en un momento histórico concreto y en una cultura determinada. El cuerpo experimenta, en el sentido fenomenológico, distintas sensaciones, placeres, dolores, y la sociedad le impone acuerdos y prácticas psicolegales y coercitivas. Todo lo social es vivenciado por el cuerpo (Lamas 2000, p. 95).

Según Foucault (1978), el cuerpo de la mujer ha sido uno de los espacios más normados por el biopoder a través de la objetivación y el control por parte de disciplinas médicas y psicológicas. Lo anterior se denomina *histerización* del cuerpo femenino, lo cual se realiza en un triple proceso. En primer lugar, al concebir el cuerpo femenino como una entidad saturada de sexualidad. En segundo lugar, al ser definido por los discursos médicos con una patologización intrínseca y, finalmente, al establecer una relación con lo social a través de la producción de seres humanos (como algo obligatorio), la crianza de los hijos y la reproducción del espacio doméstico. La autora Rosa María Rodríguez (1999) enfatiza que el proceso de histerización se basaría en determinadas concepciones del sexo, entre las cuáles *“lo que constituye por sí solo el cuerpo de la mujer, orientándolo por entero a la funciones de la reproducción y perturbándolo hasta su patologización”* (p. 218).

Bajo esta acepción se justifica la pérdida de la autonomía femenina, ya que su sexualidad es reducida a lo reproductivo y se integra a políticas demográficas o de regulación de la población. Se justifican también los patrones morales puritanos que niegan el deseo sexual de la mujer y promueven valores como la castidad y la pureza. Dichos valores, instalaron la idea del deseo femenino como algo lascivo y deshonesto, promoviendo un sentimiento de culpa que producía un distanciamiento entre la mujer y su cuerpo.

Como dice la Biblia, las buenas esposas eran esclavas del señor, debían hablar lo menos posible y sentir vergüenza hasta de su marido; como madres patriarcales tenían la misión de introyectar el pudor y el recato en las hijas, convirtiéndose en la garantía de la paralización de todo atisbo de producción del deseo sexual de las futuras generaciones de mujeres (Rodríguez, 2004).

Según Rodríguez (2004), el vaciar a la mujer de deseo la ha posicionado dentro de la ideología sexual moderna como un objeto y no un sujeto. Lo anterior, debido a que el deseo se considera un atributo masculino, por tanto el hombre tiene la facultad de explorar y explotar dicho deseo como un agente activo. La mujer, en tanto, solo participa de esa relación como un objeto de deseo.

Esto ha contribuido a colmar el estereotipo de la mujer tentadora, la Eva, la prostituta, la mujer como sexualidad pura, como solo cuerpo, deseo sin control. Lo anterior permite justificar la represión de las diferentes expresiones de la sexualidad de la mujer al considerarlas patológicas o inmorales. Como podemos darnos cuenta, en todos los casos se construye a la mujer asociada a una naturaleza carnal y reproductiva, que si bien el hombre también posee, es ella quien es incapaz de trascenderla. Se construye una verdad del sexo y la sexualidad sin un sujeto deseante, o con un sujeto deseante pero enfermo. Se identifica la sexualidad femenina principalmente con una función biológica y maternal.

Éstas han pensado su sexualidad vinculada, por un lado, con la reproducción sin placer y, por otro, con la patología (la histeria, la criminalización). Determinados dispositivos históricos han separado de la sexualidad femenina al deseo y al placer (Rodríguez, 2004).

Diversas autoras feministas y ligadas a los estudios de género han cuestionado estas construcciones y visiones del cuerpo femenino, con el objetivo de subvertir este pensamiento sobre la normalidad que sitúa a las mujeres en una posición de subordinación.

En la llamada primera ola del feminismo, surgida en los países anglosajones a mediados del siglo XIX, existía poco cuestionamiento en torno a la identidad femenina ligada a la maternidad:

*Si bien surgen en este periodo sectores que defienden la maternidad voluntaria, ésta va ligada a la abstinencia sexual: **reclama el derecho de las mujeres a gestionar la maternidad**, mediante el derecho a rechazar la actividad sexual no deseada y vinculándolo a un saneamiento de la moral sexual (Dubois y Gordon, 1989, p. 25).*

Es importante mencionarlo ya que es la primera vez que un tema que era considerado “natural” comienza a ser cuestionado, abriendo un espacio de reflexión en torno al mismo. De hecho, en este momento la idea de la orientación natural de las mujeres a la maternidad y su posición dentro de la familia como madres no se cuestiona, es más, dicha posición actúa como legitimadora de su participación política como grupo social.

En 1949, Simone de Beauvoir publica “El segundo sexo”, libro que inaugura un nuevo tipo de pensamiento feminista, donde la reflexión en torno al cuerpo se vuelve fundamental, ya que se concibe como la fuente de la subordinación social de la mujer. De Beauvoir plantea que nuestra cultura restringe el universo femenino al cuerpo, y por tanto los atributos biológicos de la mujer se constituyen como la razón/fuente de su subordinación. Condiciones como la maternidad y la menstruación asociarían simbólicamente a la mujer con la naturaleza, entidad impredecible, irracional, percibida en oposición a la cultura, como algo que hay que dominar, transformar y trascender. Para esta autora, el cuerpo, en el caso de la mujer, no solo expresa su posición de inferioridad dentro de la sociedad, sino que además puede ser concebido como la fuente de dicha posición. Lo interesante de este pensamiento es que comienza a deconstruir el aparataje simbólico asociado al cuerpo femenino como cuerpo gestante, al dar cuenta de que su significado biológico se produce culturalmente.

*[De Beauvoir] presenta una descripción del cuerpo materno que **desnaturaliza lo natural**, transformando la maternidad en una expresión extraña y anti-natural y desplegando la posibilidad de que el deseo femenino sea más complejo de lo que suponen los discursos dominantes (Saletti, 2008, p.172).*

Llevando al extremo el argumento de la maternidad y el embarazo como alienación se posicionan las ideas de Schulamith Firestone (1976), quien ve en las funciones reproductivas de la mujer una supeditación a la especie y la maternidad como causa última de la subordinación. Según la autora la sociedad se jerarquiza sexualmente a partir

de la diferencia biológica entre hombres y mujeres, por tanto ve esta diferencia como algo irreductible y natural.

La naturaleza es la que produjo la desigualdad básica —media humanidad debe engendrar y criar hijos de toda ella— que más tarde fue consolidada e institucionalizada en beneficio de los hombres (Firestone en Imaz, 2007 p. 28).

Enfatiza que la reproducción de la especie posee un alto costo para las mujeres, no solo por las relaciones sociales que se generan a partir de las significaciones de dicho proceso, sino también por las consecuencias físicas que la misma produce. Afirma que el parto es doloroso, como dato objetivo y *que el embarazo es la deformación temporal del cuerpo del individuo en beneficio de la especie (Ibíd, p. 248)*. Para la autora, las mujeres sacrificarían su individualidad para garantizar la supervivencia de la especie, mientras los hombres podrían constituirse como sujetos imponiendo su preeminencia en toda el área social. Por tanto, la superación de la subordinación femenina necesariamente vendría de la mano con superar aquellas condiciones biológicas que originaron su sujeción. A partir de planteamientos como los anteriores, los métodos de control de fertilidad adquieren gran relevancia dentro de la sociedad, ya que son leídos como fuentes de liberación pues permiten a la mujer tener control sobre “la fuente de su subordinación”, es decir, el cuerpo.

Por otra parte se encuentra Adriane Rich, quien lee la maternidad como un espacio de poder del cual las mujeres deben reapropiarse. Para Rich, la visión anti-maternal del feminismo provendría de premisas pertenecientes a la misma fuente que dicha corriente teórico política combate; el patriarcado. Rich hace alusión a la maternidad como una opción y no como un destino unívoco del ser femenino. Pone en valor la experiencia como fuente de conocimiento e identifica la maternidad como una institución que ha estado bajo el constreñimiento de la mirada masculina (Rich, 1996 en Imaz, 2007).

Así, identifica las diversas formas que ha tomado la maternidad como reproductora de los intereses patriarcales a través de las ideologías nacionalistas, económicas, religiosas, etc.. Estas dan cuenta de que existe una visión permitida de la maternidad, y que cualquier expresión diversa de la misma es considerada anormal y por tanto es excluida e invisibilizada. Junto con esto, da cuenta de la alienación que se ha producido respecto al parto y el embarazo y los intentos de control ideológico, económico, tecnológico y legal por parte del patriarcado sobre la esfera reproductiva, a través, por ejemplo, de la biomedicina como única disciplina portadora de un discurso válido sobre aquellos procesos. De esta forma, posiciona el cuerpo gestante al centro del debate feminista reivindicando una reapropiación de la experiencia física y psicológica de la maternidad por parte de las mujeres y, junto a ello, una reapropiación del cuerpo. Vemos como se contraponen dos visiones del feminismo, una que concibe el cuerpo gestante como una limitación y otra que lo concibe como un espacio potencial de poder.

La vía abierta por Rich posibilita un giro que abandona la consideración del cuerpo como freno a la realización femenina e inaugura una corriente dentro del pensamiento feminista

centrado en la recuperación de los vínculos entre las mujeres, en encontrar un sistema de valores definidos desde las mujeres y que reivindicará lo corporal como vía de conocimiento y poder (Imaz, 2007, p.31).

Vemos como autoras ligadas a los estudios de género y al feminismo van deconstruyendo las creencias en torno al cuerpo femenino y la maternidad, antes profundamente naturalizadas e incuestionables. En primer lugar, al establecer que la gestación no era el único destino del cuerpo femenino, sino que posee múltiples formas de expresión sexual y social. Finalmente, al dar cuenta que la maternidad tampoco posee una sola forma de expresión, sino que, a pesar de existir una dominante en la sociedad occidental que pone esta etapa vital al servicio del patriarcado, existen otras maneras que incluso permiten el empoderamiento. El planteamiento que hace Rich se vuelve interesante para el análisis del parto pues abre el espectro de las experiencias en torno a la maternidad y el parto incluso como una forma de empoderamiento político.

V. 3 Expresión del biopoder en la gestación y parto: El modelo tecnocrático

A partir de la Antropología Médica surge una línea de trabajo que se viene desarrollando hace cuatro décadas; la antropología del nacimiento, la cual analiza los diversos paradigmas de atención de este proceso existentes en el mundo. Esta línea de investigación comprende los períodos de la gestación, el parto y el nacimiento como momentos cargados de significados culturales.

El proceso del parto es universal en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, sin embargo, nunca ocurre como un mero proceso fisiológico, sino que se encuentra culturalmente moldeado en todas las culturas, difiriendo mucho entre una y otra. (Sadler, 2003, p. 61)

La investigadora estadounidense Robbie Davis Floyd, perteneciente a esta línea de investigación, describe tres paradigmas de atención del parto en la sociedad contemporánea, éstos son: el tecnocrático, humanista y holístico. El modelo hegemónico de atención presente en la mayoría de las sociedades occidentales contemporáneas, y que en nuestro país ha dado pie al surgimiento de una atención altamente intervencionista, corresponde al tecnocrático y se detalla a continuación.

En primer lugar, la autora describe el proceso de dar a luz como un rito de paso iniciático para las futuras madres, que se realizaría a través de un ritual, definido como una representación repetitiva y simbólica de las creencias y valores culturales dominantes de una sociedad (Davis-Floyd, 1993). El ritual funcionaría enviando mensajes simbólicos a quienes los llevan a cabo y quien lo recibe u observa, estos mensajes se viven a través del cuerpo de forma holística y no se analizan de manera racional, por lo tanto poseen un efecto poderoso ya que trazan realidades en el sistema de creencias y valores del destinatario, alineando sus experiencias y creencias personales con las de la sociedad. Según Davis Floyd, los rituales del parto hospitalario pueden servir para trazar una visión tecnocrática de la realidad.

Los análisis de los rituales de la biomedicina moderna revelan que forman un microcosmos de la sociedad americana que engloba sus sistema de valores fundamentales, un mundo condensado en el que las creencias más profundas de nuestra sociedad sobresalen sobre sus antecedentes culturales (Davis-Floyd 1999:3).

Las principales premisas del modelo tecnocrático es que asume que el universo es mecanicista y que sigue leyes previsible que pueden ser descubiertas a través del método científico para, de esta manera, manipularlas y ser menos dependientes de la incertidumbre de la naturaleza. Según este modelo, el cuerpo humano sería visto como una máquina, separando conceptualmente el cuerpo y el alma, eliminando el cuerpo del ámbito religioso, y de esta forma, permitiendo su apertura a la investigación científica. Sin embargo, por las creencias católicas dominantes de la Europa occidental que sostenían que las mujeres eran inferiores a los hombres (por su cercanía con la naturaleza), el prototipo de esta máquina se estableció como el cuerpo masculino, considerando el femenino como inherentemente defectuoso. De esta forma se establece la idea de que el parto es intrínsecamente anómalo y debe ser manipulado para su correcto desarrollo. Por tanto, la obstetricia moderna comienza a desarrollar técnicas y procedimientos para mejorar el proceso del parto. Según la autora, este objetivo fue logrado al instalar el modelo de la cadena de montaje como la base del parto hospitalario.

La metáfora del cuerpo como máquina y la imagen relacionada del cuerpo femenino como una máquina defectuosa finalmente constituyeron las bases filosóficas de la obstetricia moderna. La amplia aceptación de esta metáfora acompañó la desaparición de parteras y el surgimiento del parto tratado mecánicamente y atendido por hombres. A la obstetricia por lo tanto se le exigió, a causa de sus propios orígenes conceptuales, que desarrollara herramientas y tecnologías (Davis-Floyd 2009, p. 61).

Otras premisas fundamentales del modelo tecnocrático es que considera a la institución, en este caso el hospital, como una unidad social más importante que el individuo o la familia, por tanto el parto debe ajustarse a las necesidades, ritmos y tiempos de dicha institución en vez de expresarse libremente. Además, se establece una jerarquía entre la madre y el bebé, ya que este último se considera el producto deseable del proceso, poniendo especial atención a su desarrollo y bienestar más que a las necesidades de la madre. Finalmente, la separación de la madre y el o la hija al momento del nacimiento obedece a una demostración de que el bebé le pertenece a la sociedad más que a ella.

Esta idea del bebé como algo independiente, como el producto de un proceso mecánico, es una metáfora muy importante para las mujeres porque implica que los hombres finalmente pueden convertirse en los hacedores de ese producto (Davis-Floyd 1999, p. 5).

Durante todo el procedimiento, la mujer se relaciona con el personal médico; los “especialistas”, quienes se sitúan en una posición de poder y controlan todo el proceso del nacimiento. Generalmente utilizan un lenguaje técnico, impidiendo un entendimiento por parte de la mujer acerca de la situación que está viviendo. Lo anterior promueve una mínima o nula participación de la parturienta en el proceso, ya que el espacio para opinar,

tomar decisiones o cuestionar los procedimientos es casi inexistente. Junto con esto, la expresión de sentimientos como el miedo, la ansiedad o la curiosidad, también es difícil por la poca cercanía con el personal y el bajo nivel de empatía que los mismos presentan, sobre todo en los hospitales públicos, donde la sobrecarga de trabajo contribuye a generar un distanciamiento entre el personal y los pacientes. El ambiente hostil, el desconocimiento y la poca cercanía con quienes ayudan en el parto, generan una situación de estrés que contribuye a generar miedo en la mujer, sumado al principal miedo: el dolor. Por tanto, la anestesia es requerida en la mayoría de los casos, de hecho el no solicitarla es concebido como algo irresponsable que solo traerá incomodidad al equipo médico, ya que los mismos no acostumbran a lidiar con el dolor, el estrés, la ansiedad y el miedo desde otro lugar que no sea la medicina, por tanto siempre se recurrirá a la tecnología o insumos biomédicos buscando opacar el síntoma.

Este modelo (tecnocrático) expresado en la obstetricia utiliza rutinariamente alta tecnología respondiendo a un propósito más profundo que el de producir bebés sanos, tiene que ver con uno de los aspectos de fuerte arraigo cultural que constantemente surge a lo largo del proceso del embarazo, parto y puerperio: el miedo frente a lo incontrolable de un proceso natural liderado por los cuerpos de las mujeres (Magnone, 2010).

V.4 La lógica de la elección como el ideal de cuidado en salud privada y la propuesta de la lógica del cuidado.

La investigadora holandesa Anne Marie Mol, a partir del análisis de la atención de los enfermos de diabetes en un hospital holandés, investigó las prácticas y racionalidades existentes en torno a la enfermedad en los contextos intrahospitalarios dando origen a un modelo teórico que describe dos “lógicas” distintas de atención a los pacientes. La lógica de la elección y la lógica del cuidado (Mol, 2008). Si bien el modelo responde a un contexto específico, el mismo puede ser ampliado y utilizado para analizar otras problemáticas y contextos; en este caso, el parto en salud privada.

La lógica de la elección se ha instalado como un ideal de relación entre los pacientes y el personal de salud. Esta lógica se caracteriza por dirigir la atención hacia el empoderamiento individual de los pacientes instando a que los mismos tomen decisiones acerca de sus preferencias y tratamientos en salud. Bajo esta lógica el papel de los profesionales de la salud consiste en transmitir información y opciones para, luego de que el paciente elija, convertirse en operadores de su voluntad (Rojas, 2013). La premisa que esta lógica defiende y por la cual se ha instalado como un ideal de atención en salud corresponde a la posibilidad de realizar elecciones individuales, poniendo en valor la autonomía, la racionalidad y la libertad.

Según Mol (2008) la lógica de la elección da origen a dos tipos de usuarios; el cliente y el ciudadano. La primera de ellas circunscribe su atención al mercado, interpelando a las personas como consumidoras que pueden escoger el producto que quieren. Las personas son clientes y la atención se cambia por dinero.

“Usted tiene x enfermedad, para lo cual le ofrecemos determinada gama de productos, entre ellos la atención médica”. El cliente elige lo que quiere y puede, y una buena lógica del consumo es la que ofrece opciones diversas y claras. Por supuesto esto no sólo tiene que ver con atender a lo que el paciente quiere: crear opciones y necesidades es parte del juego (Rojas, 2013, p.3).

La segunda de ellas circunscribe su atención a lo legal, las personas se transforman de clientes a usuarios del servicio y las relaciones con el personal de salud son mediadas por leyes, protocolos y contratos. Dichos documentos establecen derechos y deberes que deben respetar las partes involucradas. Los contratos en esta versión permitirían dirimir a la autoridad médica “incentivando” la emancipación de las mujeres como una forma de celebrar la autonomía en tanto participación del proceso (Barros, 2015). En ambas versiones los/as usuarios/as son quienes toman las decisiones y por tanto se responsabilizan por las consecuencias de sus opciones y además las elecciones se producen en relación a un fin determinado.

El paciente consumidor entonces goza del poder de su autonomía y carga con la totalidad de la responsabilidad de su opción (Rojas, 2013, p.3)

Vemos como la salud privada existente en nuestro país se ajusta a la lógica de la elección, ya que la misma, a través del sistema de ISAPRES busca otorgar diversos planes de salud y múltiples convenios con prestadores para que el/ la usuario/a pueda elegir cual es el que más se ajusta a sus necesidades. Lo anterior es enaltecido hasta en el lenguaje siendo los planes de “libre elección” los más “convenientes” y deseados por los/as usuarios/as. En el caso de la atención del parto bajo este sistema de salud, una de las condiciones que más se destacan en comparación al sistema público es la posibilidad de elegir las instituciones y equipos médicos (específicamente al obstetra), y con esto entablar una relación en la que se permita transmitir las preferencias y opciones sobre el parto.

Según Mol (en Rojas, 2013), el enaltecimiento de esta lógica deja de lado una enorme tradición del cuidado que existe en el mundo occidental y que pone de relieve asuntos importantes como los lazos de interdependencia, la solidaridad y el respeto mutuo, los cuales levantan valores alternativos que muchas veces entran en conflicto con los que promueve la lógica de la elección (autonomía, racionalidad, libertad individual). Según la autora el prestigio de la lógica de la elección ha ido alterando las prácticas cotidianas de cuidado y atención, la cual tendría repertorios más adecuados para acompañar ciertos procesos terapéuticos.

Según Barros (2015), específicamente en la atención del parto, la opción de la elección no es una propuesta que permita avanzar hacia un mayor protagonismo femenino durante la asistencia del parto, pues su principal premisa es la realización de elecciones en base a la información entregada por el personal de salud. Según la autora, dicha información

enaltece la tecnología y las intervenciones como formas más efectivas y seguras de dar a luz.

“En la lógica de la elección, tal como es trabajada por la literatura científica, la epidemiología reuniría investigaciones acerca de la efectividad y eficacia de los tratamientos, presentando los mejores medios para alcanzar un fin previamente escogido. Pero, cuando las investigaciones, entendidas como herramientas que aumentarían el conocimiento sobre los medios disponibles por la medicina presentan aquellas tecnologías intervencionistas como más efectivas y eficientes ¿habría espacio para la elección? (Barros, 2015, p.59, traducción propia).

Mol (2008) contrapone la lógica de la elección con la lógica del “cuidado”, la cual considera la asistencia en salud como un proceso abierto e interactivo que va siendo moldeado según los aconteceres y desafíos que van surgiendo a lo largo de la trayectoria de atención. La atención no es vista como un intercambio delimitado sino como una interacción donde el foco no es el resultado (la salud “en sí”) sino el ideal de llevar adelante una “buena vida” (vida larga v/s vida feliz) (Rojas, 2013, p.4). Una de las características diferenciales con la lógica de la elección es la propuesta de compartir las responsabilidades entre el equipo de atención y los/as usuarios/as. Lo anterior viene dado pues las decisiones que se toman no son de una vez y para siempre, sino que van cambiando según las circunstancias, problemas y sujetos específicos.

Respecto a la atención del parto, esta lógica estaría más en sintonía con las dificultades y desafíos del proceso que con el desenlace del parto mismo. El cuidado en esta lógica apela a estar preocupado de problemas específicos, de mujeres específicas, en condiciones específicas. Lo anterior se vuelve relevante por la tendencia de la obstetricia a homogeneizar los cuerpos gestantes y clasificarlos según protocolos, situación que lleva muchas veces a la intervención de cuerpos sanos.

“El cuidado no tiene relación con implementar un conocimiento o una tecnología abstractamente, previa al proceso, sino de ir experimentando con ellos sus usos y adecuaciones en el transcurso de la asistencia a una mujer en específico. Usar tecnologías exige que el equipo sintonice las variables que se presentan en cada situación y sintonizar las variables significa descubrir que es lo idoneo de hacer en cada momento y descubrir juntos, mujer, equipo y red social autorizada por ella, el camino a tomar”

Según Barros (2015), las cualidades de la lógica del cuidado no se miden por el resultado, sino por el camino recorrido, por el esfuerzo persistente de buscar confort y soporte en las diversas situaciones que se presentan en el momento de parir.

En la lógica del cuidado identificar un tipo de parto a ser alcanzado no es condición para la asistencia sino parte de la asistencia, en la que la atención y especificidad son buscadas y la negligencia evitada. No se opone a la tecnología, sino que la integra, no es un producto que se intercambie entre manos, sino que es un conjunto de varias manos trabajando juntas por una experiencia positiva de vida (Mol, 2008 en Barros, 2015, p. 61, traducción propia).

VI. MARCO METODOLÓGICO

Planteados los antecedentes y establecidos los lineamientos teóricos de ésta investigación, es necesario dar cuenta del marco metodológico que la sustenta.

VI.1. Enfoque metodológico

La presente investigación fue realizada a través de una metodología de carácter cualitativo; este enfoque corresponde a un paradigma de investigación científica que emplea procesos sistemáticos y empíricos en orden de generar conocimiento. Lo anterior se fundamenta en un proceso inductivo de exploración y descripción para luego generar una perspectiva teórica a través de la interpretación del significado de las acciones de los seres humanos (Hernández et. al, 2006).

En la presente investigación se privilegió un carácter descriptivo ya que se buscaba dar cuenta de la particularidad de cada experiencia de gestación y parto en usuarias del sistema de salud privado, otorgándole relevancia a la perspectiva de las mismas y sus esquemas observadores, asumiendo la subjetividad como condición y modalidad constituyente de la misma (Canales, 2006). Lo anterior se vuelve relevante pues se indagó en las representaciones y los significados del cuerpo gestante y el parto y como estos afectan en la toma de decisiones de las mujeres. Este enfoque proporciona una metodología acorde a este objetivo que se concentra en las vivencias de las participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas (Hernández, 2006). Por tanto se utilizaron los términos y palabras que ellas utilizaban para mostrar fielmente el punto de vista que deseaban expresar (enfoque descriptivo).

El orden interno del objeto, su complejidad, como es característico de los hechos culturales y del sentido, implica una disposición observadora de esquemas observadores y no de observaciones en sí mismas. Aquella es precisamente la información cualitativa: una que describe el orden de significación, la perspectiva y la visión del investigado. Reconstruye el esquema observador, que da cuenta de sus observaciones. Es lo que habitualmente se entiende como esta orientación del enfoque cualitativo hacia lo emico hacia lo generativo. La realidad se ordena desde dentro. (Canales, 2006, p. 20)

VI.2 Proceso de investigación, contacto y reflexiones metodológicas

A mediados del año 2013, cursando mi penúltimo semestre como estudiante de Antropología Social, la mañana antes de irme a Calama a hacer trabajo de campo para mi tesis me di cuenta de que estaba embarazada; tenía 9 semanas de gestación. La noticia significó un gran impacto, no solo porque la temática que estaba trabajando a nivel académico tenía relación (partería en la puna atacameña) sino porque no estaba en mis planes convertirme en madre en ese momento. A pesar de mi simpatía por los movimientos de parto holísticos y mi preferencia hacia las gestaciones y partos con poca intervención biomédica (ahí mi interés por la partería), los primeros sentimientos que tuve fueron de miedo e incertidumbre acerca de este nuevo estado corporal. Como tenía pocas

semanas y ahora un gran sentido de la responsabilidad de terminar la carrera, emprendí el viaje al día siguiente. Al llegar allá comenzó una transformación que no se detuvo hasta el día de hoy que mi hija tiene 2 años y 4 meses.

Las náuseas que comencé a tener y las condiciones propias de la vida rural indígena de la puna me hicieron sentir muy incómoda. Condiciones que hacía un par de meses eran perfectas para una joven estudiante pasaban a ser objeto de preocupación y miedo para una joven gestante nacida y criada en la ciudad de Santiago. Lo que más deseaba era hacerme una ecografía, ir al ginecólogo y estar cerca de mi familia, principalmente para aplacar el sentimiento de incertidumbre, miedo y vulnerabilidad que me acompañaba.

Fue por lo anterior que tomé la decisión de cambiar mi temática específica de investigación e incorporarme a un nuevo proyecto, que me permitiera estar cerca de mi familia y contar con el acceso al cuidado biomédico que sentía en ese momento tan necesario. Fue así que recibí la invitación de la profesora Michelle Sadler a incorporarme como tesista al proyecto FONIS SA13I20259 titulado “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio en salud pública y privada para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile”. Dicho proyecto tuvo como objetivo general indagar en las razones “no médicas” del exceso de cesáreas en nuestro país, para lo cual se había planteado un programa metodológico cualitativo basado en la aplicación de entrevistas semi-estructuradas a obstetras, matronas y usuarias (gestantes y puérperas) de los sistemas de salud privado y público de la Región Metropolitana. Decidimos que el foco de mi tesis estaría puesto en la submuestra de mujeres gestantes y puérperas de salud privada, que resultaba de especial interés para mí, por la paradoja existente entre las preferencias de las usuarias y los resultados del parto, la cual era más marcada en este sector de atención. Lo anterior generaba un terreno propicio para el análisis del proceso de toma de decisiones y de las relaciones existentes entre usuarias y personal de salud.

En este sentido, la estrategia de muestreo y características generales de la muestra estaban definidas en el proyecto. Los contactos iniciales para las entrevistas fueron realizados a través del equipo del proyecto FONIS y también a través de redes personales, y luego se fueron extendiendo a través del muestreo por bola de nieve, pidiendo a las mujeres entrevistadas sucesivos contactos de mujeres que cumplieran los criterios de inclusión en la muestra.

Paralelamente al proceso de investigación, yo estaba viviendo el proceso de gestar a mi propia hija, lo que significaba un desafío en términos investigativos, ya que me enfrenté a numerosas entrevistas en las cuales se me relataban hechos de violencia obstétrica, generando a veces miedo e incertidumbre en torno a mi propia experiencia como gestante y a mi parto. Además era difícil separar mis propias impresiones y sensaciones sobre mi cuerpo de las que me relataban las otras mujeres. Lo anterior era exacerbado por la prominencia de mi abdomen que me impedía pasar desapercibida. Debo decir sin embargo, que sucedía algo positivo al compartir el mismo estado corporal que las entrevistadas y es que se generaba una complicidad mayor, una especie de unión

implícita de confianza que nos otorgaba estar pasando por la misma experiencia, y considero que esto me ayudó a generar una mayor profundidad y apertura en las conversaciones. A partir de estas entrevistas se funda el material principal que sustenta los hallazgos de esta investigación, es decir, los testimonios de mujeres gestantes y puérperas de la Región Metropolitana, usuarias del sistema de salud privado. Las entrevistas se realizaron en dos momentos; entre diciembre y febrero del 2014, y entre marzo y junio del 2015. Además se sumó un grupo focal en marzo del 2015.

Es necesario mencionar que mi propia experiencia como gestante y usuaria del sistema de salud privado influyó en las reflexiones y entendimiento acerca de esta problemática. Como madre gestante tuve la experiencia de asistir a controles antenatales desde agosto del 2013 hasta febrero del 2014, sometíendome a diversos exámenes y ecografías donde pude relacionarme con el personal médico; obstetras, matronas y técnicos del sistema privado de salud. Además asistí a un grupo de acompañamiento a la maternidad donde participaban alrededor de 15 gestantes junto a sus parejas, muchas de ellas usuarias del sistema privado de salud. Instancia en la cual se mantuvieron conversaciones informales y reflexiones sobre el presente tema. Junto con lo anterior la asistencia a diversos seminarios, charlas y talleres de gestación, parto y puerperio. Además mi propio parto, el cual si bien fue en una institución de salud biomédica fue acompañado por un equipo de orientación personalizada, generando ciertas diferencias respecto a las experiencias de las usuarias entrevistadas. Esta experiencia despertó en mi una convicción acerca de la gestación y el parto que ha sustentado mi actuar hasta el día de hoy y es que los mismos son procesos fisiológicos que forman parte de la vida sexual de la mujer y como tales deben ser vividos en intimidad, amor, contención, respeto y apertura pues influyen radicalmente en el curso de la vida, tanto del hijo/a como de la madre. Creo también que el proceso de atención biomédico tecnocrático no respeta estas premisas y muchas veces somete a las mujeres a experiencias negativas, violentas e irrespetuosas influyendo negativamente en la futura autopercepción de su cuerpo, su sexualidad y su maternidad. Creo también que el problema no está en la biomedicina en sí, sino en el tipo de modelo que adopte respecto a la atención y por tanto confío en que la apertura de los equipos de salud a paradigmas personalizados puede cambiar radicalmente la forma de enfrentarse a este proceso vital.

Fue por la anterior convicción que comencé a acompañar a mujeres en sus gestaciones, partos y puerperios convirtiéndome en *doula*. La palabra *doula* deriva del antiguo griego y significa servicio. En tiempos modernos el concepto evoluciona y se acuña para describir a una persona experimentada en la ayuda al nacimiento que provee de soporte continuo, información y apoyo emocional y físico, a las mujeres embarazadas, antes, durante y justo después del parto. Las *doulas* asisten a las mujeres que dan a luz en hospitales, en casas de partos y en sus domicilios. Así también, la primera misión de la *doula* es informar positivamente de la experiencia de la maternidad y del parto a las mujeres embarazadas y a sus familias. El fundamento del cuidado de una *doula* se basa en el conocimiento de que el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad en gran medida. En orden de seguir ese camino

realicé cursos formativos con parteras y matronas de diversos países y a la fecha he acompañado 2 partos en instituciones hospitalarias y 7 partos domiciliarios.

Si bien estas experiencias, tanto de gestación/parto como de acompañamiento, no se encuentran en forma explícita en el análisis de la información de esta memoria, sí son necesarios de mencionar pues contribuyeron a generar un entendimiento más profundo de la problemática investigada.

VI.1 Técnicas

a. Entrevistas semi estructuradas

Se privilegió la recolección de información mediante la técnica de entrevista, definida como una reunión para intercambiar información entre una persona (el/la entrevistador/a) y otra (el/la entrevistado/a) u otras. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998 en Hernández, 2006, p. 597). Más específicamente se utilizó la técnica de entrevistas semi-estructuradas (Hernández, 2006) la cual se caracteriza por basarse en una guía previa de temas generales y preguntas que el/la investigador/a va proponiendo, sin embargo al mismo tiempo existe la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). En este tipo de entrevista se busca generar un vínculo de confianza, libertad y fluidez con el/la entrevistado/a para generar mayor profundidad y densidad a la información obtenida. Esta característica resultó muy importante para este estudio ya que el mismo tocó una temática íntima e intensa a veces difícil de explorar como es la gestación y el parto.

En orden de guiar el proceso de la entrevista, se elaboró una pauta general de temas importantes a tratar para ser consecuentes con los objetivos de la investigación, sin dejar de lado la flexibilidad y posibilidad de emergencia de nuevos tópicos. Es decir, se delimitó la entrevista a las áreas temáticas que inicialmente se consideraron relevantes pero al mismo tiempo se permitió la emergencia de nuevas categorías de investigación a partir de lo que las mismas usuarias consideraban como relevante en torno a las trayectorias de gestación y parto. En orden de lograr lo anterior se intentó generar un ambiente confianza y apertura durante las entrevistas.

Se realizaron entrevistas a 11 usuarias puérperas y gestantes del sistema de salud privado. A dos de las usuarias se les realizaron entrevistas en ambos momentos, es decir, durante la gestación y el puerperio para relacionar sus impresiones antes y después del parto. Al resto de las usuarias solo se le realizó una entrevista (a 2 durante la gestación y a 7 durante el puerperio).

b. Grupo de discusión

Luego de realizar las entrevistas se comenzó un proceso de análisis en el cual se establecieron las temáticas más relevantes para el tema de estudio y se decidió realizar

un grupo de discusión con el objetivo de observar cómo esos temas eran abordados por las usuarias en conjunto. El grupo de discusión se entiende como una conversación entre un grupo de participantes con igual derecho al habla, previamente desconocidos entre sí, que al conversar de cierto tema generan un discurso social.

Discurso, que puede entenderse como la puesta en habla de la lengua social que comparten los miembros del grupo, y reproduce para su análisis, el hablar del grupo. Produce un grupo, que se crea entre los participantes, mediante el ritual y el trabajo de hablar como tal. Los grupos son esencialmente conversaciones, juegos de preguntas y respuestas con las que hablan su “realidad común”, discursos y códigos con los que interpretan su mundo, sostenidas sus palabras en la autoridad del conjunto, por sobre la singularidad y la contingencia del tú (Canales, 2006, p. 267).

El grupo de discusión realizado contó con 6 participantes correspondientes a usuarias púérperas del sistema de salud privado.

VI.3 Muestra

La estrategia de muestreo para las entrevistas semi estructuradas y grupo focal se basó en su inicio en contactos a través de redes del equipo de investigación del proyecto FONIS y de quien escribe, que cumplieran con las siguientes características: ser mujeres mayores de 18 años, gestantes (durante el tercer trimestre de gestación) y púérperas (hasta seis meses postparto), con embarazos deseados y de “bajo riesgo obstétrico”. Con respecto a la edad, se consideró importante excluir el embarazo adolescente, por ello se buscaron mujeres mayores de 18 años. Se decidió entrevistar a mujeres cuyas gestaciones fueran “deseadas”, habiendo sido planificadas o no planificadas. En este sentido, algunas de las mujeres de la muestra no estaban buscando un embarazo, pero al enterarse decidieron tener a ese hijo(a), lo cual se consideró relevante para excluir la temática del aborto, que constituye otro tema de investigación. Se trató de mujeres gestantes y púérperas desde los 6 meses de gestación hasta los 6 meses postparto debido a que se trata de una etapa de la vida en que las mujeres están viviendo muy de cerca las experiencias y procesos de toma de decisiones en torno a la atención del nacimiento, o recientemente han vivido la experiencia. Y se incluyeron solo mujeres cuyas gestaciones fueran de “bajo riesgo obstétrico” (al menos hasta los 6 meses de gestación) debido a que ello implica un protocolo de atención con menos intervenciones obstétricas y con la posibilidad de tener un parto por vía vaginal. Se intencionó además un perfil de usuarias que no tuvieran (o hubieran tenido) posiciones ideológicas marcadas o algún tipo de activismo político relacionado al tema del parto, y que no trabajaran en temáticas vinculadas directamente al tema de estudio. Esto, con el fin de que no contaran con información muy especializada sobre el tema, lo cual nos permitiera indagar en profundidad en sus dudas y el tipo de información (y sus contradicciones) que hubieran recibido.

A medida que se fueron reclutando casos y realizando entrevistas, se seleccionaron nuevos casos buscando incluir heterogeneidad en características como: mujeres que tuvieran y que no tuvieran hijos anteriores, con partos anteriores por vía vaginal y cesárea (y con cesáreas anteriores programadas y de urgencia), de comunas de residencia diferentes, que se atendieran en distintos centros asistenciales. En este sentido, las mujeres gestantes/puérperas entrevistadas tuvieron experiencias en diferentes instituciones privadas, lo que representa la diversidad de oferta existente en este sector de atención. Es necesario agregar que se consideró a mujeres con previsión FONASA que se atendieron en el sistema privado a través del bono PAD. En los últimos años se han ido produciendo modificaciones en la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA) dando la posibilidad a los/as usuarios de ciertos tramos pagar un monto mensual para acceder a mayores beneficios (FONASA B, C y D)⁸. Las usuarias que pertenecen a estos tramos tienen la posibilidad de acceder al bono PAD (Pago Asociado a un Diagnóstico) Parto, siempre que su gestación haya sido saludable y con eso atender su parto bajo las dinámicas del sector privado en clínicas que estén abiertas a este convenio. Se decidió incorporar a usuarias de estas características, pues al atenderse bajo las dinámicas del sector privado de salud se produce un cambio en la forma de interactuar con los equipos de atención de salud que nos interesaba investigar.

A partir de los primeros contactos se utilizó la modalidad de muestreo de “bola de nieve” (Hernández, 2006), la cual permitió ir explorando y conociendo informantes a medida que se realizó el trabajo de campo.

La muestra total resultó en 15 mujeres, 11 de ellas participaron en entrevistas y 5 en un grupo de discusión. 3 de ellas tuvieron partos vaginales (33%) y 8 tuvieron cesáreas (67%), reflejando un porcentaje similar al que se da en el sistema de salud privado de atención, donde la cifra de cesáreas asciende a un 71,8% (DEIS, MINSAL, 2012). 14 de las mujeres son chilenas y una es argentina, se decidió incluir en la muestra pues cumplía con el perfil requerido, vivía en Chile hace más de 10 años y había pasado sus procesos de gestación y parto en nuestro país conociendo de cerca las dinámicas del sector privado de atención.

A continuación se presenta el detalle de las mujeres que participaron en nuestra investigación. Los nombres reales han sido cambiados por seudónimos, y tras cada nombre se muestra entre paréntesis la sigla con que cada una se identifica en las citas del capítulo de análisis.

Entrevistas						
Nombre	Edad	Comuna Residencia	Previsión	Vía de parto	Momento de	Número de entrevistas

⁸Personas que perciben ingresos mensuales imposables entre \$210.000 y \$351.000 pesos .

					entrevistas	
Adela (AP)	24	Peñalolén	ISAPRE.	Vaginal	Gestación	1
Carla (CB)	36	Nuñoa	ISAPRE.	Vaginal	Gestación	1
Amparo (AA)	34	Santiago	FONASA	Vaginal	Gestación y Postparto.	2
Karina (KG)	31	Pudahuel	ISAPRE	Cesárea emergencia	Gestación y Postparto	2
Gloria (GM)	39	Las Condes	ISAPRE	Cesárea emergencia	Postparto	1
Mónica (MO)	28	Santiago	FONASA	Cesárea emergencia	Postparto	1
Carmen (CO)	31	Cerrillos	ISAPRE	Cesárea programada	Postparto	1
Elena (EA)	28	Santiago	ISAPRE	Cesárea programada	Postparto	1
Jeanette (JM)	29	Puente Alto	ISAPRE	Cesárea programada	Postparto	1
Teresa (TR)	26	Nuñoa	ISAPRE	Cesárea programada	Postparto	1
Carolina (CP)	28	El bosque	FONASA	Cesárea programada	Postparto	1

Grupo de discusión						
Nombre	Edad	Comuna Residencia	Previsión	Vía de parto	Momento de entrevistas	Número de entrevistas
Joanna (JT)	24	Nuñoa	ISAPRE	Vaginal	Postparto	1
Amparo (AA)	34	Santiago	FONASA	Vaginal	Gestación y Postparto	2
Gladys (GS)	24	Puente Alto	ISAPRE	Vaginal	Postparto	1
Rafaela (RO)	28	Paine	ISAPRE	Cesárea emergencia	Postparto	1
Tatiana (TM)	24	Puente Alto	FONASA	Cesárea Programada	Postparto	1

VI. 4 Análisis de información

El análisis de la información presente en esta investigación corresponde a una actividad de tipo hermenéutica, ya que parte desde la recopilación y lectura de textos hasta la interpretación de la información empírica utilizando métodos y técnicas de investigación cualitativos.

Las entrevistas semi estructuradas y el grupo de discusión se grabaron en un soporte de audio y se transcribieron de forma literal en orden de respetar y mantener las impresiones y reflexiones de las usuarias de forma fiel. Posteriormente se realizó una lectura de los relatos para identificar los contenidos generales presentes en cada uno de ellos. Luego se procedió a identificar los ejes temáticos presentes en las entrevistas que se repetían entre los relatos, otorgando un orden y un sentido común a los mismos. Finalmente se realizó un proceso interpretativo en torno a los relatos, para comprender la problemática expuesta anteriormente, construyendo categorías a partir de cada eje temático, clasificando y organizando conceptualmente las unidades de significado. Este procedimiento corresponde a un “análisis narrativo de contenido” definido este como *“la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”* (Krippendorff, 1980, p.28).

VI. 5 Procedimientos éticos

El proyecto FONIS en el que se enmarca este trabajo contó con la aprobación de tres comités de ética de Servicios de Salud de la Región Metropolitana: Servicio de Salud Metropolitano Norte, Servicio de Salud Metropolitano Occidente y Servicio de Salud Sur Oriente. Dichos comités aprobaron los documentos de consentimiento informado que se aplicaron en el estudio. El documento de consentimiento informado fue explicado a todas las mujeres entrevistadas, y buscó que recibieran toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, asegurando su comprensión y participación absolutamente voluntaria, la cual no implicó ningún tipo de riesgo para su salud ni perjuicio. La investigación garantizó la confidencialidad de la información entregada por las entrevistadas, y la omisión de cualquier información que las pudiera identificar (sus nombres, nombres de las instituciones y equipos médicos que las atendieron u otra información que permitiera su identificación. Los nombres de las mujeres y de otras personas que aparecen en las citas del presente trabajo han sido reemplazados por seudónimos.

VII. ANÁLISIS

En el presente análisis se exploran las trayectorias de atención de la usuarias gestantes y púerperas del sistema de salud privado. En el capítulo 1 “El cuerpo gestante” se analizan las dinámicas de atención de las consultas antenatales, específicamente; los significados en torno al feto que se producen en la aplicación del ultrasonido, las representaciones en torno al cuerpo gestante y el carácter de las relaciones entre el personal de salud y las usuarias. En el capítulo 2 “Percepciones y valoraciones sobre las vías de parto” se

evidencian las preferencias iniciales de la usuarias respecto a las vías de parto y como estas interactúan con las representaciones respecto a ellas (transmitidas por su entorno cercano y por el personal de salud). Se analiza en profundidad el riesgo y el dolor como puntos de inflexión entre las preferencias de las usuarias y el proceso concreto de toma de decisiones sobre el momento del parto. Finalmente, en el capítulo 3 “Entre decidir y acatar” se exponen en detalle historias de partos, en las cuales se puede entrever el proceso de toma de decisiones respecto a la vía de parto y que ilustran el tipo de argumentos e información que se le otorga a las gestantes por parte del personal de salud al momento de hablar sobre el parto. También las impresiones, inquietudes y sentires que la mujer y su entorno experimentan frente a aquello.

VII.1 El Cuerpo Gestante

El embarazo, el parto y el amamantamiento como experiencias corporales son vividas de diferente manera según los saberes que sobre el cuerpo tenga determinada sociedad (Imáz, 2001, p. 98).

En nuestro país las mujeres son socializadas en el modelo de atención y nacimiento biomédico, que implica asistir regularmente a controles antenatales, durante la gestación. En el caso del sistema privado estos controles corresponden a exámenes y consultas con obstetras que van controlando el desenvolvimiento de la trayectoria gestacional, vigilando que tanto el feto como la madre se encuentren saludables. Esto se lleva a cabo a través de citas de conversación en las cuales usualmente se revisan exámenes, ecografías, medidas de peso y talla y se conversan sobre las dudas e inquietudes acerca de la gestación y el parto. Es en estos controles, en las interacciones entre personal médico y usuarias, donde se van construyendo y transmitiendo representaciones respecto a la gestación y el parto, es por eso que nos detendremos a observar qué sucede en estas interacciones, con el objeto de analizar la influencia que tienen en las posteriores decisiones respecto al parto.

El capítulo 1 se enfocará en el análisis de las experiencias de las mujeres en los controles antenatales. El apartado 1.1. se enfoca en el papel que juega la tecnología en la construcción identitaria del feto, situándolo como un ser con importancia social, lo anterior a través de la ultrasonografía como herramienta diagnóstica de patologías. Luego, en el apartado 1.2. se ahonda en las representaciones en torno al cuerpo gestante, donde impera la visión de un cuerpo defectuoso y patológico. En el apartado 1.3. profundizamos en las relaciones que construye la mujer durante su gestación; con el feto y el/la obstetra. Se considera que la relación feto-mujer es crucial para el posterior desenvolvimiento del parto, pues se produce una objetificación del cuerpo de la mujer, al representarla como un medio para el nacimiento de un ser más importante. También se analizan el tipo de relaciones que se establecen entre obstetras y usuarias, las cuales se caracterizan por ser fuertemente paternalistas, condición que contribuye a despojar a las mujeres de su autonomía, influyendo en las decisiones que se toman al momento del parto.

a. Protagonistas y espectadoras

Las mujeres desde pequeñas son socializadas en que la manera de enfrentar sus ciclos reproductivos es a través del sistema médico alópata y sus practicantes (Sadler,2003, p. 101).

Es desde el inicio de la gestación que las mujeres recurren al sistema de salud y a la tecnología como fuentes de respuestas ante las inquietudes e incertidumbres acerca de este nuevo estado corporal. Tal situación se evidencia cuando se manifiestan signos físicos y emocionales que lo expresan como las náuseas, el dolor y abultamiento de los pechos, la ausencia de menstruación y mayor sensibilidad emocional, entre otras. A pesar de observar empíricamente estos signos físicos y emocionales que alertan sobre algo nuevo -un cambio, una diferencia, una presencia-, es la tecnología la herramienta culturalmente más aceptada para dar certeza acerca de este nuevo estado.

*Llegaba al baño así con esa sensación de querer vomitar pero no vomitaba pero así como que estaba todo el día, todo el día, todo el día, hasta que ya tenía mucho atraso como 25 días y **ahí ya me compré el test**⁹, pero yo pensaba que me iba a llegar la menstruación igual porque a mí me dolían los ovarios, me dolían los pechos, eran los mismos síntomas de cuando uno se va a indisponer entonces yo no pensaba po. Y el mes anterior yo igual había tenido un atraso como de 15 días y **me hice un test y me salió negativo** y después me llegó la menstruación. Entonces esta vez yo dije “ah los mismos síntomas” me duelen los pechos y todo ah no creo, pero ya era mucho, ya eran muchas mis náuseas entonces ahí Cristian me dijo “Ah, ya, no, **voy a ir a comprar un test** porque o si no algún bicho tienes en la guata¹⁰ o algo porque no es normal que estés así po” y era el bichito de la guata. **Y ahí bueno fui al doctor al tiro, me confirmaron con la eco...**(KG).¹¹*

La ecografía o ultrasonido es la principal herramienta de seguimiento de la gestación, cuya función es vigilar la salud del feto dentro del útero. Su alta disponibilidad la ha convertido en un examen muy frecuente (Ralph y Carvajal, 2012). Todas las mujeres que participaron de este estudio se sometieron a este examen a lo largo de su trayectoria de atención, el examen constituía para ellas una forma de saber cómo estaba la salud de su bebé en el útero y conocer sus características. Para la mayoría era un examen esperado y necesario de realizar, sobre todo cuando se enteraban de que estaban embarazadas ya que les permitía salir de la incertidumbre inicial y sentirse tranquilas y seguras con el curso de la gestación.

*Como yo te conté yo estaba fuera de Santiago, entonces llamé a una amiga para que me pidiera hora, así como con cualquier médico..., **¡hazme el favor, necesito una ecografía ya!** Ya poh, y me contactó con un ginecólogo y ahí fueron mis primeros controles (AA).*

⁹ Los textos destacados corresponden a una selección de la investigadora, y son utilizados para dar relevancia a ciertos elementos del texto.

¹⁰ Vientre

¹¹ Todas las citas de la presente tesis que corresponden a entrevistas se transcribieron de manera textual con el objetivo de conservar la intención y sentido original de los enunciados.

*Yo tenía un ginecólogo de antes que era con el que todos los años me iba a hacer el PAP y todo, y **cuando quedé embarazada lo busqué y no tenía hora, yo me enteré el 24 de diciembre y empecé a buscar al tiro y él no tenía fecha hasta noviembre, entonces dije "no importa" mientras voy a ir a cualquier otro, porque él siempre atiende en la INDISA y yo me atendía allá, voy a ir a cualquier otro para hacerme los exámenes de rutina y el 6 de noviembre voy con él. Así que así lo hice busque cualquiera de los ginecólogos de la INDISA, fui para que me dieran la orden para hacer la eco (KG).***

Esta tecnología no se utilizó de forma masiva sino hasta fines de la década de los 80', donde varias clínicas y hospitales de Chile adquirieron equipos para comenzar su implementación como herramienta diagnóstica de patologías (Ortega, 2004). Los esquemas propuestos para la aplicación de ultrasonido de rutina durante el embarazo son múltiples y van desde uno hasta cinco o más. En Chile el MINSAL recomienda realizar 3 ecografías durante la gestación (MINSAL, 2014) y algunas guías de ginecología y obstetricia hablan de 4 ecografías de rutina (Ralph y Carvajal, 2012). Todas las mujeres que participaron de este estudio se realizaron al menos tres ecografías durante su trayectoria de atención, familiarizándose con el examen, ansiando sus resultados y valorando la disponibilidad del mismo.

Lo bueno es que ese médico tenía la ecografía ahí mismo, entonces era así como que llegaba y me hacía ecografía (AA).

*De hecho tuve tanta suerte que como te digo me tuve que hacer dos eco doppler hace poco por el tema de mi presión y era para descartar, para tener dos opiniones distintas y me tocó otro doctor que me hacía eso, muy simpático, muy agradable. **Y me decía que como yo le había caído bien, y encontraba que era muy simpática que dijo, te voy a regalar la ecografía 3D y me la regaló (risas) y yo feliz (GV).***

Una de las experiencias comunes que tuvieron las mujeres de este estudio en relación a este examen, corresponde a la **"toma de conciencia" de la existencia y vida del feto y su reconocimiento como un ser social**. A pesar de que el feto está dentro de la mujer en todo momento, a lo largo de algunas entrevistas se pudo evidenciar que era durante la ecografía que su presencia se hacía más real y tangible. Tal parece que la mediación de la tecnología a través de la producción de una "imagen" hace de ese momento algo "más real" que las sensaciones diarias que se producen entre la mujer y el feto (Barros, 2015). Esta toma de conciencia no solo estaba mediada por el aparato tecnológico del ultrasonido, sino por la palabra y voz del ecografista quien interpretaba las imágenes borrosas que aparecían en la pantalla de forma tal que el feto pudiera ser reconocido. Para las mujeres de este estudio el reconocer estas características implicaba una gran emoción.

No te podría decir que sentí o la felicidad que sentí cuando le escuché su corazón por ejemplo a las 8 semanas de embarazo, pensar que es una lenteja así ya, ya está funcionando (...)** yo creo que **no hay nada más lindo que cuando vas a las eco, cuando la ves, cuando escuchas su corazón, cuando le ves su cuerpecito todo formadito, ahí yo creo que no hay emoción más grande que esa (KG).

Según Mitchell (1998), los ecografistas luego de cerciorarse de que el feto está vivo y es “normal” para los parámetros establecidos, comienzan a otorgar información que potencia los atributos humanos de éste, construyéndolo y tratándolo culturalmente como un bebé. Se destacan las partes que se consideran más atractivas y tranquilizadoras para las personas como el latir del corazón, el cráneo y cerebro, los dedos de las manos y pies. Se destaca usualmente el parecido con el papá o la mamá y se describe el movimiento en términos de actividad; así el feto nada, juega, baila o saluda. Estos énfasis realizados por el personal de salud contribuyen a destacar la presencia del feto como un ser social y el mismo **se comienza a situar como protagonista de la gestación**, produciéndose por primera vez una escisión del cuerpo materno con el cuerpo fetal, convirtiéndose éste en un ente con importancia, en un *feto-individuo* (Imaz, 2007).

*Yo me las hacía con la Andrea, (...), que era una doctora súper amorosa, onda como que...., onda una ecografista súper amorosa, como que veía la guagua y ...**¡hola bebé, hola bebé!** (EA).*

*Ya nos habíamos hecho justo una **eco para yo asegurarme de que tenía corazón y como para contarle a la gente no más, a mi mamá a todos para que estuvieran tranquilos** (AP)*

Según Imaz (2007) el *feto-individuo* como ente ajeno a la madre estaría revestido de sus propios derechos (a la salud, al bienestar etc.), derechos a los cuales la mujer debe amoldarse para producir un **medio** lo más favorable posible.

A partir de esta consciencia, de que la salud del feto-individuo depende en gran medida de las acciones maternas, y de el constante control sobre sus parámetros de salud en cada ecografía, la idea del riesgo comienza a hacerse presente por primera vez. Según el MINSAL el parto prematuro, la restricción del crecimiento uterino, la preclampsia y las malformaciones fetales son responsables de más del 90% de la morbilidad y mortalidad perinatal y el ultrasonido aparece como *la principal arma para diagnóstico y determinación de riesgo individual durante el embarazo* (MINSAL, 2014: 51). Por tanto el examen en sí mismo se erige sobre la necesidad de detectar anomalías, alteraciones genéticas y factores de riesgo.

*Siempre fue todo normal me acuerdo, no me acuerdo a los cuántos meses, **quizás a los cuatro por ahí había otra eco que hacían para saber si tenían una enfermedad**, no me acuerdo si Síndrome de Down o algo y dijimos como...mi marido le dijo “oye y es necesario que se la haga es solo para ver eso porque está todo bien en las otras”, “si es solo para ver esta cuestión” y dijimos ya entonces para qué hacerla si igual va a ser nuestro hijo si sale con alguna enfermedad así que filo... (AP).*

A partir de este énfasis que se realizaba sobre la salud fetal, surgían cuestionamientos de parte de las mujeres sobre el ajuste de sus hijo/as a ciertos parámetros, llámese tablas de crecimiento, posición, peso, entre otras. Situaciones que se alejan de los diagnósticos para los cuales supuestamente este examen se realiza, pero que se potencia con el

constante control sobre la trayectoria gestacional.

*(...) lo que pasa es que el Andrés **era bien grandote**, y **se demoró mucho** en darse vuelta, incluso estaba vuelto de frente, entonces en un momento le pregunté (al obstetra) **qué pasa si no se da vuelta...**(GM).*

“Era bien grandote” es una característica que la madre solo pudo evidenciar a partir de una comparación con una tabla de crecimiento, o los comentarios acerca de la posición fetal, por ejemplo “se demoró mucho en darse vuelta” y “tenía su carita para afuera, no para atrás”, indican la percepción de que existe un tiempo óptimo para que el bebé adopte una posición cefálica, lo cual puede suceder hasta el mismo día del parto, y en el segundo ejemplo se evidencia que la posición en la cual se encuentra su bebé no es la correcta. Vemos cómo se produce una normalización del cuerpo fetal incluso antes del nacimiento. Lo anterior contribuye a generar un estado de ansiedad en la mujer al sentir que su gestación no está cumpliendo los parámetros adecuadamente, ansiedad que puede afectar enormemente el tipo de relación que se establece con el personal de salud. Michel Odent (2007) habla del *efecto nocebo* refiriéndose al efecto negativo en el estado emocional de la mujer gestante que producen los diagnósticos antenatales. Según el autor, esto ocurriría cada vez que un profesional de la salud hace un daño más que un bien al interferir en la imaginación, fantasías, o las creencias de un paciente o mujer gestante.

*... **según mi ecografía el Antonio era grande** (...) entonces yo le decía a este gallo (al obstetra) “no, es que yo igual quiero tratar” (de tener un parto vaginal)... **y él me decía “no, si es gigante”, era como “qué terrible, cómo lo vas a hacer”.** Entonces partió con el argumento, **está alto, todavía no se encaja, es muy grande** (...) “no es que en verdad así como que leí que mi cuerpo no va a producir una guagua que yo no pueda parir”... y él “no, eso es mentira”, como que se reía, como que se burlaba, y yo me sentía como súper longi¹² (...) **yo igual me empecé a asustar** (EA).*

Antes de la introducción de esta herramienta tecnológica, el momento en el que el feto se hacía más tangible y presente era cuando comenzaba a moverse por primera vez, lo cual sucede generalmente en un estadio avanzado de la gestación. **Esta situación dependía exclusivamente de la percepción de la mujer**, por tanto el proceso de reconocimiento del feto y el auto reconocimiento de la mujer como madre era más pausado, sutil e impredecible (Imaz, 2007) y **se configuraba como un conocimiento femenino más que como un conocimiento científico.**

La “conciencia anticipada” que produce la ecografía sobre la existencia tangible del feto genera consecuencias importantes para el desenvolvimiento de la gestación y parto, no solo escindiendo el cuerpo fetal del materno sino también **transformando a la mujer en una espectadora de su propia gestación**, donde sus conocimientos y percepción quedan subordinados a la palabra del personal médico. Estamos frente a una nueva relación entre personal médico y feto, relación que no necesita mediación. Si antes el

¹²Sinónimo de tonta, torpe o cobarde.

personal médico requería exclusivamente de la experiencia materna para recopilar información sobre la salud fetal; sensaciones corporales y emocionales, ahora nada de eso es indispensable. En la siguiente cita podemos ver cómo la mujer no está implicada en el examen, ya que el ecografista solo la utiliza como un medio para observar al bebé, sin darse el tiempo siquiera de entablar una conversación, lo cual generaba una sensación de disgusto en ella.

Pero me lo había hecho con un doctor que me lo habían recomendado ahí mismo en la Dávila y me cargó, porque el gallo fue como que llegó y ... mh, ahá, ahá, y chao, y quedé ahí tirada como con el gel en la guata... (EA).

Ahora es el personal médico quien informa a la mujer sobre el progreso de su gestación pues las diversas herramientas tecnológicas permiten tener una certeza científica sobre la misma. Lo anterior relega la experiencia corporal femenina a segundo o tercer plano.

De hecho les llamaba la atención y me preguntaban si estaba bien la fecha que yo había dado de la concepción porque no les coincidía el tamaño del bebé con el tiempo que yo tenía. El doctor me dijo que íbamos a seguir el proceso normal y ya al final íbamos a ver como iba todo (CO).

Yo le decía (al obstetra) “oye parece que sentí a mi bebé”. “A ver, ¿cuántas semanas tienes? No, imposible, no puedes sentir a tu bebé, estás loca (RO).

La alusión a que la mujer “está loca” evidencia una desvalorización de su propia experiencia en relación a su gestación. La mujer “no puede saber” y por tanto cualquier atisbo de sensación que se salga de lo establecido no es válida, en este caso constituye un producto de su imaginación, una alucinación. Lo anterior sitúa a la voz obstétrica por sobre la voz femenina en relación a su propio cuerpo, situación que se repite a lo largo de los controles gestacionales y que genera un precedente para el momento del parto.

Analizando las experiencias de las mujeres se evidencia que la práctica de este tipo de examen supone un mayor control de la gestación por parte del personal de salud y una subsecuente pérdida de control por parte de la gestante (Narotsky, 1995; Montes-Muñoz 2009). Esto marca un hito para la trayectoria de embarazo/parto/nacimiento pues se produce una toma de poder por parte de la institución médica respecto a la mujer, al desautorizar sus experiencias generando inseguridad y desconfianza sobre el propio conocimiento corporal. Este proceso es favorecido por la habilidad de “construir discursivamente” al ser humano por nacer. Según Montes-Muñoz (2009) el manejo de esta tecnología fortalece el poder y carisma del experto, ya que es él/ella quien tiene la habilidad de traducir la información para los/as usuarios/as, sin su palabra y experticia la información carecería de sentido.

Actualmente la ecografía es la puerta de entrada a una trayectoria de embarazo caracterizada por una constante mediación entre el sentir de la mujer, y la interpretación obstétrica de la información otorgada por la tecnología. Antes de la existencia de esta

herramienta, lo que acontecía al interior del útero femenino era considerado un misterio, ahora mirar dentro de él ha abierto nuevos espacios de significado respecto a la gestación (Montes-Muñoz et al. 2009), ya que no solo se limita a una prueba de diagnóstico o predicción, sino que de medición y parámetros. La ocurrencia de este examen tendría mucho más sentido si el aborto fuese una opción viable para la mujer, es decir, si el diagnóstico del ultrasonido incidiera en una posible interrupción del embarazo, sin embargo en Chile esta posibilidad no existe.

Por tanto los objetivos del examen se amplían; no solo constituye una herramienta para acompañar el desenvolvimiento de la gestación en términos de salud, sino que se transforma en un instrumento que anticipa la presencia del feto como miembro de la familia (Barros, 2015). Instalando con eso la conciencia de su fragilidad y además posicionando a la mujer en el lugar de espectadora.

*En ocasiones, da la sensación de que **el control del cuerpo puede realizarse sin la implicación de la mujer a quien pertenece**. Por ejemplo, hoy ya no sirve como referencia para calcular el día probable del parto la fecha de la última regla de la que informa la mujer. Será a través de la ecografía cómo se decidirá con una exactitud incuestionablemente aceptada. O sea, lo que saben las mujeres, **sus síntomas, ya no son necesarios y la tecnología anula aún más su palabra** (Montes-Muñoz, 2007, p.118).*

Estos exámenes van marcando hitos en la trayectoria gestacional de las mujeres quienes van internalizando los diagnósticos otorgados y la interpretación médica y los van volviendo parte de su discurso acerca del feto, sus características, salud y bienestar. En este caso se incorpora la visión de un feto como ente separado de la madre, cuya salud se encuentra en el centro de la atención. Las implicancias de esta premisa se indagarán más adelante, en el apartado “Relaciones Gestacionales”. Por otra parte, se internaliza la idea de que la experiencia corporal subjetiva y la palabra materna corresponden a algo anecdótico o de menor valor en relación con la palabra obstétrica, hecho que incide fuertemente en las posteriores decisiones que se toman respecto a las vías de parto.

b. Representaciones del cuerpo gestante: el cuerpo patológico.

Las representaciones sociales se definen como sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios, no solo correspondientes a ideas y/o imágenes sobre un determinado elemento, sino como “teorías o ramas de conocimiento”, cuyo fin es ordenar la realidad para poder aprehenderla y posibilitar la comunicación entre los miembros de una misma comunidad (Farr, 1983). Éstas poseen un doble carácter, como contenido y como proceso: en tanto que una forma particular de conocimiento y también una particular estrategia de adquisición y comunicación de dicho conocimiento (Banchs, 1984). En vista de esto, es relevante conceptualizar las representaciones que giran en torno al cuerpo gestante, ya que las mismas influyen las decisiones que toman las usuarias y el personal médico al momento del parto.

El cuerpo femenino gestante tiene la particularidad de hacer notorio un proceso interno, por tanto, si bien está cargado de una experiencia singular y personal, al mismo tiempo el

proceso es visible para las personas que lo rodean (Imaz, 2007). La prominencia del abdomen (al menos en las etapas más avanzadas de la gestación) destaca a este cuerpo por sobre los demás, haciéndolo extremadamente perceptible, recordando constantemente a la comunidad que la mujer está próxima a parir y se convertirá en madre, generando actitudes diferenciales hacia ella, basadas generalmente en estereotipos, e incluso discursos coercitivos. El marco normativo biomédico provee la mayor parte de las representaciones e interpretaciones de los procesos corporales en la sociedad occidental (Martin, 1987), por tanto las lecturas sobre gestación están fuertemente colonizadas por esta visión y terminología. El ámbito reproductivo ha sido ampliamente descrito y estudiado por la biomedicina, convirtiendo a las mujeres en las principales receptoras de este discurso por estar más involucradas corporalmente en los procesos de gestación, parto y lactancia (Imaz, 2007). Es además durante la gestación cuando la mujer se relaciona con el sistema biomédico de manera más constante al acudir a su territorio en busca de orientación y control, por lo que se constituye en el periodo en que está más expuesta a recibir estas representaciones. Para la biomedicina y específicamente la ginecología, especialidad abocada a este periodo, **la gestación constituye un proceso fisiológico, normal y natural. No obstante lo anterior, este proceso fisiológico está expuesto a la posibilidad constante del riesgo**, riesgo que afectaría tanto al cuerpo materno como al *feto-individuo* que si bien es otro ser, su bienestar depende del primero:

La mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, sin embargo, todos los embarazos representan un riesgo, especialmente durante el proceso del parto (MINSAL, 2014, p. 9).

Lo que expresa la cita recién presentada, y que se refleja de muy similar manera en los testimonios de las entrevistadas, es que si bien la corporalidad femenina está transitando por una etapa fisiológica, este proceso es potencialmente patológico. Si bien el MINSAL plantea que solo un 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación que requiere atención profesional y, en algunos casos, una intervención obstétrica de urgencia (MINSAL, 2014, p. 9), nos encontramos en un contexto de atención que utiliza en casi todos los casos intervenciones obstétricas que sólo serían requeridas en casos excepcionales.

En este contexto de atención, es muy común escuchar o pensar que las intervenciones obstétricas, como inducciones y conducciones oclíticas, rotura artificial de membranas, o incluso la cesárea, son procedimientos normales, contribuyendo a generar o consolidar la idea de que el riesgo esta unido al parto de por sí, representando al cuerpo gestante como un cuerpo “asistible” (Montes-Muñoz, 2009). Esto viene dado por el hecho de que las mujeres se ponen bajo control médico, acudiendo a un programa de atención específico, no porque estén enfermas sino porque “pueden enfermar”. Esta inclusión en el sistema médico *no depende necesariamente de un substrato biológico o psíquico, sino de la existencia de un conjunto de reglas, necesariamente arbitrarias, aún cuando se puedan amparar en la detección de ciertos signos y síntomas* (Uribe, 1996, p. 140 en Montes-Muñoz, 2009, p.54). En ese sentido podemos decir que el cuerpo es normado por un

protocolo y no al revés.

A partir de esto se genera una dualidad. Por una parte las mujeres reciben conceptualizaciones de la gestación como algo normal y parte de un proceso fisiológico, transmitidas a través de la idea de que el cuerpo femenino está “hecho” para la maternidad, idea reforzada por el entorno social de algunas mujeres (y en menor grado por el personal de salud) cuyo embarazo ha sido saludable.

*Mi mamá, ahora ha sido más discusión, pero en el embarazo fue súper apoyo para empoderarme heavy, así como, **tú puedes cachai...**, lo que me decían las matronas, ella como que también me lo repetían mucho..., **estás diseñada para esto, tu cuerpo está diseñado para eso...**(RO)*

Por otra parte, el constante control del proceso contribuye a generar una sospecha permanente sobre el funcionamiento de este cuerpo. La existencia del control gestacional de rutina comienza a mermar la visión de que el embarazo es fisiológico a secas, pues supone el seguimiento de los aspectos biológicos de la gestación en todas las mujeres con el objetivo de constantemente comprobar que no existan alteraciones en el proceso. Los cuerpos entonces se vuelven sospechosos para la institución médica, la cual duda de su óptimo funcionamiento (Montes-Muñoz, 2009). En la consulta de atención obstétrica la rutina consiste en revisar ecografías, pesar a la mujer, medirle la presión y conversar sobre sus dudas, y si todo sigue un curso establecido (como es el caso de las mujeres de esta investigación) se cita nuevamente a la mujer para el siguiente control.

*Me atendía en 7 minutos rapidísimo pero se cachaba que era bien seco, bien al grano y **“estay bien, tranquila tu flaca”** ya chao listo (AP).*

*Gracias a Dios que es **lo que uno siempre espera cuando vas a los controles**, que te digan **que tu guagüita está bien** (KM).*

A pesar de que la mujer esté saludable, este constante monitoreo en búsqueda de algo anormal, permite el ingreso de un cuestionamiento sobre el proceso en sí, de una duda sobre cuan posible es que salga todo bien si constantemente se está midiendo, examinando, controlando y verificando el cuerpo en búsqueda de una patología.

Es relevante además explicitar que los controles y exámenes de este proceso “fisiológico” se realizan en territorios intrahospitalarios, en el caso de este estudio, en clínicas privadas. Por territorio entendemos el lugar físico donde la atención a la gestación y el parto se llevan a cabo, se utiliza este término ya que simbólicamente el territorio pertenece a alguien o algún sistema. Cada sistema de atención prescribe un lugar idóneo para que sucedan los eventos, lo cual resulta de gran importancia pues esto tiene consecuencias en el tipo de interacción social que se produce (Jordan 1993 en Sadler, 2003).

*Las gestantes/parturientas **una vez que traspasan el umbral hospitalario**, son iniciadas con un peregrinaje mórbido de sensaciones, **sin ninguna distinción de los/as enfermos/***

as que reposan allí por razones muy diferentes a dichas parturientas, quienes no son enfermas (Camacaro, Marbella 2008:295).

En el territorio clínico todo alrededor de las mujeres gestantes “huele a enfermedad”, las salas de espera están llenas de personas con enfermedades reales. Se posiciona a un cuerpo normal y saludable en un lugar de cuerpos enfermos, situación paradójica e incómoda. Sadler (2003) habla de este tipo de representación en el sistema público de salud y advierte sobre su poderosa influencia socializadora en las mujeres, ya que va normando y pauteando la trayectoria de gestación.

*En estos controles **se va reforzando la naturaleza patológica del embarazo**, la necesidad de estricto control sobre el proceso y de utilización de tecnología especializada para conocerlo en detalle (Sadler, 2003:102).*

Podemos establecer que las interacciones que se producen entre usuarias y personal de salud van reforzando y fortaleciendo la visión del cuerpo femenino como en “riesgo constante”. Lo anterior por las dinámicas del territorio en el cual se desenvuelven y por el énfasis en la búsqueda de anomalías en el proceso gestacional. Más que los resultados o controles en sí, es el cariz negativo otorgado por los expertos, teñido constantemente de pesimismo, el que amenaza la confianza y seguridad de las mujeres.

El proceso de gestación se vuelve vulnerable a los ojos de la sociedad, y es necesario controlarlo y acomodar aquellos factores que lo influyen, buscando “el mejor resultado posible”. Esto se puede evidenciar claramente en las recomendaciones de reducción de movilidad por parte del entorno social hacia las gestantes. Estas recomendaciones instan a las mujeres a cambiar sus actividades cotidianas, sobre todo las que implican un esfuerzo físico, por el miedo a que su realización implique una pérdida gestacional.

*Sobre todo los tres primeros meses siempre te dicen que te cuides como **el feto se tiene como que prender bien del útero**, hay que cuidarse bueno de **no hacer fuerza, no enfriarse** que se yo, pero ¿qué otras cosas más me decían?...que **no te agaches** (risas) el famoso “que no te agaches” (...) uno se puede agachar pero en forma de cuclillas y eso no aprieta al bebé (CB).*

Si la mujer reduce o modifica su movilidad física estaría “protegiendo” al feto de un eventual daño. Lo anterior posiciona a las gestantes en una de las primeras situaciones diferenciales respecto a su cuerpo, ya que comienzan a recibir restricciones sobre las actividades que antes le eran usuales. Al igual que una persona con un impedimento físico, las mujeres son motivadas a cuestionarse sus itinerarios corporales habituales por el miedo a hacer algún daño al feto.

*A ver, me acuerdo como a las tres semanas tuve un poco de sangramiento y ahí me urgí mucho, como que **traté de quedarme dos días en cama, porque tenía mucho miedo de perderlo**, justo había salido a trotar ese día, entonces dije ya tal vez por eso (AP).*

A estos cuestionamientos sobre la actividad física, se suma la información presente en los medios de comunicación acerca del embarazo. Hoy en día existen programas de televisión, revistas y libros que ahondan en el tema, pero lo más mencionado por las mujeres entrevistadas correspondía a la información presente en internet. Al preguntarles sobre los temas que revisaron durante su gestación, era común aludir a las posibles complicaciones que podrían ocurrir durante el proceso, como si las mismas no fueran excepciones, sino elementos inherentes a la gestación.

*No sé, por ejemplo **el tema de la preclampsia, de la diabetes gestacional todas esas cosas, las complicaciones que puede tener, todo, todo eso lo leo, me informo ene, leo ene (KG).***

La representación de la gestación como riesgosa y potencialmente patológica se exagera en las mujeres de edad más avanzada cuyo cuerpo es visto como “más defectuoso” que el cuerpo femenino joven. En 1958 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia definió como “añosa” a toda mujer que gesta después de los 35 años, asociando esta condición a un aumento del riesgo de problemas en el neonato (Nolasco-Blé AK y col., 2012). El primer cuestionamiento que surge en estas mujeres es su capacidad reproductiva, si podrán o no concebir un/a hijo/a. Y luego se complejiza al cuestionar si esa gestación será o no saludable, acarreará o no algún tipo de riesgo. Así lo relatan mujeres mayores de 30 años presentes en la muestra.

***Y porque uno también tenía los miedos, yo siempre le decía "pucha doctor", porque tú dices 31 años, 13 años de relación..., igual yo siempre me cuidé, nunca no me cuidé, pero llega un minuto en que uno, por lo menos yo me empecé a cuestionar: ¿podré quedar embarazada?, ¿no podré?, ¿te fijai? (...)**cuando va pasando más la edad igual vas teniendo otros cuestionamientos de que podré, no podré (KM).*

*Pasaron 6 meses y no pasaba nada, fui a verlo (al obstetra), me dijo ya vamos a hacer una batería de exámenes de control, los exámenes estaban todos normales, siguió pasando el tiempo, y al año me dijo: **“Ya, eres infértil”, me declaró como infértil, en términos de lo que es considerado como enfermedad de la infertilidad, es como un indicador que si al año ya tú no te embarazas ya eres considerada infértil (GM).***

El punto anterior es particularmente enfatizado por el personal de salud quien refuerza la idea del cuerpo añoso-defectuoso constantemente. Incluso en mujeres que no están gestando y acuden a citas ginecológicas, se les consulta abiertamente sobre este tópico y se les insta a gestar prontamente pues sino su embarazo podría acarrear algún tipo de complicación.

*Me preguntó si en algún momento pensaba quedar embarazada, por la edad en el fondo...porque como que ya...**yo partí a los 35 entonces ya estaba medio preocupado (GM).***

Esta concepción del cuerpo añoso se construye a partir de fundamentos biológicos expuestos en libros y artículos científicos, los que sustentan una representación de la

fisiología femenina en constante deterioro., a diferencia de la fisiología masculina, cuya productividad no decae. Emily Martin (1991) describe cómo la biomedicina a situado la ovulación y menstruación como procesos principalmente degenerativos. La mujer nace con una determinada cantidad de óvulos, los cuales a medida que pasa el tiempo van “envejeciendo” de forma pasiva, “almacenados” en los ovarios. Dado que los óvulos son limitados, cada ovulación que no culmina como una fecundación es concebida como un “desperdicio” o “derroche”, que se representa en la menstruación. Sin duda estas fábulas científicas han permeado la concepciones de los roles socioculturales atribuidos a cada género, además de las características específicas del cuerpo de cada uno, en este caso del cuerpo femenino gestante, que así como los óvulos, mientras más viejo, más “defectuoso” es.

Este tema se vuelve especialmente relevante por el cambio del patrón de gestantes en Chile en la actualidad, descrito por el incremento de los embarazos en mujeres mayores de 35 años. Según el MINSAL (2014) este patrón reproductivo condiciona a que las mujeres chilenas posean mayor riesgo perinatal de presentar malformaciones congénitas fetales, alteraciones cromosómicas y restricción del crecimiento fetal, así como mayor mortalidad materna por enfermedades crónicas pre gestacionales (MINSAL, 2014). En estas definiciones se presenta el cuerpo femenino como uniforme, indiferenciado, omitiendo la diversidad existente entre ellos (Imaz, 2003) y con esto se asocia el riesgo no solo a algunos cuerpos por factores específicos, sino que a todos los cuerpos de mujeres sobre aquel rango etario.

*Igual estoy como en la edad, todavía en la fase reproductiva que le llaman (risas) **porque dicen que igual es más complicado, ya que uno tiene 38 y no es lo mismo, tengo una amiga que tuvo un bebé a los 40. Si sos sana, sí...lo más probable que tu hijo salga sano, pero también corre el riesgo. Siempre te hablan mucho de que puede tener Síndrome de Down, que es lo más peligroso que podés tener cuando te embarazas como a los 40, pasado los 40, pero eso (CB).***

Podemos establecer que el carácter constante del control gestacional, cuyo objetivo original es el de identificar anomalías, realizado en un territorio intrahospitalario, posiciona como hegemónica la representación del cuerpo gestante como potencialmente patológico. Esta representación se ve doblemente reforzada en aquellas mujeres que superan los 30 años, siendo esto importante por el cambio en el patrón reproductivo de las últimas décadas.

c. Relaciones gestacionales

En este apartado profundizaremos en las premisas anteriormente desarrolladas (feto protagonista – gestación potencialmente patológica) a la luz de las relaciones que se establecen durante la gestación. Estas corresponden a la relación de la mujer con el feto y con el/la obstetra. En la primera se refuerza la idea del feto como protagonista y de la madre como incubadora de un/a futuro/a ciudadano/a, la cual debe modificar sus

actividades en orden de generar bienestar y salud. En la segunda, se evidencia el carácter asimétrico del vínculo médico – paciente, reforzado por la lógica paternalista que se produce en las interacciones entre obstetras y usuarias. Ambas relaciones tienen en común el posicionar a la mujer en un lugar secundario respecto a su gestación, restándole protagonismo, seguridad y poder de decisión.

Fetos individuos

*...el hecho de **que tienes una vida dentro, de que tienes que cuidarte de no golpearte, no sé po'. Uno siempre lo único que quiere independiente del sexo es **que sea sano, que esté formado, sus deditos, su columna, uno piensa en todo, que más...**** (CB)*

Vimos anteriormente cómo la ecografía y los exámenes antenatales producen un fenómeno respecto al hijo/a por nacer que antes solo ocurría al momento del parto; lo vuelven tangible, presente a través de la atribución de características físicas y emocionales y por tanto relevante en tanto ser social.

Esta condición de importancia de los fetos no siempre fue tal, Morgan (2009) describe como la condición cultural de los fetos ha ido cambiando a lo largo de la historia. A comienzos del siglo XX y con el incipiente desarrollo de la embriología, los fetos comenzaron a ser objetos de interés científico y eran recolectados y almacenados en frascos con formaldehído, para su posterior disección y estudio. Este tipo de prácticas científicas de recolección eran posibles solo porque no había una importancia moral asociada a los fetos. De hecho a comienzos del 1900 era común que los bebés nacidos muertos y los fetos abortados se tiraran a la basura o se enterraran en el patio de la casa. Nadie realmente sabía qué hacer con ellos más que deshacerse lo más rápido posible. En cambio cuando se volvieron el objeto de estudio de la embriología comenzaron a ser activamente analizados, y por tanto recolectados de abortos y raspajes para luego ser almacenados. Estas prácticas eran escasamente cuestionadas en la época ya que los mismos no se consideraban seres con importancia social. Sin embargo, los fetos son actualmente considerados verdaderos *iconos de la vida*, como plantea Morgan, y son los protagonistas de nuestro propio mito de origen occidental; la concepción. Las prácticas científicas en torno a ellos están estrictamente reguladas y normadas y se alejan enormemente de las que se realizaban a principios de siglo. Según Morgan este mismo desarrollo científico que visibilizó la presencia de los fetos, ha contribuido a que nuestra cultura los considere sujetos de derecho, individuos mucho antes del nacimiento.

Se espera por lo tanto que estos individuos cumplan con determinados “avances” según su tiempo gestacional; parámetros y criterios establecidos que lo definan como un bebé saludable. Lo interesante de este punto es que mucho de ese bienestar fetal se atribuye a los comportamientos maternos, los cuales deben ser impecables en orden de producir un bebé en perfectas condiciones. Como plantea Imaz,

*“Asistimos al nacimiento de una verdadera **bebología**, nueva ciencia constituida por expertos de procedencias disciplinarias diversas y **cuyo fin será el logro de un bebé mental y físicamente sano**” (Imáz 2001, p. 101).*

Lo anterior se traduce en la idea de que es necesario cambiar ciertas prácticas y hábitos, estas recomendaciones eran realizadas a las mujeres de este estudio, sobre todo de parte del personal de salud, tales como las relacionadas a la alimentación, la cual debía ser lo más equilibrada posible, instando a la mujer a consumir variados tipos de alimentos pero sobre todo los más saludables como las frutas y verduras, además de consumir suplementos que aseguraran la presencia de nutrientes esenciales para el desarrollo fetal. Además de recomendar qué consumir, se producen recomendaciones restrictivas acerca de los alimentos “prohibidos”, en orden de disminuir la presencia de patologías y de mantener la salud del feto lo más óptima posible.

*... dejar el azúcar de lado, dejar el dulce, la bebida un poco y te va a salir bien me dijo (el obstetra), pero embarazada es difícil así que yo dije ah ya, **pero tu guagua está bien, que era lo que más importaba** (JM).*

También se insta a las mujeres a realizar determinadas actividades físicas que contribuyan a “mejorar” su estado actual. Las mujeres entrevistadas escogían actividades de bajo impacto y eran más valoradas las que favorecían una conexión de la madre con el feto; tales como el yoga o natación.

...bueno hice harto ejercicio, hice natación, hice yoga, de hecho mi profe de yoga fue uno de los primeros yo creo que les conté que estaba embarazada, porque yo hice ejercicio durante todo el embarazo (GM).

Entonces practicaba ahí y como que en verdad me empezó a gustar demasiado el efecto de tranquilidad que te dejaba. Igual uno piensa mucho, piensa mucho todo y después me metí fui a yoga y... a mí lo que me pasó; fue bacán compartir con otras mamás que estuvieran embarazadas (JT).

*Me acuerdo que... pucha, tenía energía. También hice unas cosas de yoga, pucha estaba así como full...estaba así también, muy, **muy conectada con el Felipe** y eso (AP).*

Lo interesante de las recomendaciones realizadas por el entorno de la mujer es que la mayoría apunta a mejorar la salud materna en tanto *medio* que permitiría mejorar la salud fetal y de esta forma producir un bebé saludable y socialmente aceptable. Un ejemplo de esto es el hecho de que estas recomendaciones no se realizan (o por lo menos no tan enfáticamente) en mujeres que asisten a citas ginecológicas y no están gestando. Lo anterior evidencia que las condiciones del cuerpo femenino buscan ser mejoradas en tanto influyen en el desarrollo de otro ser, el feto que en este caso se vuelve más importante que la madre.

*...otro punto importante es estar tranquila, porque yo creo que **uno tiene que disfrutar de su embarazo porque a la larga eso yo creo que influye mucho en el bebé, en el feto**. Yo creo que no debe ser lo mismo una mamá que disfruta su embarazo que una mamá*

que tiene o está muy nerviosa o tiene otros problemas y el bebé es como que absorbe todo eso (CB).

La idea de que los estados emocionales de la madre repercuten en la salud fetal fue recurrente a lo largo de las entrevistas, instando a las madres a realizar actividades que favorecieran su equilibrio emocional, sin embargo muchas de ellas se sentían interpeladas por esta misma idea generando a veces un sentimiento de culpa y preocupación.

Y durante el embarazo igual tuve problema, tenía bajadas y subidas de ánimo, pero al bebé nunca le afectó, siempre bien, los controles estaban bien, el peso de él bien, el crecimiento de él fue súper bien (JM).

Es necesario destacar que el bienestar fetal es medido a través de indicadores principalmente físicos; si crece, sube de peso y sus órganos se desarrollan según los parámetros el feto está en buenas condiciones. Esta percepción del bienestar en tanto desarrollo físico, influirá en la forma en que se desenvuelvan las decisiones en el momento del parto, dejando en un segundo plano las experiencias emocionales que el mismo pueda vivir.

Vemos como la relación entre madre y feto se caracteriza porque la primera debe modificar sus hábitos y costumbres en orden de generar un medio favorable para asegurar el bienestar físico y emocional del segundo. Esta característica refuerza la importancia del feto como ser social cuya salud debe ser lo más óptima posible y al mismo tiempo sitúa a la madre como *medio* en el cual este feto se desarrolla, objetificando su cuerpo como portador de algo más importante. A continuación profundizaremos en el tipo de relación que se establece entre la mujer y los/as obstetras, la cual se caracteriza por ser profundamente paternalista y, al igual que la relación madre-feto, sitúa a la mujer en una posición secundaria.

Obstetras padres

(...) Los encuentros que se llevan a cabo entre las mujeres y los profesionales durante el embarazo entendemos son “una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente” (Taussig, 1995 :114), y en ellos se van a dar “relaciones de fuerza simbólica (...) entre el locutor dotado de autoridad social específica y su interlocutor o su público, que reconoce su autoridad en diferentes grados” (Bourdieu, 1994 en Montes-Muñoz et. al, 2009: 1)

Luego de hacer un recorrido por las representaciones que se generan respecto a la gestación, podríamos establecer que las más hegemónicas sitúan la corporalidad femenina como transitando por un proceso fisiológico que es potencialmente patológico a la vez (Montes-Muñoz, 2007) por lo que necesita un control y monitoreo constantes, transformando a la mujer en una **paciente** del sistema de salud. Considerando que el tipo de atención en salud en nuestro país se inserta bajo el alero del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2000), es necesario mencionar como premisa que el elemento

que caracteriza a las relaciones entre médicos y pacientes es su **asimetría**. Esto bajo la concepción de que el paciente estaría limitado por su enfermedad siendo vulnerable frente al facultativo a quien le corresponde protegerlo y ofrecer alternativas de solución a su mal (Villafranca, 2013).

Respecto a la gestación y el parto la atención en salud privada requiere que el principal proveedor del cuidado sea un/a médico obstetra. Es el/ella quien realiza los controles prenatales, está presente en el parto y realiza los controles postnatales (Murray, 2000). La matrona o matron generalmente está asociada/o con un/a obstetra específico y la relación que se establece con la mujer es durante el último trimestre a través de una reunión presencial previa al parto. En el parto adquiere un rol más protagónico al atender a la mujer desde su llegada a la clínica hasta que nace el bebé... *las gestantes pactan principalmente con el gineco-obstetra, y la matrona viene como parte del paquete* (Dudman, 2009, p.73). El/la obstetra, generalmente llega cuando el parto ya está en una fase más activa o incluso a la parte expulsiva, a pesar de esto, la función matronil tiene menor valor dentro de esta dinámica privada de atención (Montes, 2007), siendo principal la relación y vínculo que se crea con el/la obstetra. Además, a diferencia del sistema público, la mujer tiene la posibilidad de elegir con qué obstetra atenderse, elección que se realiza bajo diversos criterios; económicos, institucionales, sociales y emocionales.

En el caso de las mujeres de este estudio, dos de ellas continuaron con el/la obstetra que las atendía antes de quedar embarazadas, ya que había una relación de años, y por tanto sentían una mayor confianza y empatía hacia ellos/as.

***Fui con mi doctor y seguí con mi doctor que como que yo ya conozco (...) hace como dos o tres años... (...) con él no me cambio, de hecho se lo recomiendo a cualquiera** porque te explica todo súper bien, es no una cuestión así como que no sales...sales como llena en el fondo cuando vas con él (KG).*

Una llegó a su obstetra por recomendación de una familiar quien había tenido una buena experiencia de atención, resultando por coincidencia que la usuaria lo conocía anteriormente otorgándole mayor seguridad de su trabajo.

*Y con el que yo me **mejoré me lo recomendó una prima, me dijo llama, él fue el que nació al hijo de ella, y cuando vi el nombre y lo vi yo dije ah pero si a él lo conozco, sé cómo trabaja, sé cómo atiende, sé cómo es él, todo...** (JM)*

Sin embargo el criterio principal de elección que constreñía los otros factores correspondía a uno de tipo “económico institucional”. Es el caso de 8 de las mujeres entrevistadas quienes realizaron una elección a partir de la cobertura de la ISAPRE.

***De la ISAPRE Banmédica, algunos le dicen “malmédica”** (risas) y la verdad que no, no, no sé, **no tiene mucha cobertura**, es un poco cara y la verdad que bueno... **pero es lo que hay, uno tiene que buscar dentro** de eso lo que me decía la, como se llama una ejecutiva que me había llamado que este...como al estar en un plan básico uno no tiene mucha cobertura, **tiene pocas opciones** (CB).*

Busqué porque ya el plan de ISAPRE me cubría el 90% de todo en esa clínica entonces dije ya tengo que buscar un doctor de acá filo y busqué como el listado, igual es como chistoso pero me empecé a fijar en los RUT que fuera como de la edad de mis papás, quizás un poco, como cincuenta ya máximo cincuenta y cinco entonces me fijé en eso en realidad y dije “ya bueno ese me tinca”, “tiene hartas horas tomadas entonces debe ser bueno” y lo fui a ver y me encantó (AP).

Si, pucha por tema de plata, por tema de plata dije ya la ISAPRE me cubre, cuanto era el 30% del parto, el resto era caro, ya filo decidimos con mi pareja, me cambié a FONASA y en ninguna parte con FONASA tenían parto integral y lo más cercano a la cuestión humanizada era la Católica” (MO).

Lo anterior crea la noción de que la usuaria paga por un servicio, en este caso vinculado con su propio cuerpo, **convirtiéndola en paciente y cliente al mismo tiempo**, otorgándole la posibilidad (al menos teórica) de negociar los términos y condiciones de su atención (Dudman, 2009). Se pudo evidenciar a lo largo del estudio que las condiciones más relevantes al momento de elegir doctor/a (aparte del criterio económico) tenían que ver con el tiempo que se tomaban los/as obstetras para atender a las usuarias y la cercanía y/o empatía que demostraban hacia ellas. Estas dos variables se repiten a lo largo de los relatos resultando en la aprobación o crítica frente a los/obstetras.

Respecto al tiempo de atención en las consultas, éste se vuelve un tema fundamental al momento de establecer una relación entre las partes. La mayoría de las usuarias señalaban la importancia de un adecuado tiempo de consulta, que les permitiera aclarar sus dudas y ayudar a generar un vínculo.

El primer control fue súper bueno, estuvimos mucho rato; le contamos todo lo que queríamos, fue súper aceptado todo lo que queríamos, ella nos guió harto, súper bien (RO).

La compleja organización de las instituciones de salud y los rígidos protocolos de los servicios no favorecían el otorgar un tiempo prolongado en las interacciones impidiendo en ciertos casos la entrega de información adecuada respecto al parto. En algunos casos incluso el otorgar un tiempo acotado se interpretaba como un desinterés y generaba inseguridad y rechazo. Según los relatos, podríamos pensar que incluso si hubieran tiempos de atención extensos, no es seguro que la información entregada por el personal de salud sería la adecuada, es decir basada en evidencia y fomentando una visión positiva del proceso de gestación y parto. Es evidente que las mujeres otorgan mucha importancia al tiempo de atención y piensan que, si es más largo es más completo y adecuado, sin embargo, esto no es así necesariamente. Incluso en una cita extensa con un/a obstetra se pueden transmitir representaciones negativas sobre la gestación y parto e información que contribuya a normalizar las intervenciones obstétricas.

En los centros médicos grandes te dan 15 minutos, no hay una conversación, no es que yo pueda decirle lo que yo espero de él en el momento del parto o qué es lo que él espera de mí, no porque no tiene tiempo (AA).

Después **me había tocado una doctora "No ya sí pase, siéntese, listo ya chao"** eso fue todo y yo me sentí súper rara porque no estoy acostumbrada a eso, de hecho **no me gusta (CB)**.

La gestación y el parto, (sobre todo para las primíparas) se constituye como un rito de paso de gran importancia (Dudman, 2009) y por ende sobre él caen grandes expectativas que llevan a la mujer a intentar construir un vínculo más profundo con el/la obstetra. Todas las mujeres de este estudio enfatizan la importancia de sentirse cómodas en las consultas y en el parto y para ello era preciso establecer un vínculo de confianza. En orden de construirlo era fundamental la consideración del plano emocional en la relación. De hecho los aspectos "criticados" por las mujeres tenían que ver precisamente con la despersonalización del servicio, lo que ocurría cuando el/la obstetra priorizaba la eficiencia y el control de riesgos por sobre el vínculo emocional.

*Yo no se si generalizar pero la mayoría de las personas que me he atendido por diversos motivos, no sé si uno está enfermo o lo que sea por ahí no son muy.... son como muy secos entonces yo no estoy acostumbrada a eso, **estoy acostumbrada a que la gente sea un poquito más amena, más humana**, hay que uno lograr que te atiendan no sé como que si fuese no sé un número no ya listo chao. **Entonces yo busco donde me sienta cómoda entonces por eso estoy con ese mismo doctor (...)**Si, o sea uno que sea un buen profesional y otra que la parte humana también yo creo que es importante porque como te digo hay algunos doctores te tratan como si fueras un **ganado**, no sé cómo te puedo explicar, **tan fríos** y uno está en una etapa no sé tan...sensible (CB).*

Sin embargo, la importancia otorgada por las usuarias al plano emocional con el/la obstetra, lo cual generaba confianza, unido a la asimetría original del vínculo médico – paciente, favorecía la aparición de un fuerte grado de paternalismo en la relación. El paternalismo se refiere a la idea de que el padre o la madre tienen la información y la **autoridad** para decidir en materias relacionadas al beneficio de los hijos. La experiencia de los primeros les permitiría actuar a favor de la **protección** de los segundos. El principio que guía esta doctrina es la protección contra el daño que puede ser causado por una falta de experiencia o desconocimiento. Al trasladar este concepto al área de la salud se corre el peligro de no respetar la autonomía de los individuos, en este caso de las mujeres gestantes (Orb, 1997).

*Yo le decía [al obstetra] **pero tengo que ver lo de la clínica, donde me voy a mejorar**¹³... me dijo: "**No, más adelante**", siempre me dicen **más adelante, más adelante... no tan luego, o sino la ansiedad, me decía: "La ansiedad te va a matar", eso me decían,**" te vas a poner nerviosa antes de tiempo" (JM).*

Esta forma de relación, centrada en el facultativo como protector del individuo, fue vista como un actuar de excelencia desde la conceptualización de la medicina, a partir de

¹³ En Chile la expresión "mejorarse" es sinónimo de parir, aludiendo a la gestación como una enfermedad de la cual la mujer se sana al dar a luz.

Hipócrates (Siglo V a.C.) hasta una gran parte del siglo XX, pues el concepto de beneficencia era considerado un deber moral perfecto e instaba a los médicos a hacer el bien y actuar en pro del bienestar del paciente a través de su criterio profesional, pero sin tomar en cuenta sus opiniones o deseos (Villafranca et al., 2013).

De esta definición de paternalismo emergieron en las entrevistas dos dimensiones potentes; la autoridad y la protección, propias del *pater* en la familia tradicional. Las características que podríamos definir *de protección*, tienen que ver con el plano emocional; como el cariño, la calidez y la cercanía y fueron características valoradas por las mujeres al momento de elegir con qué médico atenderse, pues implicaban la creación de una confianza con el/la doctor/a al evidenciar la existencia de una empatía con el proceso. Específicamente valoraban el hecho de que el/la doctor/a las ayudara a sentirse tranquilas, comprendidas y contenidas.

No, bastante bueno [el obstetra]; me apoyó mucho así como emocionalmente, como que también me ayudaba a estar más tranquila. Desde que estuve con él, como que mi..., como que mi embarazo mejoró, y no tuve más síntomas de pérdida ni mareos, nada así...(AA).

Tengo una súper buena relación con él, de hecho después del parto dije ya, voy a seguir con él, me encantó, tuve un súper buen control de embarazo, en todo el proceso para quedar embarazada a mí me gustó mucho él, fue como muy acogedor, muy cuidadoso (GP).

Esta tranquilidad estaba asociada muchas veces al acto de “guiar” el proceso por parte del/la obstetra. Para algunas el guiar implicaba informar sobre las situaciones corporales que estaban aconteciendo, sobre todo en el momento del parto. Para otras, sin embargo el “guiar” implicaba algo más extremo al punto de establecer como tenían que actuar en cada momento del proceso.

...Que era súper relajado, que no te ponía nerviosa, que te decía todo lo que hacer, que no sentías nada, como que él te relajaba a ti, no te ponía histérica, como que él te relajaba... (JM)

Esta forma indicativa de relacionarse con el/la obstetra reforzaba su presencia como figura de *autoridad*. Esta autoridad está dada por ser los/as portadores/as del conocimiento científico sobre la gestación y el parto, conocimiento mucho más valorado socialmente en nuestra cultura que la experiencia y subjetividad materna. Esta autoridad les otorga un poder sobre la usuaria, el poder de decisión sobre sus cuerpos. Podemos ver como se manifiesta esta autoridad al momento de marcar límites en la relación con la usuaria o al manifestar opiniones respecto al proceso gestacional. Este punto se analiza con mayor profundidad en el tercer capítulo *Trayectorias de Parto*.

El doctor era..., a ver, hacía comentarios como por ejemplo, la vez que me dio su número de teléfono, me dijo bueno, este es mi teléfono, cualquier cosa, cualquier urgencia pero

no me vayas a llamar por cualquier weá poh. “Por ejemplo yo tenía una mamá, antes, que le di mi Whatsapp y ella me hueviaba¹⁴ y me hueviaba y me mandaba Whatsapp porque se asustaba por todo, entonces a mí me tenía chato esta galla y cuando nació su guagua, ella me preguntó por un pediatra bueno, y yo le recomendé el peor que conozco como pa vengarme porque me había hueveado mucho.” **Entonces ahí ya había como un sub mensaje que decía como, loca no te atrevas a llamarme a menos que estés desangrando por los ojos, cachai. Entonces él era como así en todo, todas las cosas las decía como súper crudo...**(EA).

... y en la semana 38 me dijo, si sigue con la cabeza así a lo mejor tenemos que pensar en cesárea. (...) yo creo que ellos habían decidido con la matrona, es que por mi edad, no me iban a dejar pasar a más de la semana 40, o sea la semana 40 era el tope máximo (para hacerle una cesárea) (GB).

El riesgo que implica exacerbar estos atributos (de protección y autoridad) es que la mujer comienza a entregarse con poco o nulo cuestionamiento a esta figura “paterna”, la cual si bien le brinda contención, es difícil de cuestionar debido al sentimiento de respeto que genera. Lo anterior sumado al carácter de obediencia que implica situarse en una posición de “paciente”, posiciona a la mujer en un lugar de subordinación respecto al facultativo.

*...el ginecólogo de la Alondra cuando yo la tuve a ella, **es muy, muy doctor, full**, pero él **hizo algo que a mí me dio mucha tranquilidad**; yo me acuerdo que... yo era chica, tenía dieciséis años, me acuerdo que llegó y **me dio un beso en la frente, y me dijo: todo va a estar bien, y ahí me mató**. Entonces yo de ahí **creo una conexión con él**, entonces en verdad **era como familiar** ir a las consultas, **era así como divertido, era chistoso**, nos tirábamos tallas... entonces no era como, así uy, tengo que ir al doctor y tengo que rendir cuentas, si no que ... **obviamente igual me retaba cuando yo era desordenada**, yo recuerdo así como **floja me decía...**, pero tenía que venir a la..., y yo, ya, ya, es que se me olvidó y cosas así...(GS).*

La familiaridad y cercanía que se crea con los obstetras produce que sea muy difícil cuestionar esta relación. Como veremos más adelante, hay mujeres que aún en desacuerdo con ciertas indicaciones, deciden seguir atendiéndose con ellos/as por miedo, vergüenza o inseguridad a cuestionarlos/as o desobedecerlos. Consideramos que las características de esta relación son cruciales para entender el proceso de toma de decisiones en el momento del parto. Aspecto que ahondaremos en los capítulos siguientes.

VII.2 PERCEPCIONES Y VALORACIONES SOBRE LAS VÍAS DE PARTO

En el capítulo anterior analizamos las interacciones que se producen entre las usuarias del sistema de salud privado y el personal de salud en las consultas de atención

¹⁴ “Molestar”

obstétricas, ya que es en dichas interacciones donde se van construyendo y transmitiendo representaciones respecto al cuerpo gestante. Éstas influyen el proceso de toma de decisiones al momento de parir, decisiones que en nuestro país favorecen un alto nivel de intervención. Pudimos establecer como premisas que a través de la ultrasonografía y los controles prenatales se sitúa al cuerpo femenino como *potencialmente patológico*. Además se potencia la visión de este cuerpo como un *medio* para un ser con mayor relevancia social, el feto individuo. Finalmente establecimos que el carácter paternalista de la relación entre los/as obstetras y las usuarias favorece la entrega del poder de decisión sobre este cuerpo a la institución de salud. Podríamos definir al cuerpo gestante entonces como un cuerpo *subordinado y despojado de poder*.

A continuación revisaremos las preferencias que poseen las usuarias respecto a las vías de parto (vaginal y cesárea) y como éstas van interactuando con las representaciones existentes en torno al parto, es decir, al proceso por el cual el cuerpo gestante debe transitar. Analizaremos los temas del *dolor y el riesgo* en relación al parto, ya que los mismos constituyen puntos de inflexión para las usuarias respecto a sus preferencias iniciales. Estas representaciones, al igual que las representaciones sobre el cuerpo gestante, tienen gran relevancia para comprender el proceso de toma de decisiones en el momento del parto.

a. Preferencias de vías de parto

A lo largo de la vida y especialmente durante el periodo de gestación las mujeres construyen diversas representaciones y percepciones sobre el parto que influyen la disposición con la cual se enfrentan a él. Dentro del imaginario de las mujeres entrevistadas, los tipos de partos que conocían y sobre los cuales imaginaban se limitaban al territorio hospitalario-clínico y dentro de este al parto “normal/vaginal” y a la “cesárea”.

Según la OMS (2012) un parto normal/vaginal es aquel que tiene un inicio espontáneo, de bajo riesgo desde su inicio y se mantiene así hasta el alumbramiento de la placenta. El bebé nace espontáneamente en presentación cefálica entre las 37 a 42 semanas (OMS,2012). La cesárea por su parte consiste en una operación quirúrgica en la cual se extrae el feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal y uterina. Pueden ser electivas (o programadas): cuando durante el control del embarazo se ha establecido una causa que hace imposible el parto por vía vaginal, o de urgencia: cuando se altera la progresión del trabajo de parto o se presenta alguna patología que implica un riesgo materno-fetal mayor que la cirugía por sí misma (MINSAL, 2010).

Como vimos en los antecedentes, las cesáreas se practican en promedio en un cuarto de los nacimientos de los países de la OCDE y ha habido un incremento de un 75% en las últimas dos décadas (McPherson, 2013). En Chile, específicamente en el sector privado, la cifra asciende a un 71,8% de partos por esta vía (DEIS, 2012). Lo anterior a pesar de las recomendaciones de la OMS de no sobrepasar un 15%. Las explicaciones médicas

para el aumento de esta intervención dan como uno de los argumentos la supuesta preferencia de las usuarias por esta vía de parto, sin embargo diversos estudios a lo largo del mundo reflejan precisamente lo contrario, una mayor preferencia por el parto vaginal (Barros, 2015). En Chile se confirma esta tendencia, tanto en el sistema público como el privado. Una reciente encuesta muestra una preferencia en el sector privado por el parto vaginal de un 83,3%, mientras que en el público asciende a un 76,6% (Sadler y Leiva, 2015).

Respecto a las usuarias de salud privada que participaron de este estudio, al consultarles por el tipo de parto que preferían, un 93% (14 de 15 mujeres) señaló el parto vaginal o “normal”. Respecto a esta preferencia pudimos establecer tres motivos; la recuperación, la consecuencia para futuras gestaciones y los beneficios.

*Sí, lo he conversado solo con mi marido...bueno o sea igual cuando la gente me pregunta **yo tengo súper claro que yo quiero parto normal** por todo lo que pregunto, por todo lo que leo, **por todos los beneficios** etc etc...(KM).*

***Pero yo le dije que quería un parto normal**, por lo que yo expliqué anteriormente, que yo necesitaba estar como el primer día así..., bien, para atender a mi hijo (AA).*

Luego de un parto vaginal la recuperación es relativamente rápida, sobre todo en comparación con la operación cesárea. Dos de las mujeres entrevistadas recalcan la importancia de este punto, el recuperarse más rápido les permitiría tener más autonomía lo cual era relevante pues no tenían ayuda con las labores domésticas o tenían a otros/as hijos/as que atender.

*Algunas tiene mucho miedo del parto normal pero si uno no tienen ningún problema, **uno esta como a las dos semanas entrecomillas recuperada o sea es vas, vas recuperando tu rutina, tu vida normal y eso** (CB).*

La segunda razón que fue mencionada por una de las entrevistadas, tenía que ver con las consecuencias para una futura gestación. Está demostrado que una cesárea puede influir en posteriores gestaciones; ya que hay mayor riesgo de tener placenta previa o rotura uterina (Belizán, 2007; Salinas, 2006). Como ella quería tener varios hijos consideraba que si tenía una cesárea en su primera gestación esto podría influir en sus posteriores embarazos explicitando su preferencia al obstetra desde un primer momento.

*Y le pregunté [al obstetra] como qué cantidad de sus partos el saca por cesárea y qué cantidad saca por parto normal y me dijo que como 4/5 era parto normal, como casi todos en verdad era normal entonces yo “ya bacán” porque hay muchos doctores que les da como lata y programan la cesárea no más po’. **Y como nosotros queríamos hartos hijos eso era como lo que más nos importaba** (AP).*

El tercer y más mencionado motivo de preferencia por esta vía de parto era su relación con ciertos beneficios, los cuales estarían dados por el hecho de permitir el curso de un proceso fisiológico. Al favorecer el proceso “natural” se le permitiría al cuerpo hacer su

trabajo, seguir el ritmo de lo establecido por la “naturaleza” y con eso exponerse a una acción física y hormonal positiva, tanto para la madre como para el hijo o hija.

*El mismo hecho de **que salga por el ducto natural** que sale como todo el proceso... Entonces tú empujas y todo, que el mismo hecho de que pase...por la...por el... ¿cómo se llama aquí? Se me olvida el nombre... por el ducto en el fondo de donde sale vaginal, no es lo mismo que la saquen por la guatita porque **tiene como todo su proceso normal de pujación, su cordón se le corta normal**, es como... como en el fondo es como que te dicen que los beneficios son al 100% distintos de que si fuese cesárea, más que eso. **Que puedes prevenir desde enfermedades y cosas (KM).***

Esta asociación que se realiza entre parto normal/vaginal con “lo natural” probablemente viene dada por las similitudes de este tipo de parto con el parto fisiológico que ha ocurrido a lo largo de la historia de la humanidad. El hecho de que por miles de años las mujeres hayan dado a luz por vía vaginal le otorga la garantía de la experiencia y eficacia a esta forma de parir. Sin embargo esta asociación no considera las múltiples intervenciones farmacológicas (anestesia, oxitocina artificial), quirúrgicas (episiotomía) y físicas (posición decúbito supino en el pujo) rutinarias que se producen en la mayoría de los partos normales/vaginales, aunque no posean ningún tipo de riesgo. Con esto quiero destacar que el hecho de que un parto sea vaginal o “normal” no garantiza que este exento de intervenciones y muchas veces las mujeres que lo prefieren no están conscientes de que estas intervenciones alejan a este tipo de parto de los beneficios que buscan al preferirlo.

Solo una de las mujeres del estudio develó una preferencia por la vía de parto cesárea, durante toda su trayectoria gestacional, sin embargo dicha preferencia no la llevó a solicitarla explícitamente, sino que esperó a que el parto se produjera espontáneamente dando como resultado una cesárea por hipertensión arterial. El motivo de la preferencia tenía que ver con un temor al dolor de las contracciones uterinas del parto vaginal.

*(...)prefiero, **siempre dije, entre mí, sea cesárea, pero si es parto normal, es parto normal, no voy a hacer nada, y salió cesárea por otra cosa. (KM)***

Es necesario recalcar que en nuestra muestra, estas preferencias no estaban dadas de antemano, sino que se fueron construyendo a lo largo de la trayectoria gestacional. La mayoría de las mujeres tenía ideas generales sobre cada una de las vías de parto, ideas que las hacían tener cierta preferencia inicial. Sin embargo estas ideas y preferencias se iban ampliando y complejizando a medida que iba transcurriendo la gestación, ya que durante este proceso era común comenzar a preguntar, informarse e investigar sobre el tema. En la siguiente cita podemos ver cómo dos de las mujeres del estudio tenían preferencia por la cesárea inicialmente, lo que cambia cuando comienzan a informarse más respecto a los riesgos y beneficios de ambas opciones (parto vaginal v/s cesárea).

*Al principio la verdad yo quería cesárea, porque me iba a quedar dormida e iba a abrir los ojos y la guagua iba a estar afuera, **pero de a poco me fui enterando que claro la cesárea es algo quirúrgico, una operación, necesito un tiempo de recuperación y yo necesito, o sea en lo práctico ya al otro día o en mi casa ya poder moverme y poder***

atender al niño porque estoy sola en esos momentos porque él trabaja, entonces por eso para poder atender bien a mi hijo (AA).

*A lo largo del embarazo yo me..., yo me fui dando cuenta de lo importante que era el parto, el parto natural, entonces empecé como este rollo..., empecé a leer a mujeres que hablaban de un plan de parto, qué es eso, no sé qué, **la importancia de las contracciones, el proceso químico**, entonces empecé, ah yo también quiero eso y..., y **yo quiero tener un parto natural, un parto vaginal, yo ya no quiero cesárea**, y que lata y quiero que me den mi tiempo y quiero que él nazca cuando él quiera, no quiero que me induzcan; y yo como que le pregunté una vez al doctor..., "oye sabes yo me he estado informado, **a mí me gustaría tener un parto vaginal**" (EA).*

Además es necesario enfatizar que la situación de la cesárea es ambigua y compleja ya que a ratos se conceptualiza como un procedimiento equiparable al parto vaginal, una vía de parto más, que como mujer puedo "solicitar", aunque en la práctica el procedimiento no es equiparable pues, como vimos en los antecedentes, se trata de una intervención quirúrgica compleja desarrollada para prevenir o tratar complicaciones que pongan en peligro la salud de la madre y el bebé (Belizán, 2007). Y es así como lo leen la mayoría de las mujeres de este estudio, al menos explícitamente, a nivel de discurso de preferencias.

La preferencia explícita por esta vía de parto (solo un caso a lo largo de toda la gestación en este estudio) correspondía a una mujer primípara y estaba fuertemente relacionada con el tema del **miedo al dolor**, la mujer que tenía esta preferencia señalaba tener un profundo temor a las contracciones uterinas, las cuales describía como muy dolorosas. La cesárea aparecía entonces como un procedimiento que evitaría sentir ese dolor.

*Por el dolor, porque todos dicen que el parto normal duele mucho, es como por decir, más comodidad, **para no sentir dolor, no sentir cosas** (...) No sé, es que todos te dicen, no, que te duelen mucho, que son aquí, que son allá... ah no, entonces es como un miedo a las contracciones. (JM).*

Las otras mujeres a pesar de tener una preferencia explícita por la vía de parto vaginal, abrían la puerta a la cesárea como procedimiento ante una posible complicación, es decir ante la presencia del **riesgo**.

*... no sé... no quería nada como extra, artificial, ninguna hormona extra a la que iba a tener, al proceso que yo iba a tener. Pero **sí estaba súper consciente a que si había algún riesgo iba a tener cesárea igual y no me iba a oponer, si el Amaro tenía un riesgo iba a tener cesárea o sea...** Para mi yo creo que ese era mi norte, que el Amaro **no sufriera ni que corriera ningún riesgo**, por eso yo no era fanática... (GM)*

*... pero como te **digo si tuviera que ser cesárea porque al final de repente se presentan complicaciones que uno no se po que se enredó el cordón o cosas** y tiene que ser cesárea de urgencia no, tampoco uno se puede oponer a eso, tendrá que ser así no más po', pero si me preguntan a mí, cesárea...(risas) o sea perdón parto normal, no, parto normal (KM)*

Recordando el objetivo de explorar las percepciones y valoraciones en torno a estas vías de parto (vaginal y cesárea), es necesario analizar estos dos temas, **el temor al dolor y el riesgo**, ya que ambos se constituyen como puntos de inflexión entre las preferencias de las mujeres y la toma de decisiones respecto al parto.

b. Las percepciones del dolor

El dolor es un tema que ha sido estudiado desde diversas disciplinas a lo largo de la historia y se constituye como una experiencia singular que depende de la percepción de cada individuo; la respuesta a una herida, afección o “fuente” de dolor, aunque sea la misma, es siempre diferente. La experiencia etnográfica confirma lo anterior, al mostrar cómo las diferentes culturas reaccionan de variadas maneras frente a estímulos sensibles similares (Nuñez, 2014) lo cual nos habla de que **la actitud frente al dolor no solo remite a un ámbito mecánico o fisiológico, sino que depende en gran medida de la educación emocional y del contexto cultural en el cual se presente**. Según Le Breton (1999) todas las sociedades definen implícitamente una legitimidad de dolor específica para circunstancias sociales, culturales o físicas consideradas “penosas”, el parto es una de ellas.

Como hemos desarrollado anteriormente, la biomedicina desde sus inicios privilegió la concepción del cuerpo femenino como una versión imperfecta del cuerpo masculino cuyos procesos son intrínsecamente anómalos y necesarios de vigilar y controlar para su óptimo desarrollo (David-Floyd, 2009). Esta visión de la mujer como una versión degradada del hombre es reforzada por la mirada religiosa y el mito de origen de Adán y Eva. Esta mujer, la primera de todas, fue creada de la costilla de un hombre y además castigada a vivir partos fatigosos por haber comido de la fruta prohibida. De esta forma el parto queda representado como un momento ineludiblemente doloroso producto de un mandato divino.

*Jehová Dios “a la mujer dijo: tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos, **con dolor parirás los hijos**. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará” (Génesis, capítulo 3, versículo 16).*

A mediados del siglo XIX, surge la posibilidad de utilizar la anestesia durante el parto como método farmacológico para aplacar el dolor, lo anterior no estuvo exento de cuestionamientos de parte de la sociedad; por una parte se cuestionaba si era correcto que la medicina se revelase ante un mandato del mismo Dios y por otra se cuestionaba la función del dolor como elemento que hacía surgir el amor hacia el hijo/a y el instinto materno. Según esta visión la mujer se convertía en buena madre en tanto sufría los advenimientos del trabajo de parto (Imaz, 2003).

El dolor aparece como un tópico central en las entrevistas, pues al preguntarle a las mujeres sobre el momento del parto, una de las principales preocupaciones a las que aluden tiene que ver con cuán dolorosas son las contracciones o si podrán o no resistir o manejar la sensación de dolor, develando la existencia de un temor y preocupación en torno a él

Yo le tenía miedo a las contracciones, le tenía miedo, nunca me hubiese gustado sentir dolor, estar con dolores, siempre le tuve miedo a las contracciones. (JM)

Claro y **alguna técnica para manejar el dolor, eso es como lo que más me preocupa ahora, cuánto me va a doler**, es que yo creo que lo sobredimensiono o capaz que sea mucho más de lo que yo pienso, o tal vez menos, no sé (AA).

Si bien la mayoría de las mujeres manifestaron este temor asociado al dolor, existen algunas que evidenciaron un cierto grado de confianza respecto a su presencia, el cuerpo femenino estaría “preparado para recibir ese dolor”, y además el propósito del mismo tendría el fin de traer al bebé al mundo, otorgándole un sentido ulterior.

...a mí igual el dolor como que me preocupa, pero la naturaleza es sabia, es algo en que nosotras estamos preparadas, aparte que hay una hormona que se supone que no me acuerdo como se llama, hace que uno se olvide del dolor, porque si tú le preguntas a la mamá lo más importante fue su hijo, no importa el dolor, no se acuerdan (AA).

Tanto si el dolor era temido o no, resulta muy interesante que esta experiencia se asociaba casi exclusivamente al parto por vía vaginal.

Sí, por lo menos en mi experiencia ha sido esa, que no que “uno no sufre, que no te das cuenta, que no estás con el problema de que se te rompa la bolsa que tienes que partir con las contracciones” y como, como fobia al dolor y muchas son como gente que tiene intolerancia al dolor y me ha pasado escuchar, no hay ninguna por lo menos de las que me ha tocado a mí conocer que me diga “no, sabes que yo quiero cesárea por esto”, por una razón más fundante en el fondo. (...) cosas así pero no cuestiono, si cada cual tiene la libertad de elegir en el fondo. Porque a ti te podrían decir ¿y por qué tú quieres parto normal si la cesárea no te duele nada y vas el día que tú quieres y a la hora que tú quieres y todo” ¿te fijas? Así como que uno es masoquista poco menos porque prefiere el dolor... (KM)

Vemos en esta cita que la preferencia por el parto vaginal se iguala a preferir el dolor, reforzando la idea de que este elemento está presente solo en esta vía de parto. A diferencia del parto vaginal, la cesárea se representa como un procedimiento sin dolor físico alguno, condición que lleva a algunas mujeres a verla como una opción ante el miedo que les produce el dolor asociado al parto vaginal. Lo anterior resulta interesante ya que el temor al dolor solo se asocia a la experiencia del parto mismo y no se cuestiona ni reflexiona el momento del postparto, que en el caso de la cesárea es más complejo, delicado y muchas veces más doloroso que un parto vaginal. Si bien algunas mujeres mencionan el postparto, se refieren solo a la temporalidad, aludiendo a que la recuperación en el caso del parto vaginal es mejor y más rápida que la recuperación de una cesárea, pero no aluden al tema del dolor.

Sí, que no quieren sufrir, no quieren que les duela, todo lo que dicen... que pasa con los partos normales. Obvio que tienen mejor recuperación, más rápido, pero estas más...

no sientes dolor en la cesárea no sientes nada, uno no siente nada nada nada, te hacen el tajo, te sacan la guagua, y eso fue todo, fue todo lo que pasó (JM).

Esta representación del parto vaginal como doloroso y de la cesárea como indolora se refuerza con la percepción diferencial del tiempo en ambas situaciones. Por un lado el parto vaginal se asocia a un proceso impredecible que puede ocurrir en cualquier momento sin previo aviso, y que una vez iniciado puede tardar largas horas, incluso días en desarrollarse.

*Bueno, que salga bien, que ojalá salga lo más rápido posible, más menos tengo **entendido que en una primeriza el trabajo de parto puede durar hasta 10 horas que podría estar hasta un día entero**, entonces lo que yo quiero es estar acá hasta las últimas y cuando me sienta muy mal muy mal me vaya a la clínica (AA)*

La cesárea en cambio es conceptualizada como un proceso sobre el cual se puede tener una certeza mayor en cuanto al tiempo de duración y los resultados del proceso.

*Claro, yo empecé... cuando yo quedé recién embarazada, yo dije; ah no, yo quiero cesárea, o sea, que lata estar pujando..., no hueón que paja, como con esa visión de la sociedad de los analgésicos poh, **que la querís hacer corta** y blah, blah (EA).*

Se puede programar, **te anestesian, me parece que te quedas dormida completamente**, tenía entendido entonces **abres los ojos y está la guagua** (AA).

El miedo al dolor de parto produce estrés, tiene efectos en la vida cotidiana y tiene relación con el deseo de tener un parto vía cesárea (Melender, 2002; Faisal et al., 2014; Haines et al., 2012; Kalström et al., 2010; Nieminen et al. 2009; Ryding 1993). Además tiene relación con el aumento del uso de anestesia epidural (Hall et al., 2012) y aumento de cesáreas de emergencia (Ryding et al. 1998). En una encuesta aplicada en el marco del proyecto FONIS SA13I20259 en 2014 (proyecto en el cual se enmarca esta tesis), fueron entrevistadas 396 mujeres que habían sido sometidas a una operación cesárea, un 6,6% (25 casos) de ellas había solicitado esa vía de parto (sin razón médica). Más de la mitad de las mujeres que solicitaron cesárea mencionaron el temor al dolor como uno de los factores relevantes al momento de tomar la decisión. Este resultado es consistente con resultados de estudios en otros países, por ejemplo, un estudio de la Universidad de Columbia que aplicó una encuesta el 2006 a estudiantes universitarios reveló que quienes reportaban mayores niveles de temor eran más propensos a preferir un parto por vía cesárea y tenían actitudes más favorables hacia el uso de tecnología obstétrica que aquellas que no temían al parto (Stoll y Hall, 2013a; Stoll y Hall, 2013b; Stoll, Hall, Janssen y Carty, 2013).

*Claro porque si tú me hubieras **preguntado antes de estar embarazada te hubiera dicho cesárea, para evitar el dolor** (AA).*

*Si tú me preguntas a mí **yo de todas las mujeres que conozco y que quieren cesárea es netamente por un tema de dolor** (KM).*

Al analizar las entrevistas se evidencia que estos temores y percepciones sobre el dolor provienen principalmente de “relatos de segundo orden” (Melender, 2002), es decir, experiencias de partos de mujeres pertenecientes a su círculo cercano como madres, abuelas, amigas o hermanas.

*...onda, no sé,” te vai a desangrar, te vai a rajar entera”... me acuerdo que en un momento tuve una conversación, **estaba mi abuela, mi cuñada, mi mamá diciéndome las tres lo gravísimo que había sido para ellas la experiencia del parto...(JT).***

*Yo creo que es porque, como yo, yo dependiendo del... yo creo que donde son más... por el dolor, **porque todos dicen que el parto normal duele mucho**, es como por decir, más comodidad, para no sentir dolor, no sentir cosas, **porque por lo menos mi compañera de trabajo me dijo, yo elegí cesárea, yo iba a ser parto normal, pero yo elegí cesárea porque detesto sentir las contracciones**, y ella programó su cesárea (JM).*

*[Mi mamá me decía] No, mijita, usted **no va a poder soportar un parto normal le puede pasar algo”...incluso me llevo hasta al médico que me iba a hacer la cesárea (AA).***

Según Callister (2004) la transmisión de los relatos de los propios partos son un continuo en diversas culturas y las mujeres narran de manera detallada y extensa sus experiencias, hayan sido estas positivas o negativas. Según la autora, el compartir estas narraciones le permitiría a las mujeres discutir sus miedos, conflictos, sus sentimientos de decepción o ausencias y como una instancia de comprensión de sus propias fuerzas y capacidades. Tener a un interlocutor interesado en la propia experiencia del parto puede ser una instancia terapéutica para muchas mujeres cuyas experiencias no han sido del todo integradas en su vida. En el caso de estos relatos es importante establecer que el énfasis que se le da al dolor probablemente viene dado porque el mismo estuvo acompañado de una experiencia de sufrimiento.

Es necesario enfatizar que estos relatos son reproducidos desde la experiencia de mujeres que vivieron partos en contextos tecnocráticos con: alta intervención obstétrica, sin anestesia, sin posibilidad de uso de medidas no farmacológicas de alivio de dolor (movimiento libre, masajes, hidroterapia, entre otros), sin acompañamiento emocional continuo, con malos tratos y/o trato autoritario de parte del personal de salud. Sus experiencias estuvieron cargadas de miedo, impotencia y sensación de abandono. Muchas veces al transmitir la idea de que el parto es doloroso, transmiten sus sensaciones acerca de estas experiencias, sin diferenciar el dolor físico del sufrimiento emocional.

Los relatos que recibimos sobre un tema nos ayudan a elaborar imaginarios que nutren nuestra capacidad de anticiparnos a un futuro deseable o indeseable. La falta de experiencia vivida por parte de las mujeres que están gestando por primera vez contribuye a la construcción de una representación a partir de estas ideas preconcebidas,

configurando un tipo de parto marcado por un dolor insoportable, fuerte, literalmente “desgarrador”.

Así me dijo mi abuela textual: “es que te vai a partir en dos, es partirte en dos”; y yo, ah bueno..., “no, es que yo tuve cuatro guaguas y es que, ahí te quiero ver... no es como hacerte un tatuaje” (JT).

Vemos como los temores y representaciones existentes sobre el dolor sitúan al parto vaginal no solo como una experiencia muy dolorosa sino como una experiencia de sufrimiento, mientras que a la cesárea como un procedimiento exento de dolor. A pesar de que las mujeres manifiesten una preferencia explícita por el parto vaginal este tipo de representaciones influyen la manera en que se enfrentan a él, situándolas en una posición de miedo e incertidumbre.

c. Las percepciones del riesgo

...consideramos el riesgo real o posible como una construcción cultural (Puy, 1995:99; Bestard, 1996:10) que conlleva una importante connotación de subjetividad e ideología en la que se protege el mantenimiento de unos intereses específicos para la continuidad de un determinado orden social (Bestard, 1996 en Montes, 2007).

El riesgo es central en la construcción del imaginario del parto, su relevancia es tal, que se justifica el parto en el contexto hospitalario con la necesidad de profesionales médicos para su prevención o tratamiento (Montes, 2009). De hecho, en el lenguaje médico las mujeres se clasifican en bajo o alto riesgo obstétrico, sin la posibilidad de que no haya riesgo. Esto diferencia a la atención obstétrica de otras especialidades médicas, donde la referencia al riesgo no está tan presente. ¿Cual es la utilidad de clasificar a las de “bajo riesgo” así? ¿no sería simplemente lo normal y esperable?. Al utilizar este lenguaje en la clasificación de las mujeres la idea del riesgo se recuerda y alude constantemente como un elemento inherente a la gestación.

Podríamos definir el riesgo como *La contingencia o proximidad de un daño* (RAE, 2014). En este caso la idea de un daño que puede ocurrir en el momento del parto y como pudimos analizar en las entrevistas, un daño hacia el feto más que hacia la madre. Lo interesante es que este riesgo aparece asociado principalmente al parto por vía vaginal. Las mujeres son receptoras de diversas historias y narraciones sobre partos en los cuales se destacan principalmente las complicaciones y se preocupan desde el inicio de la gestación por este tópico. Respecto a los bebés, las mujeres entrevistadas mencionaron que corren el riesgo de no poder descender por el canal de parto, de atascarse, de asfixiarse con el cordón umbilical o de sufrir algún daño neurológico, y las intervenciones médicas aparecen como las herramientas que pueden salvar sus vidas.

*Desde que empecé a trabajar que fue en marzo del 2012 al tiro me quise meter a una ISAPRE porque yo sabía que ese año quería quedar embarazada, entonces en la pega al tiro me metí como en un plan bueno que cubriera harto, a mi me da como lo mismo atenderme un hospital o algo así pero yo decía, **si hay alguna complicación con la guagua prefiero estar en un lugar como que... o que el doctor tenga experiencia y cache para que pueda sacar a la guagua con fórceps o no se po pero que lo ayude a que no sufra como que salga bien todo** (AP).*

Si bien las entrevistadas mencionan primero y como más preocupante los riesgos asociados a la salud del bebé, aparece también la idea del riesgo vinculada a la integridad física materna, destacando los daños asociados a los genitales. La mujer tiene la posibilidad de sufrir desgarros perineales, hemorragias o deformaciones vaginales. Como consecuencia de esto emerge el miedo o el cuestionamiento a la pérdida o disminución de la capacidad de sentir placer durante las relaciones sexuales.

*[Parto] Normal, yo sí no primero igual me daba como, no sé si temor o a lo desconocido por el hecho de **que salga una persona dentro tuyo es como fuerte** pero no, nunca he descartado si yo decía "si puedo tenerlo normal lo tengo normal y si no puedo lo tendré por cesárea si es lo que" **porque sé que hay algunas mamás que directamente optan por no tener normal porque el tema de eso de que les salga el bebé por la vagina y todo y que va a quedar todo deforme...** (CB).*

Lo anterior resulta muy interesante ya que esta preocupación parece fundarse en una de las construcciones identitarias femeninas hegemónicas respecto a la sexualidad, que la sitúan como un ente exclusivamente reproductivo, carente de deseo. La negación del deseo de la mujer la ha posicionado dentro de la ideología sexual moderna como un objeto y no un sujeto. El deseo es considerado principalmente un atributo masculino, por tanto el mismo tiene la facultad de explorar y explotar dicho deseo como agente activo. La mujer, en tanto, solo participa de esta relación como un objeto de deseo (Rodríguez, 2004). Lo anterior da pie para que el cuerpo femenino y sobre todo la vagina, órgano ícono de la sexualidad, sea considerada valiosa en tanto objeto "para otro". El posible daño, "deformación" o envejecimiento de esta parte del cuerpo se constituye como una amenaza y fuente de preocupación para muchas mujeres, pues supondría una pérdida de su valor en tanto objeto sexual. En este sentido la operación cesárea aparece como una posible alternativa ante el riesgo de deformación genital, ya que la misma no alteraría ni modificaría el aspecto de los mismos.

*La mina que me recomendó esa clínica [recomendó la cesárea]. Entonces yo sentía que igual ella me daba recomendaciones y todo pero no me entendía muy bien, porque ella me decía "No pero hazte cesárea, **porque vas a quedar como cabra de quince** y la cuestión (...) ella se hizo cesárea por voluntad **propia porque no quería quedar desarmada**, según ella (MO).*

Es necesario destacar que la idea de que los genitales femeninos no puedan resistir íntegramente el parto por vía vaginal se instala, al igual que otros mitos, por la realización de intervenciones de rutina propias del modelo tecnocrático de atención. Efectivamente en

los partos propios de este modelo: de espaldas, acelerados, con pujos dirigidos y maniobras del tipo kristeller¹⁵ y episiotomía de rutina, se presentan con mayor frecuencia daños en el piso pélvico, desgarros y problemas de incontinencia. En los partos con libre movimiento, sin pujos dirigidos y con la posibilidad de adoptar una posición erguida durante la fase expulsiva estos trastornos son escasos. La entrega de información basada en evidencia de parte del personal de salud podría explicar esta situación a las usuarias para reducir sus miedos y temores asociados al parto por vía vaginal, sin embargo la mayoría de las veces pasa lo contrario.

Si la representación del parto vaginal como extremadamente doloroso sienta sus bases en los “relatos de segundo orden”, la percepción de que el mismo conlleva mayores riesgos es construida y reforzada por los relatos y opiniones del personal de salud.

Recordemos que en la salud privada los principales proveedores del cuidado son los/as obstetras quienes se forman principalmente en el control y manejo de patologías desde una mirada tecnocrática, a diferencia de las matronas, quienes poseen una orientación más fisiológica del cuidado y la atención.

Es lógico pues, que tras el aprendizaje profesional centrado en las alteraciones, la gran mayoría de médicos/as vean en todos los partos una situación de riesgo potencial (...) Así, el riesgo parece tomar vida propia, se materializa al separarlo de la ideología con que se construye y los/as expertos/as aseguran la realidad de su existencia (Taussig, 1995 en Montes, 2007, p.219).

Por tanto, al igual que en la gestación, el tratamiento hacia estos procesos ocurre bajo la mirada del riesgo, en donde la tecnología ocupa un lugar central como herramienta para “ayudar” y “controlar” a que estos procesos ocurran con la menor incertidumbre posible (Davis Floyd, 2001). En la siguiente cita vemos como una usuaria relata los argumentos entregados por su obstetra para realizarle una cesárea programada:

*La semana treinta y nueve, me la tiró, me dijo: “uy, todavía está súper alto” y yo “sí, sí,” me dice: “mira, toca la cabeza. Está por acá arriba y ya debería estar bajando”. Entonces yo había leído que no era tan necesario que se encajara tan luego, pero todavía estaba achunchada; entonces yo así como: “oye pero parece que aún no tiene que estar abajo”. Bueno, a la semana siguiente, la semana treinta y nueve me hizo un tacto vaginal, y me dijo “no, todavía no se encaja” como si fuera una cosa terrible y ahí ya un poco más segura, un poquito más segura, le dije: “bueno, yo por lo que me he informado, puede ser incluso durante el mismo parto que los niños se encajen, no es necesario que se encajen antes si es que están bien, y yo también tengo entendido que podrían nacer hasta la semana cuarenta y dos, así es que todavía tenemos tiempo” qué sé yo, y él me dice: “**si mira, eso de la semana cuarenta y dos es como un decir, porque en realidad se pone en riesgo, es peligroso, porque si el niño está listo antes hay que sacarlo antes, o si no puede pasar algo (...)** porque además, según mi ecografía el Alonzo era grande, entonces yo le decía a este gallo; “no es que yo igual quiero tratar”... y el me decía “no, si*

¹⁵ Consiste en presionar el fondo uterino (la parte superior del abdomen de la madre) externamente con el objeto de empujar al feto para que descienda más rápido por el canal vaginal.

*es gigante”, era como “qué terrible cómo lo vas a hacer”. Entonces, él siempre fue así y claro, el gallo **como que empieza a contar horrores como; no, y una vez hubo una mujer que quiso tener una niño y el niño era tan grande y murió en el tracto vaginal (EA).***

Es interesante notar como el personal de salud hace prevalecer ciertos riesgos e ignora otros al momento de relacionarse con las usuarias. En el caso de las intervenciones rutinarias mencionadas a lo largo de este trabajo tales como; la monitorización continua de latidos fetales, la rotura artificial de membranas, el uso rutinario de anestesia epidural, la posición litotómica (de espaldas) en el momento del pujo, la episiotomía de rutina, el impedimento de moverse libremente, la inducción del trabajo de parto, y la cesárea los riesgos asociados a las mismas son nula o escasamente informados a las usuarias.

Se ha demostrado desde hace años (Inch, 1982), que una intervención médica rutinaria sobre la mujer en el parto, genera una cascada de otras intervenciones de progresivo mayor riesgo; pero esto no es considerado como tal por la mayoría de los/as profesionales de la obstetricia (Montes, 2007, p.221).

En los discursos de las mujeres entrevistadas se evidencian principalmente los riesgos asociados a su propio cuerpo, individualizándolas y responsabilizándolas por ellos. El bebé es grande entonces no podrá pasar, debemos hacer cesárea para que sobreviva; Tus caderas son pequeñas entonces el bebé quedará atascado, debemos hacer cesárea para salvarlo; eres primeriza entonces tu parto no se desencadenará espontáneamente y el bebé puede morir, debemos inducirte el parto para rescatarlo; Tuviste una cesárea en tu primer parto, por lo tanto si intentas un parto vaginal tu útero puede romperse, debemos hacer una cesárea programada para evitarlo. Lo anterior invisibiliza y oculta que las intervenciones obstétricas que se realizan para evitar estos “posibles riesgos”, pueden conllevar igual o mayores complicaciones que las que buscan evitar, lo que Foucault (1999) denomina “iatrogenia positiva”.

El carácter culpabilizador con el cual se transmiten estos riesgos sitúan a las usuarias en una compleja posición cuya salida más apropiada corresponde a la obediencia ante cualquier mandato médico.

Vemos cómo las representaciones en torno al riesgo lo sitúan como consecuencia de condiciones propias del cuerpo femenino y del parto por vía vaginal contribuyendo a generar, al igual que las representaciones del dolor, inseguridad, culpa e incertidumbre en las usuarias. Esto incide en la construcción del imaginario del parto, como un momento principalmente negativo, lo cual se expresa en la siguiente cita de una de nuestras entrevistadas:

*Yo no me imagino el parto ideal, **yo me imagino el peor de los partos (AA).***

VII.3 ENTRE DECIDIR Y ACATAR: TRAYECTORIAS DE PARTO EN EL SISTEMA PRIVADO DE SALUD.

En el caso de nuestra muestra de 15 mujeres, 14 mujeres se atendieron en clínicas privadas y una de ellas en un hospital clínico, además 4 mujeres de la muestra se atendieron con Bono PAD (es decir, que estando afiliadas a FONASA fueron atendidas en centros privados de atención). Del total de 15 mujeres, 5 tuvieron un parto vaginal (33,3%) a pesar de que un 93% de ellas prefería esta vía de parto. Dos de estos partos fueron atendidos con muchas intervenciones¹⁶ –que se consideran innecesarias y riesgosas en los actuales protocolos de atención- en donde las mujeres no fueron consultadas acerca de sus deseos o preferencias, sino sometidas a protocolos hospitalarios rutinarios generando en uno de los casos una percepción negativa acerca de la experiencia de parto.

10 mujeres de la muestra tuvieron cesáreas (66,6%, 5 de ellas cesárea programada y 5 cesárea de emergencia). Considerando que un límite aceptable de cesáreas corresponde a un 15% (3 cesáreas), podríamos plantear que existirían 8 cesáreas “probablemente injustificadas” en términos iniciales¹⁷.

Hemos visto a través del relato las principales representaciones sobre el cuerpo gestante y las vías de parto que se produjeron en las interacciones entre usuarias, personal de salud y entorno social a lo largo de la gestación. Dichas representaciones objetifican al cuerpo gestante como un medio para un ser más importante, el feto. Además destacan su carácter potencialmente patológico. Junto con la anterior el carácter paternalista de las relaciones que se produjo con los/as obstetras situó a las mujeres en una posición secundaria. Posteriormente revisamos que si bien el parto por vía vaginal era preferido por las usuarias a nivel explícito, las representaciones existentes en torno a él, como más doloroso, sufriente y más riesgoso generaron inseguridades, temores e incertidumbres en torno a dicha vía.

Todas las entrevistadas que tuvieron partos en instituciones de salud privada fueron sometidas a un protocolo similar. En el caso de las 9 mujeres que comenzaron su trabajo de parto de manera espontánea, (que hicieron ingreso a la clínica con diferentes estadios de dilatación), se les hicieron tactos vaginales reiterados, monitorización fetal constante que les impidió el libre movimiento, rotura artificial de membranas para acelerar el proceso de dilatación, posición decúbito supino (de espaldas) al momento del pujo, impedimento

¹⁶ Si bien sabemos que 4 partos fueron vaginales, solamente tenemos los relatos detallados de 2 de ellos, ya que algunas entrevistas fueron realizadas solamente durante la gestación sin conocer en detalle como se desencadenó el parto.

¹⁷ En nuestra muestra sólo hubo mujeres de “bajo” riesgo obstétrico, sin patologías asociadas que se vincularan a la necesidad de programar cesáreas, por lo cual esta cifra incluso podría ser menor. Como ya hemos mencionado, no es nuestra intención cuestionar los motivos médicos que llevaron a estas intervenciones, y no se trata de una muestra probabilística, sin embargo hacemos la analogía para enfatizar que se trata de un número excesivo de cesáreas.

para alimentarse e hidratarse oralmente durante el trabajo de parto, presión y apuro de parte del equipo de salud si el parto duraba varias horas, entre otras cosas.

...me pasaron a urgencia y ahí empezó todo lo malo (...) del susto de ver a esa matrona empecé como a llorar y me dijo: "ah te gustó la cosa, abre las piernas, ese fue el recibimiento de la clínica". No sé, yo creo que fueron innumerables veces, no entendía por qué tanto, te juro. Cada vez que iban: "ya, vamos a hacer un tacto", cuánto de dilatación tenía. Hubo un momento que no me... como que no había dilatación, como que quedaba como pegada, así como cuatro, siempre era como cuatro cinco... me dijo ya, lo que vamos a hacer, le vamos a inducir el parto y me pusieron un suero y ahí empecé a sentir contracciones más seguido (...) lo peor de todo es que yo pedía agua y no me quería dar agua, porque si yo tomaba agua iba a vomitar en el parto... Yo ahí ya sentía como que no tenía mucha conciencia de mí, ya estaba así como en forma... así como zombi embarazada, te juro (...) Ya, ahí me acosté me acuerdo... y sabes lo que pasó que no... parece que no se había roto la bolsa, porque de repente la matrona... ya y esto es lo más horrible que me pasó, me acuerdo y me dan ganas de llorar. ¡Apareció con un palillo! Y me dijo ya, ahora parece que te tengo que romper la membrana o la bolsa, algo. Y ahí fue cuando colapsé, me puse a llorar que no quería... en el momento del parto se me adormecieron tanto las piernas que me dio susto. Ahí dije, chuta no debí haber pedido anestesia, esta cuestión se me va a complicar capaz que no tenga fuerza y me tengan que hacer cesárea. Yo, qué hago, qué hago. Ya, yo le dije a la matrona, sabe yo no siento las contracciones por favor dígame en qué momento tengo una contracción y me dijo, ahora. Y ahí como que hice el cálculo y entonces empecé a pujar y como que era, como que mi, como que fue tan matemático lo que hice que era justo en el momento y como que habré pujado cuatro veces y salió Raimundo. (AA)

Estos relatos reflejan el modo tecnocrático de atención del parto en nuestro país y no hacen más que confirmar lo que otras autoras ya han relatado (Sadler 2003; Dudman 2006; Binfá et al, 2016). Situaciones que muchas veces terminaron en una intervención cesárea como epítome de la trayectoria gestacional tecnocrática. En los casos en que la intervención cesárea se indicaba de manera programada se reforzaban los elementos paternalistas presentes en las relaciones entre obstetras (indicativo) y usuarias (pasivo) y se reforzaba el carácter riesgoso del parto por vía vaginal aludiendo a diversos motivos que muchas veces eran confusos, dudosos y cuestionables.

A continuación se presentan tres casos relatados por nuestras entrevistadas, éstos fueron escogidos pues, ilustran de manera explícita el tipo de argumentos e información que se le otorga a las gestantes por parte del personal de salud al momento de hablar sobre el parto y las impresiones, inquietudes y sentires que la mujer y su entorno experimentan al respecto. Además se puede entrever el proceso de toma de decisiones respecto a la vía de parto con mucha claridad. Estos relatos nos dan una perspectiva sobre el tipo de relación que se construye entre personal de salud y usuarias y algunos de los motivos para realizar intervenciones obstétricas. Son estos motivos y argumentos los que nos interesa **explorar**. Si bien es difícil identificar si las entrevistadas fueron sometidas a intervenciones médicamente necesarias solo a partir de sus relatos, debo aclarar que "la verdad" no es la motivación de esta investigación. Se busca más bien cuestionar, poner

en duda, **sospechar** y tensionar esta realidad, pues es evidente que el número de intervenciones obstétricas en nuestro país es injustificable en términos epidemiológicos y los relatos de estas mujeres pueden darnos pistas acerca de cómo operan estos mecanismos, mecanismos que podríamos llamar aludiendo a Foucault “de poder”, los cuales son utilizados por la institución médica para someter el parto a intereses propios que muchas veces no están acordes al bienestar de la mujer.

a. Tu guagua es muy grande y tú eres muy estrecha: el caso de Carolina.

Carolina (28) vive en la comuna de El Bosque, nos juntamos a conversar un día de invierno, su hija había nacido hacia 6 meses atrás en una Clínica de Providencia. Al preguntarle sobre su relación con el sistema de salud privado me cuenta que siempre fue a consultas con una ginecóloga de una fundación, ya que su previsión correspondía a FONASA, con ella comenzó a controlar su gestación. Al cumplir las 20 semanas le preguntó si era posible realizarse un examen para ver si su hijo/a venía con Síndrome de Down, a lo que la obstetra respondió que no era posible, que en Chile no era necesario ese examen pues el aborto era ilegal entonces no tenía propósito, Carolina sintió que había mucho moralismo en su discurso, además sabía de muchas mujeres que si se habían hecho tal examen y decidió cambiar de obstetra.

Considerando su condición económica, de estudiante sin ingresos mantenida por su madre Carolina comenzó a averiguar acerca del Bono PAD para poder parir en una clínica y así estar más cómoda, por lo tanto siguió los requisitos que se pedían para adquirirlo, como atenderse regularmente con el/la mismo doctor/a. Comenzó entonces su relación con otra obstetra que pertenecía al staff de una clínica, eligió ese lugar pues le quedaba cerca de la casa de sus suegros y pensaba irse a vivir allá unas semanas antes de que su hija naciera. Las primeras consultas fueron descritas como bastante agradables, la doctora se mostraba empática y reforzaba constantemente su deseo de un parto vaginal. Lo anterior contribuyó a generar una **relación de confianza** entre Carolina y la obstetra.

Estamos bien, tú estás bien, estamos para parto normal, vamos derechito a parto normal... me decía.

A medida que pasaban las semanas crecía en Carolina la inquietud de informarse más acerca de su gestación, comenzando a visitar páginas y foros de internet, donde averiguó sobre distintos tipos de parto. Considerando los beneficios del parto vertical, surgió en ella el deseo de parir de esa forma.

*Y ahí vi que existía el parto vertical, vi que las mapuches parían así y **me hizo sentido, no sé, como más natural**, y me dieron ganas de sentir eso.*

Alrededor de las 34 semanas de gestación decidió plantearle a la obstetra sus ganas de experimentar este tipo de parto; en una posición vertical y en lo posible sin la presencia de fármacos para el dolor, sin anestesia epidural. Ante este planteamiento la obstetra le informó a Carolina que no tenía experiencia en ese tipo de parto.

*Ella me dijo al tiro “**ah es que yo no hago eso, sé que algunos doctores de aquí lo hacen, pero yo no lo hago**”.*

La negativa provocó un proceso de cuestionamiento en Carolina respecto al lugar que había elegido para vivir su parto y el nacimiento de su hija, llevándola a conversar el tema nuevamente en las siguientes sesiones, sin embargo la postura de la obstetra fue la misma, dándole como alternativa cambiarse de equipo médico a uno que accediera a sus peticiones. Esta fue la primera vez que Carolina no se sintió a gusto respecto a su obstetra, anteriormente la empatía y amabilidad la hacían sentirse cómoda, sin embargo el no mostrarse abierta a acceder a su petición sobre el tipo de parto produjo un quiebre.

*Ahí como que no sé, **yo quedé para dentro**, se me pasaron mil cosas por la cabeza...y le pregunte que ¿por qué no?, y ella me dijo “es que yo no lo hago así”.*

A pesar de las visiones contrapuestas y la sugerencia de la obstetra, Carolina decidió continuar atendiéndose con ella, esto porque ya habían creado un **vínculo de confianza**, cosa que sería difícil de construir con otra persona por su avanzado estado de gestación. Además no tuvo la energía ni la motivación para realizar nuevamente los trámites del bono y en su interior sintió que todo saldría bien, que podría vivir un buen parto a pesar de que no fuese con las características que ella deseaba en un principio.

Yo no me quise cambiar porque por el bono PAD hubiera tenido que hacer todos los trámites otra vez, todo el papeleo, ya tenía como 35 semanas y no quise...

A las 37 semanas de gestación comenzaron los controles semanales con la doctora y en uno de ellos se le solicitó hacer un examen de tacto vaginal para ver si había habido cambios en el cuello de su útero. Fue en ese momento cuando la obstetra le dice a Carolina que su deseo de tener un parto vaginal no iba a ser posible de cumplir, debido a que su pelvis era muy estrecha para el tamaño de su hija.

*Me dijo “**pucha, estamos mal...tu guagua es muy grande y tú eres muy estrecha, no va a caber por ahí, estamos mal**”...entonces me dijo que íbamos a tener que **programar la cesárea** y ahí yo dije, **¿pero cómo no se va a poder esperar a que ella quiera nacer?***

Carolina se sintió desmoralizada al escuchar el diagnóstico, pues su deseo era tener un parto vaginal, y nuevamente se cuestionó la decisión de parir con ese equipo médico pues no estaba convencida del diagnóstico.

***Yo quería sentir, yo quería sentir las contracciones** y también cómo mi hija salía, cómo salía de mi, pero fue difícil ya hacer todos los trámites de nuevo, aparte **mi mamá me decía “Caro pucha y si la Vale de verdad es grande y no puede pasar y vas y tienes los dolores y te tienen que hacer la cesárea igual”**.*

Estos comentarios contribuyeron a generar miedo e inseguridad en Carolina quien se sintió presionada por esta opinión ya que su mamá era quien pagaría su bono PAD. Sin embargo, a pesar de esa inseguridad, a las 39 semanas de gestación, en un nuevo control, Carolina le planteó a la doctora su disconformidad con la vía de parto propuesta, debido a que sentía que su hija debía nacer en el momento que ella lo decidiese. Ante esta inquietud, la obstetra la insta a realizarse la cesárea como forma de programar el parto, ya que si este no ocurría de forma espontánea, era probable que ella no la pudiese acompañar.

“Caro, es que estoy enferma y parece que me van a tener que operar este viernes” y yo pucha le decía pero eso no es seguro usted me va a hacer la cesárea antes por algo que no es seguro (...) y ahí me programó la cesárea para el día jueves...

Un jueves a las seis de la mañana Carolina llegó a la clínica, tenía 39 semanas y seis días de gestación, no había tenido contracciones, la ingresaron para prepararla dándole una bata y depilando su zona púbica lo cual fue incómodo y vergonzoso para ella. Luego de aplicarle la anestesia se acostó en la camilla donde sus brazos fueron amarrados y en cuestión de minutos su hija fue sacada de su útero.

Valentina nació el día 18 de diciembre, pesó 3500gr y midió 50 cm.

Ahí en la cesárea recuerdo que ella dijo (la obstetra) “mira tenía el cordón corto por eso no bajaba” y luego yo le pedí si me podía quedar con mi hija en apego y ella dijo: “Caro pero si eso del apego no tiene que ser en el mismo momento, eso puede ser después” y se la llevaron al tiro y me dejaron en un pasillo y lo único que yo preguntaba era si mi hija estaba bien, dónde se la habían llevado, si estaba con el papá o no. Luego me la trajeron y yo me sentía muy mal con la anestesia, yo nunca pensé que la anestesia podía tener ese efecto, a mi nunca me lo explicaron así y vomitaba tanto que apenas la podía tener en los brazos. Más encima con las enfermeras diciéndome “dele leche porque sino le vamos a tener que dar un rellenito”.

Carolina me cuenta que no se sintió satisfecha con la experiencia de su parto, pero que el miedo, la inseguridad y las presiones del entorno la hicieron tomar la decisión de someterse a la operación cesárea, sin embargo ante una próxima gestación le gustaría tener un parto vaginal.

“Si tuviera otro embarazo me informaría más, sería mas exigente”

En la dinámica de salud privada las mujeres poseen una supuesta libertad de decidir con quién atenderse, a lo largo de los relatos nos damos cuenta de que esta decisión está constreñida en primer lugar por factores económicos, ya que las opciones se reducen de acuerdo al plan de ISAPRE y la cobertura que la misma tenga, o en este caso a los centros asistenciales y equipos abiertos al convenio PAD. Por tanto desde un principio la supuesta posibilidad de elección que poseen las usuarias de salud privada y que se podría pensar, ayudaría a generar un mayor consentimiento y alineamiento con las decisiones del equipo médico, no es tal ya que las opciones se reducen

considerablemente. Teniendo en cuenta ese factor las usuarias buscan un/a obstetra y una institución con la cual se sientan a gusto. A lo largo de las entrevistas nos damos cuenta de que los factores relevantes al momento de elegir tienen que ver en gran parte con el plano emocional; la empatía, cercanía, sensibilidad y preocupación del/la obstetra. Si las mujeres se encuentran con una persona e institución con la cual no están a gusto, o se dan cuenta de que los equipos no están alineados con sus ideales sobre el parto, son capaces de realizar un tránsito evidenciando una capacidad de agencia. En nuestra muestra, este tránsito se produjo en un estadio temprano de la gestación (entre el primer y segundo trimestre) por dos razones, en primer lugar por la burocracia asociada al cambio de equipo, buscar nuevas personas toma tiempo y energía, en segundo lugar por el vínculo que se crea entre médico y usuaria. En el caso de este estudio, 5 de las 15 mujeres (incluyendo entrevistas y grupo de discusión) se cambiaron de equipo en una fase inicial de la gestación. 3 por motivos de afinidad respecto al tipo de parto que querían tener, 1 por motivos económicos (ya que no podía costear la atención según su plan de ISAPRE) y 1 porque su obstetra usual no tenía disponibilidad.

El vínculo que se crea entre obstetra y mujer es un vínculo que, según describen las mujeres entrevistadas, no se puede romper fácilmente, ya que el mismo se caracteriza por fundarse en la asimetría médico/paciente que sitúa a la mujer en una posición de subordinación, bajo el peso del conocimiento autorizado que le es difícil de trascender. El/la obstetra en nuestra sociedad es quien posee el conocimiento más válido respecto a la gestación y eso le hace adquirir un status sobre la gestante, status que crea una confianza en su conocimiento por una parte pero por otra una sensación de respeto/sumisión frente a su opinión. Lo anterior produce que sus decisiones sean difíciles de cuestionar por parte de la mujer y que su presencia se vuelva indispensable para la tranquilidad de la misma en el momento del parto. La incertidumbre asociada al inicio espontáneo del trabajo de parto algunas veces pone en duda la presencia del/ la obstetra. Esta situación se repite en algunos relatos y constituye un factor de estrés para numerosas mujeres para quienes la idea de ser atendidas durante el parto por una persona desconocida les provoca incertidumbre y muchas veces rechazo. Lo anterior las lleva a considerar intervenciones como la inducción de parto o la cesárea programada con el objetivo de que la persona que las acompañó durante la gestación y con quien crearon un vínculo asegure su presencia en el lugar.

El diagnóstico recibido por Carolina, llamado *desproporción céfalo pélvica* se inscribe dentro de las llamadas “distocias del trabajo de parto” que, como vimos en los antecedentes, condicionan numerosas cesáreas en Chile. Lo anterior se traduciría en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza del feto durante el trabajo de parto, a pesar de que existan contracciones uterinas “adecuadas” impidiendo el parto por vía vaginal. Este argumento es utilizado por numerosos obstetras para diagnosticar la imposibilidad de un parto por esta vía.

¿Por qué se instala esta idea de la desproporción céfalo pélvica en la comunidad médica para ser utilizada como argumento para la realización de cesáreas a mujeres sin riesgo obstétrico?

La pelvis femenina no fue objeto de interés médico sino hasta el siglo XVI cuando se define que la desproporción entre el tamaño de la pelvis y el feto era la principal razón de los partos difíciles y prolongados. Según Thiery (1995) esta situación no fue mayormente estudiada sino hasta mediados del siglo XVIII cuando el parto instrumental con fórceps se hizo popular. Hendrik van Deventer, llamado el “padre de la teoría pélvica” establece la necesidad de tener un conocimiento certero sobre las dimensiones de la pelvis materna y el tamaño de la cabeza fetal, llamado que dio origen a la *pelvimetría*¹⁸ como forma de obtención de dichos valores. Sin embargo su utilidad declinó con la introducción de los rayos X dando lugar a la *radiopelvimetría* como forma más certera de obtenerlos. Posteriormente se descubre el potencial daño de que podía producir este examen en la salud materno fetal, por la exposición a la radiación, dando lugar a la *pelvimetría dinámica*, como es llamado actualmente el manejo activo del trabajo de parto, asumiendo ahora el feto la función del pelvímetro dinámico, es decir, la única manera efectiva de establecer si el feto cabe por la pelvis materna es el trabajo de parto en sí mismo (Cruz, 2006).

Al analizar la pelvis nos damos cuenta que la misma posee tres huesos (dos huesos ilíacos y el sacro coxis), articulados en tres puntos (la sínfisis pubiana y las dos articulaciones sacro ilíacas). Si el trabajo de parto se realiza con la posibilidad de movimiento se permite que estas articulaciones se muevan para promover que el feto baje por el canal de parto, lo anterior es facilitado por las hormonas que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la flexibilidad y favorecen la relajación de las articulaciones y ligamentos (Vives y Calais, 2009). Sin embargo en Chile, la mayoría de los partos ocurren en posición litotómica (de espaldas sobre una camilla), posición en la cual la pelvis queda despojada de cualquier posibilidad de movimiento y el bebé además debe ascender para salir, perdiendo la ayuda de la fuerza de gravedad.

En la literatura médica se describe la pelvis como un anillo óseo, un círculo fijo y estático que posee ángulos estrechos como las espinas ciáticas o el ángulo subpúbico, ángulos que comienzan a ser temidos por los profesionales de la salud quienes ven en las intervenciones de rutina una ayuda frente a la amenaza de que el feto no pueda pasar. Sin embargo no se cuestionan que la posición litotómica reduce el diámetro de la pelvis y hace aún más difícil el descenso fetal (Sadler, Leiva y Saéz, 2015).

Junto con lo anterior, en Chile, uno de los textos más utilizados en obstetricia¹⁹ describe las medidas de la pelvis de la “mujer chilena”, como si se trata de un tipo de pelvis inscrito en una población particular, en este caso, la población femenina “chilena”. Según resultados preliminares del proyecto FONIS en el cual se enmarca esta tesis, esta

¹⁸ Medición de los diámetros de la pelvis ósea.

¹⁹ Obstetricia (2001) de Alfredo Pérez Sánchez y Enrique Donoso. Editorial CIÑA.

información provendría de una tesis realizada el año 1949 por el doctor Onofre Avendaño, donde se plantea que la mujer chilena tendría una pelvis de menor tamaño exterior que la de otras poblaciones, afirmación basada en la medición de diámetros externos de 898 pelvis de mujeres chilenas durante la primera mitad del S. XX. Dicha cita ha sido reproducida sin cuestionamiento a lo largo de los años en diferentes ediciones de los manuales de obstetricia. El contexto de producción de estas investigaciones se enmarca en una visión evolucionista, en la cual se clasificaba al ser humano en tipologías basadas en el concepto de raza, visión que ha sido ampliamente rebatida ya que las diferencias genéticas dentro de estas mismas poblaciones son tan amplias como las presentes comparativamente entre ellas (Sadler, Leiva y Saéz, 2015).

Este tipo de producción científica, repetida sin cuestionamiento, ha contribuido a mantener la idea de que la pelvis de la mujer chilena es poco apta para el parto vaginal, idea que fue mencionada en varias de las entrevistas a obstetras realizadas en el estudio FONIS del cual este trabajo forma parte. No obstante lo anterior, podríamos sospechar que se sigue utilizando el argumento de la estrechez pélvica como justificación a una práctica que los equipos de salud saben que no se basa en la evidencia, pues en la actualidad todos los protocolos médicos –internacionales y nacionales- recomiendan la prueba de trabajo de parto y desincentivan la medición de la pelvis. Está ampliamente demostrado que para el diagnóstico de una desproporción fetopélvica es necesario someter a la mujer a la posibilidad de iniciar el trabajo de parto de manera espontánea, ya que no existen indicadores predictivos certeros para las medidas cefalopélvicas (Cruz, 2006). Por tanto una indicación de cesárea programada por este motivo es a todas luces una práctica cuestionable que obedece a intereses secundarios al bienestar de la mujer, como pudimos ver en el relato de Carolina.

Vemos en dicho relato que la vía de parto vaginal se representa como riesgosa (debido a la supuesta desproporción cefalopelviana), dolorosa (atributo reforzado por la madre) e impredecible (factor que pone en duda la presencia de la obstetra). Mientras que la cesárea aparece como una vía de parto segura (nadie pone en duda que tendrá un buen resultado, es la respuesta al “problema” de la desproporción cefalopelviana), indolora (ya que no existirán contracciones) y predecible (se asegura la presencia de la obstetra).

Estas representaciones que se fueron construyendo lo largo de los controles gestacionales contribuyeron a que Carolina se conformara con la proposición de la obstetra quien enfatizaba que la programación de la cesárea era la vía de parto óptima para el nacimiento de su hija, esto a pesar de que su deseo inicial era tenerla por vía vaginal. El argumento de la pelvis estrecha es un ejemplo de la práctica de intervenciones que no cuentan con la evidencia científica para ser realizados.

b. No puedes parir más allá de la semana 40: el caso de Mónica

Conocí a Mónica (28) en su departamento en la comuna de Santiago Centro, una tarde calurosa de verano, había tenido a su hija Amalia hacia seis meses. Durante su gestación tenía inquietudes acerca del desarrollo de su hija lo cual la llevaba a informarse a través de internet, de cómo era su crecimiento semana a semana. Me cuenta que fue muy cuidadosa con su alimentación y asistía regularmente a yoga para sentirse más tranquila, y que *“en general viví un buen embarazo”*.

Fue en las sesiones de yoga y a través de sus amigas que surgió en Mónica la inquietud de tener un parto “más natural” llevándola a plantear su inquietud de tener un parto en el agua a su obstetra.

Él me dijo que en realidad no tenía experiencia en ese tipo de partos pero sí había la opción de una sala integral de partos que si estaba desocupada en el momento de mi parto la podía usar.

Sin embargo su ISAPRE no tenía plan de maternidad y solo cubría un pequeño porcentaje del valor total, impidiéndole pagar el monto diferencial, por lo tanto decidió cambiarse a FONASA para atenderse con el bono PAD.

Sí, pucha por tema de plata, por tema de plata dije ya la ISAPRE me cubre... ¿cuánto era? El 30% del parto, el resto era caro, ya filo, decidimos con mi pareja, me cambié a FONASA y en ninguna parte con FONASA tenían parto integral y lo más cercano a la cuestión humanizada era esta nueva clínica.

Al quinto mes de su gestación Mónica comenzó a atenderse con una obstetra de un Hospital clínico que atendía con bono PAD, recomendada por una amiga de su pareja quien resaltaba la buena atención del personal médico:

*Una colega de mi pareja, amiga de mi pololo, tuvieron a sus hijos ahí y me decían **“no, todo es súper bueno, son súper cariñosos, que todo te lo preguntan, son pro lactancia”**.*

Fue durante los primeros controles cuando Mónica planteó a la obstetra su inquietud por tener un parto sin anestesia, a lo que ella le recomendó que desistiera debido a que era muy riesgoso pues se podía cansar y al momento de pujar no tendría la fuerza necesaria para hacerlo. Sin embargo siempre estuvo de acuerdo en que la vía de parto fuera vaginal, tranquilizando las aprehensiones de Mónica:

*Eso me gustó porque yo le dije “mi guagua está bien y todo no hay que...¿no se ve como cesárea?” y me dijo “no, para nada”. Me dijo: **“en todo caso vamos a trabajar para que sea parto normal”**, me dijo, **“porque la cesárea al fin y al cabo es una intervención quirúrgica, una operación, la recuperación es más lenta”**, y me dijo **“no po eso es como la última instancia”**. Me dijo: “ya si vemos que hay algún riesgo intervenimos con cesárea pero la idea es que sea normal”.*

Mónica relata que sus exámenes y ecografías desde los 6 meses hasta el final del embarazo siempre estuvieron bien. Sin embargo, la doctora le había sugerido en varias

oportunidades que realizaran una inducción de trabajo de parto, ya que según ella era un buen procedimiento por ser primeriza, pues disminuía los riesgos y la incertidumbre.

*Yo me llegué a atender con ella en el quinto mes, en el quinto, sexto mes y **ahí al tiro me empezó a decir lo de la inducción**. Y eso fue lo primero que yo le pregunté por el tema del bono PAD, porque yo no tenía idea qué era eso. Y le dije "¿pero eso que me tienen que programar la cosa cesárea?", me dijo "no, lo que sí **hay que hacer es inducción por el tema de que se puede atrasar porque tú eres primeriza**, pero eso se va a ver, en una de esas la tienes antes por la vía natural y todo eso, mejor vamos a esperar hasta la 40".*

Llegada la semana 39 de gestación Mónica comenzó a recibir numerosos llamados telefónicos de su familia, preguntándole cuando nacería Amalia, si ya tenía contracciones, si notaba algún cambio, comentarios que la hacían sentir presionada pues para ella todo seguía igual. Un día domingo recibió un llamado de su obstetra para sugerirle el procedimiento de inducción a lo que Mónica decidió esperar un poco más, accediendo finalmente el día jueves de esa semana. Ante las dudas de Mónica sobre los riesgos de este procedimiento, la obstetra le explicó que eran los mismos que cualquier intervención pero destacando los beneficios del control que otorgaba el proceso de inducción.

*"Pero **siendo todo programado como que se minimizan esos riesgos**", me dijo, "incluso **programada vas a tener más descanso** tú porque no va a ser tan agotador" y obviamente me dijo "**queremos que tu estés íntegra** ya cuando nazca la Amalia le des de mamar y todo entonces pucha esto **te va a acortar**", según ella, "**el sufrimiento, el cansancio, el agotamiento** y todo eso". Según ella **era mucho más seguro**, con los mismos riesgos de todo tipo de intervención pero **mucho más seguro que dejarlo al azar**.*

Mónica llegó a la clínica el jueves en la noche, con 40+5 semanas de gestación, recibéndola una enfermera quien le realizó el primer tacto vaginal, determinando su dilatación que en ese momento solo era de 1 centímetro, por lo que introdujo una pastilla de misoprostol para inducirla. Mónica relata que esa intervención fue:

Casi una violación, fue penca, como no sé, afortunadamente nunca me han violado pero se me imagina que esa es la sensación, que tú te aprietas, no quieres, tiendes a cerrar las piernas y te las abren bruscamente, te vuelven a meter la mano, penca...eso fue como a las 11 y media.

A partir de ese momento Mónica comenzó a tener contracciones, las cuales se hicieron cada vez más intensas al punto de pedir ayuda para controlar el dolor, ante lo cual le pusieron analgesia por vía venosa. Estuvo así hasta las 3 de la madrugada, cuando ingresaron dos enfermeras a controlarla:

*Ahí vieron, me dijeron que ya tenía 4 de dilatación, **con lo mismo el tacto ese violento que me hacen así** (hace un gesto como de introducir su mano con los dedos cerrados y luego abre los dedos) **para saber si estoy bien abierta o no. Ahí ya fue cuando quedó la embarra...** salió mi pareja y todo y, y yo todavía me acuerdo, de hecho le dije a mi pareja oye como que se miraron y empezaron a hacer la cuestión, porque como te digo me dijeron: "Ya tienes 3 o 4 de dilatación entonces como que no avanzas mucho", y ahí ellas*

*como que se miraron y como que se dieron el visto bueno y ahí empezó una a abrir y me metió la mano súper fuerte, súper adentro y empezó a (mueve su muñeca) yo veía que hacía como cosas así y a mí me dolía. Y yo le dije ¿qué pasó? **Ahí yo sentí como una expulsión de líquido fuerte, yo no sabía si era pipí o si algo grave había pasado porque como que explotó la cuestión así "pshh", me mojé los pies, la camilla abajo, todo. Yo dije ¿qué pasó? Me dijo "la bolsa, se rompió" y ahí yo dije "¿se rompió o ustedes la rompieron?" Me dijo: "estamos ayudando para que se apure porque esta como...como te dije...no estás progresando rápido"** y entre eso pucha no sé fue hartas veces eso, me sacaron harto líquido, yo sentía como que me pegaban por debajo e iba saltando el líquido a medida de que me pegaban y ahí sí que fue asqueroso.*

Después del rompimiento artificial de membranas aumentaron las contracciones de Mónica y el dolor se hizo cada vez más intenso, hasta que le pusieron anestesia epidural, la cual no le hizo efecto y tuvieron que repetir el proceso hasta que el dolor se calmó. Después de eso se pudo relajar un poco, ya no sentía nada, de hecho se sentía un poco mareada y aprovechó de dormir. A las 8 de la mañana ingresó otra enfermera para revisar el progreso de su parto, revisó el monitoreo de latidos de su hija y llamó a personal de apoyo para realizar una cesárea de urgencia:

Cinco personas gritando "urgencia, urgencia" y la chica esta me dijo "voy a poner mi mano en tu vagina, porque la guagüita se está aplastando el cordón con la cabecita y ahí no llega mucho oxígeno, así que te vamos a hacer una..." No ni si quiera me dijo te vamos a hacer una cesárea, me dijo "te vamos a llevar a urgencia" Y yo: "¿qué pasa, qué pasa?" y nadie me respondía, nadie, nadie, nadie...yo lo único que hacía era preguntar y fuerte porque yo estaba asustada po, y ahí ya cuando el chico me abre las manos adentro yo le dije ¿qué pasa? y me dice "tu tranquilita" y me chanta la cuestión acá (la mascarilla en la cara) y quedé ahí. Y ahí yo me acuerdo que ya estaba como respirando fuerte yo de asustada, eso. Penca.

Amalia nació el 18 de octubre del 2013, pesó 3030gr y midió 49cm.

Dos horas después Mónica despertó mirando a una enfermera que tenía a su hija Amalia en brazos. Según su relato sufrió un prolapso de cordón lo cual disminuyó el paso de oxígeno a través del cordón umbilical y tuvieron que someterla a una cesárea de urgencia. Después de sedarla y sacar a Amalia de su útero su pareja le cuenta que tuvo una reacción alérgica al látex, según le informaron, por lo que además la tuvieron que reanimar e inyectar Adrenalina. Debido al carácter de urgencia de su cesárea su obstetra no estuvo en ese momento, llegando unas horas después.

*Yo desperté de hecho, me llevaron a la salita de, de maternidad y ahí llegó la doctora y me dijo "**Moni, pucha, lo siento mucho, qué te puedo decir, yo me iba a venir para acá tipín 11 y como tu parto estaba programado para las doce, una, yo me iba a venir tranquilamente para estar en tu parto y a las 8 y media me llamaron de lo que pasó, así que lo siento mucho, son cosas que nadie puede predecir y todo eso"** me dijo "**lo importante es que estás bien tú y tu guagüita y todo"**.*

Al preguntarle su sentir respecto a la situación vivida, Mónica alude a la falta de información otorgada por su obstetra respecto a las intervenciones propuestas.

Rabia, rabia po, porque yo en ese momento no tenía idea que el prolapso de cordón y la rotura de la bolsa tenían que ver, me dio rabia el hecho de que la inducción todos me decían "no si va a ser para mejor, para más tranquilidad, para menos sorpresas" y yo encuentro que fue peor po, yo encuentro que fue mucho peor.

Posterior a la experiencia del parto Mónica me cuenta que desarrolló una depresión postparto diagnosticada por una psiquiatra del mismo establecimiento de salud, quien le recetó medicamentos para controlarla. Al consultarle sobre la experiencia del parto en relación a esta situación relata lo siguiente:

...esa pregunta a mí nunca me gustó hacerla en ningún ámbito de mi vida pero ahora siempre el por qué; ¿por qué accedí, por qué lo hice, por qué no seguí el instinto, por qué no le di un tiempo más a mi hija para que se sintiera más preparada para salir, por qué le hice caso, por qué me sentí tan presionada? El por qué se hizo parte como del diario vivir, cosa que yo nunca antes, yo lo tenía siempre... Es que debería haberme informado po, debería haberlo hecho, las mamás se supone que tienen que informarse, yo hice como el protocolo de que era lo que pasaba semana a semana y el parto yo sabía que tenía que ir no más y parir, pujar y parir. Y pucha mis amigas que habían tenido parto en casa me hablaron y yo me acobardé, no quise, me dio susto.

Nuevamente vemos que la supuesta libertad de elección que existe por pertenecer al sistema privado está constreñida por el factor económico. Si bien en este caso se evidencia una capacidad de agencia de parte de la usuaria, por el tránsito realizado, el mismo obedece a una necesidad económica más que a un cuestionamiento del servicio recibido, teniendo que pasar de ISAPRE a Bono PAD.

Respecto a la relación que se va construyendo a lo largo de los controles gestacionales y al tipo de representaciones que se van transmitiendo, podríamos decir que la obstetra apoya y promueve el deseo de Mónica de tener un parto por vía vaginal, lo que le produjo tranquilidad, confianza y seguridad respecto a su decisión.

Sin embargo, de forma más implícita, se va introduciendo la idea del riesgo, en este caso argumentando que se trata de una madre primeriza, condición que impediría que la gestación llegará a término antes de las 41 semanas. Se refuerza la idea de que el cuerpo "se puede atrasar", de que no realizará su trabajo de "manera óptima". Según la obstetra, el llegar a las 41 semanas de gestación implicaría un riesgo tanto para Mónica como para su hija. Este riesgo se presenta como inherente a las gestantes primerizas, condición que biológicamente no representa riesgo alguno.

¿Por qué la posibilidad de que una gestación pase las 41 semanas se utiliza como argumento para la realización de inducciones a mujeres sin riesgo obstétrico?

El embarazo de pos término se ha convertido en una de las principales indicaciones para la inducción de parto. Este se define como una gestación mayor o igual a 42 semanas y ocurre en aproximadamente el 6% de los nacimientos. Esta indicación se produce por la evidencia existente en torno a la mayor mortalidad y morbilidad perinatal asociada a estos embarazos. (MINSAL, 2014). Por tanto es un protocolo del Ministerio de Salud indicar una inducción del trabajo de parto a las 41+ semanas de gestación

...ya que esto reduce el riesgo de mortalidad perinatal y la probabilidad de cesárea (Rojas, 2008).

Sin embargo existe controversia respecto a la definición de la edad gestacional, sobre todo a través de la ultrasonografía, la cual tiene un de error de entre una y dos semanas en algunos casos (Velgara, 2008). Además se estima que la interrupción electiva del embarazo a término conlleva mayor riesgo de morbilidad materna que un parto vaginal de inicio espontáneo (Allen, 2003). Como vemos los/as obstetras se enfrentan a esta probabilidad al momento de tomar la decisión de inducir, probabilidad que es nula o débilmente informada a las usuarias al momento de explicar el tipo de intervención al cual serán sometidas. Es importante destacar que en este caso la inducción se realizó antes de las 41+ semanas de gestación.

El prolapso de cordón que sufrió Mónica tiene una incidencia que fluctúa entre 0,17% y 0,4% de todos los partos. La misma varía según la situación fetal, siendo la presentación cefálica (de cabeza, el caso de Amalia) la de menor incidencia. Sin embargo uno de los factores de riesgo para esta situación es la rotura artificial de membranas (amniotomía) con presentaciones altas (MINSAL, 2014), procedimiento que fue aplicado de manera rutinaria como pudimos ver en el relato. Con esto intento decir que junto con los criterios de intervención que deben asumir los/as obstetras y usuarias al momento de decidir se deben tomar las precauciones necesarias al momento de, en este caso “controlar” e intervenir el trabajo de parto ya que pueden darse situaciones iatrogénicas como las vistas en este caso.

Un estudio realizado en Australia entre el 2000 y el 2005 con una muestra de 42.950 partos indica que la inducción de parto en mujeres nulíparas con gestaciones saludables acarrea más del doble del riesgo de que se produzca una cesárea de emergencia comparado con un parto de inicio espontáneo. Todos los métodos de inducción y conducción del parto estaban asociados a un aumento de la tasa de Cesáreas. Las mujeres que participaron del estudio, al igual que Mónica, no tenían indicaciones médicas o alguna complicación del embarazo que sugirieran la necesidad de inducción. Por tanto el incremento de las Cesáreas no se debió a algún factor de riesgo identificable (Davey & King, 2016).

Vemos en el relato que al plantear a la obstetra el deseo de vivir un parto con menos intervención (sin anestesia) inmediatamente se instala un cuestionamiento, planteando que es muy cansador, agotador, por tanto se posa una amenaza sobre el mismo, la madre con el agotamiento no será capaz de pujar y eso implica un riesgo, la criatura

quedaría atascada en el canal de parto. Como vemos el parto es dramatizado y al mismo tiempo la mujer es infantilizada, menoscabando y minimizando su capacidad de parir. Además se destaca que el trabajo de parto no comenzará espontáneamente por ser un cuerpo que está gestando por primera vez, lo anterior también implica un riesgo, que a pesar de ser serio no se explicita.

“Mira como tú eres primeriza, lo normal es que llegues a la 40 y todavía no baje” me dijo “así que es posible que tengamos que hacer una inducción, porque de la 41 no puede pasar y todo (...) más allá de eso no porque que era demasiado riesgoso para ella como médico y para mí como paciente.

Se destaca que la vía vaginal es la óptima para el parto, sin embargo la misma debe ir acompañada de intervenciones obstétricas para su mayor control y predictibilidad como son la inducción del trabajo de parto (que permitirá que el nacimiento se produzca antes de las 41 semanas), la rotura artificial de membranas (para acelerar el proceso) y la anestesia (que permitirá a la madre no cansarse y por tanto tener la fuerza para dar a luz a su hija).

Ante los cuestionamientos sobre la cesárea, la misma se erige como una intervención quirúrgica, una operación que se realiza “en última instancia, solamente si existen riesgos.” Como vimos anteriormente, los riesgos que fueron mencionados explícitamente solo aludían a consecuencias de un parto no intervenido; sin anestesia (agotamiento, no puedes pujar, bebé atascado) y de comienzo espontáneo (primeriza, no comienza antes de las 40 semanas, más riesgos). En ningún caso aludían a los riesgos de las intervenciones propuestas. Es necesario destacar que la inducción no se recomienda como procedimiento de rutina, por el contrario la indicación debe ser convincente, documentada, necesaria y con el consentimiento de la mujer (MINSAL, 2014).

En el caso de Mónica vemos cómo su obstetra plantea la inducción como un procedimiento que permitiría controlar el inicio del trabajo de parto, evitando los riesgos de una posible gestación de post término (que finalmente no llegó a ocurrir ya que se indujo a las 40 semanas + 5 días), si bien esta intervención tendría riesgos, los mismos “serían iguales a otro tipo de intervenciones” y en cualquier caso sería más seguro que el inicio espontáneo del trabajo de parto. Es necesario enfatizar que dicho argumento está en contra de la evidencia, ya que está demostrado que la inducción electiva del trabajo de parto, comparado a un inicio espontáneo del trabajo de parto, se relaciona con un mayor número de intervenciones intraparto y mayor probabilidad de cesárea (Glantz, 2005).

(Según la obstetra)...siendo todo programado se minimizan los riesgos.

Junto con lo anterior la programación le otorgaría más descanso ya que disminuiría la cantidad de horas de trabajo de parto y por tanto minimizaría el sufrimiento. Lo anterior favorecería que Mónica estuviera descansada cuando fuera el momento de amamantar a su hija. Nuevamente vemos un argumento en contra de la evidencia, ya que la inducción

electiva del parto, comparado con el inicio espontáneo del mismo se relaciona con una duración mayor del trabajo de parto (Ibid, 2005).

Las representaciones que se fueron construyendo a lo largo de los controles gestacionales sobre el parto vaginal espontáneo (largo, agotador, sufriente, riesgoso) y el parto vaginal programado (seguro, corto, predecible, seguro) terminaron por convencer a Carolina de que la inducción del parto era la vía óptima para el nacimiento de su hija a pesar de su deseo de que el parto iniciara de manera espontánea. La medida rutinaria de inducir el parto a las 40 semanas es otro ejemplo de la práctica de intervenciones que no cuentan con la evidencia científica para ser realizados.

c. Una vez cesárea siempre cesárea: el caso de Carmen

Hace seis años atrás, a los 24 años de edad, luego de una gestación tranquila y saludable, en un control de rutina en la semana 38, le dijeron a Carmen que tenía muy poco líquido amniótico. Luego de hacerle algunos exámenes y una ecografía decidieron inducirle el parto.

Fue todo muy rápido...de hecho yo andaba sin ropa, sin nada, de hecho andaba con los puros exámenes del día (...) ese parto nosotras esperábamos, tanto yo como mi doctora, esperábamos que fuese normal, o sea mi doctora decía que yo tenía buenas caderas para tener parto normal y todo el tema, iba por el parto normal.

Sin embargo, durante el transcurso de la inducción su hija sufrió una baja de latidos y tuvieron que hacerle una cesárea de urgencia.

*No me dejaron llamar a mi familia ni nada, fue bien loco porque desde que entré a la clínica hasta la cesárea pasaron 3 horas, 4 horas, entonces fue todo muy exprés, mi pareja estaba fuera de Santiago trabajando y no alcanzó a llegar ese día, fue bien extraño y **más que todo fue un parto bien sola.***

Durante esta nueva gestación, y con una cesárea a costas, Carmen decidió atenderse en la misma clínica pero esta vez con un nuevo obstetra, debido a que su doctora tenía muchos pacientes. Sobre el nuevo obstetra, destacaba constantemente su carácter empático y contenedor, lo cual le producía mucha seguridad.

Es bien amoroso, súper preocupado el doctor, nada que decir de él como profesional.

A partir de los primeros controles conversaron sobre una condición que ella posee llamada vasculitis, la cual corresponde a una inflamación en los vasos sanguíneos, pero que estaba controlada hace varios años, y se monitoreó durante la gestación. Carmen estaba preocupada de que fuese un impedimento para tener un parto por vía vaginal, que era su deseo, sin embargo su obstetra, después de evaluar la situación, le comunicó que no lo era.

De hecho lo pensamos y lo hablamos con el doctor también, yo le pregunté al doctor si podía, si había alguna complicación y después de los últimos exámenes que me hizo el reumatólogo, que me mandó a hacer millones por el tema de la sangre, después de esos exámenes me dijo que no había ningún problema, ningún problema, o sea que si Lucas aguantaba y esperaba su momento, íbamos por parto vaginal.

Al preguntarle si recordaba algo más sobre los primeros controles me cuenta acerca de las ecografías obstétricas de rutina, en las cuales se destacaba que su hijo tenía un tamaño mayor a los parámetros para su edad gestacional.

Me las hice en varios lados y en todas coincidía que el bebé tenía, era más grande de lo que se supone que gestacionalmente tenía (...) por ejemplo tenía 30 semanas y en tamaño y peso el tenía 32, 33 semanas.

Junto con lo anterior, otra de las cosas que recordaba respecto a la gestación era que no había subido de peso, lo que explicaba porque su útero no había crecido lo suficiente.

*Me decía el doctor que a veces el útero no crece, no es que el útero sea pequeño, mi útero en esta ocasión no había crecido, no le había dado suficiente espacio al bebé, era pequeño y **mi útero no creció lo que tenía que crecer, o sea tampoco subí lo que tenía que subir, bajé de peso de hecho, eso era como la complicación, mi útero no crecía, se supone que Lucas era muy grande.***

En la semana 37 de gestación, durante un control de rutina, su obstetra le comunicó que se iba a ir de vacaciones prontamente y no podría estar durante su parto. Ante esta noticia y con el deseo de que fuese él quien la acompañara, surge la opción de programar la fecha a través de una inducción (inicio del trabajo de parto a través del uso de oxitocina artificial).

*A él le complicaba el tema de mi parto **porque tenía condiciones especiales** y él quería programar el parto, inducirlo antes...*

Esta opción acomodó a Carmen ya que podría parir vaginalmente acompañada de la persona en quien confiaba, además había conversado con el doctor ciertas condiciones y deseos sobre el momento del parto, como cortar el cordón umbilical a los 90 segundos, condiciones que pensaba no serían respetadas por otro obstetra.

Entonces el doctor es súper respetuoso** y había accedido a esas peticiones más simples que yo había hecho harto en particular y él había accedido sin ningún problema, entonces **yo sabía que si cambiábamos de doctor, no lo iba a respetar.

Sin embargo cuando le tocó conocer a quien sería su matrona, esta le explicó que la inducción era un procedimiento riesgoso para quien tenía una cesárea previa ya que las contracciones eran mucho más fuertes y el útero podía abrirse, esto sumado a que su hijo “era grande” y su útero “muy pequeño” constituía un escenario riesgoso.

Y como ya había una herida ahí en el útero no era recomendable hacer tanta fuerza con el parto normal y cosas así.

Ante esta situación, de que su obstetra no podría estar presente por vacaciones y no se podía realizar una inducción por existir una cicatriz de cesárea anterior se decide programar una cesárea.

Me sentí como súper presionada porque de hecho con mi pareja ya lo habíamos hablado y él estaba un poco asustado con el tema de mis hemorragias y ya lo teníamos conversado, el doctor también le había dado mucha confianza de que tenía todo bajo control entonces nos sentíamos súper presionados y él también se sintió súper asustado entonces frente a que la matrona había dicho que ya había una herida, que se podía abrir, que podía haber sangramiento, entonces se asustó mucho y terminamos accediendo al tema de la cesárea por eso, por un tema más de sentirnos presionados.

Carmen fue citada a la clínica el día 8 de julio a las 7 de la mañana para su cesárea, sin embargo en la madrugada del mismo día comenzó a tener contracciones espontáneamente. Esta situación la alegró ya que pensó que como su trabajo de parto había comenzado de forma espontánea, justo el mismo día que la habían citado, podría tener el parto vaginal que había deseado, acompañada de su doctor. Con ese objetivo en mente decide esperar unas horas en su casa e irse a la clínica más tarde. Una vez allí le hicieron un monitoreo, dando cuenta de que su hijo estaba bien y su trabajo de parto estaba activo. Sin embargo, pese a la ilusión de Carmen, la matrona de turno le dijo que la cesárea ya estaba programada y no podía cambiar.

Nosotros pensamos en eso momento que ya que todo se estaba dando naturalmente iba a existir la posibilidad de que fuese un parto vaginal pero allá nos dijeron que no, nos dijeron de que, tenía 2 o 3 de dilatación de ahí a que el niño quisiera nacer podían pasar 12 horas y la cesárea estaba programada para las 10 de la mañana y eran las 8 y entonces iba a la cesárea no más.

Lucas nació a las 10 de la mañana...fue súper chiquitito o sea nada que ver con las ecografías... pesó 3.100 y midió 46 centímetros.

Al preguntarle a Carmen su sentir respecto al parto relata:

Yo tengo todavía la esperanza de tener un parto vaginal, de vivir esa experiencia partiendo por ahí, me gusta mucho, mucho desde el primer parto haber tenido un parto en la casa que desde mi condición médica es complejo que sea así, pero idealmente me hubiese encantado pero si en un tiempo más no se volviese a tener otro hijo me gustaría ir por la opción del parto vaginal totalmente.

Podemos ver en este relato numerosas situaciones que suceden a las mujeres gestantes que acuden al sistema privado de salud y que benefician y promueven la práctica de intervenciones sin justificación médica. En primer lugar se evidencia una excesiva confianza en los datos propuestos por la ecografía en relación al tamaño y la edad

gestacional del bebé, esto a pesar del amplio margen de error que los mismos poseen. La estimación del peso fetal a través del ultrasonido tiene un margen de error de casi un 10% (Rojas, 2008) y la definición de la edad gestacional, un margen de error de entre una y dos semanas en algunos casos (Velgara, 2008). La confianza que los equipos de salud depositan en esta tecnología, al punto de indicar intervenciones riesgosas como una cesárea o inducción de parto, refleja una práctica que no está basada en evidencia. Además el constante énfasis que se le otorga a estos datos de crecimiento, promueve la inseguridad e incertidumbre en las mujeres.

*De hecho les llamaba la atención y **me preguntaban si estaba bien la fecha que yo había dado de la concepción** porque no les coincidía el tamaño del bebé con el tiempo que yo tenía.*

Junto con lo anterior se comienza a realizar un seguimiento médico más profundo, primero por su cesárea anterior, lo cual implicaba un riesgo debido a la cicatriz que portaba su útero. Luego al definir que no estaba atravesando el proceso de una forma óptima pues no había subido de peso de forma adecuada y su útero supuestamente “no había crecido” lo suficiente. Finalmente por su condición de vasculitis que si bien tenía controlada tuvo que monitorear con numerosos exámenes durante todo el embarazo. Este seguimiento constante también generó aprehensiones, miedos y cuestionamiento en su proceso.

Durante las primeras consultas la usuaria expresó su deseo por tener un parto por vía vaginal, ante lo cual el obstetra accedió luego de verificar que todo estuviera en orden respecto a la vasculitis. Sin embargo cuando el obstetra propone una inducción de parto para que él pudiese estar presente (ya que se iba de vacaciones) todo comienza a cambiar. Es necesario enfatizar que está contraindicado médicamente realizar inducciones de parto con misoprostol a mujeres con cesárea anterior, ya que existe un mayor riesgo de que se produzca una rotura uterina (MINSAL, 2014).

El proponer como alternativa la inducción de parto a una mujer sin razón médica, refleja cómo los intereses del personal de salud se ponen por sobre los de las usuarias. Este escenario fue aceptado por Carmen ya que la misma había construido una relación de confianza con el obstetra quien “respetaría” las peticiones que ella había hecho respecto al parto/nacimiento. Así como en otros casos, Carmen accede por miedo a ser mayormente intervenida por otra persona desconocida. La posibilidad de que la persona con la cual construyó una relación de confianza durante toda la gestación no esté presente en el parto abre la puerta para el consentimiento de intervenciones innecesarias.

Posteriormente la matrona ve en la inducción de parto un riesgo, debido a la posibilidad de rotura uterina, lo cual responde a la evidencia científica y propone realizar una cesárea programada. Ante este escenario lo éticamente adecuado hubiese sido discutirlo con el obstetra, y proponer la alternativa fisiológica, es decir la posibilidad de comenzar el trabajo de parto espontáneamente. Es en este momento que todas las representaciones

negativas respecto a la gestación que se habían transmitido a lo largo de su trayectoria de atención comienzan a cobrar protagonismo.

Contra todo pronóstico Carmen comenzó un trabajo de parto espontáneo justo el día de la programación de su cesárea, lo cual fue motivo de alegría ya que las condiciones para que el parto fuese vaginal eran óptimas; su obstetra estaba presente. Sin embargo, a pesar de lo anterior se le impide continuar con su trabajo de parto y se da curso a la cesárea, evidenciando que en la mayoría de los casos el sistema de salud privilegia los ritmos y tiempos institucionales por sobre los tiempos de la mujer. A pesar de lo anterior, las representaciones sobre el cuerpo gestante y sobre el momento del parto cobran gran relevancia para la mujer y se posicionan como la explicación principal y justificación para las intervenciones, incluso para las mismas usuarias, aunque sepan racionalmente que fueron innecesarias. En este caso por ejemplo la principal razón para las intervenciones fue la salida de vacaciones del doctor, sin embargo la responsabilidad se le otorga al cuerpo femenino.

*Lo que me pasó con los dos embarazos es que no subo de peso, en el embarazo de Lucas ahora último, en todo el embarazo subí 5 kilos **entonces mi útero no creció mucho, el Lucas estaba como ultra apretado que se supone que era muy grande y ese era uno de los motivos, más que me indicaban que tenía una cesárea previa** y todo el asunto.*

¿Por qué la existencia de una cesárea previa se utiliza como argumento para la realización de cesáreas de repetición? Las decisiones obstétricas que se toman en torno a una gestación con una cesárea previa son controversiales debido a que no existen criterios universales y uniformes acerca de la conducta “a seguir” respecto a estos casos. Se manejan numerosas variables al final de la gestación y en la ausencia de una normativa que indique una cesárea de repetición los criterios van a depender principalmente del equipo médico, abriendo la posibilidad para que la indicación de realizar una cesárea de repetición responda a intereses ajenos al bienestar materno, como en este caso que el obstetra se iba de vacaciones.

Según el MINSAL (2014) el parto vaginal después de cesárea (PVDC) ha permitido un incremento significativo y exitoso de partos vaginales y por ende ha ayudado a disminuir la elevada tasa de cesáreas, sin embargo el argumento de “riesgo de rotura uterina” que pudiese ocurrir durante la prueba de trabajo de parto es un desincentivo para la mayoría de los equipos médicos, a pesar de que su incidencia es bajísima (0,4% de los casos) (Ricci, 2003).

Lo anterior condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar la mayoría de ellas con una prueba de trabajo de parto, la cual posee una tasa de éxito de hasta un 82% (MINSAL, 2014) cuando se dan las condiciones adecuadas. *El intento de PVDC, sea exitoso o no, conlleva una menor tasa de morbilidad y mortalidad materna que una cesárea electiva (MINSAL, 2014:308).*

Las representaciones que se fueron transmitiendo a lo largo de la trayectoria de atención sobre el cuerpo gestante (útero muy pequeño para alojar a este gran bebé), el parto vaginal (riesgoso, largo) y la cesárea (segura, corta, predecible, sin riesgo) terminaron por convencer a Carmen de que la cesárea programada era la vía óptima para el nacimiento de su hijo a pesar de su deseo de que el parto fuese vaginal. La medida rutinaria de realizar cesáreas de repetición por la conveniencia del personal de salud es un ejemplo de la práctica de un modelo altamente intervencionista, cuyo foco e importancia está puesto en la institución de salud y no en la mujer.

Vemos como en los 3 casos recién presentados, las usuarias tenían claras preferencias iniciales respecto al parto. Al relacionarse con el personal de salud a lo largo de su trayectoria gestacional se evidencian ciertos patrones respecto a estas preferencias. En primer lugar las preferencias son comunicadas explícitamente a los obstetras y la mayoría de ellos/as accede a respetar la decisión de la mujer de tener un parto por vía vaginal, a veces con ciertas variaciones (como en el caso de Carolina quien quería tener un parto vertical pero la obstetra no accedió), pero se refuerza de manera positiva la elección por el parto vaginal. A medida que la gestación avanza y sobre todo al final de la misma, se van introduciendo dudas y sospechas acerca del cuerpo femenino; *“tus caderas son muy estrechas”* (Carolina), *“por ser primeriza no comenzarás tu trabajo de parto espontáneamente”* (Mónica), *“tu útero no ha crecido lo suficiente, tu hijo es grande”* (Carmen).

Estas dudas se instalan como riesgos potenciales que podrían ocurrir en el trabajo de parto y son utilizados por parte del personal de salud para que las usuarias accedan a someterse a diversas intervenciones obstétricas de rutina; cesárea programada (Carolina), inducción de parto (Mónica), cesárea programada (Carmen), sin comunicar ni explicitar los riesgos asociados a estas intervenciones. Ante estas sugerencias de intervenciones las usuarias no son pasivas, por el contrario cuestionan e incluso insisten en sus deseos, sin embargo la idea del riesgo se refuerza a través de nuevas sugerencias/amenazas: *“No te podré acompañar porque me opero el viernes”* (Carolina); *“(con la inducción) tendrás más descanso, se te va a acortar el trabajo de parto”* (Mónica); *“tu útero tiene una herida y se puede abrir”* (Carmen).

Finalmente y casi al final de la gestación estas sugerencias/amenazas producen que las usuarias accedan a las intervenciones con la idea de que ellas mismas las eligieron. Incluso cuando los resultados de las intervenciones son nefastos; como en el caso de Mónica (a quien tuvieron que reanimar e inyectar adrenalina luego de su cesárea), se le hecha la culpa al cuerpo y no a las intervenciones “eres alérgica al látex”.

Respecto a sus reacciones ante la experiencia de parto, que como vemos fueron principalmente negativas, si bien las usuarias tienen sentimientos de rabia y decepción, estos sentimientos no se traducen en críticas hacia el personal de salud sino en culpabilización hacia ellas mismas. Lo anterior no es extraño, si nos damos cuenta de que las intervenciones se proponen como exentas de riesgo y durante toda la gestación y parto se transmiten representaciones negativas acerca del cuerpo femenino.

VIII. CONCLUSIONES

En este sentido, el nacimiento se transforma en una poderosa metáfora de la ideología de fondo: desde nuestro primer asomo al mundo extrauterino, somos testigos de la expropiación de nuestros cuerpos y saberes por el sistema, y de la invisibilización de lo que las mujeres sienten, opinan y saben, silenciando así todas las maneras de conocer no-hegemónicas (Sadler, 2003).

La sensación de crisis emergente que existe en torno al parto en la cultura occidental postmoderna no solo se expresa a través de la preocupación de diversos profesionales de la salud y activistas, por el alto nivel de intervención vivido actualmente, sino también por la visión del parto fisiológico como un evento difícil y riesgoso. Parece paradójico que exista un declive en la confianza individual de las mujeres para parir cuando a la vez existe una mayor conquista de poder social y mejores condiciones de vida y salud (Reiger & Dempsey, 2006). En el caso de esta investigación esta paradoja es aún más evidente por tratarse de mujeres usuarias del sistema de salud privado. Al poseer un nivel socioeconómico más alto y al tener la posibilidad de realizar la elección del equipo médico, se esperaría que tuvieran un mayor grado de información y empoderamiento respecto a este momento, entendiendo éste como la capacidad de incidir en el proceso de toma de decisiones en el momento del parto y hacer valer las preferencias que cada una tiene para vivir esta experiencia. Sin embargo vemos que en la práctica esto no sucede, ya que intervenciones innecesarias, en contra de las preferencias iniciales de las usuarias se practican con frecuencia obedeciendo a intereses institucionales y personales de los/as obstetras.

Este alto nivel de intervención y el actuar en contra de las preferencias de las usuarias por parte del personal de salud, responde principalmente a condiciones culturales del actual modelo de atención. En orden de aportar a describir estas condiciones exploramos las representaciones en torno al cuerpo gestante y las vías de parto en mujeres gestantes y púrperras del sistema de salud privado de la Región Metropolitana y como estas influyen en el proceso de toma de decisiones respecto al parto. Lo anterior a través de la descripción de las trayectorias de atención de gestación y/o parto-nacimiento, la exploración de percepciones y valoraciones asociadas a las vías de parto y el análisis del proceso de toma de decisiones respecto a la gestación y vías de parto.

Las principales representaciones sobre el cuerpo gestante y las vías de parto que se transmitieron en las interacciones entre usuarias, personal de salud y entorno social a lo largo de la gestación, objetificaban al cuerpo gestante como un medio para un ser más importante, el feto. Además destacaban su carácter potencialmente patológico. Junto con lo anterior, el carácter paternalista de las relaciones que se produjeron con los/as obstetras situaban a las mujeres en una posición secundaria y despojada de poder. Posteriormente revisamos que si bien el parto por vía vaginal era preferido por las usuarias a nivel explícito, las representaciones existentes en torno a él, como más

doloroso, sufriente y más riesgoso generaron inseguridades, temores e incertidumbres a su alrededor.

Estas representaciones que se fueron develando en el camino constituyen dispositivos de poder que subyacen al actual modelo de atención de salud en nuestro país, estructuras que ya han sido descritas por otros/as autores/as e investigaciones (Sadler, 2003; Davis-Floyd 1997; Imaz, 2003; Dudman, 2009; Montes, 2009; Ramírez 2015; Barros 2015) pero que sin embargo fueron profundizadas y especificadas con el objeto de comprender mejor este fenómeno y poder generar un diálogo y discusión en torno a su reproducción. A continuación reflexionaremos sobre cada una de ellos en mayor profundidad.

La tecnología como mecanismo de apoyo a la asistencia medicalizada del parto

Vimos que el modelo de atención de la gestación contempla como base y rutina la realización de múltiples exámenes y consultas antenatales a todas las gestantes, sean estas saludables o posean alguna condición de riesgo. Las ecografías y los diagnósticos antenatales se erigen como las herramientas de control gestacional más apropiadas y masivas de nuestros tiempos. En cada una de sus aplicaciones el cuerpo femenino se vuelve permeable y transparente a la mirada médica (Mitchell, 1998). Durante estos exámenes y controles se comienzan a transmitir ideas y representaciones específicas sobre el cuerpo gestante, el feto, la gestación y el parto, que permean las visiones y creencias de las mujeres y tienen un efecto material, un efecto en el cuerpo de estas mujeres y por tanto en la forma de vivir el parto.

Además, la habilidad de traducir la información otorgada por los exámenes y de construir discursivamente al feto sitúa a la institución médica en una posición de poder respecto a la madre, sin la voz experta la borrosidad de las imágenes y la complejidad de los exámenes no tienen sentido. Esto le otorga la facultad de definir los parámetros saludables de una gestación; cuánto debe medir un bebé, cuánto debe pesar, cuánto es lo máximo que puede estar dentro del cuerpo de su madre. Lo anterior es exacerbado por la desautorización de las experiencias corporales femeninas, las cuales ya no son exclusivamente necesarias para recabar información acerca de la salud y bienestar fetal. La relación entre obstetra y feto se vuelve directa, sin necesidad de mediación. Esta conceptualización del feto escindido de la madre tiene consecuencias tangibles en la forma de atención del parto, ya que la valoración entre madre y bebé es diferencial, situando a este último en una posición de mayor importancia. El cuerpo de la madre es conceptualizado como un *medio* que trae a este ser al mundo, cuya salud debe ser lo más óptima posible, por tanto el tipo de experiencia que sufra el cuerpo materno se encuentra en una posición secundaria. Si el bebé nace físicamente sano se considera que el parto/nacimiento ha sido exitoso, independientemente de que la experiencia emocional de la mujer y las consecuencias físicas en ella hayan sido buenas o no. El modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 2001), paradigma que sostiene la cultura del nacimiento en nuestro país enfatiza esta representación del bebé como ente separado de su madre, recordándonos la metáfora de la clínica como una fábrica, el cuerpo de la madre como

una máquina gestante (algo defectuosa) y el hijo/a por nacer como el bien o producto del proceso de manufactura industrial. La obstetricia entonces se rige como la ciencia que, a través del desarrollo de herramientas y tecnología, puede mejorar este proceso y hacer de la gestación un modelo productivo controlado y lo más óptimo posible (Martin, 1987; Davis-Floyd, 1993; Imaz, 2003).

Es necesario aclarar que no buscamos demonizar ni contraindicar los controles gestacionales o el uso de la tecnología, sino aclarar que los mismos no son neutros, sino profundamente tecnocráticos y contribuyen a invertir el protagonismo de la mujer respecto al feto en su gestación. La aplicación constante de esta rutina a lo largo de la gestación naturaliza esta posición de la mujer y da pie para que en el parto se produzca la misma situación; es decir, la mujer como espectadora de una relación entre obstetra y feto, la mujer sin participación, la mujer como un cuerpo silenciado y sin capacidad de desición. Es necesario tomar como desafío un cambio en la estructura de aplicación de este exámen, revisando su ejecución como rutina y la participación de la mujer en el mismo. Es necesario hacer partícipe a la mujer y darle un lugar a su experiencia corporal respecto a la gestación en orden de situarla como protagonista de la misma favoreciendo su empoderamiento, seguridad y confianza.

El despojo de la confianza en el cuerpo: el dolor y el riesgo como discursos hegemónicos sobre el parto.

Vimos que las representaciones en torno al cuerpo gestante lo sitúan como un cuerpo sospechoso (Montes, 2009), ya que el mismo debe pasar por constantes mediciones y exámenes para comprobar que está realizando su trabajo de forma idónea, símil a un control de calidad el cuerpo va superando etapas que lo definen como apto para dar a luz bajo ciertas condiciones. A lo largo de este proceso se va instalando la idea de que el cuerpo es potencial o directamente patológico, vulnerando la confianza de la mujer, pues se transmite la idea de que el mismo no puede atravesar la experiencia de la gestación de manera saludable y que la posibilidad de que algo salga mal es casi segura. Se promueve una visión del cuerpo gestante como generador de riesgos, deficiente e inestable, visión que se materializa en el momento del parto a través de la palabra obstétrica, la cual define en muchos casos que el parto fisiológico es riesgos y doloroso y por tanto la intervención se hace necesaria.

Junto con las representaciones sobre el cuerpo gestante, las mujeres se ven expuestas a representaciones sobre el momento del parto, si bien esto ocurre a lo largo de toda su vida, se hace más frecuente y explícito durante la gestación. A lo largo de las entrevistas se pudo dar cuenta de que los elementos más fuertes asociados a este proceso eran el dolor y el riesgo. Hace sentido entonces que a pesar de la preferencia por el parto vaginal, surja un sentimiento de miedo que merma la confianza y seguridad al momento de enfrentarse a este suceso.

La experiencia atesorada por el grupo conduce a sus miembros a una espera del sufrimiento tipificada para cada hecho. El parto es un ejemplo de ello. La dosis de dolor esperada y las maneras convencionales de responder a él se transmiten de generación en generación o por grupos de semejantes (Le Breton, 1999:133).

Respecto al riesgo, no es la intención de esta investigación analizar los niveles del mismo que puedan materializarse en el parto o gestación, sino conocer el alcance de los discursos y sus consecuencias en las prácticas relacionales entre mujeres y personal médico y como estos contribuyen a mantener una jerarquía y dominación sobre el cuerpo femenino. La palabra “riesgo” o “complicación” se vuelve un término ambiguo, amplio y abstracto en tanto rara vez se explican los tipos de complicaciones y sus posibles consecuencias para las mujeres, por tanto se vuelve una palabra peligrosa pues puede ser usada para realizar procedimientos innecesarios que responden a intereses secundarios al bienestar materno y de esta manera vulnerar el derecho de la mujer de vivir un parto/nacimiento saludable y positivo. Según Montes (2007) una de las principales características de los discursos sobre el riesgo que giran alrededor de la gestación y el parto es su plasticidad para usarlos como amenaza y culpabilización a las usuarias. La referencia al riesgo como condición inherente al cuerpo de la mujer gestante y al parto por vía vaginal, cuando es emitido desde el juicio de los expertos, genera miedo e incertidumbre y abre una puerta a la manipulación del comportamiento, abre la puerta a la entrega del cuerpo y la voluntad a las manos del/la obstetra.

“La amenaza del riesgo, apunta Norbert Bensaïd (1986), aumenta el dominio de la medicina que obtiene de esta manera el consentimiento y obediencia de los sujetos” (Montes, 2007:49).

Hace sentido que las madres estén dispuestas a someterse a un procedimientos complejos como la cesárea, la inducción de parto o la episiotomía a costa de que no existan riesgos para su hijo/a, recordemos que en el caso de las entrevistadas sus gestaciones eran deseadas, por tanto el feto, gracias a las herramientas tecnológicas y la palabra obstétrica se constituía como un ser presente, tangible y amado, por el cual se haría todo lo posible para que termine su proceso gestacional de manera saludable. Sin embargo, el riesgo siempre va a estar presente,

En el fondo se dio un escenario que lo habíamos hablado con el doctor, era una posibilidad que uno ve como súper lejana, si tiene sangramiento... si tiene no sé qué... parte a la clínica... como cuáles son los riesgos. Y claro, no el escenario de alto riesgo pero sí había un pequeño riesgo entonces, ya habíamos hablado que ante los escenarios de riesgo las decisiones tenían que ser más rápidas, no había que dudar mucho, eso lo habíamos conversado también con Raúl, no íbamos a empezar a forzar, lo que te había dicho yo, no iba a empezar a forzar un parto normal si había una mínima posibilidad de riesgo (GM).

La falacia de esto está en representar y vender “falsamente” las intervenciones como procedimientos que evitan el riesgo, como elementos que garantizan la seguridad absoluta del parto lo cual está lejos de la realidad. El miedo a la condena social si es que al hijo/a le pasa algo es un peso que las madres no están dispuestas a pagar. Y es

entonces cuando las palabras “complicación” y “riesgo” se vuelven indicaciones imprecisas para respaldar, con vicios injustificados, la práctica indiscriminada de intervenciones.

La palabra médica está cargada de jerarquía, se trata del conocimiento autorizado para lidiar con el proceso de gestación y de parto, que se alza como más válido y poderoso que los discursos e información de otras fuentes. En este sentido, vemos en los testimonios de mujeres cómo la palabra médica es capaz de reforzar los imaginarios de temor al parto presentes en la sociedad o de revertirlos (Sadler y Rivera, 2015:8).

El parto posee riesgos y estos no se pueden eliminar, sin embargo las intervenciones también los poseen, siempre existirá una incertidumbre asociada al momento del parto, incertidumbre que debe ser tratada desde un punto de vista positivo, otorgando seguridad e información a las usuarias.

El paternalismo como mecanismo favorecedor de las intervenciones

El/la obstetra, al poseer el conocimiento autorizado para lidiar con la atención de la gestación y el parto, tiene la facultad de tomar decisiones que muchas veces no corresponden al bienestar materno fetal sino a intereses institucionales y económicos. Esta condición no solo está dada por la incertidumbre de la mujer, sus inseguridades y poca relación con el proceso por el cual está transitando. Muchas veces tiene que ver con la forma paternalista de plantearse que los/las obstetras tienen frente a ellas, infantilizando sus inquietudes, menoscabando sus cuestionamientos, no respondiendo de forma certera ante sus dudas o considerando que no están preparadas para afrontar el proceso por sí mismas.

Me hizo un tacto vaginal, y me dijo “no, todavía no se encaja”, como si fuera una cosa terrible y ahí ya un poco más segura, un poquito más segura, le dije, bueno, “yo por lo que me informado, puede ser incluso durante el mismo parto que los niños se encajen, no es necesario que se encajen antes si es que está bien” (...) además, según mi ecografía el Antonio era grande, en la última ecografía me habían dicho algo así como cuatro kilos ochocientos, una cosa así casi cinco kilos, entonces yo le decía a este gallo; “no es que yo igual quiero tratar”, y él me decía “no, si es gigante”, era como qué terrible, cómo lo vas a hacer. Y yo, “no es que en verdad así como que leí que mi cuerpo no va a producir una guagua que yo no pueda parir”..., y él me decía “no, eso es mentira”, como que se reía, como que se burlaba. (EA)

Además los atributos emocionales que se valoran en el/la obstetra se exacerban y la mujer comienza a entregarse a esta figura “guía” y aparentemente “superior”, la cual si bien le brinda contención, es difícil de cuestionar debido al sentimiento de respeto que se genera. Y es que hemos sido socializadas en una cultura médica de múltiples jerarquías donde el respeto se confunde con sumisión y el cuestionamiento o la exigencia de derechos se tilda de algo negativo y reaccionario.

En bioética las relaciones paternalistas entre el personal de salud y los usuarios/as han sido ampliamente discutidas, identificando la elevada carga asistencial, la falta de tiempo y la asimetría tradicional entre el personal de salud (que suele seguir un paradigma indicativo y el/la usuario/a (pasivo) como los principales obstáculos que dificultan una comunicación fluida y por consiguiente favorecen un modo paternalista de actuar (Villafranca, 2013). Se promueve desde la bioética que el personal de salud informe a los/as usuarios/as sobre las diversas alternativas de atención, tratamientos, intervenciones, costos, ventajas-desventajas, riesgos etc. Y que a partir de ahí las decisiones se tomen en conjunto y sean aprobadas en común. Sin embargo se sigue tomando como premisa el carácter asimétrico de la relación entre ambas personas debido a que

el paciente, por su enfermedad y debido a las limitaciones informativas, se encuentra en estado de vulnerabilidad frente al facultativo y corresponde a este último protegerlo y ofrecer alternativas de solución a su mal (Villafranca et al., 2013:147).

Sin embargo esta definición de usuario/a como paciente se vuelve incómoda en el caso de la gestación ya que promueve su patologización. Se sitúa a un cuerpo saludable en una posición de cuerpo enfermo lo cual favorece la intervención sobre sus procesos.

La falacia de la lógica de la elección

Como explicamos en los antecedentes, una de las condiciones diferenciales que el sistema privado ofrece es la posibilidad de la elección del equipo médico. Lo anterior crea la noción de que la usuaria paga por un servicio, en este caso vinculado con su propio cuerpo, convirtiéndola en paciente y cliente al mismo tiempo, otorgándole la posibilidad de negociar los términos y condiciones de su atención (Dudman, 2009).

Esta “lógica de la elección” (Mol, 2008) haría pensar que las mujeres elegirían equipos que fueran afines a sus deseos y expectativas y con esto se respetarían sus preferencias iniciales sobre el tipo de parto. La posibilidad de la elección se plantea como una propuesta emancipadora de ciertas condiciones de subordinación de la mujer que se producen en la atención del nacimiento, por ejemplo el no conocer a las personas que atenderán el parto, no poder conversar previamente deseos y expectativas (lo que sucede en el sector público). Esto es evidente en el caso de las usuarias que utilizan el bono PAD, ya que las mismas pagan un monto fijo para atenderse bajo las dinámicas del sector privado en busca de una mejor atención y de mayor autonomía. Esta autonomía entendida como posibilidad de escoger entre opciones dadas se vuelve un sinónimo de “elección individual” y pasa a ser valorizada como un gran ideal de la asistencia en salud, como un avance liberador del tipo de asistencia que produce subordinación (Barros, 2015). Bajo esta lógica se busca configurar un sujeto autónomo y libre que logra superar las limitaciones de su entorno de acuerdo a las elecciones y acciones que realiza (Leavy, 2014).

Sin embargo las condiciones en las cuales se produce esta elección deben ser

consideradas, ya que no son óptimas. En primer lugar la elección está relegada exclusivamente al territorio hospitalario, ya que no existe cobertura para el parto domiciliario y en segundo lugar la mayoría de los planes de ISAPRE son “cerrados” a ciertas clínicas, es decir, poseen amplia cobertura para algunas y baja o nula cobertura para otras. Este criterio a veces aplica a equipos médicos, cubriendo solamente a profesionales que son staff de ciertas instituciones. Tomando en cuenta lo anterior es evidente que las posibilidades de elección de las usuarias se reducen considerablemente, teniendo que adecuarse muchas veces a instituciones y equipos que no están alineados con sus deseos y expectativas por el solo hecho de no poder pagar los que sí lo están.

Además la autonomía propuesta por esta “lógica de la elección” no es tal, ya que, la decisión “autónoma” esta a priori formateada por todo el marco de representaciones que revisamos a lo largo del análisis. La visión del cuerpo femenino como defectuoso, la visión del parto como extremadamente doloroso y riesgoso, las intervenciones obstétricas como exentas de riesgo.

¿Que autonomía puede existir si la presión por una elección diferente de la “recomendada” conlleva el riesgo de ser responsabilizada por cualquier problema y por la muerte de su propio hijo? (Barros, 2015, p.56, traducción propia)

La lógica de la “elección” deja a la mujer a su suerte, no le ofrece soporte o apoyo. Una vez que se produjo la elección se sigue la aplicación de la orden elegida y todas las responsabilidades caen en los hombros de la usuaria (Barros, 2015). Tal vez esta invitación a la responsabilización individual es tan difícil de asumir que las mujeres prefieren seguir las sugerencias de los/as obstetras a pesar de su propia incomodidad o rechazo a las intervenciones propuestas con tal de no cargar con la culpa/responsabilidad.

Yo me di cuenta que me iban a hacer cesárea probablemente, pero igual me esperancé que él bajara y yo me acuerdo de... oh, no se me va a olvidar jamás, cuando nos fuimos, cuando en el fondo nos avisaron, me sentenciaron a la cesárea, yo en el auto me puse a llorar, y lloraba así amargamente... y mi pareja me dice, “pero por qué estás llorando, deberías estar feliz porque ya va a nacer nuestro hijo y lo vas a conocer”. Entonces yo le dije, “no poh, yo estoy llorando porque sé que no es como dice él (el obstetra)... oh, me dio pena, es que esa sensación de impotencia, “yo sé que no es como dice él, yo sé que yo podría esperar hasta la semana cuarenta y dos, yo sé que me están cagando, pero no soy capaz de defenderme, me siento inútil, me siento impotente”... entonces llegué acá y lloré con mi vieja, y mi vieja fue la que me contuvo, me decía; bueno, es tú decisión, y mi pareja al lado, “bueno, pero y si muere”, y no sé qué, y me hablaba todavía de esta historia horrorosa que había contado este gallo (el obstetra) [de la guagua que moría en el tracto vaginal por ser muy grande] (EA).

Otro punto perverso que produce esta lógica al responsabilizar a la usuaria por su elección es la incapacidad de ejercer una mirada crítica sobre el proceso vivido. Al sentir que la elección de equipo, y de condiciones de atención fue realizada por ellas, y vivir un parto/nacimiento “negativo”, el sentimiento que se genera es de culpa (“yo elegí esto”) y

no de crítica hacia el sistema de salud, contribuyendo a que las lógicas se sigan reproduciendo una y otra vez.

(En una próxima gestación) me informaría más, sería más exigente (CS).

¿Por qué accedí, por qué lo hice (...) tendría que haberme informado más (MO).

Las lógicas del biopoder no se aplican por imposición, sino que corresponden a un control por parte de las instituciones sobre las mujeres en nombre de la salud, la venta de valores con el fin de fomentar una servidumbre voluntaria. En el caso del parto las mujeres asumen sus representaciones hegemónicas como verdades y su deseo de recibir una atención de calidad termina transformándose en una mayor capacidad para consumir tecnología (Barros, 2015).

La necesidad de transitar hacia una lógica del cuidado

Todas las mujeres que participaron de este estudio tenían preferencias y expectativas sobre el momento del parto, expectativas que tenían relación con un vivir una experiencia positiva y saludable, tanto para ellas como para sus hijos/as. En orden de cumplir estas expectativas, la mayoría se informó y buscó una institución y equipo médico con el cual se sintieran cómodas, cuidadas y comprendidas en sus deseos. Es decir realizaron elecciones en búsqueda de mayor autonomía y bienestar. Si bien en un primer momento la mayoría fue respaldada en sus preferencias por los equipos médicos (y las que no se cambiaron de equipo), a lo largo del proceso gestacional fueron expuestas a representaciones negativas sobre dichas preferencias. Representaciones hegemónicas sobre el proceso de gestación y parto consecuentes con un modelo tecnocrático de atención el cual considera los procesos reproductivos femeninos en términos defectuosos y patológicos. Al mismo tiempo que se exponían estas representaciones negativas, las intervenciones obstétricas se instalaban como las herramientas apropiadas para controlar y reparar dichas potenciales patologías. Lo anterior a través de la entrega de información no basada en evidencia por parte del personal de salud y de la culpabilización constante hacia los cuerpos de estas mujeres. Esta forma de atención terminaba por convencer o directamente obligar a las mujeres a tomar decisiones en contra de sus preferencias iniciales, pero instalando la idea de que fueron ellas quienes eligieron la forma de atención que recibieron. Esta situación se volvía compleja ya que si las experiencias generaban daño en su salud o eran negativas el sentimiento generado era de culpa (por haber realizado esa elección) y no de crítica hacia un sistema altamente intervencionista.

¿Qué les hubiese gustado a estas mujeres? ¿Cómo sería un tipo de atención que respetara su autonomía sin imponerse ni culpabilizarlas?

Podemos encontrar una propuesta transitando desde una lógica de la elección hacia una lógica del cuidado (Mol, 2008). Las prácticas del “buen cuidado” implican el despliegue de saberes y técnicas que ayudan a una persona a sentirse mejor en la experiencia, en este caso, en la experiencia corporal de vivir una gestación y un parto. En orden de conseguir

esto, el “cuidador”, en este caso el personal de salud, debe esencialmente considerar la subjetividad, emociones y corporalidad de las usuarias (Leavy, 2014).

Así pues, la acción de cuidar, contiene una lógica procesual, se acciona a partir de la advertencia de una necesidad, implica asumir una responsabilidad con otro, involucra una actividad física, la realización de una acción y al mismo tiempo su respuesta (Tronto, 1993 en Leavy, 2014).

En orden de poder transitar hacia esta lógica es necesario formar a los/as profesionales de atención en salud materna en la fisiología del nacimiento, con base en prácticas basadas en evidencia científica. Posteriormente instarlos a compartir esta información de la manera más transparente posible con las usuarias, tanto respecto a la fisiología del parto como a la situaciones en las que es indispensable utilizar intervenciones, sin dejar fuera los efectos adversos que las mismas pueden tener. A partir de ahí discutir las preferencias y tomar decisiones en conjunto.

El equipo que acompaña a una mujer en su gestación y parto se integra a la red de apoyo social ya existente en su vida y pasa a construir un camino a partir tanto de las especificidades como de las singularidades de la mujer. Bajo esta lógica se exploran las diversas alternativas y caminos posibles de confort y salud en cada situación, compartiendo las responsabilidades entre el equipo, la mujer y su red social (Barros, 2015).

Con respecto a las intervenciones médicas en el trabajo de parto y parto, incluida la cesárea, aplicar las recomendaciones internacionales y nacionales que plantean que sólo se apliquen en casos médicamente justificados. Respetar el derecho al acceso a información clara y sencilla a las usuarias acerca de las razones por las que se les van a practicar intervenciones, en procesos de consentimiento informado claramente definido por las instituciones (Sadler y Leiva, 2016).

Un tránsito hacia la lógica del cuidado permite eliminar la falacia de que las intervenciones obstétricas son herramientas indispensables que permiten eliminar el riesgo y otorgar certeza absoluta sobre los resultados, pues bajo esta mirada la fragilidad es vista como parte de la vida y por tanto como parte del parto. Ante este escenario la función está en acompañar esa incertidumbre, no realizando falsas promesas, sino otorgando información basada en evidencia, seguridad y confianza hacia las gestantes.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, A; Nahuelcheo Y. 2008. *Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas*. Revista de Antropología Chilena [en línea] 2008, 40 (Julio-Diciembre): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32640207> ISSN 0716-1182 [25/07/2013]

Allen V, O'Connell C, Baskett T. Obstet Gynecol (2006). *Morbilidad materna asociada a cesárea sin trabajo de parto comparada con inducción al término*. REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(5).

Althabe F, Belizán J, et al. 2002. *Tasas de Episiotomía en Mujeres Primíparas en América Latina: Estudio Descriptivo Basado en Datos Hospitalarios*. **British Medical Journal** 324:945-946: Disponible en: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/gineco191web.htm> [25/07/2013]

Angeja, A., Washington, A., Vargas, J., Gomez, R., Rojas, I. and Caughey, A. (2006), *Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113: 1253–1258. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01069.x. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01069.x/full> [25/07/2013]

Arcia A (2013) US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery*. Aug;29(8):885-94. doi: 10.1016/j.midw.2012.10.002.

Banchs, María Auxiliadora (1982). *Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano*. En: *Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 2, pp. 111-120.

Barros, M. (2015) *Reconfigurando Um Modo De Ver o Parto*. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Beauvoir, S. (1982a) *El segundo sexo. Los mitos y los hechos*. Buenos Aires, Ediciones Siglo Veinte.

Belizán, J.M., Althabe, F., Cafferata, M.L., (2007). *Health consequences of the increasing caesarean section rates*. *Epidemiology* 18, 485–486.

Bestard, J. (1996). "Prólogo". En Douglas *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.

Bensaid, N. (1986). *La luz médica. Las ilusiones de la prevención*. Barcelona: Herder.

Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich, M. et al. (2013). *Assessment of the implementation of the model of integrated and Humanised midwifery health services in*

Santiago, Chile. Midwifery. 2013: 29(10):1151-1157. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932035> [5/05/2015]

(2016). *Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile*. Midwifery 35 (2016) 53–61

Callister, H. (2004) *Making Meaning: Women's Birth Narratives*. ARTICLE in JOURNAL OF OBSTETRIC GYNECOLOGIC & NEONATAL NURSING · JUNE 2004. Impact Factor: 1.2 · DOI: 10.1177/0884217504266898

Camacaro, M. (2009) *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Vol.14 (32): 147-162.

Canales, M. Cord. (2006) *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios*, ediciones LOM, Santiago.

Cornejo M, Mendoza. F y Rojas, (2008) *La investigación con relatos de vida. Pistas y opciones de diseño metodológico*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. In PSYKHE, Vol.17, Nº 1, (29-39). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718_22282008000100004&script=sci_arttext [25/07/2013]

Csordas T,(1990)*Embodiment as a paradigm for Anthropology*. Ethos 18:5-47, Nº 1

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

(1997) *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Berkley: University of California Press.

(2001) *The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of Childbirth*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 75, Suplemento Nº. 1, pp. S5-S23, Noviembre.

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

Davey & King, (2016). Caesarean section following induction of labour in uncomplicated first births: a population-based cross-sectional analysis of 42,950 births. *BMC Pregnancy Childbirth* 16(1): 92. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848820/pdf/12884_2016_Article_869.pdf [30/04/16]

Declerq, E., Barger M., Cabral, H., Evans, S., Kotelchuk, M., Simon, M., (2007). *Maternal Outcomes associated with planned primary caesarean births compared with planned vaginal births*. Obstetrics and Gynecology 109, 669-667

DEIS-MINSAL (2011) *Partos y abortos por región y servicio de salud*, SNS 2011 (Información enviada a solicitud del grupo de investigación proyecto FONIS).

(2012) Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud. Indicadores básicos de Salud. Chile.

Dudman, K. (2009) *¿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 Magister en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales.

Dubois, E. y Gordon, L. (1989) *La búsqueda del éxtasis en el campo de batalla: peligro y placer en el pensamiento sexual feminista norteamericano del siglo XIX*, en Carole S. Vance (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Editorial Revolución.

Eggesbo M, Botten G, Stigum H, et al. (2003) *Is delivery by cesarean section a risk factor for food allergy?* J Allergy Clin Immunol 2003; 112 (2) 420-6.

Faisal, et al. (2014) *Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran*. Midwifery 30, 227-233

Farr, Robert M. (1986) *Las representaciones sociales*. En: Serge Moscovici (compilador) *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós, pp. 495-506.

Fenwick J, Staff L, Gamble J, et al. (2010) *Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?* Midwifery. Aug;26(4):394-400. doi: 10.1016/j.midw.2008.10.011.

Firestone, S. (1976) *La dialéctica del sexo*, Barcelona, Kairos.

Foucault, M. (1975) *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Madrid. Siglo XXI

(1978-1979) *Nacimiento de la biopolítica: Curso del Collège de France*. Ediciones Akal S.A., 2009.

(1980) *The normal and the pathological*. En: Michel Foucault, *Critical assessments*. Edited by Barry Smart 1994. London.

(2005) *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber* Siglo XXI editores México.

Gamble, Jenny A y Creedy, Debra K (2000). *Women's Request for a Cesarean Section: A Critique of the Literature*. Birth, Vol. 27, Issue 4: 256-263.

González P, Rogelio. (2010). *SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(6), 411-421. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-75262010000600011.

[25/09/2014]

Goic, A. (2015) *El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente*. Rev Med Chile 2015; 143: 774-786

Guzmán, E. (2012) *Epidemiological profile of caesarean section in Chile in the decade 2000-2010*. Medwave2012 Mar/Abr;12 (3):e5331 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331: Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5331> [25/07/2013]

Hernández, R et. Al (2006) *Metodología de la investigación*. Cuarta Edición McGrawHill/ Interamericana Editores, México.

Holly, R (1993) *Cultural Messages of Childbirth: The perpetration of Feas* ICEA Journal 7(3): 28

Hattori R, et al. (1991) *Autistic and developmental disorders after general anaesthetic delivery*. Lancet 1991; 337]

Imáz, E. (2007) *Mujeres gestantes, madres en gestación: representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas* Tesis (PhD), Departamento de Filosofía de los Valores y Antropología Social Universidad del País Vasco

Junge, P. (2001) *Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.

Krippendorff, K. (1980). *Análisis de Contenido, Introducción a la Metodología*. Beverly Hills, CA: Sage, 188 pp.

Lamas, M. (2000) *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual en Cuicuilco*, Vol.7, núm. 18, enero-abril 2000, pp. 95-118. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807> [25/07/2013]

Le Breton, D. (1999) *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Buenos Aires, Nueva Vision.

Magnone, N. (2010) *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización* Departamento de trabajo Social –FCS-Udelar. Disponible en: http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf [25/07/2013]

Marradi A. et Al. (2010) *Metodología de las ciencias Sociales*. Cengage Learning, Buenos Aires

Martin, E. (1987) *The woman in the body*, Boston, Beacon Press.

(1991) *The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles* Signs: Journal of Women in Culture and Society, vol.16, 3: 485-501.

Melender, H. (2002). *Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women*. *Birth*, 29 (2), 101-111. doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x

Menéndez, Eduardo. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y de articulaciones prácticas", en: *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1): 185-207, Rio de Janeiro.

McCourt C, Weaver J, Statham H, et al. (2007) Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. Mar;34(1):65-79.

Mcdowell, L. (2000) *Género, identidad y lugar*, ediciones cátedra, Madrid

McPherson (2013). *INTERNATIONAL VARIATIONS IN A SELECTED NUMBER OF SURGICAL PROCEDURES*. OECD Health Working Paper No. 61

MINSAL (2014) *Guía Perinatal*. Programa Nacional Salud de la Mujer.

(2010) Protocolo Referencia y contrarreferencia "Operación Cesárea".

(2008) *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Ministerio de Salud Chile. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública

Mitchell, L. (2001) *Baby's first picture. Ultrasound and the politics of fetal subjects*, Toronto, University of Toronto Press.

Montes, M. (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural. Universitat Rovira I Virgili

Murray, S. (2000) *Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study* *BMJ* 2000;321 :1500.

Narotzki, S. (1997) *El marido, el hermano y la mujer de la madre: algunas figuras del padre*, en Silvia TUBERT, *Figuras del padre*, Madrid, Catedra.

Nieminen K, et al. (2009). *Women's fear of childbirth and preference for caesarean birth – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 88, 807-813. doi: 10.1080/00016340902998436

Núñez, P. (2014) *Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica*. *Matronas Prof.* 2014; 15(2): 43-49

Odent, M. (1999) *The Scientification of Love*. Free Association r Books. London

OMS (2011) *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.

OMS (1985). *Tecnología apropiada para el parto Declaración de Fortaleza*. *Lancet*, 2, 436-437

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2012) *Información y Análisis de Salud (HSD/HA): Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2012*. Washington, D.C., Estados Unidos de América,

Orb, A (1997). El Paternalismo en Salud Pública.

Preciado, B. (2011) Resumen Seminario *Cuerpo impropio. Guía de modelos somatopolíticos y de sus posibles usos desviados* Universidad internacional de Andalucía. Disponible en: http://ayp.unia.es/index.php?option=com_content&task=view&id=703 [23/07/2013]

Quiroz, P. (2010) Protocolo Referencia y contrarreferencia "Operación Cesárea". (MINSAL, 2010).

Ramírez, C. (2015) Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo. Memoria para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile.

Reyger & Dempsey. (2006) Performing Birth in a culture of fear. *Health Sociology Review* 15:364-373.

Rich, Adrienne (1996) *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra-Feminismos.

Ryding, E.L, Wijma, K., & Wijma, B. (1998). *Psychological impact of emergency caesarean birth in comparison with elective caesarean birth, instrumental and normal vaginal delivery*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*, 19, 135-144.

Rodríguez, C. (2004) *Recuperando a la mujer prohibida* Artículo revista MUJERES PREOKUPANDO, Valencia

(2007) *Pariremos con Placer: apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*, Ediciones Crimentales

Rodríguez, R. (1999)

(2004) *Foucault y la genealogía de los sexos*, editorial ANTHROPOS, Madrid.

Rubin, G. (1984) *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad* En: Vance, Carole S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. , Ed. Revolución, Madrid, 1989. pp. 113-190. Disponible en: http://webs.uvigo.es/xenero/profesorado/beatriz_suarez/rubin.pdf [23/05/2013]

Sadler, M. (2004) *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto*. En Sadler, Acuña y Obach, *Nacer, Educar, Sanar*; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación."

(2009). *Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile*, resultado de proyecto FONIS N° SA06I20034, ejecutado por Universidad de Chile,

Departamento de Antropología. Disponible en: <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/04/FONIS.pdf> [23/07/2013]

Sadler y Leiva (2016). *Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento en: Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones.* Universidad del Desarrollo.

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

Saletti, Lorena. (2008) *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad* *Clepsydra*, 7: 169-183. Disponible en: http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf[23/05/2013]

Salinas, H et al. (2006) *Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención.* Departamento de Obstetricia y Ginecología, HCUCh. Sección Medicina Interna, HCUCh.

(2004). *¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.* *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(1): 8-13.

(2004) *Factores predictores de cesárea.* *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004; 69(5).

Sanchez y Donoso. (2001) *Obstetricia.* Editorial CIÑA

Sevelsted, A., Stokholm, J., Bønnelykke, K. & Bisgaard, H. (2015). *Cesarean Section and Chronic Immune Disorders.* *Pediatrics*, 135 (1), 92-98.

Stoll, K. Hall, W., Carty, E. & Janssen, P. (2013). *Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian university students* *Midwifery*, Online first.

Szot Meza, Jorge. (2002). *RESEÑA DE LA SALUD PUBLICA MATERNO-INFANTIL CHILENA DURANTE LOS ULTIMOS 40 AÑOS: 1960-2000.* *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(2), 129-135. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262002000200009&lng=es&tng=es.10.4067/S0717-75262002000200009. [27/10/2014]

Tully KP, Ball HL (2013) Misrecognition of need: women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Soc Sci Med.* May;85:103-11. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.039.

Velgara, M (2008). *Evaluación del crecimiento fetal por ultrasonografía, relación con los resultados neonatales inmediatos*. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol XLI - No 1 y 2, 2008.

Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez k (2013). *Paternalismo médico*. Rev Méd Electrón [Internet].;35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm> [4/08/16]

Villar et al. (2006) *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 who global survey on maternal and perinatal health in Latin America*

Vives, N. Calais, B (2007). *Parir en Movimiento: La movilidad de la Pelvis en el parto*. La Liebre de Marzo, España.

Weaver JJ, Statham H, Richards M (2007) Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*. Mar;34(1):32-41.

World Health Organization.(1985) *Appropriate technology for birth*. Lancet 1985;2: 436-7

Xu B, Pekkanen J, Jarvelin MR. (2000) *Obstetric complications and asthma in childhood*. J Asthma 2000; 589-94.

Zárate, M. (2008) *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica*, 2da Edición, Ediciones Alberto Hurtado, Chile.