



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PREGRADO
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

El parto en el sector público:
Interpretación de matronas/es y ginecólogas/os sobre
las prácticas de atención que utilizan

Tesis para optar al título de Socióloga

Autora: Antonia Roberts Pozo

Profesora guía: Marcela Ferrer Lues

Santiago, 05 de enero de 2021.

Agradecimientos

A mi madre Patricia y a mi padre Peter por su amor, apoyo y escucha incondicional. Por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mi hermano Alonso por siempre hacerme reír y alegrarme el día a día.

A mis amigas/os por lo vivido juntas/os y por el soporte mutuo. A mis amigas en particular por despertarme en las mañanas para que trabajara en la tesis, las amo.

Al Valentín por su cariño y contención.

A la profesora Marcela Ferrer por su guía y consejos para llevar a cabo esta investigación.

Índice

Resumen	1
1. Problematización	2
2. Objetivos.....	9
3. Relevancias.....	9
4. Antecedentes.....	10
4.1 Antecedentes históricos: desarrollo de la atención hospitalaria del parto en Chile	10
4.2 Antecedentes empíricos: estudios sobre subjetividades de ginecólogos/as y matronas/es vinculados a su percepción de la atención del parto	13
5. Marco Teórico	16
5.1 Sociología de la experiencia: capacidad reflexiva e interpretación de las prácticas en matronas/es y ginecólogos/as.....	16
5.2. Género: patriarcado, jerarquización y androcentrismo	18
5.2.1. Sistema sexo/género.....	18
5.2.2. Género como herramienta de jerarquización social	19
5.2.3 Androcentrismo en la ciencia y la medicina	21
5.3 Modelo biomédico de atención del parto.....	22
5.3.1 Características del modelo y sus vínculos con el género	22
5.3.2 Habitus médico hegemónico	25
5.4 Modelos alternativos de atención del parto: biopsicosocial y holístico.....	26
5.5 Conceptos centrales e hipótesis de trabajo.....	27
6. Marco metodológico.....	29
6.1 Tipo de investigación.....	29
6.2 Técnica de producción de información.....	30
6.3 Universo y muestra	31
6.4 Dimensiones de análisis.....	32

6.5 Plan de análisis.....	33
6.6 Consideraciones éticas	34
7. Presentación de resultados.....	35
7.1 Prácticas que señalan utilizar en la atención del parto.....	35
7.1.1 Intervenciones y procedimientos médicos en la atención del parto: predominio de técnicas que medicalizan los nacimientos	35
7.1.2 Cuidados y tratos en la atención del parto: persistencia de maltratos y carencias en la aplicación de los cuidados	40
7.2 Ejercicio de reflexividad de profesionales de la salud sobre la atención hospitalaria del parto	44
7.2.1 Interpretación sobre el modelo biomédico: ambivalencia en su adhesión y crítica a los paradigmas de atención en salud.	44
7.2.2 Interpretación sobre el sistema sexo/género: contradicción entre posturas críticas y la permanencia de estereotipos de género en el discurso.	51
7.2.3 Interpretación sobre las intervenciones y cuidados en el parto: contraposición de perspectivas sobre la atención.	60
7.3 Características del contexto hospitalario y repercusiones en la interpretación y acción de los/as profesionales	70
7.3.1 Características del contexto hospitalario.....	70
7.3.2 Repercusiones del contexto: concepción del hospital y sus estructuras internas como limitantes para una atención respetuosa.	73
8. Conclusiones.....	82
9. Bibliografía.....	91
10. Anexos	98
10.1 Anexo N°1: Consentimiento informado	98
10. 2 Anexo N°2: Pauta de entrevista	100

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo explorar y comparar la manera en que matronas/es y ginecólogas/os interpretan las prácticas que utilizan durante la atención del parto en el contexto hospitalario. Esta investigación adquirió relevancia debido al uso documentado de intervenciones no recomendadas y situaciones de maltrato verbal y físico ejercido por profesionales de la salud hacia las mujeres durante la atención hospitalaria del parto. Esto es catalogado como violencia obstétrica y se observa particularmente en el sector público, por lo que se busca analizar la subjetividad de los/as profesionales que trabajan en este sector y que podrían cometerla. Como enfoque teórico se utilizó la sociología de la experiencia, la cual permite sostener que la capacidad reflexiva de las personas tiene un rol activo en la comprensión y definición de sus conductas. Esto se articuló con la sociología del género, desde la cual se problematizó el sistema sexo/género y se analizaron las influencias de este en las bases del modelo biomédico en el que se forman los/as profesionales de la salud. Se utilizó un enfoque metodológico cualitativo, aplicando entrevistas semiestructuradas presenciales y online a 10 profesionales del área gineco-obstétrica. Los principales hallazgos, mediante los discursos de los/as entrevistados/as, dan cuenta de la presencia de prácticas no recomendadas y maltratos en la atención del parto, además de interpretaciones ambivalentes sobre los modelos de salud y el género, y la existencia de perspectivas contradictorias sobre la atención dentro de un mismo hospital y equipo de salud, enfrentándose la idea de reducir los riesgos con la idea de propiciar el bienestar de la mujer durante el proceso. Todo esto se enmarca en un contexto hospitalario altamente codificado, que limita las intenciones de transformación o revisión de las prácticas de atención.

Palabras claves: Modelo biomédico, Modelo biopsicosocial, Género, Violencia obstétrica, Reflexividad.

1. Problemática

Las estadísticas sobre mortalidad materna en Chile evidencian mejoras en la situación del parto durante el siglo XX, observándose para el 2011 una tasa de mortalidad materna de 18,5 por cien mil nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2019a), versus la tasa de 299 en la década de los 60' (Donoso y Carvajal, 2012). En línea con estas transformaciones, Chile incluyó las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para una experiencia positiva del parto en el “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo” (Ministerio de Salud, 2008), y en el programa Chile Crece Contigo vigente desde el año 2007 (Ministerio de Salud, 2018). Ambos documentos describen la atención del parto desde un paradigma biopsicosocial, enfocándose en las necesidades emocionales y físicas de la mujer, respetando sus derechos y creencias culturales, enfatizando también en basar la atención en evidencia científica, siendo respetuosa y buscando reducir las intervenciones al mínimo (Ministerio de Salud, 2018; Ministerio de Salud, 2008). Si bien se promueven estos lineamientos sobre la atención del parto desde hace más de 10 años, estadísticas sobre la temática indican una continua utilización de procedimientos no recomendados y la persistencia de maltratos en el proceso. Esto será entendido bajo el término violencia obstétrica (VO), el cual clasifica las intervenciones no recomendadas y el maltrato como una:

“Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, pág.8).

Este concepto resulta relevante para la comprensión del fenómeno en la medida que resalta la dimensión obstétrica de esa forma de violencia, posibilitando el cuestionamiento de las estructuras de poder presentes en esa especialidad médica, visibilizando además el componente de género de la problemática (Sadler et al., 2016). La utilización de este término permite abarcar elementos vinculados a este fenómeno que sobrepasan las relaciones interpersonales entre el equipo médico y la mujer que pare.

Las estadísticas sobre prácticas de atención del parto no recomendadas por la OMS, catalogadas como violencia desde la perspectiva revisada, muestran que existe una amplia gama de intervenciones que se utilizan de forma rutinaria. A nivel nacional, la tasa de cesáreas supera con creces los parámetros propuestos por la OMS¹, alcanzando un 41,5% en el sector público, y un 68,5% en el privado para el año 2016 (Ministerio de Salud, 2019b). Un estudio realizado en 9 maternidades hospitalarias del país muestra que el 92,7% de las mujeres experimentó inducción del parto utilizando oxitocina sintética², rotura de membranas y uso de epidural, un 94,3% no recibió líquidos por vía oral, y un 86,6% estuvo en posición de litotomía³ durante el expulsivo (Binfa et al., 2013). En cuanto a los tratos del personal médico hacia las mujeres, otro estudio⁴ analiza el maltrato en torno a tres categorías presentes en la siguiente tabla:

Tabla 1: Presencia de maltrato en el parto periodo 2014-2017.

Categorías de maltrato / Sector de atención del parto	Público	Privado
Críticas o represión de las expresiones de dolor.	43,4%	16,6%
Uso de lenguaje grosero, sexual, sarcástico, burlesco o humillante.	23,1%	5,4%
Amenazas	28,9%	7,3%

Elaboración propia. Fuente: Observatorio Violencia Obstétrica, 2018.

¹ Al no existir relación entre la disminución de la mortalidad perinatal y el uso de cesáreas, no se justifica que se utilicen más allá del 10% de los nacimientos (Organización Mundial de la Salud, 1985).

² Hormona que desencadena las contracciones uterinas. En la inducción del parto se utiliza una variante sintética, la cual pese a no tener efectos negativos comprobados (Odent, 2013), se recomienda sólo en situaciones específicas (Organización Mundial de la Salud, 1985).

³ Postura dónde la mujer se encuentra sobre su espalda con las piernas flectadas o levantadas. No recomendada ni en trabajo de parto ni en periodo expulsivo (Organización Mundial de la Salud, 1985).

⁴ La “1° Encuesta sobre el nacimiento en Chile”, del Observatorio de Violencia Obstétrica, se realizó mediante un cuestionario on-line, con muestra no probabilística. Posee sesgos muestrales como: 61% de los casos corresponden a la Región Metropolitana, y un 48% de las mujeres posee nivel educativo universitario. Sin embargo, resulta ilustrativo de tendencias generales en relación con el parto, debido a que los datos académicos e institucionales nacionales sobre VO resultan escasos.

Se observa que en el sector público la presencia de maltratos, como amenazas y uso de lenguaje inapropiado, se reporta en 1 de cada 4 partos, y el abuso verbal se reporta en un 43% de los casos, es decir, menos de la mitad de los partos. Sin embargo, son prácticas que no deberían estar presentes, y se dan incluso 4 veces más en el sector público que en el privado, por lo que resulta fundamental analizar este sector de atención, que también concentra la mayor cantidad de partos en el país.

Respecto a la VO, se han analizado diversos factores que influyen en su ocurrencia, en donde se han detectado ciertos perfiles de pacientes en que esta predomina. Una investigación realizada en Colombia muestra que el maltrato en las salas de parto de hospitales es más frecuente en gestantes adolescentes, de alto riesgo obstétrico y bajo nivel socioeconómico (Cáceres-Manriquez y Nieves-Cuervo, 2017). Esos resultados se condicen con un estudio realizado en Chile, el cual muestra que las intervenciones no recomendadas y el maltrato disminuyen a mayor nivel educativo de la mujer gestante y con el aumento de la edad, siendo más vulnerables a ser violentadas las mujeres adolescentes y de bajo nivel educativo. Dicha investigación también indica que la asistencia a talleres prenatales que entregan información a la mujer gestante se condice con una disminución de las intervenciones y los maltratos (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018). Si bien esta información resulta valiosa para encontrar vías de acción que permitan erradicar el fenómeno, al centrarse exclusivamente en las víctimas se invisibiliza el rol de los individuos en los equipos médicos que ejercen esta forma de violencia, y los elementos externos a la víctima que inciden en que la VO se perpetúe. Así, siguiendo la definición presentada, resulta fundamental cuestionar el modelo médico en el que se forman los profesionales dedicados a la atención del parto, con el objetivo de comprender el origen de la VO y por qué se continúa ejerciendo en la atención del parto.

El modelo biomédico que se instaló como conocimiento autorizado (Jordan, 1992) en la atención del parto mediante la deslegitimación de prácticas tradicionales y no médicas, se caracteriza por un énfasis exclusivo en la biología, dejando los aspectos sociales y psicológicos en un segundo plano (Menéndez, 2003). Asimismo, tiende a una organización jerárquica (Davis-Floyd, 2001), generando relaciones asimétricas entre profesionales de diversas disciplinas, como en el caso de los ginecólogos/as con las/os matronas/es, y con

los/as pacientes (Menéndez, 2003). También se caracteriza por una estandarización de los procesos, adaptando el parto a las pautas hospitalarias, entendiendo el cuerpo como una máquina defectuosa que no puede ejecutar el parto sin intervención médica (Davis-Floyd, 1987). Este modelo favorece la intervención de la medicina en los eventos naturales, fenómeno entendido como medicalización y clasificado en las prácticas de VO, referido a la conversión de situaciones “normales” del desarrollo del individuo en patologías, buscando resolver mediante la medicina problemáticas no necesariamente médicas (Orueta et al., 2011). Un ejemplo de esto en la atención del parto corresponde a la conversión de este evento en uno quirúrgico con la excesiva aplicación de cesáreas (Menéndez, 2003).

Además, una característica central del modelo refiere al sistema sexo/género de carácter patriarcal en que se forja esta disciplina, entendido como un sistema social que transforma la sexualidad biológica en un producto de la actividad humana (Rubin, 1986), permeado por una configuración histórica de dominio masculino denominada patriarcado (Lerner, 1990), lo cual construye al género como un elemento de jerarquización en la sociedad. En función de este sistema de dominio, se produce una objetivización de la perspectiva masculina del mundo (Sánchez, 2002) denominada androcentrismo, generando un “patrón institucionalizado de valor cultural que privilegia los rasgos asociados con la masculinidad, al tiempo que devalúa todo lo codificado como “femenino”” (Fraser, p.29, 2006). Una manifestación del androcentrismo en medicina se observa en que los ensayos clínicos no suelen incluir mujeres, y se les tienden a extrapolar los resultados de los hombres, siendo que los cuerpos manifiestan diferencias en prevalencia y gravedad de enfermedades, respuesta a fármacos, entre otros elementos (Valls-Llobet, 2001; Liu y Dipietro, 2016).

Puesto que el parto corresponde a un evento de los cuerpos femeninos, estas jerarquías de género se manifiestan particularmente en su atención. Los cuerpos femeninos durante el parto escapan de los roles de género impuestos por la organización patriarcal de los sexos, rompiendo la imagen de mujer dócil y pasiva, para transformarse en un cuerpo que manifiesta emociones y conductas intensas e instintivas (Olza, 2017). Entonces, el maltrato y la medicalización de los procesos actuarían como herramientas para domesticar a las parturientas y retornarlas a una femineidad dócil, preparándolas también para una “maternidad intensiva” que pone el bienestar del bebé por sobre la mujer (Cohen y Korem,

2018). En consecuencia, las ciencias obstétricas se sitúan como espacios de luchas de poder cruzados por la dimensión de género, provocando que parte de las prácticas y procedimientos respondan a ideologías sobre las mujeres (Ehrenreich, 1993).

Los elementos mencionados confluyen en la generación de un habitus médico, entendido como el conjunto de disposiciones que adquieren los profesionales a través de su formación, caracterizado por un énfasis en los castigos y el disciplinamiento corporal como método de aprendizaje, un reforzamiento de las jerarquías, y un disciplinamiento de género, que se ejerce a la interna de la profesión médica y hacia las pacientes (Castro y Erviti, 2015). Las disposiciones corresponden a principios generadores de prácticas y representaciones generadas en relación con sus condiciones de existencia, que les permiten actuar acorde a las condiciones objetivas del campo (Bourdieu, 2007). Así, se podría sostener que las regularidades de la acción médica responderían al habitus médico, lo que no obstante no conseguiría explicar por completo las diferencias presentes en las estadísticas sobre VO en el sistema público y privado, anteriormente expuestas.

Si bien el modelo biomédico se posiciona como el hegemónico, y la medicina como profesión y disciplina se erige por sobre las demás como la predominante en la atención de salud, resulta relevante añadir que entre ginecólogas/os y matronas/es reciben formaciones diferenciadas con respecto al parto, lo que se manifiesta en los perfiles de egreso de ambas carreras. Mientras que el perfil de matronas/es en la Universidad de Chile se refiere a profesionales capaces de brindar una atención de salud desde un enfoque biopsicosocial durante todo el ciclo vital de la mujer (Universidad de Chile, 2019), el perfil de egreso de Obstetricia y Ginecología en la misma universidad, se refiere a profesionales capacitados para abordar y resolver los problemas de salud de las mujeres en el ámbito clínico de la ginecología (Universidad de Chile, 2018). Así, los médicos recibirían una formación centrada en los aspectos problemáticos de la salud, mientras que las matronas en la atención de la mujer durante todo el ciclo vital desde una perspectiva más biopsicosocial, por lo que el énfasis en las prácticas de atención podría diferir.

Además el modelo biopsicosocial anteriormente descrito, existe el paradigma holístico, el cual plantea que la mujer es la principal responsable y protagonista del proceso del parto, dejando a su criterio la utilización de intervenciones, y fomenta el uso de prácticas de cuidado

tradicionales y/o no médicas (Davis-Floyd, 2001). En este sentido se puede sostener que, pese al predominio del modelo biomédico existiría una multiplicidad de influencias en el campo médico, que permitirían que las experiencias de los médicos fueran plurales y se tensionara la estabilidad de las prácticas de atención. Esto en función de que los/as profesionales de la salud pese a estar socializados en el modelo biomédico, podrían tener algunas influencias de otros paradigmas y a la vez habitan otros espacios fuera de su profesión durante su experiencia social, por lo que administrarían simultáneamente variadas lógicas de acción (Dubet, 2010).

En consecuencia, existirían elementos subjetivos implicados en la atención del parto. Esta afirmación se sustenta siguiendo los planteamientos de Dubet (2010), el cual sostiene que en la experiencia social los individuos generan un distanciamiento con el medio en el que se desenvuelven debido a que estos no pueden sumarse totalmente a roles y/o valores que no tengan coherencia interna para ellos, por lo que generarían un trabajo reflexivo, que puede o no ser crítico con el medio en el que se desenvuelven. Esto se manifiesta en que los actores en la práctica justifican sus acciones en base a normas, criterios de justicia y de verdad, dotando de sentido a su experiencia, evaluando sus acciones en relación con los debates normativos presentes en una situación (Dubet, 2010). Esto será entendido bajo la noción de interpretación. Así, la conducta social, en este caso referida a las prácticas de atención del parto de individuos en equipos médicos, no podría ser reducida a una simple aplicación de códigos interiorizados, debido a que no hay una adecuación absoluta e inmediata entre la subjetividad del actor y la objetividad del sistema. Al respecto resulta necesario precisar que esto no implica una comprensión de los individuos por fuera de lo social y sus limitantes (Dubet, 2010), sino que se considera que estos se inscriben en registros múltiples y no necesariamente totalmente congruentes entre sí.

Siguiendo los planteamientos de Dubet (2010), la capacidad reflexiva tendría mayor cabida en situaciones que no se encuentran completamente codificadas y que no se han vuelto previsibles, por lo que en los hospitales, que se caracterizan por una alta codificación de las conductas, además de una marcada jerarquía entre las distintas profesiones de la salud, podrían existir dificultades para que los individuos ejerzan su reflexividad y/o puedan elegir

que prácticas de atención implementar. Esto implicaría la existencia de limitantes estructurales a la capacidad de agencia de los/as profesionales.

Investigaciones sobre la temática permiten sostener que los elementos subjetivos son relevantes al momento de decidir cómo atender un parto. Esto se observa en que becados en gineco-obstetricia indican que los contenidos sobre el parto fisiológico no se abordan en la especialidad, solo en pregrado, señalando a su vez que valoran más el uso de tecnologías en el proceso de atención (Artuso et al., 2015). Matronas sostienen que el sistema médico sería excesivamente jerárquico, medicalizado y con desigualdades de género durante los años de estudio (Organización Mundial de la Salud, 2016); por lo que se ven subordinadas por los médicos en la atención del parto, teniendo un rol instrumental para ellos en este evento (Rabelo y de Oliveira, 2010). Por otra parte, matronas que muestran nulo interés por atender partos en hospitales, lo justifican en función de la patologización de los procesos naturales que se da en ese espacio (Rabelo y de Oliveira, 2010), buscando atender en espacios de mayor autonomía (Ramírez, 2015).

En definitiva, debido a la vigencia de fenómenos de VO resulta fundamental indagar en la subjetividad de los individuos que pueden ejercerla, referidos a ginecólogos/as y matronas/es que se desempeñan en el sector público, al ser este sector el que concentra las estadísticas sobre VO y atiende una mayor cantidad de mujeres. Pese a estar socializados/as en el modelo biomédico, ginecólogos/as y matronas/es aprenden con énfasis diferentes, y además tendrían una capacidad reflexiva, que puede o no ser crítica, la cual les permitiría interpretar las prácticas que utilizan en la atención del parto y transformar o no dichas prácticas permitiendo explicar así la heterogeneidad en las estadísticas revisadas. En este proceso, tal como se revisó anteriormente, la capacidad reflexiva y la potencial transformación de las prácticas, podrían verse restringidas debido a la existencia de limitantes estructurales presentes en el contexto hospitalario en el que se desempeñan. En este sentido, resulta fundamental considerar las repercusiones del contexto en la interpretación que los individuos realizan.

En relación con todo lo anterior, se desprende la siguiente pregunta de investigación: *¿De qué manera matronas/es y ginecólogas/os del sector público interpretan las prácticas que utilizan durante la atención del parto, en el contexto hospitalario?*

Para dar respuesta a esta pregunta, se realizó un estudio de carácter cualitativo con ginecólogos/as y matronas/es que se desempeñan en el sector público. Se indagó en la interpretación que los profesionales del área gineco-obstétrica de la salud realizan sobre sus prácticas, permitiendo profundizar en la comprensión de los factores subjetivos vinculados a la atención del parto.

2. Objetivos

Objetivo General: Explorar y comparar la manera en que matronas/es y ginecólogas/os interpretan las prácticas que utilizan durante la atención del parto en el contexto hospitalario.

Objetivos específicos:

- ✓ Describir y comparar las prácticas que matronas/es y ginecólogas/os del sector público señalan utilizar en la atención del parto.
- ✓ Describir y comparar el ejercicio de reflexividad que ponen en práctica matronas/es y ginecólogas/os del sector público, al interpretar las prácticas que señalan utilizar en la atención del parto.
- ✓ Analizar los discursos sobre las características del contexto hospitalario en que se desempeñan matronas/es y ginecólogas/os del sector público, y sus repercusiones sobre la interpretación y las posibilidades de modificar sus prácticas de atención del parto.

3. Relevancias

La relevancia teórica de la investigación radica en contribuir a generar conocimiento sobre los fenómenos vinculados a la atención del parto desde las ciencias sociales, utilizando una perspectiva enfocada en la subjetividad de los equipos médicos involucrados, aportando a la reciente línea de investigación sobre la violencia obstétrica. Así, contribuye a enriquecer el campo de investigación sociológica que vincula la sociología de la salud con la sociología del género.

La relevancia práctica de la investigación se vincula a la necesidad de producir información sobre la subjetividad de los profesionales del área gineco-obstétrica de la salud, para contribuir al diseño de alternativas de intervención que permitan enfrentar la problemática de la violencia en el parto desde nuevas aristas, aportando a su erradicación.

4. Antecedentes

A continuación, se presenta una serie de antecedentes históricos y empíricos que se utilizaron para caracterizar la formación de la disciplina gineco-obstétrica en Chile, y la subjetividad de los individuos formados en esas disciplinas, tanto en el país como en otros países de América Latina y el mundo.

4.1 Antecedentes históricos: desarrollo de la atención hospitalaria del parto en Chile

Si bien actualmente el sistema médico de atención del parto se posiciona como el dominante en el país, su instalación y difusión se dio durante finales del siglo XIX y principios del siglo XX, debido a la intención del Estado de profesionalizar la atención del nacimiento. Anteriormente, y durante gran parte de la historia, la atención del parto estuvo en manos de las parteras, mujeres que adquirían conocimientos de forma “hereditaria” desde otras mujeres, ya fuera dentro de la familia o fuera de ella, que les permitían atender partos en base a conocimientos empíricos. Esta profesión, de larga data en el país, se consolidó como una actividad principalmente femenina (Cano, 1980).

La profesionalización anteriormente mencionada comenzó con la creación de la Escuela de Matronas en 1834, con el objetivo de generar conocimientos técnicos e implementar los hallazgos médicos en la atención del parto. Durante este periodo los partos en su mayoría eran atendidos en las casas de las mujeres, pero a mediados de 1800 se crearon las casas de maternidad, referidas a “establecimientos públicos destinados a recibir a toda parturienta que, por falta de recursos o accidentes especiales, no pudiera asistirse en su hogar” (Allende, 1865, pág.526). Estas tenían por objetivo otorgar atención a las mujeres, y a su vez permitir que las personas estudiantes de Obstetricia tuvieran clases prácticas y espacios para aplicar sus conocimientos:

“Si, queremos tener buenos prácticos i comadrones espeditos, preciso es que les demos campo donde puedan estudiar y hacerse profundos en sus conocimientos, donde pueden, guiados por una mano esperta, hacer una aplicación concienzuda de las teorías que hayan meditado en su gabinete” (Allende, 1865, pág.532).

Con la profesionalización de esta tarea, se generaron manuales que estandarizaron los procedimientos de atención del parto, a la vez que se establecieron los parámetros de tiempo

a ese proceso. Sumado a esto, se enfatizó en la formación de las matronas en la necesidad de la limpieza de los espacios, remarcando a su vez que el rol de ellas es central durante el periodo expulsivo del parto para que este pueda concretarse adecuadamente (Monckeberg, 1898).

El interés del Estado sobre el parto se mantuvo durante el siglo XX debido a las altas tasas de mortalidad materno-infantil, por lo que se construyó una imagen del parto como un evento peligroso en dónde se ponía en riesgo la vida de la madre y el feto:

“La salud y la vida de la parturienta y de la criatura por nacer, están amenazados en los momentos del parto por múltiples peligros que solo pueden ser previstos y conjurados merced a los cuidados y las medidas puestas en acción por un personal idóneo, científicamente preparado para ese objeto” (Consejo de Gobierno Local, 1920, pág.271).

Como se observa en la cita anterior, se comenzó a resaltar la importancia de los profesionales vinculados a la salud en detrimento del rol de las personas que tradicionalmente se habían hecho cargo del parto, buscando restringir el rol de las parteras en ese ámbito por no poseer los conocimientos necesarios para lograr disminuir la mortalidad infantil y materna:

“Estas profesionales y los médicos especializados en este ramo los únicos que pueden y deben asistir a las parturientas en el complicado y difícil trance del parto, y, sin embargo, se ha conservado en nuestro pueblo [...] la detestable y peligrosa costumbre de solicitar los servicios de las <<parteras>>, de los <<curanderos>>, <<compositores>>, y <<aliñadores>>, faltos en absoluto de toda preparación científica para el oficio que pretenden ejercitar y causantes de males, en la mayor parte de los casos, irremediables” (Consejo de Gobierno Local, 1920, pág.271).

En ese contexto, la cantidad de partos atendidos en contexto hospitalario comenzaron a aumentar. Según datos de la Universidad de Chile, en 1906 se atendieron 199 partos en el hospital, cifra que para 1917 subió a 3762 (Rodríguez, 1918). A su vez, si bien aumentó la cantidad de partos atendidos en casa de 114 en 1906 a 925 en 1917, se observa que la cifra es baja en relación a la atención en hospitales (Rodríguez, 1918). Esta tendencia de atención hospitalaria del parto se consolida durante el siglo XX, manteniéndose en la actualidad.

De lo anterior se desprende que la atención del parto bajo cuidados médicos se consolidó situando a las matronas y médicos como los individuos con las capacidades necesarias para atender el parto, desacreditando otros saberes en este ámbito, debido a que este evento resultaba riesgoso para la vida de la mujer y el feto, lo que pudo ser controlado mediante conocimientos médicos. Sin embargo, en la actualidad pese a que el parto ya no representa un evento de alto riesgo para la vida de la mujer y el feto, los conocimientos médicos no se adaptaron a las necesidades vinculadas a los derechos de las mujeres en el proceso, tal como se revisó en las estadísticas de atención revisadas.

Por otro lado, resulta relevante mencionar que si bien el parto continuó siendo atendido particularmente por mujeres -matronas-, existían restricciones para que ellas pudieran instruirse en carreras de mayor jerarquía en el ámbito de la salud, como medicina. Lo anterior se puede observar en la siguiente cita de Eloísa Díaz, la primera médica de Chile:

“Por otra parte, ¡siento al reconcentrarme íntimamente que no he perdido instruyéndome i que no he rebajado mi dignidad de mujer, ni torcido el carácter de mi sexo! ¡No! La instrucción, como muchos pretenden, no es la perdición de la mujer: es su salvación.”⁵

Esta tendencia, se mantiene hasta la actualidad con ciertos matices, lo que puede ser observado en que el total de matrículas en Obstetricia y Puericultura para el 2018 evidencia importantes diferencias de género, teniendo 8.218 mujeres matriculadas, versus 412 hombres (Ministerio de Educación, 2019). Contrario a este panorama, se observa que en medicina las mujeres matriculadas para el 2018 alcanzan 8.081, versus 7.726 hombres (Ministerio de Educación, 2019). Esto podría indicar que persisten jerarquías de género dentro de las profesiones médicas, debido a que, si bien en medicina la composición por sexos es similar, incluso inclinada levemente hacia las mujeres, las matrículas de obstetricia muestran que los hombres tienden a optar por carreras de mayor jerarquía en el campo médico, y que una

⁵ Información obtenida de Museo Nacional de Medicina, Dra. Díaz, Eloísa (1866-1950). Recuperado de:<http://www.museomedicina.cl/home/index.php/historia-de-la-medicina/206-dra-eloiisa-diaz-1866-1950.html> el 28 de Noviembre de 2018.

carrera abocada particularmente a la atención del parto y los procesos sexuales femeninos continúa feminizada.

De todo lo anterior se observa que la atención hospitalaria del parto se fundó en relación a jerarquías de conocimiento, entre el científico/médico y el empírico de las parteras, y jerarquías de género, que no solo operan con las pacientes, si no al interior de la disciplina.

4.2 Antecedentes empíricos: estudios sobre subjetividades de ginecólogos/as y matronas/es vinculados a su percepción de la atención del parto

Para analizar la interpretación de los profesionales de salud sobre las prácticas que utilizan en el parto, resulta necesario indagar en el conocimiento existente sobre la relación que estos individuos establecen con la atención del nacimiento a nivel subjetivo. Debido a que el volumen de investigación respecto a este ámbito en Chile no es muy amplio, se indagará también en investigaciones realizadas en otros contextos como América Latina y África.

A nivel mundial, un estudio realizado por la OMS (2016) con una muestra de 2.470 matrones/as de 93 países, utilizando metodologías de encuesta online y de workshops participativos, evidenció que los/as profesionales se sienten comprometidos/as a proveer cuidados de calidad para las mujeres, sus hijos/as, y familias, pero se sienten frustradas por la realidad, ya que sienten que limita sus esfuerzos. En ese sentido, sus principales críticas se enfocan hacia transformar las complejas jerarquías de poder y las dinámicas de género implicadas en el proceso de atención. Un 36% de las/os participantes reportan la existencia de faltas de respeto por parte del personal médico de mayor edad, y un 32% menciona que valorarían ser “más escuchadas”. En la investigación se desagrega la información por países, y se observa que, en el caso de Chile, mencionan entre las barreras profesionales a: Un sistema médico jerárquico y medicalizado, acoso sexual, desigualdades de género en el estudio académico, cuidados médicos centrados en los médicos, condiciones laborales inadecuadas y oportunidades limitadas de entrenamiento. Por otro lado, entre las barreras sociales mencionan: Desigualdad de género en el acceso al trabajo, brechas salariales, el salario es insuficiente en relación al trabajo que realizan y al salario que reciben los doctores, y discriminación hacia hombres que estudian obstetricia, entre otros elementos.

Entre las investigaciones realizadas en América Latina, una ejecutada en 7 maternidades de hospitales en Brasil obtuvo en base a entrevistas que ginecólogos/as tienden a establecer

relaciones jerárquicas con las parturientas, en base al argumento de que ellos/as concentran todos los conocimientos necesarios para atender el parto. Sin embargo, plantean que en la actualidad se da una relación conflictiva, debido a que desde la perspectiva médica las mujeres serían quienes ponen las reglas en el proceso del nacimiento, por lo que limitan el actuar de los/as profesionales. En cuanto a los maltratos en la atención del parto, matronas/es sostienen que han sido testigos de estas situaciones, pero que tienden a guardar silencio y no intervenir, por lo que se genera una “conspiración del silencio”, planteando a su vez que las experiencias traumáticas para las mujeres pueden serlo también para ellas/os (Junqueira y de Mattos, 2017). En línea con la temática del maltrato en el parto, dos investigaciones realizadas en México muestran que los médicos habrían presenciado prácticas nocivas, tratos groseros y ataques verbales en su ejercicio profesional, pero plantean que carecen de herramientas para poder enfrentar dichas situaciones (Ortiz, 2018; Pintado-Cucarella et al., 2015).

Otras dos investigaciones realizadas con médicos brasileños indican que estos perciben dificultades para actualizar su conocimiento en relación al parto, debido a que no hay capacitaciones recurrentes sobre la temática en su espacio profesional (Malheiros et al., 2012). Por otro lado, se observa que las matronas enfatizan en las habilidades técnicas como las deseadas para atender un parto, buscando realizar el procedimiento “tan bien como lo realizan los médicos”. Al respecto, también mencionan que ellas adquieren un rol secundario en el parto, siendo un instrumento para los ginecólogos que guían el proceso (Rabelo y de Oliveira, 2010). Ambas investigaciones evidencian que existen médicos que se muestran críticos a la deshumanización experimentada en la atención hospitalaria del parto, mostrando nulo interés por atender nacimientos en esa modalidad (Rabelo y de Oliveira, 2010), existiendo a su vez médicos que enfatizan en la autonomía y empoderamiento de la mujer como elementos relevantes en el parto, defendiendo una humanización del mismo mediante el respeto de los procesos fisiológicos de las usuarias (Malheiros et al., 2012). Así, se observa que existiría una relación entre la forma en que comprenden las prácticas de atención y su decisión de utilizar o no ciertos procedimientos.

Una investigación en Ghana muestra que los médicos también han presenciado abuso físico y maltrato, pero sostienen que estos se relacionan a los altos niveles de estrés y sobrecarga

laboral que experimentan. Sumado a esto señalan que en ciertas situaciones los maltratos son provocados por la mujer, particularmente en escenarios donde deben controlar la situación y/o a la parturienta para poder ejecutar el parto de forma adecuada (Rominski et al., 2017).

En el caso de las investigaciones realizadas en Chile, una llevada a cabo en 9 maternidades de hospitales regionales del país, evidencia que las matronas sostienen que la falta de conocimiento e información por parte de las mujeres provoca que estas no puedan participar activamente en sus cuidados, y, por ende, no se encuentran preparadas, a juicio de las matronas, para realizar partos con un grado bajo de intervenciones (Binfa et al., 2016). Por otro lado, una tesis de obstetricia y puericultura realizada con becados/as de gineco-obstetricia, muestra que estos becados plantean que turnos excesivamente largos llevan a mecanizar las tareas de la atención del parto, entendiendo los cuerpos de las mujeres a su vez como una máquina. Además, sostienen que durante la especialidad no abordan contenidos sobre la fisiología del parto, centrándose en las posibles complicaciones y patologías de este. Debido a lo anterior, tienden a conceptualizar a las pacientes en relación a sus patologías, y no en relación a la persona que hay detrás de ellas. Finalmente, los/as becarios/as sostienen que perciben el hecho de acompañar partos fisiológicos como algo básico en términos de desafíos, evidenciando una marcada preferencia por el uso de tecnología y procedimientos médicos, dónde resalta la predilección por las intervenciones cesáreas por sobre un parto fisiológico. Esto lo justifican en base a la noción de que resultan más estimulantes, y que le permiten un mayor control de la situación al equipo médico (Artuso et al., 2015). Otra investigación, correspondiente a una tesis de antropología realizada con matronas que atienden partos en casa, muestra que las matronas que atienden este tipo de partos han pasado por procesos individuales que les han permitido comprender el parto desde una visión integral, ampliando el foco de los procesos biológicos. Así, plantean haber adoptado un nuevo paradigma de atención del parto, combinando distintos modelos de atención, buscando ejercer su profesión en espacios de mayor autonomía (Ramírez, 2015).

Se observa que, existen posturas divergentes en médicos y matronas sobre el parto y su atención, diferenciándose tanto en los paradigmas de atención a los que adscriben, como en sus percepciones sobre la violencia en el proceso, entre otros elementos. Según las investigaciones mencionadas, esto podría guardar relación con inclinaciones personales de

los individuos, las cuales podrían vincularse a la forma en que comprenden la atención del parto y en relación con los criterios con que las juzgan, por lo que resulta fundamental indagar con mayor profundidad en este ámbito en el país.

5. Marco Teórico

En el presente apartado se expone la discusión teórica que guió la investigación, que se estructura en 5 subcapítulos: En el primero se exponen los planteamientos de la sociología de la experiencia utilizados. En el segundo se revisa la discusión sobre el género, y el androcentrismo presente en la ciencia y medicina. En el tercer subcapítulo se analizan las características del modelo biomédico y del habitus médico hegemónico, para luego revisar en el cuarto capítulo los modelos alternativos de atención del parto. En el quinto capítulo se sintetizan los principales conceptos utilizados y se presenta la hipótesis de trabajo de la investigación.

5.1 Sociología de la experiencia: capacidad reflexiva e interpretación de las prácticas en matronas/es y ginecólogos/as

Dubet (2010), buscando elaborar una teoría de alcance intermedio, propone la noción de experiencia social, la cual designa las conductas individuales y colectivas dominadas por principios constitutivos heterogéneos y a la actividad que los individuos realizan en esa experiencia al construir el sentido de sus prácticas dentro de esa heterogeneidad. Esta noción se justifica en base a las observaciones empíricas del autor, en dónde las conductas sociales no serían reductibles ni a la ejecución de normas interiorizadas ni a una serie de elecciones racionales. Siguiendo esta argumentación considera que en la experiencia de los individuos, debido a las características de la sociedad moderna, la acción no tendría una unidad central. Al respecto es relevante añadir que al hablar de acciones, se refiere a conductas o prácticas humanas a las cuales los sujetos enlazan un sentido subjetivo, las que a la vez se encuentran definidas por la naturaleza de las relaciones sociales en que se enmarcan.

Desde esta perspectiva teórica se considera que los individuos no están totalmente socializados, lo cual no se fundamenta en la noción de que los individuos escapan al orden social, al contrario, se basa en que su experiencia se inscribe en registros múltiples y no congruentes. Así, se rechaza que el actor sea totalmente “ciego”, criticando las teorías que plantean a los individuos como “idiotas culturales”, y a su vez se rechaza que los individuos

sean “clarividentes”, sosteniendo que en ese espacio inacabado y opaco que rodea a la experiencia social, se encuentra la subjetividad de los individuos y su conciencia del mundo y de sí mismos, que es lo único de que dispone la sociología para conocer las prácticas sociales (Dubet, 2010). La capacidad reflexiva de los actores se manifiesta debido a que los individuos no viven en la adhesión inmediata al medio y el simple testimonio, sino que construyen una distancia en relación con sí mismos, que les permite juzgar la experiencia social que experimentan. Este trabajo reflexivo tiene siempre la capacidad de ser crítico con el medio, pero no necesariamente se manifiesta de forma crítica en todos los individuos. Esto se evidencia en que los individuos tienden a explicarse, argumentar, y apelar a criterios de autenticidad, verdad y/o valóricos, para dar sentido a su experiencia y volverla coherente. Así, sostiene que “no hay más conducta social que la que interpretan los propios actores, que no cesan de explicarse, de justificarse [...]” (Dubet, 2010, pág.91). Tomando esto en cuenta, se utiliza el concepto de interpretación para abordar la argumentación de los individuos sobre sus acciones.

La reflexividad descrita anteriormente es más intensa cuando los individuos se encuentran en situaciones que no están completamente codificadas y previsibles (Dubet, 2010), por lo que en el contexto hospitalario que aborda la presente investigación existirían dificultades para que los individuos ejerzan su reflexividad debido a las pautas de acción institucional. De todas formas, el autor señala que:

“Es necesaria muy poca cosa para que la calma aparente de las prácticas revele tensiones que prohíben reducir las conductas a rutinas o a aplicación de roles [...] Una sociología de la experiencia invita a considerar a cada individuo como un “intelectual”, como un actor capaz de dominar conscientemente, al menos en cierta medida, su relación con el mundo” (Dubet, 2010, pág.96).

A través de esta teoría se permite acceder al rol activo que tienen los sujetos en la comprensión y definición de su experiencia social, siendo así pertinente para abordar las irregularidades de la acción médica, ya que pese a estar socializados en prácticas comunes, existen diferencias en las intervenciones que utilizan en la atención del parto, lo que podría vincularse a la interpretación que estos realizan sobre las prácticas. Sin embargo, tal como se señaló anteriormente, en contextos altamente codificados como el hospitalario podrían existir

limitantes para que los individuos ejerzan su capacidad reflexiva, o también podrían existir limitantes para que esa capacidad reflexiva se materialice en una transformación de sus prácticas.

Para comprender el contexto en el que matronas/es y ginecólogos/as se desenvuelven se presenta la discusión en relación al género y sus vínculos con la disciplina médica, para luego discutir las características del modelo médico y el habitus que este produce, pasando finalmente a revisar los modelos alternativos de atención del parto.

5.2. Género: patriarcado, jerarquización y androcentrismo

5.2.1. Sistema sexo/género

El concepto sistema sexo/género acuñado por Gayle Rubin (1986), es una herramienta analítica que permite describir y comprender la sociedad humana, en relación a como esta estructura las relaciones entre los sexos –macho y hembra-. La autora emplea una caracterización neutra sobre el campo de relaciones entre sexos, sosteniendo que la opresión existente en la sociedad no es inmutable, sino que es producto de las relaciones sociales específicas que lo organizan en determinado momento histórico-social, y, por ende, pueden ser reorganizadas mediante la acción política (Rubin, 1986). Con este concepto Rubin (1986) busca dejar de lado el concepto patriarcado, el cual critica debido a que enfatiza en la dominación irrestricta de los hombres por sobre las mujeres como consecuencia de la organización de los sexos, dando a entender que no se podrían organizar de otra forma.

Pese a lo anterior, es importante realzar el potencial que tiene el concepto patriarcado para denunciar la opresión de las mujeres en la sociedad actual, lo cual se puede realizar sin caer en el determinismo entre patriarcado y organización de los sexos que plantea Rubin (1986). Para esto la concepción de Lerner (1990) resulta pertinente debido a que plantea que el patriarcado responde a una organización de los sexos de carácter no natural ni referida a determinismos biológicos, y por ende, mutable. De esta forma Lerner (1990) señala que “el patriarcado es una creación histórica elaborada por hombres y mujeres en un proceso que tardó casi 2.500 años en completarse” (pág. 310). Así, se pueden encontrar puntos comunes con los postulados de Rubin (1986), en la medida que ambas autoras enfatizan en el carácter de organización social no determinista de las relaciones entre sexos.

El concepto patriarcado y la teorización feminista en torno a él busca “retratar de una manera global la situación de injusticia de las mujeres como grupo, como requisito necesario previo para la transformación de la realidad por las mismas” (Fernández, 2013, pág.64). De esta forma, el patriarcado se posiciona como una característica transversal a las sociedades presentes en el planeta, lo que no implica una homogeneización, ya que se tiene en consideración que cada sociedad en sí misma posee procesos históricos y sociales particulares que configuran sus relaciones de dominación (Fernández, 2013). En torno a esto, la categoría patriarcado se posiciona como una categoría que resulta aplicable a todas las sociedades, con la cautela de tener en cuenta las particularidades del contexto.

En función de esta breve discusión la noción de sistema sexo/género resulta pertinente para caracterizar a la sociedad en la que se forja la disciplina médica, en la medida que enfatiza en la construcción de relaciones sociales en torno a los sexos de carácter mutable. Sin embargo, no se puede desconocer la configuración histórica de dominación masculina que ha adquirido esta construcción y que se perpetúa hasta la actualidad, que se entiende a través de la noción de patriarcado.

5.2.2. Género como herramienta de jerarquización social

Un elemento central para la organización social del sexo que poseen las diversas sociedades corresponde al género. Este se puede definir como la operación y el resultado de asignar características, expectativas, y espacios, al macho y a la hembra humanos de modo que quedan definidos hombres y mujeres, basando esta asignación en una relación jerárquica entre ambos sexos, primando siempre los valores y espacios de lo masculino (Osborne y Molina, 2008). Esta construcción del género a su vez supone la dirección del deseo sexual hacia el otro sexo, instalando el precepto de la heterosexualidad obligatoria en las sociedades (Rubin, 1986). Esta característica guarda directa relación con la constricción de la sexualidad femenina, puesto que la sexualidad de las mujeres entendida como su capacidad sexual y reproductiva, se convirtió en una mercancía deseada e intercambiable desde los primeros grupos humanos en función de su capacidad de dejar descendencia (Lerner, 1990). De esta forma, la sexualidad de las mujeres fue controlada por el colectivo masculino que tenía derechos por sobre ellas (Lerner, 1990).

Simone de Beauvoir (1954) problematiza la posición de la mujer desde la noción de otredad, planteando que el producto intermedio entre el “macho” y el “castrado” corresponde al ser femenino, generando que el cuerpo de la mujer no tenga sentido en sí mismo sin evocar la figura del macho. Sumado a esto, Beauvoir (1954) menciona que la mujer no es otra cosa que lo que el hombre decida que sea, por lo que al aparecer frente a los ojos del macho como un ser esencialmente sexuado, se constituye únicamente como aquello. Así, el hombre adquiere la categoría de sujeto, mientras que la mujer se construye como un no-sujeto, que por ende no se auto determina y construye sus características en relación a lo que el sujeto – hombre- valora y desea. El planteamiento de Beauvoir (1954) encuentra un vínculo con los postulados de Lerner (1990) en la medida que posiciona la sexualidad de la mujer como el elemento central que la define en tanto objeto para el hombre.

De esta forma, el ámbito sexual resulta una pieza clave para entender la opresión vivida por las mujeres en sociedad. Al concebirse como objetos, en tanto cuerpos sexuados, se naturalizan roles y características construidas sobre esta jerarquía, siendo central la imagen de la mujer en tanto madre, “en virtud de la maternidad es como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico, esa es su vocación natural, puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie” (Beauvoir, 1954, pág.263).

En este sentido se puede sostener que “la maternidad y el género se hallan íntimamente relacionados: cada uno es el elemento constitutivo del otro” (Ávila, 2004, pág.51), considerando el ser madre como un elemento esencial, natural e inalterable de las mujeres. La idea de maternidad va ligada a las tareas de cuidado, las cuales se asocian en el contexto de una sociedad jerárquica y patriarcal a que la mujer se constituye para otros, actuando en relación a necesidades ajenas, lo que se traduce en un descuido de sí misma, bajo la noción de que la mujer no es para sí (Lagarde, 2003).

Así, siguiendo a Nancy Ehrenrich (1993) se puede sostener que: “la maternidad siempre ha sido, y continúa siendo, un concepto colonizado – un evento fisiológicamente experimentado por las mujeres, pero definido y dotado de contenido y valor a través de los conceptos de la ideología patriarcal” (pág.492).

5.2.3 Androcentrismo en la ciencia y la medicina

La construcción jerárquica de las relaciones sociales en el mundo en relación con la división reproductiva de la sociedad implica también que la perspectiva masculina del mundo se objetiva, instalándose como una estructura de pensamiento universal en la sociedad. Este punto de vista masculino del mundo se expresa en diversos ámbitos de la sociedad, en dónde destaca la ciencia como un espacio que históricamente ha estado dominado por una perspectiva masculina. La estructuración androcéntrica de la ciencia se manifiesta en la división del pensamiento entre público y privado, objetividad y subjetividad, razón y sentimiento, que parcela la realidad y genera juicios de valor sobre lo socialmente valorado, dando preponderancia a los históricamente asociados a lo masculino (Sánchez, 2002), referidos a lo público, la objetividad y la razón. Las formas de conocimiento alternativas a la ciencia se estigmatizan como superstición e ignorancia, sosteniendo que son métodos basados en subjetividades e interpretaciones emocionales de la realidad (Ehrenreich, 1993), lo que en la atención del parto se manifiesta al deslegitimar los conocimientos que las mujeres podrían tender sobre sus cuerpos y sentires, privilegiando exclusivamente la perspectiva de los equipos médicos, sin utilizar ambos conocimientos en conjunto en la atención.

Al objetivarse la perspectiva masculina del mundo se naturaliza este conocimiento y la ciencia pasa a considerarse como un ente abstracto, inmanente, incontestable, sin evidenciar que ésta la generan personas que poseen pensamiento e ideologías propias, teniendo juicios previos sobre la masculinidad y la feminidad. Así, al afirmar la neutralidad del conocimiento se legitima el androcentrismo (Sánchez, 2002). Dentro de las disciplinas científicas, la medicina corresponde a un ámbito dónde las manifestaciones del pensamiento androcéntrico resultan evidentes en la medida que se dedica al estudio y cuidado de los cuerpos, y por ende, tiene en cuenta la división reproductiva y sexual entre hombres y mujeres. Se observa que, a lo largo de la historia, la medicina caracterizó los cuerpos femeninos en relación con la experiencia masculina, centrando el discurso sobre las mujeres en la “mujer fecunda”, subordinada al hombre, la cual tenía su razonamiento subordinado a su útero, reduciéndola a su capacidad reproductiva (Martínez, 2008).

Si bien estas conceptualizaciones han mutado con el tiempo, el androcentrismo se manifiesta actualmente en la invisibilización de las características particulares de los cuerpos femeninos en cuanto a su reacción frente a ciertos fármacos o tratamientos médicos, o a su vez, en que

se tiende a naturalizar una diferencia, por ejemplo en que las mujeres posean índices menores en ciertas vitaminas, sin investigar variables que incidirían al respecto (Valls-Llobet, 2008). Por otro lado, pese a los avances en la descripción de los procesos médicos, persistiría la tendencia de describir los fenómenos vinculados a la reproducción en términos de roles de género. Siguiendo a la autora Martin (1991) se observa que, si bien se ha demostrado que el óvulo y el espermio se mantienen juntos debido a mecanismos presentes en ambos, se continúa describiendo al espermio como el agente activo. Las moléculas presentes en los organismos para establecer vínculos suelen denominarse receptores y ligandos, y si bien el óvulo posee los ligandos y el espermio los receptores, se denomina a los receptores del espermio como la proteína que “ata” el óvulo, adaptando el lenguaje científico para que permita perpetuar los roles de género en los gametos masculinos y femeninos (Martin, 1991). Resulta relevante enfatizar en que si bien la ciencia debido al carácter patriarcal del sistema sexo/género en que surge y se desarrolla ha adoptado estas características, estas no corresponderían a una esencia de las disciplinas científicas, por lo que podrían mutar y transformarse si es que se modifican las lógicas en que se encuentran inmersas.

5.3 Modelo biomédico de atención del parto

5.3.1 Características del modelo y sus vínculos con el género

El modelo biomédico en gran parte del mundo corresponde al modelo hegemónico de atención del parto y de la salud en general, el cual como se mencionó, enfatiza en la relevancia de la biología para explicar los procesos de salud y enfermedad (Muena, 2007). Desde esta perspectiva se reduce la experiencia humana a sus elementos físicos, objetivos y cuantificables (Junge en Muena, 2007), tomando los procesos sociales, culturales y psicológicos en los que se ve envuelto el individuo como anecdóticos, subordinándolos a la información obtenida de la biología (Menéndez, 2003). En el caso de la disciplina gineco-obstétrica, se conceptualizaría el parto como un evento exclusivamente biológico. En relación a esto se construye la noción de que el cuerpo y la mente del individuo son elementos que no tienen relación entre sí, entendiendo el cuerpo como una máquina que puede ser dividida en sus diversas partes y “reparada” desde esa lógica, lo que rige las acciones de los médicos en la atención del parto, llevándolos a centrarse exclusivamente en los elementos corporales y eximiéndose de toda responsabilidad sobre la emocionalidad de la parturienta (Davis-Floyd, 2001).

Otra característica relevante de este modelo, como se introdujo anteriormente, se vincula a las jerarquías presentes en la disciplina, construyendo relaciones asimétricas con los pacientes, que en el caso del parto corresponden a las mujeres. Si bien esta característica es parte del desarrollo histórico de esta disciplina, hoy en día se ve reforzada debido a la reducción de los tiempos de consulta y la automatización de los procesos que reducen a las pacientes las oportunidades para dar su opinión (Menéndez, 2003). Además de las jerarquías en relación al conocimiento, al tratarse de una subdisciplina que se enfoca particularmente en los cuerpos femeninos, se encuentran presentes los elementos revisados con anterioridad referidos a las jerarquías de género y el androcentrismo, evidenciando la existencia de un elemento cultural irreductible al conocimiento médico (Ehrenreich, 1993)

La formación de los médicos en este paradigma se caracteriza por un énfasis en la tecnología como herramienta central para el desarrollo adecuado del parto, la cual se considera fundamental no solamente porque permite ampliar la cobertura de atención del nacimiento, sino que a su vez permitiría reducir los riesgos presentes en este evento mediante la homogeneización de las prácticas de atención del parto (Davis-Floyd, 1987). Lo anterior se explica en la medida que, en línea con las concepciones sobre el género anteriormente revisadas, el cuerpo femenino se entiende como defectuoso por lo que no sería capaz de efectuar un parto sin la intervención de profesionales de la salud (Davis-Floyd, 1987).

De esta forma, el modelo biomédico se constituye como el conocimiento autorizado en el escenario del parto. Siguiendo a Jordan (1992) se observa que, en cualquier dominio, por ejemplo, en el ámbito de la salud y los cuidados de esta, existen variados sistemas de conocimiento en donde algunos tienden a poseer mayor relevancia que otros en función de dos características: logran explicar mejor un dominio en particular referido a la eficacia del conocimiento, y/o poseen una base de poder superior a otros los sistemas de conocimiento implicados en ese espacio. En relación al campo de la medicina, con el fortalecimiento de la formación profesional, se deslegitimaron otras formas de conocimiento vinculadas a la salud y al cuidado del parto, situando a la profesión médica en una posición de autoridad cultural, poder económico e influencia política (Starr en Jordan, 1992), que le permite erigirse como el conocimiento adecuado y verídico.

En relación con la centralidad que se le otorga al equipo médico en la atención del parto, y el rol que adquiere la tecnología en el proceso, se produce el fenómeno de la medicalización. En la constitución de este fenómeno la sociedad juega un rol central, debido a que se han transformado las nociones de salud y enfermedad, conceptualizando bajo el concepto “enfermedad” a fenómenos que anteriormente no eran entendidos de esta forma. Por otro lado, el mercado ha fomentado la demanda de la medicina y la tecnología médica que han pasado a ser bienes de consumo (Orueta et al., 2011).

Dentro del fenómeno de la medicalización, el rol de los profesionales de la salud resulta fundamental ya que son quienes la llevan a cabo (Orueta et al., 2011). Frente a esto se observa la convergencia de diversos factores como los beneficios económicos de la ampliación de un mercado de la salud, y el aumento de su capacidad de influencia en la sociedad, sin olvidar la existencia de un genuino interés por aportar al bienestar de la población a través de una confianza en la ciencia (Quadrelli, 2015). El problema central en relación con la medicalización de la vida radica en que al expandir la medicina hacia aspectos fuera de su campo tradicional, se introducen tratamientos de carácter médico en fenómenos para los que la medicina no necesariamente ha desarrollado soluciones adecuadas y/o eficaces (Orueta et al., 2011). Al aplicar intervenciones innecesarias y/o no adecuadas para ciertos procesos, se genera el fenómeno de la iatrogenia, en dónde se producen daños a salud del individuo debido a las intervenciones médicas realizadas (Illich, 1975). En el caso del parto, la progresiva medicalización de los procesos, junto a un aumento del uso de tecnologías de forma rutinaria, podría implicar iatrogenia debido a los posibles malestares e infecciones derivados para del uso rutinario de intervenciones como episiotomía y cesáreas.

Desde una perspectiva de género, la medicalización, el intervencionismo en el parto y la presencia de maltrato en el proceso podrían ser entendidos como herramientas para controlar a las mujeres, bajo la noción de que estas deben obedecer, y someterse al criterio médico para ser clasificadas como buenas o malas madres (Ehrenreich, 1993). Debido a los condicionamientos patriarcales presentes en medicina y al rol de la maternidad en este dominio masculino, a los médicos se les inculca que el embarazo corresponde a un deseo de todas las mujeres, entendiendo este proceso como una constitución de la mujer para otros bajo la noción de la maternidad sacrificial (Cohen y Korem, 2018). Así, se daría una

naturalización del sufrimiento y sometimiento en el parto, bajo la noción de que las mujeres por sobre todo son madres, y deberían avergonzarse de manifestar dolor, y priorizar sus propias experiencias por sobre el bienestar del feto (Cohen y Korem, 2018).

5.3.2 Habitus médico hegemónico

En relación con los elementos anteriormente presentados, se construiría lo que se denomina el habitus médico. En diversos estudios, el autor Roberto Castro (2013; 2014) en solitario, y en conjunto a la autora Joaquina Erviti (2003; 2015), analizan la práctica de la profesión médica bajo las nociones de campo y habitus de Bourdieu.

En base a observaciones los autores plantean que existe un micro orden social dentro de los hospitales, el cual establece que el papel protagónico en ese espacio es de los equipos médicos mientras que las mujeres parturientas adquieren un rol secundario. Así, se tiende a desacreditar a las mujeres como individuos que sufren, invalidando a su vez sus conocimientos sobre su cuerpo (Castro y Erviti, 2003). Se observa que existe una lectura autoritaria sobre las mujeres desde los médicos, lo cual los hace sentir autorizados a pasar por sobre los deseos de las mujeres en tratamientos e intervenciones gineco-obstétricas (Castro, 2013). Sumado a estas características, se plantea que desde los médicos existe un énfasis en los castigos, que se aplican tanto hacia las mujeres que desobedecen sus órdenes, como a personal del equipo médico que comete errores y se encuentran en categorías inferiores al médico (Castro, 2014).

En relación con estos elementos, y en entrevistas con estudiantes de la carrera de medicina en México, se observa que estas características de la práctica médica se generan durante la formación universitaria y hospitalaria debido al currículum oculto que da lugar a predisposiciones autoritarias en la práctica profesional de los médicos (Castro y Erviti, 2015). Los elementos que conforman este habitus médico corresponden a: la generación de una imagen personal que los diferencie del resto de la población, la cual tiene por objetivo transformar su percepción de sí para hacerla coincidir con la imagen de médico; un énfasis en los castigos y el disciplinamiento corporal como método de aprendizaje que permiten conformar las emociones de los médicos adaptados a las lógicas del campo médico; un reforzamiento de las jerarquías existentes dentro de la profesión; y un disciplinamiento de género, referido a desalentar a las mujeres a ejercer ciertas especialidades y situarlas

continuamente en un lugar secundario (Castro y Erviti, 2015). Sumado a lo anterior, la sobrecarga académica implica una pérdida de su capacidad reflexiva, provocando una visión de “túnel” que solo les permite ver lo que tienen en frente, favoreciendo una práctica mecánica (Davis-Floyd, 1987). Así, se configura un habitus en los individuos formados en la disciplina médica que permite generar prácticas intuitivas, el cual reproduce y a su vez es producto del campo médico, el cual se caracteriza por poner en juego la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas de percepción dentro de los ámbitos de salud y enfermedad, así como las reglas de operación en este ámbito (Castro y Erviti, 2015).

Pese a que el habitus médico confluye en la dirección del modelo biomédico, existirían modelos alternativos de atención del parto que también serían parte de la atención en salud y que tensionarían este habitus, los cuales serán presentados a continuación.

5.4 Modelos alternativos de atención del parto: biopsicosocial y holístico

Siguiendo a la autora Davis-Floyd (2001), se puede plantear que el modelo humanista o biopsicosocial de atención del parto, proviene de un rechazo a los excesos del paradigma biomédico, reconociendo que existe una comunicación constante entre el cuerpo y la mente. Los cuerpos se entienden como organismos con relaciones complejas y no como máquinas con elementos separados, por lo que el cuidado integral se vuelve un elemento facilitador del parto. Bajo este modelo las mujeres que dan a luz se entienden como individuos relacionales que necesitan de otros y por ende el rol de sus redes de apoyo es relevante, siendo central mantener una comunicación constante que les permita tomar decisiones conjuntas con el equipo médico. Los médicos que siguen este paradigma utilizan la tecnología disponible, pero respetan los procesos naturales buscando no intervenirlos de no ser necesario. Finalmente, desde este paradigma se encuentran abiertos a aplicar tratamientos no convencionales, siempre que se complementen con los conocimientos y cuidados médicos convencionales basados en evidencia. Para la autora, este modelo es el que tiene mayores posibilidades de modificar los parámetros de atención del parto, en comparación al holístico, en la medida que permite complementar los avances médicos y sus aportes, con un cuidado enfocado en las necesidades de las mujeres embarazadas. Resulta relevante enfatizar que en varios documentos del Ministerio de Salud y programas sobre la atención del parto, señalan explícitamente adherir a este paradigma.

El modelo holístico de atención del parto, el cual es totalmente contrario al modelo tecnocrático, es el de menor popularidad en la actualidad. En este el cuerpo y la mente se perciben como un mismo elemento, siendo central una aproximación hacia el “espíritu” de la mujer parturienta. El cuidado tiende a ser individualizado y se entiende que la mujer es la principal agente de sus procesos, por ende, tiene el protagonismo total en el parto. No rechazan completamente el uso de tecnología, pero sí dejan el criterio de aplicación de esta completamente a decisión de la mujer implicada en el proceso, fomentando el uso de múltiples modalidades de sanación y cuidado provenientes de métodos tradicionales (Davis-Floyd, 2001).

5.5 Conceptos centrales e hipótesis de trabajo

De lo anteriormente expuesto se desprenden los conceptos centrales para la investigación:

- ❖ Interpretación: Acción de los individuos que les permite dotar de sentido sus experiencias. Se manifiesta en la explicación o argumentación que generan sobre sus actos apelando a diversos criterios.
- ❖ Reflexividad: Capacidad de los individuos, que puede o no ser crítica, la cual les permite generar una distancia sobre sí mismos y juzgar su experiencia social, lo cual posibilitaría intencionar, o no, una transformación de sus prácticas para que estas les sean coherentes.
- ❖ Sistema sexo/género de carácter patriarcal: Sistema social en dónde la sexualidad biológica de los individuos se transforma en un producto de la actividad humana que estructura las relaciones entre los sexos -macho y hembra-, en función de la diferenciación sexual (Rubin, 1989), la cual se encuentra influenciada por una configuración histórica de dominio masculino, que permite retratar la situación de injusticia de las mujeres como grupo.
- ❖ Género: Construcción social jerárquica de conductas, cualidades y características asociadas a cada sexo, que se genera en relación a la división reproductiva. Repercute en la creación de una imagen de la mujer asociada a la maternidad y al cuidado, que no se considera sujeto, sino un objeto construido en relación a la otredad de la imagen masculina.
- ❖ Androcentrismo: Estructura de pensamiento que objetiva la perspectiva masculina del mundo, y jerarquiza en relación con esta para situar al hombre como el patrón a seguir

en todos los ámbitos de la vida, evidenciada fuertemente en los conocimientos de la medicina.

- ❖ Modelo biomédico de atención del parto: Modelo de atención del parto basado en la deslegitimación de conocimientos no científicos, y exaltación de las jerarquías de conocimiento y de género, lo que deviene en una tecnologización y estandarización de los procesos del parto, buscando volverlos predecibles y controlables.
- ❖ Medicalización del parto: Patologización de un evento reproductivo correspondiente al desarrollo de los cuerpos femeninos, buscando atenderlo exclusivamente bajo conocimientos médicos, produciendo en algunos casos daños debido a las intervenciones realizadas.
- ❖ Habitus médico hegemónico: Sistemas de disposiciones que profesionales de la salud adquieren en su formación, caracterizado por tendencias autoritarias, con énfasis en las jerarquías de conocimiento y de género, y un disciplinamiento del cuerpo.
- ❖ Violencia obstétrica: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007).
- ❖ Modelo biopsicosocial del parto: Modelo que entiende el parto como un proceso natural, en dónde se encuentran involucrados elementos físicos, psicológicos y emocionales. Las personas se conceptualizan como individuos relacionales, por lo que se involucran sus redes de apoyo. Aplica intervenciones basadas en evidencia.
- ❖ Modelo holístico del parto: Modelo que se aproxima al parto desde el “espíritu” de la mujer, posicionándola como la principal agente de sus procesos y dejando a su criterio la aplicación de intervenciones. Entiende al cuerpo y la mente como elementos unificados, y fomenta el uso de múltiples modalidades de sanación.

La hipótesis de investigación correspondió a la siguiente:

Las/os matronas/es y ginecólogos/as del sector público al estar inmersos en lógicas de acción variadas, tanto en el campo médico como en todos los espacios que habitan, tendrían la posibilidad de desarrollar una reflexividad crítica hacia el modelo biomédico en el que se forman y hacia las jerarquías de género que este fomenta, permitiéndoles interpretar y juzgar sus prácticas de atención en función de principios que propicien una intención de transformar dichas prácticas; intención que podría verse limitada debido a las condiciones en que se desarrolla su trabajo.

Esta hipótesis se sustenta en relación con los conceptos anteriormente revisados, en dónde el modelo biomédico, que condiciona el habitus de los médicos formados en él, se forja mediante un conocimiento androcéntrico que perpetúa jerarquías y estereotipos en torno al género, posicionando los cuerpos femeninos como defectuosos, y fomentando la intervención en el parto. No obstante, al tener la posibilidad de verse influenciados por otros principios y formas de acción provenientes de modelos de salud alternativos, lo que sería posible debido a que los individuos no son ejecutores de normas interiorizadas sino que interpretan el medio para darle coherencia y en función de aquello actúan, tendrían la posibilidad de desarrollar una capacidad reflexiva crítica hacia el modelo biomédico y tener la intención de transformar sus prácticas. Sin embargo, debido a las condiciones en que desarrollan su trabajo, referidos a turnos largos y una fuerte presión asistencial en el sistema público, podrían verse limitadas las intenciones de transformar sus prácticas de atención viéndose imposibilitados de realizar acciones fuera de las pautas del hospital en que se desempeñan.

6. Marco metodológico

A continuación se expone el diseño metodológico que contiene las estrategias utilizadas para producir los resultados de la investigación en relación con los objetivos anteriormente presentados.

6.1 Tipo de investigación

Para responder a la pregunta de investigación se utilizó un enfoque cualitativo debido a que este posibilita “alcanzar la estructura de observación del otro [...] su orden interno, en el espacio subjetivo-comunitario, como sentidos mentados y sentidos comunes” (Canales, 2006, pág. 19). En este sentido, siguiendo los planteamientos de Canales (2006) se buscó comprender al otro bajo su propio esquema observador, es decir, bajo “la vara de medida que

le es propia y lo constituye” (pág.20). Fue posible mediante este enfoque metodológico indagar en la interpretación sobre las prácticas de atención del parto de matronas/es y ginecólogas/os, desde sus propios discursos.

6.2 Técnica de producción de información

La técnica de producción de información utilizada es la entrevista semiestructurada o entrevista estandarizada abierta, caracterizada por incluir un cuestionario de preguntas estandarizadas pero de respuesta abierta (Canales, 2006), que permite acceder a los sentidos que los individuos le dan a sus conductas (Martuccelli y de Singly, 2012). Esto fue relevante para la presente investigación al permitir acceder a la interpretación que los profesionales realizan sobre sus prácticas de atención.

Debido a los acontecimientos sociales y de salud pública experimentados entre fines del 2019 y principios del 2020, las entrevistas fueron aplicadas en dos etapas: En primera instancia se realizaron 6 entrevistas presenciales durante el segundo semestre de 2019, y luego durante el primer semestre de 2020, a causa de la pandemia de COVID-19, fueron realizadas 4 entrevistas online mediante la plataforma Zoom. La muestra final se describe en el siguiente apartado.

Respecto a este escenario es posible reflexionar que el uso de esta plataforma online fue beneficioso en la medida que debido a la limitación de contacto cara a cara que significó la pandemia, lo que se agudizó particularmente en el caso de trabajadores de la salud, permitió realizar las entrevistas a pesar de las distancias geográficas y restricciones de tiempo de los/as participantes. En este sentido, según literatura sobre el uso de plataformas virtuales para la investigación, la flexibilidad que aportan estas herramientas, en términos de definir horarios, disminuir tiempos de traslado, y la posibilidad de realizar las entrevistas en un ambiente cómodo y familiar para el/la entrevistado/a, puede ser beneficiosa para la investigación social (Irani, 2019; Archibald et al., 2019). Entre los desafíos que pueden plantear estas plataformas, se encuentra la posibilidad de que el contacto cara a cara sea necesario para contener en situaciones que la entrevista toque temas que sean emocionalmente delicados para las personas, o la dificultad de algunos individuos para utilizar este tipo de herramientas (Irani, 2019), pero en el caso de la presente investigación esas barreras no se manifestaron.

El instrumento de producción de información con su respectivo consentimiento informado se encuentra en el Anexo N°1 y Anexo N°2.

6.3 Universo y muestra

El universo del estudio correspondió las/os matronas/es y ginecólogos/as que ejercen actualmente la profesión en el sector público. Debido al carácter cualitativo de la investigación, se utilizó un muestreo teórico, basado en la selección de casos según categorías que resultaron teóricamente relevantes para la investigación (Glasser y Strauss, 1969). Si bien en un principio se propuso una muestra de 12 sujetos, se trabajó con un total de 10 debido a las limitaciones que la pandemia COVID-19 significó en términos de carga laboral y horarios de trabajo para profesionales de la salud en hospitales públicos, lo que dificultó la posibilidad de establecer contactos.

Para proteger la confidencialidad y anonimato de las/os participantes, cuestión necesaria dadas las características del tema investigado y el cuestionamiento creciente sobre la VO en el sector público, no se entrega información sobre el hospital en que trabajan o cualquier otro dato de identificación.

A continuación, se presenta la muestra alcanzada:

Tabla 2: Muestra de la investigación.

Profesión	Sexo / Modalidad de la entrevista				Total muestra
	Mujeres		Hombres		
	Presencial	En línea	Presencial	En línea	
Ginecólogos/as	2	0	1	1	4
Matronas/es	3	0	0	3	6
Total	5	0	1	4	10

Como criterio de inclusión se estableció que los/as seleccionados/as debían encontrarse titulados, y poseer 1 año de experiencia laboral, para que pudieran tener experiencia en su ejercicio profesional, conociendo las prácticas que se utilizan y las dinámicas de las instituciones hospitalarias.

Para acceder a los/las entrevistados/as se utilizó la estrategia de muestreo por bola de nieve, la cual implicó contactar individuos que fueran casos de interés para el estudio y que luego

estos contactar a sus semejantes que cumplieran con las características para ser incluidos en la muestra (Martínez-Salgado, 2012). Si bien esta estrategia se utiliza para acceder a grupos que son difíciles de contactar debido a limitantes geográficas o físicas y grupos que no desean ser contactados debido a situaciones de marginalidad en la sociedad (Alloati, 2014), se justificó en la presente investigación debido a las limitantes físicas y burocráticas en el acceso al espacio hospitalario para individuos externos a él.

6.4 Dimensiones de análisis

La presente matriz de análisis contiene la operacionalización de los objetivos de investigación que permitieron construir el instrumento, producir la información, y realizar el análisis de los resultados.

Tabla 3: Matriz de análisis.

Objetivos Específicos	Subdimensiones	Propiedades
Describir y comparar las prácticas que matronas/es y ginecólogas/os del sector público señalan utilizar en la atención del parto.	Intervenciones y procedimientos médicos en la atención del parto.	Cesáreas/parto fisiológico
		Uso Anestesia
		Uso de suero
		Posición de litotomía/postura libre
		Uso de Oxitocina
		Episiotomía
		Maniobra de Kristeller y Fórceps
	Monitorización fetal continua	
	Cuidados y tratos en la atención del parto.	Presencia/ausencia de acompañante de la mujer
		Contacto piel con piel con el bebé
		Alimentación oral y líquidos
		Maltrato verbal y humillaciones
		Maltrato físico Uso de fuerza física
	Describir y comparar el ejercicio de reflexividad que ponen en práctica matronas/es y ginecólogas/os del sector público, al interpretar las prácticas que	Interpretación sobre el modelo biomédico.
Interpretación sobre el sistema sexo/género de carácter patriarcal.		Jerarquías de género.
		Imagen sobre la mujer = madre.
		Imagen sobre las pacientes

señalan utilizar en la atención del parto.	Interpretación sobre las prácticas de atención	Argumentos y criterios que utilizan para definir su postura en relación a las prácticas de atención
Analizar los discursos sobre las características del contexto hospitalario en que se desempeñan matronas/es y ginecólogas/os del sector público, y sus repercusiones sobre la interpretación y las posibilidades de modificar sus prácticas de atención del parto.	Características del contexto hospitalario.	Turnos
		Cantidad de partos
		Tiempos de atención
		Infraestructura
	Repercusiones en la interpretación y posible transformación de las prácticas de atención.	Elementos que actúan como facilitadores y como restricciones a la capacidad reflexiva. Elementos que actúan como facilitadores y como restricciones a la transformación de las prácticas de atención.

6.5 Plan de análisis

El plan de análisis se enmarcó en el Análisis Sociológico del Discurso (ASD), el cual, siguiendo a Ruiz (2009) refiere a una técnica de análisis fundada en la noción de que a través de la investigación cualitativa se obtiene un conocimiento de carácter objetivo acerca de la subjetividad de los individuos, mediante la intersubjetividad, basado en los siguientes supuestos:

1. Al comprender la intersubjetividad se obtiene un conocimiento sobre el orden social debido a que esta proviene de, reproduce, y a su vez establece ese orden.
2. Al analizar los discursos en particular se permite acceder a la intersubjetividad, ya que esta se encuentra contenida en los discursos a la vez que proviene de ellos.

El ASD contiene tres niveles de análisis, siendo el primero el de nivel textual dónde se lleva a cabo un trabajo de descripción y caracterización del discurso. El segundo nivel es el análisis contextual en dónde se comprende el discurso como un evento producido por individuos en contextos concretos y marcado por sentidos específicos. El tercer nivel es el análisis interpretativo, en dónde existen tres perspectivas diferentes para interpretar los discursos: 1) “la información”, dónde se postula que los sujetos entregan información sobre la realidad social por medio del discurso; 2) “la ideológica”, dónde se postula que el punto de vista del individuo es una forma de tomar posición en el mundo, desde la cual lo percibe e interpreta; 3) la interpretación de “producto social”, dónde se postula que existen condiciones simbólicas en la realidad que elaboran las producciones discursivas de los individuos. Estos tres niveles no necesariamente se dan de forma distinguida en la práctica (Ruiz, 2009).

El ASD resultó pertinente para la investigación propuesta en la medida que permitió acceder a la intersubjetividad de los individuos en los equipos médicos del área gineco-obstétrica de la salud, mediante los discursos individuales de ellos, posibilitando analizar su discurso a nivel grupal. De esta forma se buscó alcanzar un conocimiento de carácter objetivo sobre la subjetividad de estos individuos, permitiendo comprender así el carácter del orden social vinculado a las interpretaciones de los individuos formados en la gineco-obstetricia.

El plan de análisis se llevó a cabo mediante las herramientas de la Teoría Fundamentada siguiendo los planteamientos de Strauss y Corbin (2002). En primer lugar, se implementó el microanálisis, que permitió generar categorías iniciales mediante un análisis línea por línea, combinando la codificación abierta y la axial. La primera implicó identificar los conceptos y agruparlos en categorías según el contexto de la información y el enfoque de la investigación, identificando propiedades y dimensiones de cada categoría. La segunda involucró establecer la relación entre las categorías y sus subcategorías. Ambos procesos se dieron de forma conjunta. Así, se corrigieron las dimensiones de análisis utilizadas en función de los discursos y los objetivos de investigación. Luego, utilizando la codificación selectiva, se refinaron y profundizaron los conceptos y categorías principales de la investigación estableciendo las relaciones entre ellas (Strauss y Corbin, 2002).

Esto se implementó utilizando el software computacional “Atlas-ti versión 7”, en el cual se generaron códigos desde el microanálisis que luego fueron perfeccionados y agrupados en familias y super-familias según las categorías y sus relaciones.

6.6 Consideraciones éticas

La presente investigación, al abordar la interpretación que los profesionales del área gineco-obstétrica de la salud realizan sobre las prácticas de atención, implica el riesgo de que se identifique que los/as entrevistados/as realizan VO, por lo que se aseguró el anonimato en las entrevistas y la confidencialidad en el manejo de la información que entregaron. Esto se planteó explícitamente en el consentimiento informado de la presente investigación, dónde se señaló la voluntariedad de la participación en el estudio, y la opción de interrumpir, o de no responder preguntas en el momento que desearan. Se aseguró la devolución de resultados a los/as participantes, lo que se hará mediante un documento que resuma los principales hallazgos, que será enviado por correo electrónico.

7. Presentación de resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación estructurados en tres dimensiones correspondientes a los objetivos específicos.

7.1 Prácticas que señalan utilizar en la atención del parto

Siguiendo la matriz de análisis las prácticas de atención fueron analizadas en dos subdimensiones: intervenciones y procedimientos, y cuidados y tratos en la atención. Se exponen los resultados siguiendo esa estructura.

Para abordar este capítulo resulta relevante retomar los protocolos que rigen la atención del parto en el país, presentes en el Manual del año 2008, basados en las recomendaciones de la OMS, donde se sugiere: 1. Permitir ingresos de acompañantes, 2. No situar a las mujeres en posición de litotomía, 3. Permitir el libre movimiento en el pre-parto y en el expulsivo, 4. No utilizar la episiotomía ni la rotura de membranas de forma sistemática, 5. Permitir ingesta de líquidos y alimentos. Además, incentivar la entrega de información a las mujeres sobre la atención para que puedan tomar decisiones informadas, en un marco de respeto a sus creencias y necesidades⁶. A continuación se abordan las prácticas de atención y los cuidados utilizados en el parto por los/as profesionales entrevistados, a la luz de estas recomendaciones y los planteamientos teóricos sobre el modelo biomédico.

7.1.1 Intervenciones y procedimientos médicos en la atención del parto: predominio de técnicas que medicalizan los nacimientos

En los discursos de las/os entrevistadas/os se evidencia una regularidad en la implementación de intervenciones y procedimientos médicos, existiendo casi nulas diferencias entre las submuestras de ginecólogas/os y matronas/es y entre hombres y mujeres.

Al analizar los discursos ginecólogos/as y matrones/as coinciden en que prima la atención de partos fisiológicos, lo que se condice con los datos sobre la atención a nivel nacional en hospitales públicos. Pese a favorecer el desenlace de los nacimientos por vía vaginal, según

⁶ Para más información se pueden revisar los siguientes documentos: Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, Ministerio de Salud, 2008: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf. Declaración de Fortaleza, Organización Mundial de la Salud, 1985: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

los relatos existiría un predominio de ciertas intervenciones que implicarían una medicalización de la atención del parto, entendida como se señaló anteriormente, como la conversión de situaciones naturales del parto en patológicas, abordándolas desde los conocimientos médicos aunque estos no sean los más adecuados (Orueta et al., 2011). Prácticas como el uso de la posición litotómica de rutina, uso rutinario de oxitocina y rotura de membranas, podrían considerarse dentro de lo anterior debido a que no favorecen un desenlace fisiológico del proceso y no se justifican en situaciones que no son de emergencia. Ambas submuestras de profesionales señalan que la postura de litotomía predominaría tanto en el trabajo de parto como en el periodo expulsivo en los hospitales en que se desempeñan, siendo señalado el uso de postura libre en el expulsivo solamente por matronas y una ginecóloga pertenecientes las tres a un hospital en particular:

“Sí, o sea lo nuestro es parto en movimiento, pero somos casi el único hospital que lo tiene, no está masificado. Nosotros lo tenemos y de hecho el ministerio nos llamó pa que hagamos un programa piloto pal resto de Chile, pero está como en el nuestro y en [otro hospital de la Región Metropolitana]. Nosotros le llamamos pelvis libre o sea se le pregunta en que posición quiere estar [...]” (Ginecóloga, E1).

Por otra parte existiría un consenso entre matronas/es y ginecólogas/os en que el uso de suero en los trabajos de parto en general sería continuo, mencionando algunas matronas que suspenden el traspaso de suero en momentos particulares al no considerarlo necesario. A su vez, el uso de anestesia sería generalizado en todos los partos, y si bien predomina el discurso de que se utiliza cuando la mujer la solicita debido a que es un derecho GES⁷, un matrón menciona que en el hospital en que trabaja se intenta retrasar el uso de esta a fases de mayor dilatación por indicación médica pese a solicitudes de las mujeres.

Con respecto a técnicas de manejo no farmacológico del dolor tales como usar balones kinésicos, masajes, aromaterapia y otros, se señala que la principal técnica utilizada es el movimiento en el parto, particularmente la deambulación de la paciente, y luego el uso

⁷ Garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html>

del balón. La mitad de los ginecólogos/as señala que en el hospital que trabajan se utilizan técnicas de manejo no farmacológico como la deambulación, tendencia que se repite en el caso de las matronas. Sin embargo, ofrecer la práctica de deambulación a las pacientes durante el parto no sería una constante en los hospitales en que señalan utilizarla:

“Por lo general no se les pregunta, yo hablo desde la experiencia que he visto. Pero yo si lo hago, mucho, y por lo general en parto no se hace, si se les hacen cuando están en sala como en fase latente y prodrómica, se les hace caminar, pero cuando ya están en parto por lo general no las dejan caminar. Yo siempre les consulto si quieren caminar a mis pacientes para dejarlas caminar, y ahí me he encontrado con problemas” (Matrón, E8).

Sobre el uso de oxitocina sintética los/as entrevistados/as señalan que sería una práctica generalizada en la mayoría de los partos que han atendido. El uso de episiotomías sería restrictivo a la necesidad de cada caso, por lo que según los discursos analizados, en los hospitales considerados se habría erradicado el uso rutinario de esta práctica. En cuanto a la monitorización fetal, no se identifica un consenso en los relatos respecto al uso de esta práctica; aproximadamente la mitad de ambas muestras de profesionales señala que la monitorización se utiliza de forma intermitente, y la otra mitad de forma continua. Resulta interesante señalar que ginecólogos/as que trabajan en el mismo hospital indican que la monitorización fetal es intermitente y a la vez continua, evidenciando irregularidades en el uso de este implemento dentro de una misma institución.

Al momento del expulsivo en todos los testimonios de ginecólogos/as y matrones/as predomina la noción de que lo común es dirigir el pujo de las pacientes, pese a que esto no se encuentra indicado si no es necesario. En ocasiones la indicación del pujo va acompañada de reproches como se observa en la cita a continuación:

“Em... puja, se te va a morir la guagua, hacete [sic] caca, o sea yo siento que el hacete [sic] caca no es tan terrible, pero también es fuerte de repente cuando uno se lo explica [...] Sí po. Y puja, puja, así como todo el tiempo, no va a entrar tu pareja, no sé cosas así” (Matrón, E8).

Pese a esta situación, en los relatos también se observa que algunas/os profesionales señalan que la dirección del pujo se complementa con alentar a la mujer y lanzarle frases de aliento para que pueda sobrellevar la situación:

“[...] Pero como que en esa más sorora, ya ‘respira, puja, no te desesperes cachai’ onda, está todo bien falta súper poco lo estás haciendo muy bien’, siempre es ‘lo estás haciendo muy bien, pujas muy bien, ya respira, contén la respiración [...]” (Ginecóloga, E1).

Al referirse al uso de la herramienta fórceps durante el expulsivo, matronas/es y ginecólogos/as coinciden en que el uso de esta herramienta tiende a ser bajo, señalando que se daría en menos de un 10% de los partos en todos los hospitales según la perspectiva los/as ginecólogos/as. Por otra parte en todas las entrevistas se reporta el uso de la maniobra de Kristeller, la cual fue proscrita⁸ debido a los riesgos que conlleva al momento del parto. En los testimonios de médicos y matronas/es se señala el uso de eufemismos para referirse al uso de esta maniobra:

“Entrevistadora: ¿Y la maniobra de Kristeller?

Ginecólogo: Está proscrita, no debiera hacerse. La gente usa eufemismos para eso y dicen que hicieron un "apoyo de fondo", el fondo del útero se apoya, pero eso es, una falacia, o sea, no. El Kristeller no está indicado, no debiera hacerse” (E10)

“Em, la maniobra de Kristeller se ocupa bastante, de hecho se ha disfrazado, de, en vez de hablar de Kristeller hablan de que "te ayudan por arriba", ayudan por arriba” (Matrón, E8)

El uso de estos nombres alternativos se detecta en los discursos incluso en quienes señalan directamente que la maniobra no se utiliza en el hospital en que trabajan:

“Entrevistadora: ¿Y la maniobra de Kristeller?

⁸ La maniobra se señala como proscrita en el Manual del 2008 de atención del parto (Ministerio de Salud, 2008), además de ser un factor de riesgo para provocar roturas uterinas (Ministerio de Salud, 2015).

Matrón: También, también era algo que se veía que ya era muy muy viejito, entonces no...

Entrevistadora: ¿No se usaba mucho, tú no la viste?

Matrón: No, nunca la ví.

Entrevistadora: Ya, ¿y esto de que le llaman a veces como apoyo de fondo o algo así?

Matrón: Eso se daba, pero muy muy muy poquito” (E7)

“No, aquí no se hace, no [...] Si doctor, sabe que ayúdeme sujetemos el fondo del útero mientras la señora puja, sujetemos el fondo del útero para que la guagua no se me devuelva, listo guagua afuera, y listo, superado el problema” (Matrona, E2)

En función de lo revisado, se observa que los/as profesionales tienen conciencia de que hay prácticas no recomendadas o proscritas de la atención que se utilizan de todas formas en los hospitales actualmente. Así, no sería posible afirmar que esta situación se da por desconocimiento de las prácticas recomendadas. En el próximo capítulo se profundizará en los argumentos y justificaciones que esgrimen para utilizarlas.

Finalmente, en los discursos de matronas/es se evidencia la percepción de que el uso de ciertas intervenciones en el parto implica la aplicación de muchas otras técnicas para disminuir los riesgos y permitir que el parto se siga desarrollando de forma adecuada, lo que se puede evidenciar en el siguiente relato:

“[...] Lo que yo les explico a las pacientes, es que una vez que ella pide la anestesia el parto se medicalizó y vamos a hacer otras cosas además de la anestesia, ya. Que, anestesia puesta significa intervención, y tenemos que hacerlo, ya, le vamos a poner oxitocina pa mantener las dinámicas, en algunos casos muy eventuales no es necesaria, y si no es necesaria no se la ponemos, evidentemente que no, si no es necesaria no se le pone, pero el suero está preparado, puede que no esté conectado siquiera, pero está ahí. Y, la rotura de membranas también es una práctica normal después de la anestesia, la rotura de membranas justamente para acortar los tiempos y para que esa paciente requiera el mínimo de anestesia posible [...]” (Matrona, E2)

El uso rutinario de estas intervenciones es lo que desde grupos activistas por el parto respetado se califica como “cascada de intervenciones”, concepto que haría alusión a la espiral de medicalización en que se entra en la atención del parto al utilizar ciertas prácticas de atención en casos no requeridos. Si bien los/as ginecólogos/as mencionan este fenómeno, no enfatizan en él como el grupo de matronas/es.

7.1.2 Cuidados y tratos en la atención del parto: persistencia de maltratos y carencias en la aplicación de los cuidados

En relación con los cuidados al momento de parir, en todos los relatos se menciona la presencia de acompañantes en el parto, no así durante el periodo de preparto. En quienes mencionan que el acompañante puede estar dentro de la sala durante todo el proceso, señalan que para ciertas intervenciones ya sea en la paciente u otras mujeres que estén en la sala, se les pide a los acompañantes que salgan por lo que el acompañamiento no sería continuo. Solamente matronas y una ginecóloga mencionan que se intenta un acompañamiento continuo incluso mientras se realizan intervenciones.

Respecto a la alimentación, siguiendo los discursos de matronas/es, predomina el uso de dieta blanda y abundantes líquidos por sobre alimentación sólida. En el caso de los ginecólogos/as dos señalan que en su hospital se les da alimentación sólida, pero preferirían modificarlo a dar líquidos y dieta blanda. Por otra parte del total de matronas/es, solo 2 de 6 mencionan que en los hospitales en que trabajan no se respeta el tiempo de 30 minutos de contacto piel con piel de la madre con el recién nacido aunque se encuentre presente en los lineamientos de atención⁹. Contrario a esto, 3 de 4 ginecólogos mencionan que en sus hospitales el contacto piel con piel es menor a 30 minutos.

Una temática que señala la mitad de los/as matrones/as y una ginecóloga en las entrevistas refiere a la necesidad de establecer una buena comunicación con la paciente al momento de explicar los procedimientos a realizar, lo que incidiría desde su perspectiva en dejar una sensación positiva para la mujer durante el proceso independiente de las prácticas e intervenciones que se realicen:

⁹ El Manual del 2008, señala que se debe favorecer un apego mayor a 30 minutos, aplazando los procedimientos que no sean estrictamente necesarios a 45 o 60 minutos después del expulsivo (Ministerio de Salud, 2008).

“[...]Es que mira, yo nunca he tenido una demanda, ni un reclamo en 10 años. Pero es porque realmente explico todo, me comunico así heavy cachai’, y ese es el secreto cachai’, no es que uno haga las cosas mejores que otros, me equivoco seguro muchas veces cachai’ [...] pero me comunico cachai’, entonces las pacientes igual se sienten más agradecidas, más tomadas en cuenta” (Ginecóloga, E1)

A su vez, una matrona y la misma ginecóloga, señalan la relevancia de pedir el consentimiento de la paciente al momento de realizar una intervención y no solamente avisarles que lo van a realizar:

“Lo otro que he aprendido ahora, que es preguntar cuando la mujer esté lista para yo hacerle tacto vaginal, entonces de repente hay médicos que dicen ya, ya tranquila y llegan y meten la mano [...] yo también lo hacía, pero en el fondo no así como llegar y meter si no como ya, ahora voy a entrar tranquila, relaja la pelvis, como que avisaba que iba. Pero no preguntaba y eso fue el cambio que yo hice últimamente también” (Matrona, E4).

Vinculado al tema de la comunicación, al consultarles por el maltrato verbal realizado en el parto hacia las pacientes, que se encuentra documentado en algunos estudios (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2018; Leighton, Monsalve, Ibacache, 2008) todas/os mencionan haber escuchado algún tipo de maltrato verbal ya sea como estudiantes o trabajadores. Quienes llevan más de 20 años de profesión, indican que durante sus años de estudio era recurrente escuchar ya fueran frases de reproche a la sexualidad o amenazas de posibles daños al bebé las cuales ya no serían tan frecuentes desde su perspectiva:

“En el [Hospital Región Metropolitana] cuando yo me formé en los años 80' eso no era infrecuente, "puja mijita porque si no la guagua se va a quedar tonta" por ejemplo. Eso ya no pasa, ya no pasa” (Ginecólogo, E10)

“Como estudiante si po, en el [Hospital Región Metropolitana], los médicos estos diostores, “ah no le gustó”, si, claro lo viví, lo vi. Pero hace mucho tiempo que no” (Matrona, E2)

Sin embargo, otros/as entrevistados/as de menor edad y que llevan menos de 4 años trabajando en la atención del parto, señalan que estas prácticas seguirían estando presentes en las maternidades del país:

“Las cosas que lamentablemente escuchaba era de "no te gustó hacerlo", "no te gustó abrir las piernas", "acaso no sabes pujar", "aquí la que manda soy yo y yo te tengo que decir cuándo o no hacer el pujo", em que más escuchaba, "no si esta está puro... está puro exagerando, no siente tanto dolor si las contracciones que tiene son pequeñitas, no sé por qué grita tanto", son las cosas que más he escuchado” (Matrón, E7)

Del total de los discursos, solo una matrona menciona haber realizado maltrato verbal, situación de la cual se muestra arrepentida:

“Yo a veces me acuerdo con pena que yo me acuerdo una vez llegué y había una señora gritando y yo le dije “oiga señora, pero pare de gritar po si esto no es la feria”, yo se lo dije a una señora” (Matrona, E3)

A su vez, una ginecóloga señala que en ocasiones resulta necesario dar instrucciones de forma dura en el parto debido a las conductas de las mujeres al momento de parir:

“[...] Y tú tienes en este momento un bebé que no tiene ninguna culpa que la señora no quiera pujar, entonces obviamente te frustras porque tienes una madre, una madre, que no quiere lo mejor para su bebé en ese minuto. Entonces suena super cruel y super frio para la gente que no trabaja en esto, pero cuando tu estás aquí y haces turnos y lo ves a diario, chuta es super penca, entonces obviamente ahí tu te molestas obviamente.

Entrevistadora: Y eso lo manifiestan de qué manera, ¿apurando un poco?

Ginecóloga: No, o sea dándole la instrucción de manera fuerte” (E6)

Al consultarle a los profesionales por el uso de fuerza física durante el parto y el parto, en general señalan que el uso de la fuerza es necesario para solucionar situaciones específicas y sostener a la paciente, y en particular 3 ginecólogos y 1 matrón, mencionan que el uso de la

fuerza sería necesario para controlar el parto en pacientes “problemáticas”:

“Entrevistadora: ¿Consideras necesario en ocasiones utilizar la fuerza física en el parto?

Ginecólogo: Sí.

Entrevistadora: ¿Y en que escenarios por ejemplo?

Ginecólogo: Pacientes psiquiátricas.

Entrevistadora: ¿Acá les llegan varias?

Ginecólogo: Sí.

Entrevistadora: Y como lo hacen ahí, entre más de una persona, o como se da.

Ginecólogo: Hay una persona sujetando la paciente, eso.

Entrevistadora: Y es solo en esos escenarios o se da más.

Ginecólogo: Pacientes psiquiátricas, en una situación rara, pero... nuevamente con cierto grupo de pacientes haitianas que son super complejas también y que ahí hemos tenido como que afirmarlas y sujetarlas y que no salgan corriendo a la calle [...]” (E5)

Pese a estas situaciones, en general establecen diferencias entre el uso de la fuerza y el maltrato físico, mencionando que la segunda situación sería poco frecuente y al igual que los maltratos verbales desde su perspectiva ya no estaría tan presente en las maternidades del país, pese a que un grupo de profesionales con pocos años de experiencia señala que sigue pasando. Ningún profesional señaló haber realizado alguna vez prácticas de maltrato físico, lo que podría guardar relación con la complejidad de admitir una conducta como esa frente a otros/as.

En el presente apartado se pudo observar que predomina una atención medicalizada, que no se rige al pie de la letra por las recomendaciones para la atención mencionadas anteriormente, y que continúa la utilización de prácticas proscritas como la maniobra de Kristeller. Por otra parte, persisten maltratos psicológicos y físicos por parte de los equipos de salud hacia las mujeres que van a parir, quienes, si bien señalan que estos habrían disminuido a través de las décadas, no han logrado erradicarlos. Los maltratos psicológicos se vinculan principalmente

a intentar censurar las manifestaciones de dolor en el parto que las mujeres expresan mediante los gritos, criticarlas por “no saber pujar” o por no seguir estrictamente las indicaciones de los/as médicos, lo que desde su perspectiva implicaría poner en riesgo a su hijo/a. Respecto a esto, se puede sostener que el fenómeno de la violencia obstétrica se encuentra vigente en los hospitales analizados siguiendo la definición anteriormente mencionada. De la mano con este escenario, se manifiestan concepciones sobre la maternidad vinculadas a una perspectiva patriarcal además del enfrentamiento entre los equipos de salud y las mujeres por el control del proceso del parto. Ambos elementos se profundizarán en el siguiente capítulo.

7.2 Ejercicio de reflexividad de profesionales de la salud sobre la atención hospitalaria del parto

En el presente capítulo se aborda el ejercicio de reflexividad que ponen en práctica los/as entrevistados/as. Para esto se analizan los argumentos y criterios valóricos y/o de verdad, con los cuales dotan de sentido a su experiencia en la atención (Dubet, 2010). Tal como se mencionó, fue considerado que a dicha interpretación se vincula su formación como médicos y matronas/es en el modelo biomédico de atención que es el que predomina en el país, y su socialización en las jerarquías de género presentes tanto en su disciplina como en la sociedad en general. Esto se configura de forma variada en los/as entrevistados/as, debido a las diversas influencias de estos elementos, y las posibles influencias de otros modelos de atención en salud en sus vivencias.

El capítulo se estructura en tres subapartados: Interpretación sobre el modelo biomédico; Interpretación sobre el sistema sexo/género; Interpretación sobre las intervenciones y cuidados en el parto.

7.2.1 Interpretación sobre el modelo biomédico: ambivalencia en su adhesión y crítica a los paradigmas de atención en salud.

En el presente apartado se analizan las percepciones de los/as entrevistados sobre los modelos de salud anteriormente mencionados en miras de analizar la relación entre su concepción sobre la medicina y las prácticas de atención que utilizan.

Según los elementos mencionados por los/as entrevistados/as se establecieron adherencias y críticas a los diversos modelos de salud, en donde se evidencian concepciones erráticas ya que no adhieren de forma coherente a un modelo de salud, si no que califican diversos elementos de cada uno como positivos. Así, en los discursos de ginecólogos/as se observa

que adhieren al modelo biopsicosocial principalmente al señalar que resulta necesario “mirar a la persona como un todo”, entendiendo que las dimensiones psicológicas de las mujeres, e individuos en general, inciden en su estado de salud. Critican los modelos alternativos ya que señalan que en ocasiones no utilizarían la tecnología lo suficiente para asegurar una atención del parto efectiva. El grupo de matronas/es comparte las mismas adherencias al modelo biomédico y la misma crítica sobre el uso de la tecnología. En el caso de un ginecólogo se observan críticas al uso del término “humanizado” para referirse a las transformaciones en el parto a las que apuntan ciertos profesionales y grupos activistas:

“Hay un término que a mí me carga, que es el parto humanizado. Que como que todos los otros tipos de parto no son humanizados. No son humanos, claro. El... el parto, si bien es un proceso fisiológico, la gran mayoría de las veces, y un proceso natural, es un proceso en el cual también pueden haber eventos súper graves y serios, que se pueden llevar la vida de la madre o la vida de la guagua” (Ginecólogo, E5)

Ginecólogos/as adhieren al modelo biomédico de atención al señalar que la medicalización del parto les permite reducir riesgos y obtener resultados positivos, por lo que se deduce una preferencia a la homogeneización de la atención (Davis-Floyd, 1987), indicando a su vez que no resultaría positivo ofrecerles opciones a las pacientes si estas conllevan mayores riesgos; mientras que matronas/es no se refieren a estos aspectos al reflexionar sobre el modelo médico. Estas posturas se pueden ejemplificar al observar las percepciones sobre el parto en casa, en donde ginecólogos señalan no estar de acuerdo por los riesgos, la falta de marco legal, y las condiciones epidemiológicas de la población chilena que haría que las usuarias no fueran aptas para esta modalidad:

“Lo que pasa es que el parto puede ir todo normal hasta que en dos minutos, no más, dos minutos, transformarse en una catástrofe, eso no es una palabra hueca, no es una... no es un lugar común, es cierto. Entonces... yo pienso que si tu vas a tener un parto en domicilio tiene que haber una ambulancia en la puerta, tiene que haber un acceso expedito y por lo mismo al hospital, tiene que haber una recepción, etc. La resolución de una hemorragia obstétrica tiene que ser en 5 minutos [...]” (Ginecólogo, E10).

Por otra parte en un médico en particular se observa una crítica hacia el hecho de problematizar desde otras disciplinas, ajenas a la medicina, la atención hospitalaria del parto:

“A mí me llama mucho la atención, no quiero decir nada contra ti ni nada de eso, pero cuando hay gente de, gente de otras áreas del conocimiento que como que se quieren meter en el tema del parto, y que no sé po y que citan a... puta este francés que habla del parto no se cuanto, y que se establece el parto y que se venera, y se idolatra el parto en domicilio como a lo que deberíamos llegar, me llama mucho la atención porque son personas que no conocen lo que estamos viviendo. No han vivido la situación de urgencia, y finalmente mi pega es obtener el mejor resultado perinatal posible. Entonces, me llama mucho la atención, y creo que es hasta riesgoso digamos empezar a promover circunstancias que podrían ser riesgosas para la mamá o para la guagua, y que no hay evidencia. Una cosa super sencilla, parto en el agua, o sea parto en el agua es una, ha sido riesgoso y se han muerto guaguas por parto en el agua, parto en casa, parto que se yo, comerse la placenta, cuestiones que incluso han demostrado que pueden ser riesgosas” (Ginecólogo, E5).

Se observa que en los/as médicos/as se enfatiza constantemente en el riesgo que implica el parto y los posibles escenarios negativos a los que este puede llevar, y no en la fisiología del mismo, lo que evidencia la presencia del modelo biomédico en su concepción sobre este evento ya que se posiciona como central el rol del equipo médico y se entienden los conocimientos científicos como los autorizados, versus los de las mujeres u otras disciplinas que podrían aportar al proceso (Davis-Floyd, 1987; Jordan, 1992). Estos resultados se condicen con los presentados en una investigación en Brasil, que evidenció las relaciones jerárquicas que se establecen entre el conocimiento de los equipos médicos, que sería el adecuado para resolver un parto desde su perspectiva, con respecto al de las mujeres (Junqueira y de Mattos, 2017).

Dos críticas compartidas por ginecólogos/as y matronas/es con respecto al modelo biomédico corresponden a la idea de que la atención ha abandonado las necesidades de las pacientes principalmente vinculado a los cuidados, por ejemplo, en las posiciones para parir y el

acompañamiento, además de la noción de que se tienden a tratar los síntomas y no las causas de las enfermedades. Las diferencias se manifiestan en que matronas/es enfocan en mayor medida sus críticas en el modelo biomédico y las técnicas que derivan de este para atender el parto, y los médicos/as enfocan sus críticas al sistema de salud. Por ejemplo, al abordar el parto en casa, si bien matronas/es se refieren a los riesgos y a la necesidad de avanzar en el marco legal, no resaltan los posibles resultados negativos constantemente y sostienen que, si la paciente decide tenerlo de esa forma, el profesional no se podría oponer, lo que evidencia un énfasis la agencia de la mujer en el proceso del parto. Estos resultados también se condicen con los resultados de investigaciones revisadas que evidencian posturas críticas y un énfasis en el empoderamiento de la mujer durante el parto al interior de los equipos médicos (Malheiros et al., 2012).

Al plantear críticas al modelo actual matronas/es se refieren al paternalismo del modelo biomédico como un elemento negativo en la atención:

“El sistema en sí, la forma del planteamiento desde el punto de vista de quién es dueño de la salud, porque cuando tu pasas a ser paciente en el fondo el profesional de salud se transforma en el dueño de tu problema, y el en el fondo es casi el que toma todas las decisiones por ti, entonces está este tema del paternalismo, el asistencialismo, en el fondo... desde el lugar donde tu paras, esta asimetría que existe entre paciente y profesional, y que yo sé y tú no, todas esas cosas son malas, pencas, y tienen que ver mucho con la medicina... occidental, la forma de plantearse desde los profesionales de creerse dueños de, y yo tengo el poder de decisión sobre tu cuerpo” (Matrón, E8).

A su vez, la mitad menciona como elemento negativo que existiría un excesivo intervencionismo en la atención que conduciría a la medicalización del nacimiento:

“Se interviene con oxitocina innecesariamente, no se deja caminar con anestesia, las haces pujar antes de tiempo y un montón de intervenciones que son realmente innecesarias, las mismas cesáreas que, o sea aquí en el servicio público lo tienes más controlado y la idea es no excederse tanto, pero en el servicio privado es como claro

por qué, por qué hemos llegado a tantas cesáreas, a tanta intervenciones es como, que siento yo, que dice esa mujer, no yo estoy defectuosa, no sé parir no puedo parir me tienen que ayudar, pero estamos inmersos en este sistema intervencionista y medicalizado y eso es lo que la idea es revertirlo” (Matrona, E4)

Este escenario podría vincularse a que matronas/es tienen una formación que si bien se enmarca en los principios del modelo biomédico, por las características señaladas en el perfil de egreso que se tomó como ejemplo y fue anteriormente expuesto se orientaría un poco más hacia una atención biopsicosocial, por lo que estarían expuestos/as durante su formación a modelos alternativos que les podría facilitar generar cuestionamientos al modelo biomédico. Así, los años de formación podrían ser fundamentales al estructurar esquemas mediante los cuales los/as profesionales ponen en práctica su reflexividad, evidenciando que existiría un habitus médico hegemónico presente en mayor medida en ginecólogos/as, el cual generaría que estos últimos adhieran en mayor medida al paradigma biomédico de atención.

Sobre la formación todos/as mencionan como elementos positivos tener experiencia en atención en hospitales públicos, ya que aprenden a solucionar problemas con el mínimo de recursos, y señalan también el contacto con los pacientes y la posibilidad de aportar a mejorar su calidad de vida, elementos compartidos por el grupo de matronas/es. Por otra parte elaboran diversas críticas sobre los años de estudio enfatizando en un excesivo sacrificio durante la carrera, además de incomodarles la sensación de estar siendo evaluados constantemente y la burocracia hospitalaria. Matronas/es señalan que la presencia de relaciones jerárquicas con los profesores constituyó un aspecto negativo de su formación, lo que muchas veces implicó sentimientos de inferioridad e incapacidad para ejecutar lo que la carrera requiere. Resulta importante agregar que esto es señalado tanto por quienes llevan 30 años ejerciendo la profesión, como por quienes egresaron hace menos de 4 años:

“Matrona: ¿Cuándo yo estudié? Absolutamente rígida, rígida, vertical, exigente, eso.

Entrevistadora: ¿Y cómo te sentías con tus profesores?

Matrona: M... disminuida... me sentía siempre poca cosa, pero sabía que yo era la

alumna que tenía que aprender de las profesoras. Bueno tiene que ver que yo también siempre he sido una persona muy apegada a las reglas por lo tanto no me pareció algo como para sublevarme, yo sabía que ese era el ritmo y que mi obligación era estudiar, y aprender, así que no, no era tema para mí” (E3)

“Los malos tratos eran como de tratarte de ignorante, tratarte de que no sirves para la carrera, de que a lo mejor tú no puedes aprender de la misma forma que aprenden todos, y claro, en lo que más me molestaba era eso de que, necesitamos hacer internados, necesitamos hacer prácticas, pero muchas veces los colegas, las matronas que están ahí son super desagradables, no les interesa enseñarte, no les interesa supervisarte, si te ponen la pata encima lo hacen, si quieren hacerlo no tienen problema” (Matrón, E7)

A lo anterior agregan críticas sobre la falta de acompañamiento que experimentaron por parte profesores/as durante la formación, y mencionan a las prácticas profesionales como un espacio donde se sentían incómodos debido a las malas relaciones con las matronas clínicas. Por otro lado, 2 matronas mencionan la formación en atención medicalizada como un aspecto negativo, enfatizando en que les transmitieron que debían “controlar” todos los eventos asociados al parto:

“Yo no tuve formación en atención respetuosa del parto, no, solamente era como este típico, hay una, un, como se llama una clase, en el fondo es un ramo que se llama gobierno y dirección del parto, entonces tu como matrona tenías que gobernar y dirigir ese trabajo de parto. Que esa mujer llegaba, la intervenían le hacían RAM¹⁰ le hacías no sé, le ponías oxitocina, las hacías pujar sin respetar los tiempos, cortabas el cordón antes de tiempo, en el fondo era tenerlo todo bajo tu dimensión y dejar que la mujer en el fondo fuera casi como un mueble” (Matrona, E4)

¹⁰ Abreviación del término Rotura Artificial de Membranas (RAM). Se recomienda utilizar esta técnica solamente bajo indicaciones específicas y no como medida habitual en todos los trabajos de parto (Ministerio de Salud, 2015).

Un médico señala como aspecto negativo el hecho de que sus profesores enseñaran medicina desde posturas individuales y no basándose en la evidencia, y que siendo estudiante se veían imposibilitados de hacer preguntas en situaciones clínicas y de aula. A su vez, 3 de 4 médicos y 5 de 6 matronas/es señalan haber experimentado expresiones de diversas jerarquías de género durante su formación, lo que se manifestaba en tratos sexistas, y preferenciales a los estudiantes de sexo masculino:

“Era más en el trato, en la cosa sexista como más sexual que en la cosa técnica como de no darte la oportunidad de aprender, y también un poquito de tontearte un poco, como que al weon no le van a decir ‘ay que tontita la wea que dijiste’, en cambio como a una mujer igual te tiran más esa wea cachai’, como ayy mmm tan rubia cachai” (Ginecóloga, E1)

“Una pura vez sentí como un trato preferencial, sentí claramente que se notaban mis privilegios de hombre frente a mis compañeras que estaban en la misma situación que yo. Ya no recuerdo bien la situación, pero se dio en algún minuto, en alguna situación como... que a ella la interrogaban más que a mí, a ella le hacían hacer otras cosas que a mí no, y estábamos los dos al mismo nivel” (Matrón, E8)

Por otro lado, en los discursos de ginecólogos/as se evidencia la noción de que habría existido un cambio de paradigma en la atención del parto al comparar sus años de formación con la actualidad pasando a poner el foco paulatinamente en el vínculo con la paciente. Esta percepción sería compartida por matronas/es, a lo que añaden que sería necesario un recambio generacional en la atención para seguir avanzando en este aspecto:

“Era una cosa muy técnica, muy de, de desarrollo técnico de la especialidad y no tanto del vínculo con la persona, o sea, si yo lo comparo con hace 30 años atrás, conceptos como violencia obstétrica, como, derechos de las pacientes, son cosas que tienen 10 años, en ese tiempo yo creo que ni siquiera estaba en nuestro espectro de pensamiento. Tu hacías tu pega, atendías el parto, incluso así, atendías el parto, no te atendías a la paciente que estaba en trabajo de parto” (Ginecólogo, E10)

[Al comentar sobre frases negativas que se les dicen a las mujeres al momento del parto] “Es que también había profesional que es más añoso, aquí la mayoría son profesionales mucho más jóvenes que ya en general no mantienen ese tipo de comentarios” (Matrón, E7)

Se observa que las características de la formación médica señaladas por Castro (2013; 2015) en sus investigaciones en México se aplicarían a la formación chilena, en donde médicos/as y matronas/es señalan la existencia de una carga excesiva de tareas durante la formación, la presencia de castigos y malos tratos por parte de profesores y personal clínico, una estricta socialización en las jerarquías que rigen las decisiones en la atención, y un reforzamiento de las jerarquías de género. En general de los discursos se desprende que, si bien existe una perspectiva crítica transversal sobre las características de su formación, tienden a adherir a los principios del modelo biomédico particularmente en el riesgo del parto y del rol de los equipos médicos, lo que se encuentra presente en médicos/as y matronas/es, pese a que en este último grupo se elaboren críticas más profundas a la biomedicina y se adhiera en mayor medida a modelos alternativos de atención. Por otra parte, si bien señalan que paulatinamente la formación y la atención estarían transitando hacia un foco en las mujeres con una disminución de los maltratos, aún no existiría una transformación completa del funcionamiento del sistema, y las jerarquías y la socialización en roles de género se mantendrían vigentes.

7.2.2 Interpretación sobre el sistema sexo/género: contradicción entre posturas críticas y la permanencia de estereotipos de género en el discurso.

Al tocar temáticas vinculadas al sistema sexo/género de carácter patriarcal, se observa que tanto en el grupo de ginecólogos/as como de matronas/es predomina una posición crítica hacia las jerarquías que reproduce el género en la sociedad, por lo que señalan que la idea de que existen capacidades y/o habilidades diferentes que responden únicamente al sexo de las personas sería errónea y que responderían a una carga cultural:

“Quizás un poco igual es como la wea cultural como a si los hombres no lloran, a no las mujeres siempre son señoritas, al final son puras cuestiones que... que se pusieron como pa limitar a las mismas personas, pero que al final y al cabo no, no demostraban, no hacían nada, como para tu decir no esto es hombre, no esto es mujer, porque pa mi el ser racional y ser emocional va totalmente unido” (Matrón, E9)

“Yo creo que esto de la personalidad femenina y masculina está sesgado por una wea demasiado del deber ser todavía. Nos va a costar muchos años poder limpiar realmente, pero sí, hoy día obviamente en la práctica y en las conductas, tu veis que la mujer es más emocional y el hombre es más pragmático, pero eso es una wea aprendida” (Ginecóloga, E1)

A la vez identifican que las jerarquías de género impuestas por el sistema se manifiestan fuertemente en la profesión médica, lo que impacta en la elección de carreras en donde en las vinculadas al cuidado como la obstetricia y la enfermería predominan estudiantes y profesionales mujeres, y las especialidades médicas, que implican una mayor jerarquía en la toma de decisiones son elegidas en mayor proporción por hombres, percepción presente en hombres y mujeres:

“[...] No sé por qué será, porque... como que la matronería, esto es una cosa muy perceptiva mía, es como más de la percepción, es como más del cuidado. Y como más del cuidado a la mujer embarazada, el puerperio... y siempre se ha dado el rol de cuidado a la mujer. Entonces las enfermeras mujeres, te das cuenta entonces por eso creo yo que se da, porque es un tema de acompañamiento, de cuidado y por eso siempre ha sido el rol social de la mujer, que no se le asigna al hombre” (Ginecóloga, E6)

“Pasa lo mismo, a pesar de que obstetricia sea como una profesión más asociada a mujeres, ejemplo, la cocina, encuentro que es como muy muy similar la situación. Por lo general la cocina es algo que se asocia a un rol más femenino, pero aún así, si nos vamos al mundo de la cocina en... en específico, la mayoría de los chef son hombres. Siento que es lo mismo, claro como se supone que el, el médico es el que está por sobre los profesionales no médicos suele ser un hombre el que esté en esa posición superior. Básicamente machismo y patriarcado es como lo que produce que pase esto” (Matrón, E7)

De la mano con esta situación, una matrona señala que esto impactaría en la percepción de

las usuarias sobre la atención, quienes valorarían más las intervenciones e indicaciones médicas que las labores realizadas por matronas/es:

“Entonces la mujer finalmente es como no, el médico me dijo esto, entonces el dios yo le hago caso, pero la matrona quien me acompaña como mi amiga como mi mamá no le hago tanto caso. Entonces eso es como, como que duele de repente es como el médico vino un momento y a la señora uy le salvaron la vida así, entonces eso es penca de repente” (Matrona, E4)

Se observa que los/as entrevistados/as identifican que la organización social de los sexos, en función de los roles asignados según el género se manifiesta fuertemente en su ejercicio profesional. Así, las jerarquías que caracterizan a las profesiones de la salud mencionadas al tratar el habitus médico, van de la mano con las jerarquías de género. Si bien en las entrevistas señalan que durante los últimos años la especialidad de ginecología estaría siendo ocupada por la misma cantidad de hombres que de mujeres, la predominancia de mujeres en la carrera de matronas no ha variado. Esto podría guardar relación con que la matronería se vincula en mayor medida a los cuidados de la mujer parturienta y no a la toma de decisiones sobre la atención, roles que históricamente han estado asociados a las mujeres (Lagarde, 2003), por lo que podrían persistir reticencias de los estudiantes varones a entrar a estas carreras que no se condicen con su “rol” en la sociedad asignado por el sistema sexo/género de carácter patriarcal. Por otro lado, si bien los/as entrevistados/as de forma explícita señalan constantemente críticas a las jerarquías de género y se alinean con la postura de que estas responden a imposiciones culturales, lo que iría en línea de lo planteado por Rubin (1986) y Lerner (1990), se genera una contradicción en los discursos ya que también mencionan que algunas características responderían a elementos biológicos, siendo fundamentales como explicación las hormonas para caracterizar las conductas de las mujeres. Además, se observa la reproducción en sus discursos de ciertos estereotipos de género al hablar de otros tópicos y no estar preguntando explícitamente sobre el género, los que se vinculan principalmente a la noción de que las mujeres serían menos racionales que los hombres:

“Creo que esto de cómo, no quiero que se mal interprete, pero creo que de repente

esto de tener muchas mujeres juntas, no, como que no sale algo muy bueno de ahí. Como que igual no sé, en todo el tiempo que llevé compartiendo con muchas mujeres, siempre me daba cuenta de eso, que cuando había muchas mujeres juntas si o si tiene que haber algún problema, si o si, no tenían, no iban a pensar lo mismo y no lo iban a conversar como, de la manera más civilizada posible” (Matrón, E9)

“Una como mujer se vanagloria, yo me vanaglorio de, en la mayoría de los casos, mantener la calma en circunstancias en dónde hay emergencias o hay un tema personal y todo, pero que uno no lo ve en sus colegas ni en sus pares muchas veces. Entonces... tienden a tomarse además, uno como mujer las cosas muy personales entonces las disputas que hay, laborales muchas veces, uno las toma personales, cosa que no ocurre con los hombres, o yo no lo he visto así como ay no es que yo le caigo mal a ella por eso actúa de esa manera, no, nunca he escuchado a un hombre emitir ese tipo de comentarios” (Ginecóloga, E6)

Por otra parte los discursos sobre el concepto de “instinto maternal” también evidencian contradicciones con respecto al género. De forma explícita se identifican dos posturas: una en donde prima la visión de que la cultura y la organización social de los sexos sería responsable de este concepto, mientras que la otra conjuga elementos biológicos con elementos culturales para explicarlo. Entre ambas posturas no se evidencian diferencias importantes según el género de los/as entrevistados/as.

“El instinto maternal. Que opino yo. Yo creo que es una construcción cultural, y además empieza chiquitito, a los 5 años, la muñeca, etc. me entiendes, y hay gente que no tiene la misma... la misma carga cultural y por lo tanto puede no desarrollar instinto maternal. La verdad creo que es cultural” (Ginecólogo, E10)

“El instinto maternal, bueno le llamamos instinto porque se supone que se genera solo digamos cuando, en la imprimación [sic] cuando mira al recién nacido y la cuestión, la sensación de sentir a la guaguüita en el útero, cuando se me mueve, en fin, todo esto va, va, va generando la conformación de una conducta que nosotros llamamos instinto maternal. Ya, tiene que ver con la liberación de oxitocina y todo, pero también tiene

que ver mucho con las costumbres culturales de cada pueblo” (Matrona, E2)

Sin embargo, un elemento que surgió recurrentemente en las entrevistas refiere a una imagen negativa que los/as profesionales tienen sobre las mujeres que van a parir. Los adjetivos que más se repiten al referirse a las usuarias corresponden a que son “flojas”, “gordas”, “desinformadas”, y la noción de que en general no quieren poner de su parte para que el parto se desarrolle de forma adecuada. Esto último lo categorizan en una frase que según los/as profesionales las mujeres suelen decir correspondiente a “sácame la guagua”, dejando en manos del personal médico la responsabilidad del expulsivo. Lo anterior se puede observar en las siguientes citas:

“Las pacientes de nuevo, no tienen abdominales, son obesas mórbidas, o sea no tienen la fuerza pa que saquen la guagua cachai’, nunca han hecho gimnasia en su vida po weon y hay que pujar po, porque las guaguas son grandes porque como son gordas las guaguas son grandes, eso es otro pequeño detalle [...]” (Ginecóloga, E1)

“Lo primero que yo le digo a las prontas al expulsivo es que el parto lo hacen ellas, porque me dicen “¿a qué hora me va a sacar la guagua?”, yo no saco ninguna guagua, yo soy un ente observador y facilitador, la voy a ayudar dándole algunas instrucciones para que esto sea más fácil para ella, pero que el parto lo hace ella” (Matrona, E2)

“Ginecóloga: Pucha lamentablemente harto, sí, porque... no sé, como que cada vez me decepciona más... pero no mi profesión porque yo creo que elegí bien pero las pacientes.

Entrevistadora: ¿Y qué es lo que te decepciona por ejemplo?

Ginecóloga: La nula capacidad de raciocinio. O sea, suena super cruel pero es que a mí me da un poquito de pena la situación de las mujeres, o sea... yo profesional a mis 30 años, con el sueldo de una profesional, con la educación de una profesional, casada, con casa, con todo, no estoy en el momento de tener niños no solo porque yo no los quiera si no porque siento que no les podría dar mi 100% emocional a una guagua. Y yo tengo de todo lo que yo te cuento, desde el punto de vista emocional, económico y todo, pero las pacientes... como que les da lo mismo no tener nada que

ofrecerle a esa guagua, o desde, yo también hago ginecología, las pacientes no entiendo o sea quieren soluciones pero quieren que el 100% lo demos nosotros como médicos, como institución pero ellas no quieren aportar nada, o sea se quieren operar siendo obesas mórbidas en una cirugía que no tiene indicación urgente, pero quieren operarse mañana, pero uno les explica que el riesgo de la cirugía en este tipo de pacientes, y no, no bajan de peso, y no quieren entonces eso me tiene super decepcionada. Pero me empezó a decepcionar hace muchos años ya” (Ginecóloga, E6)

Además de estas imágenes negativas sobre las mujeres, se observa que también se juzgan negativamente las manifestaciones de dolor al momento del parto, bajo la idea de que no se están “haciendo cargo” de lo que implica el hecho de parir, referido en este caso al dolor físico que se siente durante el proceso. De la mano con esta situación se observa que a quienes manifiestan dolor de una forma no válida para los equipos médicos se les juzga bajo la idea de que se victimizan:

“Y hacerla entender que estos 9 meses que tuvo pa prepararse, no fueron 9 meses pa ir a tomar helado... porque ser mamá también es un trabajo, yo creo que cuando uno entra a un trabajo nuevo, tienes que informarte respecto del trabajo, yo no me imagino que nadie vaya un día a te toca ser secretaria, ya perfecto ¿qué tengo que hacer? no po cierto, lo mismo con la maternidad. Es una responsabilidad y es un trabajo que uno tiene para el resto de la vida, entonces... obviamente tuviste tiempo para prepararte para el manejo del dolor psicológicamente, entonces uno obviamente ahí lo trata de poner como en contexto y aterrizar a la señora” (Ginecóloga, E6)

“Hay un montón de mujeres que le trabaja la pobrecita en el parto, se victimizan, porque es su momento importante de la vida, porque tu o yo estamos educadas por lo tanto no dependemos de un hombre en el fondo, pero aquí hay mucha mujer que utiliza al hombre cuando está acá, (voz de guagua) tu deberíai tener la guagua, y se hacen las guaguitas, que pucha, que por qué que tóname la mano, que tu veis así y te quedai callada porque tu decís mm cualquier manipulación, y que ayy ohh uhh, pa que el gallo se sienta culpable

del dolor de ella, “no, no me puedo parar”, entonces hay mujeres con un manejo tremendamente difícil (Matrona, E3)

Algunas justifican el actuar de las mujeres en relación con la falta de educación y el acceso a la información. Esto se condice con los resultados de otra investigación llevada a cabo en Chile, donde matronas/es señalaron que atender partos con un bajo nivel de intervenciones sería más difícil en mujeres que no se encuentran informadas ni educadas sobre el parto (Binfa et al., 2016). En función de esto señalan que existiría una variable de clase que incide en la conducta de las pacientes, y comparan entre mujeres de clase alta y clase baja, señalando que sería más fácil atender partos respetados en los niveles socioeconómicos altos debido a los conocimientos previos que tienen las mujeres sobre el dolor del proceso y de cómo manejarlo:

“Pero si la señora no está informada, entra chasqueándote los dedos pa que le pongan la anestesia y que la operen, y sáqueme la guagua, entiende, entonces es una cosa muy dolorosa, porque sáqueme la guagua significa es que me está entregando toda su responsabilidad de parir a mí, entiende, y el acompañante se enoja porque le duele, entonces ellos creen que porque son pobres no les puede doler, entonces que uno los está discriminando por porque es pobre y le duele” (Matrona, E3).

“Entonces también tenís un tipo de población, yo atiendo el parto en un tipo de población que todavía juega desde la víctima, dónde llega el marido y aah le duele más, o sea como que todavía no es la mujer power que dice bueno me embarazo y tengo un parto, y me la como cachai, y eso es una actitud mental que tienen las mujeres en el barrio alto, y que no tienen todavía las cabras de abajo” (Ginecóloga, E1)

En estos discursos se observa que si bien de forma explícita existe una postura crítica sobre el instinto maternal en las críticas a las mujeres persistiría una imagen de la maternidad vinculada a la idea de maternidad sacrificial de Cohen y Korem (2018), la cual implica la concepción de que las mujeres no deben priorizar sus propias experiencias por sobre el bienestar del feto, y por ende las manifestaciones de dolor no estarían permitidas, ya que se

naturaliza el sufrimiento durante el proceso en el cual la mujer debe dejarse de lado y ponerse a disposición de su hijo/a. Así, las mujeres que no siguen este canon serían juzgadas por los equipos médicos, lo que iría de la mano con aplicar maltratos y acciones de reprimir las manifestaciones de dolor que resulten excesivas a sus ojos. Desde las corrientes teóricas revisadas, esto guardaría relación con la idea que predomina a nivel social de que la maternidad corresponde al destino fisiológico de las mujeres y por ende sería su vocación natural (Beauvoir, 1954), además de los condicionamientos patriarcales que han pesado históricamente en la caracterización que la medicina ha hecho de los cuerpos femeninos (Martínez, 2008), lo que podría implicar que el embarazo se entendiera a nivel social pero también particularmente desde la disciplina médica, como un deseo y destino de todas las mujeres (Cohen y Korem, 2018).

Además de las implicancias de género, las citas anteriormente descritas evidencian otros 2 elementos relevantes de mencionar. Por un lado, la presencia de distinciones en los discursos sobre las características de las mujeres de clase alta y baja al momento de parir, evidenciando juicios sobre las mujeres de clases bajas al considerarlas desinformadas y conceptualizando sus manifestaciones de dolor como victimización bajo la noción de que no se estarían haciendo cargo de lo que “implica la maternidad”, y que desde su percepción, las mujeres de niveles socioeconómicos más altos si se hacen cargo. Esto permite sostener que las imágenes e imposiciones sobre la maternidad también tendrían un sesgo de clase. Por otro lado, el cuestionamiento a las experiencias de dolor y sus manifestaciones también evidencia la relación jerárquica que se establece desde profesionales de la salud hacia las usuarias con respecto a los conocimientos que implica la disminución de los espacios de ellas para dar su opinión (Menéndez, 2003). En este caso, con respecto al proceso del parto, se minimizan las experiencias y vivencias de las parturientas validando exclusivamente el conocimiento médico del proceso que cataloga algunas vivencias del dolor como inválidas y/o exageradas.

Resulta relevante evidenciar que las críticas a las mujeres al momento de parir en general vienen de profesionales de sexo femenino, y si bien profesionales hombres señalan en ocasiones la idea del “descontrol” en las pacientes, no profundizan en esto en sus discursos. Desde la teoría revisada, se podría sostener que este escenario respondería a que el concepto

de maternidad sería un concepto colonizado, es decir que pese a ser experimentado por mujeres ha sido históricamente dotado de contenido desde una ideología patriarcal (Ehrenrich, 1993). Así, al pesar sobre las profesionales mujeres entrevistadas a lo largo de su vida podría ser interiorizado más profundamente que por profesionales hombres, por lo que tenderían a manifestar estas preconcepciones y actuar acorde a ellas juzgando a las mujeres que no las siguen. Pese a lo anterior, una matrona señala que el sufrimiento en el parto podría vincularse a que una gran cantidad de embarazos no son deseados por las mujeres evidenciando que el proceso podría implicar más sufrimiento al presentarse como una imposición:

“Hay mujeres que yo me he dado cuenta ahora, que también me gustaría hacer algo al respecto, que tu vez en la ficha o en el carnet y dice embarazo planificado: no, aceptado. Entonces eso igual tiene mucho que ver en el tema del parto, son partos que en el fondo son, tu notas que son más sufridos porque no, porque fueron aceptados y a la ley de dios no más si aquí tampoco hay aborto, entonces no, entonces eso me ha llamado mucho la atención, que la mayoría son no planificados pero aceptados” (Matrona, E4).

En función de lo revisado se observa que existen posiciones contradictorias en torno al género ya que si bien evidencian juicios al sistema sexo/género de carácter patriarcal de forma explícita, pesaría una socialización en una mirada patriarcal sobre el evento del parto, manifestada en los/as profesionales pero particularmente en los discursos de mujeres, sin que existan diferencias según la profesión. Esta mirada patriarcal establece que las mujeres deben adoptar ciertos comportamientos como no manifestar dolor y posponerse en miras del bienestar del hijo/a, e implica que se adopten estrategias por parte de los equipos médicos para disminuir las manifestaciones de dolor que no les parecen adecuadas justificando algunos tratos en base a esto. Así, se puede sostener que el sistema sexo/género tendría una influencia muy importante en la interpretación que las/os profesionales realizan sobre la maternidad, y al encontrarse socializados fuertemente en ese aspecto, su capacidad reflexiva, que les permitiría tomar distancia de las concepciones en las que se encuentran socializadas/os, se vería disminuida. Esto permitiría sostener que la socialización en el sistema sexo/género patriarcal, que se encuentra presente en todos los aspectos de la vida y

es reforzada por el modelo biomédico, actuaría como un condicionante estructural que influiría en limitar la transformación de ciertas prácticas, en este caso los tratos al momento del parto.

7.2.3 Interpretación sobre las intervenciones y cuidados en el parto: contraposición de perspectivas sobre la atención.

Además de los tópicos anteriormente expuestos se analizaron las justificaciones que los/as profesionales otorgaban directamente al hablar de las intervenciones y los cuidados que utilizan en la atención del parto. En estas justificaciones explícitas se pueden evidenciar los modelos de atención y las percepciones sobre el género anteriormente abordadas. En ambos grupos de profesionales se identifica una constante referencia al bienestar del recién nacido como criterio de justificación para aplicar ciertas técnicas, que tienden a inclinarse a una mayor intervención del proceso:

“Y mi responsabilidad es que ese parto no se perpetúe en el tiempo para no tener un apgar bajo, yo tengo una responsabilidad con el futuro de esa guagua también, o sea a mi no me basta con mandar a esa señora con una guagua viva para la casa lo quiero mandar con una guagua sana, sin ningún hándicap negativo, o sea yo sé si tengo un apgar 4, que esa guagua va a tener déficit atencional que a los 3 años le van a estar pidiendo ritalin en el jardín, a lo mejor una discalculia, un trastorno del espectro autista, o sea anda tu a saber, anda tu a saber, y también no puedo alargar eternamente un expulsivo, no po, no puedo” (Matrona, E2)

Esto implica que los equipos tienden a juzgar positiva o negativamente las acciones de las mujeres, señalando que en ocasiones estas podrían ser un obstáculo para el bienestar del bebé. Si bien en las entrevistas se encontraron posiciones críticas con respecto a esta situación, entrevistados/as señalan que se daría de forma regular en los hospitales en que trabajan o han trabajado, lo que evidencia un énfasis en el riesgo y por ende la presencia del modelo biomédico en esta interpretación. Se observa que la justificación del bienestar del bebé también se enmarcaría en la idea de maternidad sacrificial analizada con anterioridad:

“Sí, y se enfocan, por lo general en ese sentido, más en que la guagua nazca bien que en los resultados que la paciente pueda tener en su cuerpo, desde la cosa de "oye hazlo

por tu guagua que se te puede morir". Esos comentarios son innecesarios" (Matrón, E8)

Por otro lado, señalan que las prácticas dependen de la escuela obstétrica en que se forman. En algunos hospitales dependiendo de la formación de los/as profesionales hay más uso de Forceps, uso de Kristeller, mayor cantidad de cesáreas, entre otras prácticas. Lo anterior evidenciaría una ausencia de regularidad en las prácticas de atención entre instituciones, además de que las recomendaciones ministeriales no se aplicarían de manera uniforme en el país, quedando a criterio de cada profesional de qué forma resolver el parto. La ausencia de regularidad también se manifestaría en el tópico de los cuidados, señalando que dependiendo del énfasis que otorga la formación se otorgan tratos más o menos humanizados:

“Siento que la [Universidad Pública] por ejemplo, es una institución formadora mucho más humanizada en la atención de todo, versus la [Universidad Pública], cachai, que tienen este trato biopsicosocial y más humanizado, pero si lo comparai con la [Universidad Privada], [Universidad Privada], esas dos Universidades tienen una formación mucho, mucho, mucho más em... más clínica, mucho más administrativa, así como ya no sí, ya esto, que me estoy hablando, a no yo no vengo a eso, listo, chao, cachai. Y igual tu te day cuenta como después en la práctica, yo ahora por ejemplo tengo amigas que egresaron de distintas instituciones y igual tu te dai cuenta de esas diferencias, cachai (Matrón, E9)

Así, se observa que la socialización en modelos alternativos de salud podría favorecer la aplicación de cuidados personalizados y humanizados, lo que estaría marcado por los lineamientos de la institución en que estudian.

Un elemento que se repite en todas las entrevistas de ginecólogos/as refiere a la conceptualización del parto como un evento riesgoso lo que se manifiesta en el énfasis constante a las complicaciones que pueden surgir en el proceso. Esto se encuentra menos presente en los discursos de matronas/es, ya que solo la mitad de la muestra lo menciona:

“Porque yo creo que como sociedad no estamos preparados para que se muera el 5%

de las guaguas en el parto, es mucho... Así asfixiados, que nazcan muertos, o una parálisis cerebral porque a veces no se mueren, a veces simplemente nacen con una parálisis cerebral y son una planta para toda la vida” (Ginecóloga, E1)

Así, gran cantidad de las intervenciones que utilizan, los ginecólogos/as las justifican como formas de reducir los riesgos del proceso, lo que se observa por ejemplo, en el caso de prácticas que no son estrictamente necesarias como el uso de la posición ginecológica. En el caso del grupo de matronas/es se observa que si bien no plantean explícitamente el parto como un evento riesgoso, si todos/as señalan utilizar prácticas para reducir riesgos:

“Entrevistadora: ¿Y por qué en el fondo se, se utiliza la posición ginecológica?

Ginecólogo: Yo creo que es costumbre, yo creo que eso está desde el siglo pasado, y se mantiene y además es la manera de hacer un Forceps por ejemplo, o de resolver una retención de placenta, o sea para un parto complicado es la posición necesaria, es muy difícil resolver una retención placentaria en cuclillas” (E10)

“O sea, siempre se ocupa suero cuando la mujer desea peridural porque la peridural una de los efectos que puede tener es que baje la presión, si baja la presión bajan los latidos de la guagua y tu tienes que tener un acceso venoso rápido para que esos latidos en el fondo, o esa presión suba. Entonces tienes que tener un suero que no tenga nada, ningún medicamento, para pasar” (Matrona, E4).

En este sentido ginecólogos/as mencionan que un criterio presente en la forma de atender refiere a la obtención de resultados positivos en relación con el análisis de riesgo versus beneficio, por lo que el foco está en el resultado y no necesariamente en cómo obtenerlo. Al contrario, esta posición no se encuentra presente en el discurso de matronas/es. Los elementos anteriores responden al modelo biomédico de atención en el cual fueron formados los profesionales de la salud, y siguiendo la tendencia de los capítulos anteriores, se encuentra arraigado de forma más profunda en médicos/as que en matronas/es. Por los elementos revisados, la socialización en el modelo biomédico sería un elemento relevante tanto en la conceptualización individual que hacen sobre las prácticas como en su posterior utilización.

Por otra parte argumentan el uso de ciertas prácticas señalando que estarían basadas en la evidencia científica por lo que serían idóneas para la atención. Se observa que este argumento se esgrime tanto para prácticas que buscan humanizar la atención, como para otras que se inclinan hacia medicalizar el proceso en miras de reducir el riesgo, por lo que el uso del criterio de evidencia científica no podría enmarcarse en un modelo de atención en particular. Lo que sí se evidencia en los discursos, es que al utilizar el criterio de evidencia científica lo suelen contraponer al criterio de usar prácticas solo en base a la costumbre, el cual se justificaría en general por las comodidades del personal de atención:

“Matrona: Desventajas claro, con los expulsivos detenidos, porque cuando tu tienes a la paciente con las rodillas abiertas cerrai el estrecho inferior en vez de abrirlo, o sea pasan cosas po, pasan cosas, si tenis una guagua grande cuesta mucho más sacarla. Tiene consecuencias po, se desgarran más también.

Entrevistadora: ¿Y alguna ventaja? O por qué crees que se usa tanto.

Matrona: La única ventaja es la comodidad de la matrona, o del operador, matrona o médico da lo mismo” (E2)

El hecho de utilizar prácticas solo en base a la costumbre, que si bien es criticado por gran parte de los/as entrevistados se evidencia en las prácticas que señalan utilizar, se puede considerar una manifestación del predominio del modelo biomédico en el sentido de que este posiciona como elemento central de la atención del parto a los/as profesionales de la salud como quienes deben otorgar las respuestas necesarias (Davis-Floyd, 1987), y por lo tanto podría entenderse que su comodidad en el proceso resulta fundamental.

Otra contraposición que se puede identificar en el discurso de los/as entrevistados/as corresponde al enfrentamiento entre el criterio de comodidad del personal con la comodidad de las mujeres que se encuentran pariendo. Esta contraposición se evidencia particularmente al hablar sobre si se encuentra justificado o no utilizar la posición de litotomía, la alimentación en el preparto, y la monitorización continua versus el movimiento libre durante el preparto:

“La posición de litotomía se ocupa tradicionalmente porque es la que te permite el

mejor control a ti de la situación, pero obviamente no es la más cómoda para la paciente (Ginecóloga, E6)”

“Mira nosotros empezamos a darle a las pacientes el año pasado, como en esta misma época, decidimos las matronas con los ginecólogos que íbamos a alimentar a las pacientes, pacientes de bajo riesgo, que estaban cursando un trabajo de parto fisiológico, que estaban avanzando sin ninguna, aunque te lo vomiten todo después, de repente les ponen anestesia y empiezan a vomitar y bueno da lo mismo, lo vomitó no más, ya, y los anestesistas pusieron el grito en el cielo, dejaron la embarrá, nos dijeron que éramos unos irresponsables que claro después si había que operar a la paciente de emergencia ellos se veían después con el problema de la vieja, que quién asumía esa responsabilidad, que la aspiración y que, dejaron la escoba, y nos prohibieron alimentar a las pacientes (Matrona, E2)”

“Es muy raro que nosotros tengamos una monitorización todo el rato porque es una tortura tener a una mujer acostada todo el rato con esa cuestión” (Matrona, E3)

El criterio de privilegiar el bienestar o comodidad de las mujeres se encuentra más presente en los discursos de matronas/es que en el de médicos. De la mano con esta argumentación, matronas/es señalan como criterio favorecer que el proceso fluya naturalmente, privilegiando respetar los tiempos y procesos fisiológicos del parto para concluirlo con una cantidad baja de intervenciones:

“También tienes que permitirle los tiempos si tú le permites el tiempo a esa guagua de nacer, a esa mujer de que tenga ganas de pujar, todo se va a ir dando. En el fondo la vagina es un músculo que es muy noble que le dice una colega, porque cede, cede, tú te das cuenta que cede que no hay que hacer nada cuando nacen guaguas gigantes y como se distiende esa piel, como se distiende esa vagina, para qué voy a cortarla. Entonces es ver caso a caso, si tú le das los tiempos bien” (Matrona, E4)

De la argumentación anterior se desprende que los/as entrevistados/as perciben que las prácticas de atención que se enmarcan en el modelo biomédico, irían en desmedro de la

comodidad de las mujeres que se encuentran pariendo, lo que se alinea con la revisión teórica anteriormente planteada en dónde se sostiene que la medicina y la obstetricia en particular son ciencias que si bien están enfocadas para cuerpos femeninos, no recogen sus necesidades y se construyen y reproducen desde una perspectiva masculina que no experimenta el evento del parto. Así, sería posible sostener que la atención del parto predominante no se encuentra pensada para favorecer el bienestar de la mujer implicada en este proceso y los equipos médicos son conscientes de eso, no obstante, continúan desempeñándose de la misma forma.

Este escenario se vincula en los discursos a dos situaciones que se posicionan como justificación para la utilización de prácticas de atención: las limitaciones contextuales y la jerarquía médica en las decisiones. Con respecto al primer elemento mencionado, señalan que muchas veces las recomendaciones en la atención no son pensadas para el contexto hospitalario chileno, lo cual será abordado con profundidad en el siguiente capítulo. Con respecto al segundo punto, señalan que como los/as médicos/as tienen la responsabilidad en términos legales del desenlace del parto, profesionales de rango medio como matronas/es tienen menor libertad en las decisiones sobre la atención, exceptuando a matronas/es que cuentan con más años de experiencia y que su criterio se posiciona como confiable para médicos/as. Se observa en los discursos que en ocasiones las indicaciones médicas se contraponen a las acciones que matronas/es quieren realizar o que solicitan las pacientes, evidenciando que sería determinante la forma de atender del médico/a para ver cómo se desarrolla la atención, pese a que en el sector público estos no acompañan los partos a menos que surjan inconvenientes:

“Matrón: Algunos colegas frente al sentido de que pero oye el médico le escribió monitorización continua, entonces tiene que estar todo el tiempo conectada con el monitor, como ya pero yo la voy a dejar caminar.

Entrevistadora: Y ahí como que se discute un poco, o... como se ve eso.

Matrón: Se discute un poco, que es más importante la indicación médica o lo que solicita la paciente.

Entrevistadora: ¿Y que suele pesar más?

Matrón: Para la mayoría de los colegas la indicación médica” (E8)

“El turno médico. El turno médico, nosotros tenemos turnos super humanistas, super naturalistas, de dejar... que me encanta trabajar con ellos, ‘no déjala, esperemos no hagamos nada, tranquila’, y hay otros que son super intervencionistas, y como en rigor la responsabilidad última del parto ni siquiera es de la matrona si no que es del médico que, que, que había visto a esa paciente, ellos finalmente son los que deciden, ya” (Matrona, E2)

Por otro lado, se observa que para médicos/as el resto del personal se percibe como ejecutor de acciones más que entes que también definen como se lleva a cabo la atención, lo que se puede interpretar como una naturalización de las jerarquías presentes en el campo médico. En general señalan que existen instancias para canalizar sus inquietudes, pero que depende de la jefatura si estas son tomadas en cuenta o no:

“Ginecólogo: Reuniones de matronas son bien esporádicas, no hay una regularidad.

Entrevistadora: Ya, los médicos tienen más regularidad en eso.

Ginecólogo: Siempre, eso pasa en todos lados yo creo.

Entrevistadora: Y tiene que ver... ¿con qué tendrá que ver?

Ginecólogo: Yo creo que tiene que ver, hay de todo, hay hábitos, hay costumbres, o sea al revés, no hay costumbres de que los TENS se junten. No es regular que las matronas tengan reuniones periódicas, nosotros sí, siempre hemos tenido, junto con eso, con la forma, está el contenido, o sea, lo que nosotros vamos decidiendo, somos la cabeza del equipo profesional entonces probablemente es mucho más imprescindible, o relevante, o necesario que los médicos se junten para ir haciendo mejoras o cambios. Sin embargo, fíjate que nunca se me había ocurrido que deberían juntarse los TENS, me lo estás proponiendo tú ahora, y suena lógico, al menos será una vez al mes” (Ginecólogo, E10).

Una temática que no se consideró inicialmente en la investigación, pero que surgió en las entrevistas corresponde a las demandas judiciales a las que se enfrenta el personal médico en la atención. Al respecto señalan que desde su perspectiva las demandas en general serían

injustificadas y, que al ser juzgadas por alguien que no sabe de medicina -como los/as jueces/zas- los resultados tenderían a ser desfavorables para ellos. A la vez mencionan que en ocasiones las pacientes realizarían estas demandas para obtener dinero, y no porque necesariamente había una situación que las justifique:

“Ginecóloga: Se da ene. Sí, se da ene. Porque en el fondo yo creo que... yo como paciente no voy donde un médico a creer que él se levantó dejó su familia, para ir a hacer el mal. Porque yo no soy así. Entonces uno pospone todo en la vida, todo, porque yo podría estar en mi casa perfectamente tejiendo, pero vengo aquí a tratar de ofrecerle lo mejor a las pacientes, y muchas veces lo mejor para las pacientes no es lo que ellas quieren. Lo que ellas quieren es una cosa, que no va de acuerdo a los planes, que no va de acuerdo a lo académico, que no va de acuerdo a lo médico, y eso ellas muchas veces lo interpretan de mala manera, y eso lleva finalmente a las denuncias.

Entrevistadora: ¿Y a ti te tocó personalmente alguna vez?

Ginecóloga: Sí po, sí pero era una paciente que claramente, y con todas sus palabras me dijo que quería plata, que la necesitaba, yo la entiendo, todos necesitamos plata, y cuando tenemos pocas herramientas no nos queda nada más que ir dónde... el eslabón más débil no más. Claro” (Ginecóloga, E6)

La cita anterior que sintetiza la postura presente en los discursos sobre las denuncias, también puede entenderse como una manifestación de la relación jerárquica que se establece entre profesionales de la salud y las usuarias bajo el modelo biomédico, ya que no se consideran válidas las decisiones de las mujeres sobre realizar denuncias sobre la atención, bajo la percepción de que responden a desinformación y una “mala” comprensión de la situación por parte de las parturientas. Mencionan que una forma de protegerse de las demandas sería medicalizar más la atención del parto con el objetivo de reducir las situaciones adversas que podrían llevar a un enfrentamiento judicial. Por otra parte, una ginecóloga menciona que tener mucho cuidado con tener buenos tratos con las pacientes es lo que a ella le habría ahorrado enfrentarse a demandas, ya que los tratos y la comunicación incidiría profundamente en la percepción de las mujeres sobre el parto. Sólo un médico señaló que

para él las demandas no eran un tema relevante al momento de atender.

Otro elemento que surgió en las entrevistas refiere al concepto de violencia obstétrica en el parto, el cual no fue preguntado directamente para no inducir respuestas pero surgió de forma espontánea. Al respecto, señalan que desde su perspectiva este fenómeno se habría dado particularmente en el pasado mencionando que esa violencia sería “real”, dando a entender que en la actualidad no se daría con la misma intensidad. Esta percepción se evidencia en ambos grupos, pero sólo en el grupo de médicos/as se encuentra presente la idea de que no existiría violencia en el parto:

“Y lo que hay escuchado es ‘¡cálmate, cálmate!’, antes las viejas les decían ‘¡no te gustó!, ¡no te gustó estar ahí!’, o sea la violencia real era así, ‘ay está niñita que grita tanto ¡no grites!’” (Ginecóloga, E1)

“Sí, sí, Ah! el extremo, en esta misma cosa esto de deberes y derechos de los pacientes y todo hay algunos sectores que son más, em, pro derechos, que han extremado un poquito sus argumentos y dicen que hay violencia obstétrica por ejemplo, yo no comparto eso, yo creo que yo soy un poquito menos radical, yo estoy de acuerdo con que hay un trato no tan humanizado, un poco deshumanizado del paciente, pero no llega a ser un trato violento” (Ginecólogo, E10).

También se encuentran menciones al concepto de violencia obstétrica desde posturas críticas al resto de los colegas, mencionando que este fenómeno seguiría estando presente:

“Hablan de “no existe la violencia obstétrica” porque, te estoy comentando la forma en que lo dicen, hablan de que nadie se levanta con ganas de levantarse e ir a pegarle a alguien para atender un parto”, pero la violencia obstétrica está en cosas que se hacen y que no, no, los profesionales de la salud no aceptan que las hacen, le quitan tanto el derecho a las pacientes que no se están dando cuenta de que están haciendo cosas, que por más que se hayan hecho hace miles y que den resultados, significa que están bien” (Matrón, E8).

Finalmente se observa que algunas matronas señalan sentir culpa por algunas acciones o prácticas de atención que realizaron en el pasado, lo que las lleva a elegir otras más humanizadas a futuro:

“Lo único que nos enseñaron y que yo aprendí era parto en litotomía, y la medicalización del parto, y la dirección y gobierno del trabajo de parto, y es algo que yo hice por años por años por años hasta que me di cuenta que estaba trabajando mal, y lo cambié, me entiendes, tuve la oportunidad de darme cuenta y sufrí, lloré, reflexioné, y cambié todas mis maneras de actuar, porque yo pensaba que lo estaba haciendo bien, hasta que me di cuenta que no era, no era lo correcto” (Matrona, E3)

Si bien no es recurrente en los discursos, el testimonio anterior evidencia que existirían procesos de aprendizaje y transformación que ponen en práctica una reflexividad crítica presente en algunos individuos. Así, a pesar de estar socializados/as en el modelo biomédico y un contexto hospitalario altamente codificado, al enfrentarse a otras corrientes y posturas sobre la atención del parto, algunos/as generan distancias con su entorno lo que les permite cuestionarse si estas les hacen sentido y reordenan su acción en función de esquemas que les parezcan pertinentes.

Al analizar los discursos a la luz del modelo biomédico y otros modelos de atención, al género y la justificación de las prácticas que utilizan, se observa que en general dotan de sentido su actuar en función de diversos criterios que se planteen como válidos para cada uno/a. Sin embargo, la reflexividad de los/as entrevistados/as se encuentra plagada de tensiones, y se evidencia la contraposición de diversos criterios bajo los cuales argumentan, y posteriormente utilizan ciertas prácticas. Así, quienes se muestran críticos a las jerarquías de género evidencian estereotipos sobre las mujeres y las maternidades en sus discursos, y quienes establecen críticas al modelo biomédico, utilizan prácticas que favorecen la medicalización. Esta situación evidencia que, si bien mediante la reflexividad dotan de sentido su experiencia esta no alcanzaría a ser totalmente coherente, por lo que pese a ser sujetos con capacidad de agencia, existirían condicionamientos estructurales que también influyen en su acción, como la socialización en el sistema sexo/género de carácter patriarcal

que se analizó anteriormente, y las características hospitalarias que se abordan en el siguiente capítulo.

7.3 Características del contexto hospitalario y repercusiones en la interpretación y acción de los/as profesionales

Para analizar las características del contexto hospitalario y sus repercusiones en la atención de los profesionales resulta necesario retomar la noción de que los hospitales se caracterizan por estar altamente codificados, es decir, que las acciones en ellos se encuentran claramente definidas en protocolos y lineamientos que vuelven predecible las acciones. Esto siguiendo a Dubet (2010) otorga un margen menor de libertad al individuo para dotar de sentido a sus propias conductas, ya que estas se encuentran previamente establecidas. Además, los hospitales se caracterizan por la presencia de estrictas jerarquías entre profesionales (Castro y Erviti, 2015). En el presente capítulo se contrastan las características mencionadas con el discurso de los/as entrevistados y se analiza su repercusión en las interpretaciones y prácticas de atención.

7.3.1 Características del contexto hospitalario

El contexto hospitalario en el que se desenvuelven los/as profesionales de la salud entrevistados/as tiene dos componentes principales: el personal y la organización de la atención, y la infraestructura. Con respecto al personal señalan que se trabaja en régimen de turnos, que para los médicos son de 24 horas y para matronas/es de 12 horas. Estos turnos se llevan a cabo en rotaciones y en general se complementan con contratos diurnos en el hospital. Matronas/es y ginecólogas/os en general consideran que los turnos tienen consecuencias negativas para su calidad de vida ya que alteran los hábitos de sueño e impactan en la vida familiar al tener que ausentarse de instancias personales importantes. Sin embargo, también señalan consecuencias positivas referidas a que tienen más días asignados de vacaciones y que pueden disponer mejor de sus tiempos cuando les toca libre día libre.

En ambos grupos de profesionales se menciona que para poder sobrellevar el turno es fundamental el apoyo entre el equipo y la ayuda de estudiantes e internos de ambas profesiones para sobrellevar las distintas tareas, tanto burocráticas como en la atención. Caracterizan esto como una ayuda en cadena, en donde ellos/as en sus tiempos de estudiantes aportaron a suplir tareas en los turnos, que luego al ser profesionales delegan en nuevos estudiantes, dándose esto de forma continua entre las diferentes generaciones de

profesionales y estudiantes. Lo anterior, desde su perspectiva, se posiciona como una forma de enfrentar la falta de personal que existe en los hospitales públicos, evidenciando que en ocasiones sería imposible realizar todo lo necesario si no se tuviera el apoyo de los/as estudiantes.

Otro elemento que señalan ambos grupos de profesionales al hablar del contexto es que el enfoque biopsicosocial se tiende a usar de forma superficial e insuficiente, quedando al criterio de la persona que prácticas utilizar pese a que existan documentos del ministerio que enfatizan en los beneficios de este enfoque. Así, se observa que no existiría una organización de la atención que favorezca su aplicación, siendo casi anecdótica su presencia en los protocolos de atención, y dependiendo de las voluntades de cada hospital para llevarlo a cabo. Matronas/es y ginecólogos/as mencionan que con la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo se estarían destinando más recursos a las maternidades que permitirían conformar equipos interdisciplinarios que propician la aplicación del enfoque biopsicosocial:

“Entrevistadora: Y actualmente, en el sistema público siempre se habla del enfoque biopsicosocial, ¿Qué opinas de ese enfoque?

Matrona: (Risas).

Entrevistadora: Porque ese es el que sale en los documentos, Chile Crece Contigo, todos esos.

Matrona: (susurrando) Sí, pero... no pasa ná con esa cuestión.

Entrevistadora: No se aplica, o como que pasa con eso, si me puedes contar.

Matrona: Se aplica re poco” (E2).

“Es mucho más persona dependiente, claro, vocación dependiente cachai’. No está tan institucionalizado, bueno ahora con la ley IVE, que ha sido bueno porque tu tenís una ley, sale la ley, y la ley viene con recursos [...] se proporcionaron horas de 22 horas de psicóloga, 22 horas de asistente social y 15 horas de psiquiatra, exclusivo pa maternidad, o sea nosotros nunca habíamos tenido una psiquiatra en la maternidad.... Cachai’ y ahora tenemos una psiquiatra en la maternidad y eso es un recurso, y las pacientes IVE son pocas, entonces como son hartas horas lo usamos pa lo demás, o

sea es una oportunidad para tener un equipo biopsicosocial en una maternidad, cachai” (Ginecóloga, E1).

En cuanto a la infraestructura, predomina entre todos/as los/as entrevistados/as la percepción de que esta sería inadecuada tanto para la atención de las pacientes como para su comodidad en el desempeño de sus funciones. Describen en general una carencia de camas y pabellones de atención que se saturan rápidamente, además de que en general se cuenta con equipamiento antiguo que no permite, por ejemplo, facilitar a las mujeres estar en posiciones diferentes a la litotómica en el parto y parto. En general señalan que una de las grandes barreras para dar una atención centrada en la comodidad de la paciente corresponde a las carencias en la infraestructura, lo que será profundizado en el apartado siguiente. Solo un ginecólogo menciona que la infraestructura en su hospital sería adecuada para la atención de las pacientes, ya que las piezas son para 3 mujeres y cada pieza cuenta con 1 baño, por lo que desde su perspectiva las carencias se darían más para la comodidad del personal en los turnos. Otra matrona menciona que la infraestructura sería adecuada para la atención del parto medicalizado, pero no para otras formas de atender.

En este sentido, mencionan que la falta de recursos humanos y la infraestructura inadecuada impactan en que se sature rápidamente la atención y por ende, tengan tiempos reducidos para poder resolver los partos de forma adecuada. La única diferencia entre el discurso de Ginecólogos/as y Matronas/es sobre la infraestructura hospitalaria, es que el grupo de matronas/es señala que una solución posible sería crear casas de parto en el país, espacios que corresponden a centros exclusivos enfocados en la atención del parto donde las matronas tienen mayor autonomía en la atención, generando distancia con las lógicas hospitalarias predominantemente intervencionistas:

“Sacaría la mater [abreviación de maternidad] del hospital primero. Esto ya es soñando ya por supuesto. Porque siento que igual el tener a la maternidad, si bien las mujeres que llegan acá la mayoría tiene patologías, entonces si hay que intervenir cuando corresponda. Pero siento que igual podría estar en un edificio aparte porque ya tenerlo instalado en el hospital es como ya condicionar una cosa que es natural,

independiente que tenga patología o no [...]” (Matrona, E4).

Un matrn tenía experiencia laboral en un hospital regional de baja complejidad, y se sealó que existirían diferencias tanto a nivel de infraestructura como en la organizaci3n del personal. Al respecto mencion3 que existiría una carencia de especialistas por lo que los/as matrones/as tendrían más autonomía en las decisiones ya que ellos/as se encargaban completamente de la atenci3n del parto, y que predominarían profesionales jóvenes de todas las áreas de la salud, lo que a su juicio implicaría que se redujeran las relaciones jerárquicas en el equipo. Por otro lado, menciona que la infraestructura sería deficiente y que las actualizaciones se demorarían en llegar, por lo que no contarían con ningún tipo de material o infraestructura para atender de forma integral. Al ser un solo testimonio, y no estar contemplado en la muestra la inclusi3n de hospitales fuera de la Regi3n Metropolitana, no se ahond3 en las comparaciones de la situaci3n de hospitales regionales con los de la Regi3n Metropolitana.

En los discursos se observa que el contexto hospitalario se caracteriza por tener carencias importantes tanto a nivel de personal como de infraestructura, considerando esta última inadecuada para la comodidad de los/as profesionales y de las usuarias. Las carencias implican que la atenci3n se satura rápidamente y se deba recurrir al apoyo de los/as estudiantes como una forma de suplir las carencias de personal. Sobre el contexto hospitalario no se encuentran diferencias en los discursos según el sexo de los/as entrevistados/as.

7.3.2 Repercusiones del contexto: concepci3n del hospital y sus estructuras internas como limitantes para una atenci3n respetuosa.

Respecto a las repercusiones resulta relevante evidenciar que al observar los discursos en todos/as se encuentran intenciones, superficiales o profundas, de transformar algunos aspectos de la atenci3n del parto en el sector público las cuales se encuentran con barreras debido a la organizaci3n de la atenci3n y el contexto hospitalario en general. A continuaci3n se analizarán estos elementos y las diferencias entre las barreras detectadas por los entrevistados/as. Se observa que el contexto influye tanto en la capacidad reflexiva que ponen en práctica como en las intervenciones y procedimientos que utilizan. Sin embargo, predomina la noci3n de que el contexto influye directamente en las prácticas de atenci3n,

mientras que la temática de la reflexividad se encuentra menos presente en los discursos de ambos/as profesionales, aunque se menciona más en el caso de matronas/es.

Al abordar la capacidad reflexiva, en ambos grupos de profesionales se encuentra presente la noción de que los altos niveles de estrés a los que se exponen los/as profesionales de la salud restringen sus capacidades de cuestionarse la forma de atender. Señalan que no cuentan con instancias para conversar con sus colegas y desahogarse o plantear inquietudes, y que no cuentan con herramientas para procesar situaciones que pueden ser violentas o traumáticas al momento de atender. Esto es mencionado en mayor medida por quienes tienden a cuestionarse las características de la atención, y ven en el resto del equipo un “bloqueo” emocional que implica no saber manejar el estrés:

“[...] También con el personal de salud que tiene un nivel de burn out gigante, un nivel de estrés post-traumático gigante, o sea nosotros de repente vemos cagazos grandes, weas tristes cachai’, se muere una guagua violentamente, y después tu tenis que olvidarte de esa wea y seguir y atender a la siguiente urgencia... y de eso nadie se hace cargo, ni los mismos médicos, ni los técnicos, auxiliares o matronas, hay mucho estrés post-traumático en las matronas... cachai’ las matronas alumnas y todo, y claro uno de repente ve cosas feas, alguien trató mal a alguien o una complicación triste y uno al tiro tiene que pasar a la siguiente página... y la gente no hace ese como auto... como, como (tocándose el pecho) al menos un análisis pequeño de qué me pasó, porque me sentí así, pucha que pena, o o empatizar con ese dolor pa después seguir bien, lo van como acumulando” (Ginecóloga, E1).

Por otro lado, matronas/es señalan que como no son cargos deliberativos, es decir no definen protocolos generalizados, y solo ejecutan las acciones definidas desde posiciones de mayor jerarquía, existen pocas instancias para cuestionar estas decisiones:

“Entonces esa es la manera de responder, y no todas las colegas responden. La jefa de la mater, la matrona jefe, agradece mucho cuando uno le responde porque me dice nadie me responde, entonces como que ya están acostumbradas a no sé uno, están acostumbradas a que todo, se, en el fondo llegué la cuestión cuando ya está hecha y ya está evaluada por un montón de gente y tu tienes que hacerlo porque eres una peona de esta situación pero nadie lo cuestiona como que se habla entre no sé la residencia,

pero ahí queda po. Entonces no hay instancias para decir oye yo estoy en desacuerdo con esto. No me parece, son por correo no más” (Matrona, E4).

Un resultado interesante de mencionar corresponde a que matronas/es al abordar la temática de la reflexividad, tienden a hablar de los elementos facilitadores que ellos/as han encontrado para ejercer su capacidad reflexiva y no tanto en las barreras como lo hacen los médicos. En general se observa que matronas/es tienden a realizar un mayor cuestionamiento de su actuar y a preguntarse cómo les gustaría que fuera su actividad como profesionales. Entre los elementos facilitadores mencionan dos principalmente: por un lado, hacer docencia, ya que el contacto con los/as estudiantes implica una reflexión continua sobre la profesión, y por otra parte, la cara contraria del párrafo anterior, correspondiente a espacios de conversación y discusión con sus pares y otros/as profesionales de la atención. Sumado esto, mencionan que el sentirse responsables por mejorar la atención del parto es un factor relevante para aumentar el cuestionamiento sobre su ejercicio profesional.

Se observa que todos/as ponen en práctica su capacidad reflexiva mediante la cual interpretan y dotan de sentido su experiencia, pero esto tiende a ser menos crítico en el caso de médicos/as, lo que podría guardar relación con la formación diferenciada de ambas carreras que se percibe en los perfiles de egreso presentados. Las matronas al tener una formación más orientada a elementos biopsicosociales podrían tener mayores espacios en su formación para la reflexión, pese a ser una carrera que está pensada para ejecutar y no deliberar sobre las prácticas a utilizar. Por otra parte, la limitada reflexividad crítica en médicos/as, podría guardar relación con lo mencionado por Castro y Erviti (2015) sobre el habitus médico, en donde al monopolizar esquemas de percepción que no se encuentran orientados al cambio ni a la reflexión sobre la atención, interpretar y juzgar sus acciones no se encuentra en sus comportamientos intuitivos. Esto, complementado con un espacio altamente codificado como el hospitalario, deja un territorio extremadamente reducido a la capacidad de cuestionar e interpretar las situaciones que se experimentan fuera de los protocolos establecidos y la “costumbre” vinculada a su habitus. De todas formas una ginecóloga en particular evidencia una postura crítica sobre la atención hospitalaria del parto, lo que podría guardar relación con que se desempeña en un hospital en que se han introducido transformaciones en el parto

desde el paradigma biopsicosocial como las Salas de Atención Integral del Parto (SAIP)¹¹. Así, pese a no tener influencias de este modelo en su formación, el contexto laboral podría influir en este aspecto. A continuación, se ahondará en la repercusión en las prácticas para analizar si esta tendencia también se observa en ellas.

Sobre el impacto de las características del contexto hospitalario en las prácticas de atención, las barreras para las “intenciones de transformación” mencionadas por los/as entrevistados/as pueden dividirse en dos áreas: las que responden a acciones del equipo de salud, y las que responden a elementos externos a ellos, ya sea el hospital como institución o la actitud de las parturientas. En los discursos se puede observar que desde el grupo de matronas/es enfatizan en mayor medida en las acciones del equipo de salud, mientras que médicos enfatizan en las restricciones estructurales del hospital y las restricciones provenientes de las parturientas. Con respecto a las usuarias, médicos y en menor medida matronas/es, mencionan que al atender mujeres con muchas patologías, aumenta la probabilidad de terminar en cesáreas y se necesita utilizar una mayor cantidad de intervenciones. Además, señalan que en reiteradas ocasiones las pacientes solicitan intervenciones y no tendrían la disposición de permitirle al equipo utilizar otras prácticas de atención. Lo anterior, junto a la falta de personal, desde la perspectiva de los/as médicos medicalizaría en mayor medida la atención, ya que las recomendaciones sobre el parto no tienen en cuenta el contexto hospitalario chileno:

“Sí, no contamos con... Si tu lees, ya tu voy a leer que monitorización continua no mejora outcomes fetales... eh.. sí aumenta la tasa de cesáreas, en pacientes de bajo riesgo, cuando tenemos una matrona y una paciente. Nosotras nuestras pacientes en parto solamente un tercio son de bajo riesgo. Y no contamos con una matrona y una paciente para evaluarla. Entonces, acá la monitorización, el cardiotopógrafo es a todas” (Ginecólogo, E5).

Por otro lado, médicos/as y matronas/es, señalan que durante los últimos años con el aumento de la migración se estarían dando barreras idiomáticas en la atención que generan que muchas

¹¹ Para más información sobre esto, se puede visitar el siguiente documento del Ministerio de Salud (2019): [https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/wpcontent/uploads/2019/Guia/documentos/D304.%20Guia%20Hospitales%20Mediana%20%20\(Unidad%20de%20Parto%20Integral\)%20nov%202019.pdf](https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/wpcontent/uploads/2019/Guia/documentos/D304.%20Guia%20Hospitales%20Mediana%20%20(Unidad%20de%20Parto%20Integral)%20nov%202019.pdf)

veces no se cuenta con el consentimiento de las mujeres para realizar intervenciones y por ende recurran a la fuerza física. Señalan que los/as hospitales no se han hecho cargo de forma efectiva de esta situación, y que, si bien algunos/as cuentan con traductores, al ser pocos no se encuentran siempre disponibles para atender:

“La otra situación fue una paciente haitiana hace mucho tiempo que tampoco hablaba nada de español, y que... estaba realmente en algo que se llamaba sufrimiento fetal, la guagua estaba realmente con latidos mal y que no recuperaba y llevaba ya varios minutos, iba de mal en peor, y... la anestésista le iba a tratar de poner la anestesia raquídea para la cesárea mientras todos corríamos, porque se hizo todo muy rápido, y la paciente no se dejaba, para que te pongan la anestesia raquídea tiene que quedarse quieta la señora para que, porque tienen que palpar bien la columna, y es un procedimiento igual importante porque se hace en la columna vertebral, no lo hacía, y la afirmaron” (Matrón, E8).

“Entrevistadora: Y el hospital en ese sentido hace algo, porque claro tienen estas dos personas, pero les hacen algún tipo de capacitación como para que ustedes sepan lo básico o...

Ginecólogo: Sí. A nosotros?, no a nosotros nada, nos han pasado unos folletitos con palabras pero en realidad uno no las usa. Nosotros en particular tenemos la ventaja de que hay dos colegas que hablan francés muy bien. Y entonces con ellos nos arreglamos, porque uno estuvo en Haití y el otro estuvo en Francia. Pero eso es anecdótico de nuevo.

Entrevistadora: Claro, no es que haya algo institucional como para que...

Ginecólogo: No, solo los facilitadores” (Ginecólogo, E10).

Por otro lado, médicos y matronas/es mencionan que las decisiones administrativas serían un factor relevante que restringe generar modificaciones tanto a nivel de infraestructura como en la atención:

“En este hospital en particular, yo no puedo hablar de otros porque no los conozco digamos, ha costado muchísimo, no, como que no prende no, algo pasa, o sea el año

pasado, principios de marzo yo llegué de las vacaciones y me dicen parto cerrado están remodelando, aah dije yo, van a hacer salas, no hicieron nada, es más, nos quitaron un box que nosotros teníamos, porque parto acá tu no lo conocís porque tu no cachai nada de acá, son 8 camas, divididas con cortinita no más, su monitor, de humanizado no tiene nada o sea, absolutamente nada, entonces nosotros habíamos sacado una cama de un box y en ese box teníamos nuestra estación de aromaterapia, musiquita, balón kinésico, colchoneta, dónde los pacientes podían hacer lo que quisieran ahí, y hasta eso nos quitaron, hasta eso nos quitaron. Nos quitaron ese, ese box y lo convirtieron en box con cama con todo otra vez. O sea se pasaron por ahí mismo todo lo que las matronas habíamos estado trabajando el último año, para humanizar un poquito el parto, ya” (Matrona, E2).

En este sentido matronas/es y ginecólogos/as enfatizan en que su capacidad de decidir es muy reducida. Esto implica que las modificaciones que se dan en los protocolos a nivel ministerial no logran ser bajados a la atención. Desde su percepción esto se debe a que no existen incentivos concretos para que los equipos de salud sigan los protocolos de atención actualizados, y por ende, tiende a predominar la atención en base a las costumbres arraigadas desde hace años. Con respecto a este punto, se comienzan a manifestar diferencias importantes entre los discursos de matronas/es y ginecólogos/as, ya que los/as primeros/as, desde la crítica hacia las costumbres arraigadas en la atención, comienzan a mencionar las acciones de los equipos de salud como un elemento central que restringe las intenciones de transformar la atención. Mencionan que las transformaciones en la atención provienen de intereses individuales de ciertos profesionales, los cuales entran en disputa con los equipos para cambiar el modelo al que se encuentran acostumbrados. Al ser una motivación individual se dan diferencias entre turnos cuando en alguno predomina una forma de atender diferente. Esto genera problemas cuando alguien del equipo quiere expandir alguna práctica que implique cambios, ya que entre el personal de salud se encuentra “mal visto” criticar a otros colegas y cuestionar sus formas de atender:

“Emm... No hay, em, a ver, lo que pasa es que la matrona de turno va a hacer lo que su jefatura le indica, ya. Aquí nadie se va a sacar la mugre remando contra la corriente. Nadie, porque no hay ninguna recompensa cachai. Y tampoco te voy a buscar malas

ondas, o pelearse con la gente, o que la jefatura te tenga sangre en el ojo porque quedaste como la conflictiva del grupo, entonces claro, aquí las cabras entran casi recién recibidas, mucha recién recibidas, como reemplazantes durante años, y a la primera, a la primera, a la primera que le caíste mal a alguien, ah pin pa fuera, nunca más un reemplazo, y sonaste y te mandaron saludos no más. O sea ni por los aplausos, entonces la verdad es que no ha habido, no ha habido una, un apego al método, porque no hay incentivos, o sea 0 incentivos, a nadie le interesa, o sea es lo que yo siento, o sea a lo mejor tú le voy a preguntar a [nombre] que es el jefe de pabellón y te va a decir no que el parto humanizado, mentira eso es pura mentira, todo el mundo habla mucho blablablá, pero en la práctica no hacen nadie nada, nada, nada. Yo te puedo decir que lastimosamente aquí el parto humanizado casi no existe, casi no existe, el apego con la guagua, tenis que quitarle la guagua a la matrona de la neo rogarle o sea, o sea, o sea, en un parto mío ayer la matrona de neo, pusimos la guagua en apego, exquisito super bien, la guagua estupenda, que sé yo, la matrona de neo le dijo a la mamá ‘no la vaya a poner en la pechuga porque todavía no ah, después de una hora’, ósea, ¡perdón! ¡give me a break! Exijo una explicación a lo condorito (risas), entonces te juro que tú dices tú dices, o sea en que idioma tenemos que hablar, en que idioma, aquí si hacís un apego de 10 minutos considérate fantásticamente recompensada” (Matrona, E2).

Esta noción de que es erróneo criticar a algún colega, se manifiesta en los discursos de los/as entrevistados en diversos momentos:

“En el caso mío yo mando un 8,5% de mujeres a pabellón, te estoy dando mi estadística porque sería muy... no sé la palabra es copuchenta pero también invasiva, también empezar a evaluar a otra colega” (Matrona, E3).

De los testimonios anteriores, se desprende que la organización del sistema genera una complicidad entre los profesionales cuando se cometen errores o deliberadamente se utilizan procedimientos no recomendados, ya que cuando se intentan generar denuncias no se interviene ni se fiscaliza debidamente la situación por lo que no existen incentivos para denunciar malas prácticas o maltratos, favoreciendo que se perpetúe el status quo. Esto se

condice con los resultados de una investigación mencionada en los antecedentes, que señala la existencia de una “conspiración del silencio” entre profesionales de la salud ya que se tiende a no intervenir cuando se ven prácticas erróneas o malos tratos (Junqueira y de Mattos, 2017). Además del nivel sistémico, matronas/es plantean que entre los/as profesionales de la salud existen “egos” y competencias de por medio, y por ende hacer una autocrítica o una reflexión sobre la práctica resulta muy difícil, provocando que se perpetúen técnicas desactualizadas que no se basan en los conocimientos científicos más avanzados:

“Hay personas que llevan miles de años acá, que no les interesa cambiar, que están súper cómodos aquí con como actúan, y que en el fondo que llegue alguien y nuevo, con un protocolo nuevo que llegue con una nueva información es como oye pero que se cree esta persona, si es como yo lo he hecho bien toda mi vida, y siempre me ha salido todo bien entonces hay mucho ego también de por medio, mucho” (Matrona, E4)

“Yo a veces veía incluso prácticas muy mal hechas, por ejemplo acá vi un colega que... que administró yodo por un flujo vaginal micótico, y yo le dije [nombre] eso no se hace hace años [...] como por favor no hagas eso porque no corresponde, o sea eso ya no se usa, es un óvulo de clotrimazol si necesita esto. Como él me porfió y me dijo no si esto sirve, yo lo hablé con mi jefatura directa, y mi jefatura dijo no es que siempre con esta persona pasa lo mismo, lleva tiempo, y no se puede hacer mucho porque es de planta, entonces siempre había un pero” (Matrón, E7).

El énfasis en el rol que cumplen los equipos de salud en la atención se puede observar claramente en el discurso de una matrona en particular, que señala que las modificaciones de infraestructura no serían suficientes ya que el maltrato podría persistir de todas formas, dando a entender que el elemento fundamental, por lo menos en término de cuidados, corresponde a la actitud de los/as profesionales al momento de atender:

“Haría el hospital de nuevo (risas), ya no pero lo que yo haría es tener una casa de partos, ese es mi sueño tener una casa de partos adosada al hospital manejada

exclusivamente por matronas, pero por matronas amorosas que les guste el parto no que trabajen porque hago turnos y gano plata, porque puedo hacer en la casa de partos lo mismo y dejarlas solas a las señoras, o sea una matrona que esté dedicada y que esté acompañando a las mujeres a parir” (Matrona, E3).

En función de este panorama, matronas/es que se sienten comprometidos a modificar la atención ejecutan prácticas de resistencia a las lógicas del sistema revisadas con anterioridad, que en ocasiones implica salirse de los protocolos establecidos:

“Me encantaría que hubiera sala de parto de integral, no tener que sacar a la paciente de su cama pa ir a asistir un parto, o sea es absurdo, uno debería asistir un parto donde la paciente está y punto no cierto, y punto, pero no nos dejan, lo hacemos escondidas” (Matrona, E2).

El hecho de generar estas estrategias de resistencia o evidenciar las malas prácticas de atención, tiene diversas consecuencias para las/os matronas/es. Señalan que terminan siendo juzgados/as por sus colegas, lo que impacta en sus relaciones laborales. Además de impactar en las relaciones interpersonales, esto afecta en su autopercepción, ya que tienden a sentirse diferentes al resto del equipo, dando a entender que predomina una atención medicalizada pese a que existen algunos/as como ellos/as:

“Una a veces pasa a ser como dice una matrona la segunda víctima, porque recibes enjuiciamiento, porque hay matronas que están mentalizadas en que sigue tiene que seguir el parto intervenido, medicalizado, entonces enjuician mucho tu trabajo en lugar de, de complementar o colaborar ciertas cosas, entonces tu te sientes así viniendo de las propias colegas entonces es duro igual” (Matrona, E4).

En función de lo revisado, se observa que el contexto hospitalario repercute negativamente en la atención, ya que existe una infraestructura que no permite actualizar técnicas de atención debido a la ausencia de insumos y equipamiento, lo que, conjugado con una alta presión asistencial, limita los tiempos de atención. Además de esta infraestructura tangible, se observa que se configura una estructura invisible de atención que favorece la repetición

de prácticas arraigadas en la costumbre de los equipos médicos, y que facilita una complicidad en base al silencio de quienes ven prácticas erróneas o desactualizadas por el temor a recibir “castigos” en forma de juzgar, recriminar y criticar, por parte de sus pares, lo que desincentiva las denuncias. En este punto se observa que se manifiesta la presencia de los castigos que acompañan la formación médica mencionados por Castro y Erviti (2015). Se observa que médicos/as se refieren a esto último en menor medida, lo que puede vincularse a que ellos/as ocupan posiciones en donde se delibera con mayor libertad sobre las formas de atender y las acciones a seguir, por lo que podrían constituirse como entes más activos en la estructura invisible, ya que las acciones que ellos/as definen son las que muchas veces dejan de “manos atadas” a matrones/as.

8. Conclusiones

Para finalizar, es necesario retomar la pregunta que guió la investigación, referida a la interpretación que matronas/es y ginecólogos/as realizan sobre sus prácticas de atención del parto, teniendo en cuenta los marcos otorgados por el contexto hospitalario. Para dar respuesta a esta pregunta se analizaron las diversas aristas asociadas al tema descritas en la presentación del problema, antecedentes, y marco teórico, en las tres dimensiones correspondientes a los objetivos específicos.

Con respecto al primer objetivo, que implicó describir y caracterizar las intervenciones y cuidados utilizados en el parto por los/as profesionales, los hallazgos indican que según los discursos de las/os entrevistadas/os predomina el uso de intervenciones que tienden a medicalizar la atención y no se encuentran recomendadas por los manuales que rigen la atención del parto en el país, a la vez que los cuidados tienden ser deficientes, ya que si bien se cumplen algunos como otorgar líquidos y alimentación, la entrada de acompañantes y el contacto piel con piel, tienden a ser en tiempos reducidos y no durante los periodos recomendados. A la vez, se pudo observar que los maltratos psicológicos y físicos han disminuido desde la perspectiva de los/as entrevistados/as, pero persisten en la atención, y tienden a vincularse a intentos de censurar muestras de dolor y conductas que no se ajustan a los protocolos que los equipos deben aplicar. Estos resultados no presentaron diferencias según la profesión ni el sexo de los/as entrevistados/as. Todo esto permitiría afirmar que el fenómeno de la violencia obstétrica estaría vigente, siguiendo la definición presentada.

En el segundo objetivo, referido a describir y comparar el ejercicio de reflexividad que los/as profesionales entrevistados/as ponen en práctica al argumentar sobre las prácticas de atención, teniendo en cuenta los modelos de atención en salud en que fueron socializados y sus concepciones sobre el género, se pudo observar que en su interpretación sobre los modelos de salud califican como positivos elementos de los diversos modelos. Del modelo biopsicosocial toman la idea de que los aspectos emocionales inciden en los procesos de salud y enfermedad, siendo beneficioso mirar a la persona como un todo, y toman el modelo biomédico las alusiones al riesgo del parto y la necesidad de intervenir para inclinar la balanza de riesgo versus beneficio positivamente evitando un desenlace de muerte de la mujer o su hijo/a. En este punto se observó una diferencia entre profesiones, ya que matronas/es tendieron a mencionar menos elementos del modelo biomédico como positivos. Con respecto al género, se pudo observar que pese a predominar un discurso crítico a nivel explícito sobre las jerarquías que este genera, se evidencian percepciones patriarcales sobre las mujeres y en particular sobre lo que se espera de ellas durante la maternidad, siendo esto último más predominante en las entrevistadas, sin importar su profesión. Finalmente, se pudo observar que los elementos mencionados en los apartados anteriores se manifiestan de forma explícita al argumentar sobre las prácticas que utilizan, mencionando los modelos de salud y su percepción sobre las mujeres en su implementación. Sobre esto, se pudo observar que existen diversos criterios que se contraponen en los discursos de profesionales de la salud, evidenciando que se percibiría que la utilización de técnicas para reducir los riesgos iría en desmedro de la comodidad de la mujer, incluso en quienes las continúan utilizando.

El tercer objetivo abordó las características del contexto hospitalario y sus repercusiones en la atención. Al respecto se pudo observar en los discursos que los/as profesionales de la salud perciben el contexto hospitalario como hostil en su organización, infraestructura y funcionamiento, para ellos/as y para las usuarias. De esta forma, impacta negativamente en la atención al tener una infraestructura deficiente que no permite la utilización de métodos alternativos a los tradicionalmente ocupados, y al perpetuar una estructura invisible que favorece el uso de prácticas en base a la costumbre gracias a la autocensura de quienes tienen posturas críticas a las formas de actuar de otros/as, debido a las dinámicas de complicidad y poca efectividad de las denuncias realizadas. En este sentido, se percibe que todos/as los entrevistados tendrían intenciones de transformar diversos elementos que caracterizan como

negativos, como la utilización de prácticas innecesarias, o el no poder entregar condiciones de comodidad a las usuarias, pero señalan que sus intentos se verían restringidos por las dinámicas de la institución en que se desempeñan.

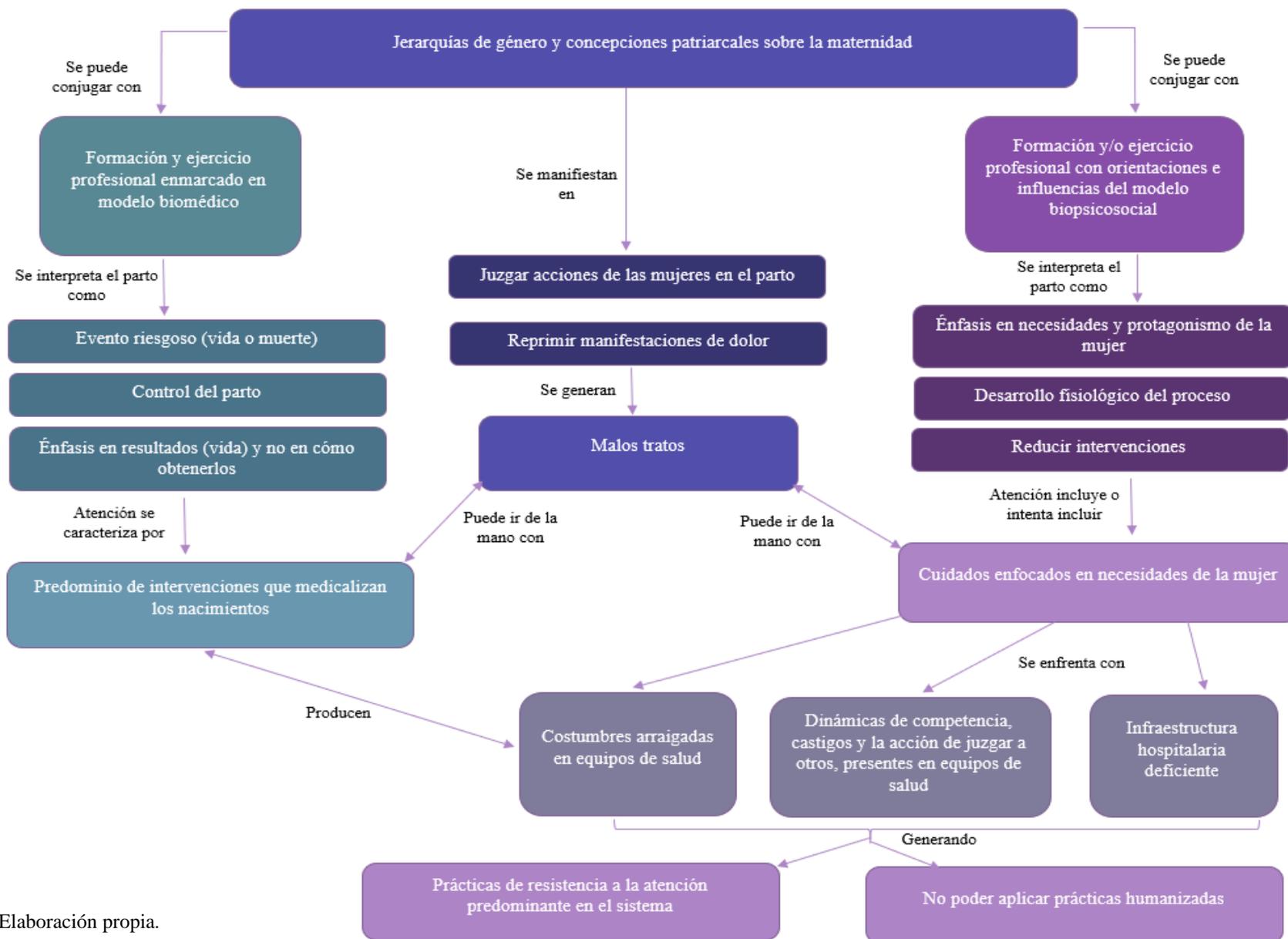
En función de todo lo revisado, se observa que la argumentación sobre las prácticas de atención que los/as profesionales utilizan se estructura principalmente sobre dos aristas, configurando dos discursos predominantes: por un lado, la argumentación se enfoca en las formas de reducir el riesgo de que se produzca la muerte de la mujer o el hijo/a en el proceso, debido a la conceptualización del parto como un evento riesgoso, y por otro lado, como una forma de promover el bienestar y la comodidad de las mujeres y sus hijos/as al momento del parto, debido al énfasis del discurso en la autonomía de las mujeres. Estas interpretaciones incidirían en su posterior decisión de priorizar algunas prácticas por sobre otras, ya que quienes enfatizaban en el bienestar y la comodidad de las mujeres e hijos/as, según sus propios discursos se preocupaban de otorgar cuidados adecuados y reducir las intervenciones. De los discursos se desprende que la interpretación que realizan los/as profesionales de la salud se vincula fuertemente a sus concepciones individuales sobre los modelos de salud. Quienes adhieren en mayor medida a modelos alternativos y establecen críticas al modelo biomédico y no solamente al sistema de salud, tienden a realizar prácticas de cuidados personalizados e intentan disminuir las que medicalizan el parto. Mientras que en quienes adhieren en mayor medida al modelo biomédico y tienden a apuntar las críticas al sistema de salud, se da la situación contraria. Los/as profesionales que adhieren a modelos alternativos tienden a ser quienes en sus años de formación, o luego en el ejercicio profesional, se encontraron con instancias formativas u otros individuos del rubro que les compartieron estos conocimientos, permitiendo que realizaran cuestionamientos a su formación y/o ejercicio profesional anterior. A la vez, se observa que estos cuestionamientos tienden a estar más presentes en matronas/es, quienes tienen una formación menos orientada al modelo biomédico, y por ende podrían interiorizar el habitus anteriormente descrito en menor medida. Sin embargo, el contexto hospitalario tanto a nivel físico como en las relaciones entre profesionales se posiciona como un limitante para quienes intentan generar cuidados y disminuir las técnicas de medicalización, evidenciando que la atención actualmente no se encuentra pensada para quienes la reciben, y generando que las prácticas que no responden

al modelo biomédico no se puedan realizar, o que se realicen a escondidas y sin cumplir lo indicado por el hospital.

Respecto a las concepciones sobre el género se pudo observar que estas son similares en todos/as los/as profesionales aunque adhieran a modelos de atención alternativos al biomédico. Profesionales que tienen concepciones patriarcales sobre las conductas de las mujeres al momento del parto y juzgan sus acciones, pero tienen visiones críticas sobre la biomedicina, señalan aplicar prácticas más humanizadas, por lo que la variable del género, al no presentar diferencias entre los/as entrevistados/as, no influiría directamente en la elección de las intervenciones que se usan en el parto. Donde sí se pudo evidenciar una relación, fue en cuanto a los maltratos verbales, ya que estos en general se vinculaban a intenciones de reprimir manifestaciones de dolor y acciones de las mujeres que no se ajustan a los parámetros sobre lo que una “buena madre debe hacer”, como priorizar sus sensaciones por sobre el bienestar de su hijo/a. Esto permitiría conceptualizar a la socialización en el sistema sexo/género de carácter patriarcal como una limitante estructural para la transformación de los tratos en la atención, al responder a concepciones sociales sobre la maternidad que exceden a los modelos de salud. De todas formas, también se podría hipotetizar que no solo responde a concepciones sociales generales, si no que ambos modelos -biomédico y biopsicosocial- reproducen y refuerzan el androcentrismo y la mirada patriarcal que se encuentra presente en la ciencia según las corrientes teóricas citadas, interrogante que no logra ser respondida con los resultados de la investigación y podría ser materia de futuros estudios.

A continuación se presenta un diagrama que sintetiza los principales resultados. El cuadro en la parte superior corresponde a las jerarquías de género y concepciones patriarcales sobre la maternidad, que no presentó diferencias relevantes en los discursos, y puede conjugarse con un ejercicio profesional enmarcado en el modelo biomédico u orientado al modelo biopsicosocial. La columna de en medio evidencia las manifestaciones de las concepciones sobre la maternidad en la atención. A los lados, se sintetizan las interpretaciones vinculadas a cada modelo de atención predominante en los discursos. Al lado derecho, luego de las características generales de la atención se presentan las barreras a las que se enfrentan los equipos de salud y las posibles salidas a estas barreras encontradas en los discursos.

Diagrama 1: Síntesis de resultados



Elaboración propia.

A la luz de lo revisado, se comprueba la hipótesis de investigación referida a que los/as profesionales podrían desarrollar reflexividades críticas sobre el modelo biomédico e interpretar sus prácticas en función de principios que propicien la transformación de la atención, pero que estas intenciones podían verse limitadas por las condiciones en que se desarrolla su trabajo. El único elemento de la hipótesis que difiere en los resultados es sobre el género, ya que se sostuvo que elaborar discursos críticos con respecto a las jerarquías de género podría tener la misma consecuencia de generar intenciones transformadoras de las prácticas, pero esto no fue observado, ya que incluso quienes tenían concepciones patriarcales sobre la maternidad y evidenciaban jerarquías de género en sus discursos, podían incluir prácticas fuera del modelo biomédico de atención. Así, se observa que los discursos sobre el género no incidirían directamente en la utilización de todas las prácticas de atención, pero sí en los maltratos verbales, y como se señaló anteriormente, sería posible considerar a las influencias del sistema/sexo género de carácter patriarcal como limitantes a la transformación de los tratos en la atención.

Por otro lado, resulta relevante evidenciar las limitaciones del estudio. Una limitación se vincula al hecho de que se buscó describir las prácticas que los/as profesionales de la salud utilizan en la atención mediante sus propios discursos. Esto podría implicar que existan distancias entre las prácticas que declaran utilizar y las que efectivamente aplican en diversas situaciones, sobre todo en temas como el uso de la fuerza física y los tratos al momento del parto. Otra limitación se vincula a que la muestra utilizada se enfocó exclusivamente en la Región Metropolitana, que cuenta con hospitales de alta complejidad y especialistas disponibles para la atención, lo que no se da en todos los territorios del país, y se evidenció en el discurso de un matrn. En función de aquello podría existir un sesgo en los discursos, y en las discrepancias encontradas entre profesiones, debido a las posibles diferencias en la composición de los equipos médicos entre la Región Metropolitana y otros territorios, donde profesionales como matronas/es podrían tener atribuciones diferentes debido a la carencia de médicos especialistas en algunas zonas. Cabe señalar que además en la muestra se contó con 4 profesionales, -2 matronas, 1 matrn y 1 médica-, pertenecientes a un hospital que implementó las SAIP, que otorgan condiciones materiales que favorecen la atención humanizada de nacimientos, y se observó que estas/os profesionales tenían tendencias y prácticas de atención más humanizadas. Si bien esto podría ser útil para evidenciar la

relevancia de la infraestructura en las posibilidades de integrar ciertas prácticas de atención, también se posiciona como una limitante para los resultados ya que podría existir cierta homogeneidad en los discursos que no estaría presente de haber incorporado profesionales de otros hospitales en la muestra.

Otro elemento importante de mencionar refiere a la pandemia de COVID-19 presente en el país desde marzo del 2020. Si bien algunas entrevistas remotas se realizaron en el contexto de la pandemia como se señaló en la metodología, la pandemia no se abordó como una temática relevante dentro de la investigación. Sin embargo, algunos artículos con información preliminar sobre la situación del parto en la pandemia de COVID-19 han evidenciado a nivel mundial que el nuevo coronavirus y las consecuencias que implica para las instituciones hospitalarias, se constituyen como un factor de riesgo para el aumento de la VO, al limitar las instancias de atención para las mujeres, restringir el ingreso de acompañantes, inducir anticipadamente el parto y limitar el contacto piel con piel, entre otros elementos (Shrivastava y Sivakami, 2020; Sadler, Leiva y Olza, 2020; Goberna-Tricas, 2020). En el caso de Chile, se denunció desde organizaciones de profesionales y de la sociedad civil como el Colegio de Matronas¹², el Observatorio de Violencia Obstétrica¹³, y la Mesa de acción por el aborto¹⁴, la ausencia de protocolos de atención de salud sexual y reproductiva en general y de la atención del parto en particular, los cuales fueron publicados recién a finales de junio del presente año, provocando que por varios meses cada hospital tomara las decisiones de que elementos de la atención restringir en función de su situación particular. Así, algunos de los elementos mencionados en la investigación podrían haber variado en este contexto, por lo que una línea de investigación futura podría ser caracterizar la atención y la interpretación que los/as profesionales realizan sobre ella en medio de una

¹² Se puede revisar la posición del Colegio de Matronas y su reunión con el ministro Enrique Paris respecto al tema en el siguiente link: <https://colegiodematronas.cl/?p=2901>, Recuperado el 28 del 12 de 2020.

¹³ Declaración sobre la pandemia de COVID-19 y atención de gestación, parto y puerperio: <http://ovochile.cl/destacados/carta-abierta-al-ministerio-de-salud/>, Recuperado el 28 del 12 de 2020.

¹⁴ Entrevista a Gloria Maira, coordinadora de la Mesa de Acción por el Aborto en Chile, en la Radio Usach: <https://www.radiousach.cl/noticias/lo-mas-reciente/gloria-maira-coordinadora-mesa-accion-por-el-aborto-en-chile-hoy-en>, Recuperado el 28 del 12 de 2020.

emergencia sanitaria, donde aumentó la presión asistencial del sistema y el riesgo de su salud al exponerse al virus.

Además de la situación del COVID-19, de los resultados se desprenden otras líneas de investigación futuras. Un elemento para profundizar corresponde al análisis de los años de formación y ahondar en los modelos de atención que les son enseñados a los/as estudiantes, donde sería interesante incluir comparaciones entre universidades públicas y privadas, ya que desde los discursos se desprende la posible existencia de diferencias en el enfoque de estas instituciones, ya sea a nivel de currículo explícito u oculto. Por otro lado, también se posiciona como relevante indagar en la situación de las regiones, ya que la investigación se aplicó exclusivamente en la Región Metropolitana, donde se concentran hospitales de alta complejidad que cuentan con especialistas, lo que no sería representativo de todas las regiones del país que poseen más hospitales de baja complejidad y menos especialistas como ginecólogos/as, por lo que podrían existir diferencias en la atención y en como los profesionales reflexionan sobre ella. Un elemento relevante de analizar en investigaciones futuras refiere a ahondar en los temas de género, profundizando en que concepciones sobre el género se reproducen en la enseñanza de los modelos de salud alternativos al biomédico, tanto a nivel de documentos como de mensajes transmitidos en la docencia, en miras de analizar si son similares o se pueden encontrar diferencias. Por otro lado, otro tema a profundizar en investigaciones futuras refiere a las dificultades en la atención de pacientes haitianas, que son explicadas como “barreras idiomáticas”, con nulas estrategias de abordaje por parte de los hospitales. Según los discursos analizados, esto llevaría al uso de la fuerza física para concretar los partos, lo que podría implicar situaciones de mayor VO en mujeres haitianas, lo cual requiere ser investigado. Finalmente, un elemento interesante de profundizar corresponde a las prácticas de resistencia desplegadas por algunos/as profesionales que aplican técnicas o cuidados de forma contraria a las lógicas hospitalarias, indagando en cuales son y que consecuencias trae para ellos/as, además del significado que las usuarias le podrían otorgar a estas acciones.

De todo lo expuesto, se desprende la importancia de avanzar en estrategias y políticas públicas que se enfoquen en los distintos niveles implicados en la atención del parto. Los resultados indican que las iniciativas no pueden elaborarse solamente a nivel de protocolos

ministeriales, y deben existir incentivos en el día a día que fueren a los equipos de salud a adoptar estas medidas, además de estrategias de fiscalización del cumplimiento de los protocolos que logren romper la complicidad que se genera entre los equipos en los momentos que ejercen maltrato. Esto parece ser el elemento que se podría abordar a mediano plazo, ya que avanzar en términos de infraestructura parece difícil. Para intervenir en equipos de salud desde los resultados se observa que los años educativos serían fundamentales, por lo que propiciar la inclusión de asignaturas con enfoque biopsicosocial y respetuoso en las mallas de las universidades, y generar instancias de capacitación y actualización constantes para los/as profesionales que no dependan solamente de su interés personal, se posicionan como alternativas posibles para abordar y contribuir a mejorar la atención del parto.

9. Bibliografía

- Allende, R. (1865). Casas de maternidad: utilidad de estos establecimientos, posibilidad, i aun necesidad, de establecer una en esta capital, i ventajas especiales que reportaría su existencia. *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo XXVII.
- Alloati, M. N. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. Cuenca: Red Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales.
- Archibald, M., Ambagtsheer, R., Casey, M., Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Research and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1-8.
- Artuso, G., Astorga, T., y Gaete, K. (2015). *Estudio exploratorio sobre la formación académica de los médicos becados en gineco-obstetricia, relacionado con la atención del parto fisiológico*. Santiago: Universidad de Santiago de Chile.
- Ávila, Y. (2004). Desarmar el modelo mujer = madre. *Debate Feminista*, 35-54.
- Beauvoir, S. (1954). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Psique.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., y Foster, J. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 23, 1151-1157.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Cáceres-Manriquez, F., y Nieves-Cuervo, G. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 128-134.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios*. Santiago: LOM.
- Cano, I. (1980). *La mujer en el reino de Chile*. Biblioteca Nacional de Chile.
- Castro, R. (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud

- reproductiva. En M. Agoff, L. Casique, y R. Castro, *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*. (págs. 145-165). México: CRIM-UNAM.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 167-197.
- Castro, R. (2016). De la sociología de la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 71-83.
- Castro, R., y Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En B. López, A. Langer, & G. Espinoza, *Género y Política en Salud*. (págs. 277-273). México: SSA-UNIFEM.
- Castro, R., y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México D.F.: Universidad Autónoma de México.
- Cohen, S., y Korem, K. (2018). Domesticating Bodies: The Role Of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia*, 1-18.
- Consejo de gobierno local (1920). Consejo de gobierno local y la atención de los partos. *Revista de beneficencia pública*, Tomo IV.
- Davis-Floyd, R. (1987). Obstetric Training As a Rite of Passage. *Medical Antropology Quarterly*, 288-318.
- Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 5-23.
- Donoso, E., y Carvajal, J. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del milenio. *Revista Médica de Chile*, 1253-1262.
- Dubet, F. (2010). *Sociología de la experiencia*. Madrid: Editorial Complutense S. A.
- Ehrenreich, N. (1993). The colonization of the womb. *Duke law journal*.
- Fernández, C. (2013). *Sobre el concepto de patriarcado*. Universidad de Zaragoza.

- Fraser, N. (2006). La justicia social en la era de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. En Fraser, N. y Honneth, A. *Redistribución o reconocimiento?* (p. 17-88). Morata.
- Goberna-Tricas, J. (2020). Vulnerabilidad de las mujeres en el parto hospitalario: Reflexiones para el debate. *Musas*, 5(2), 1-3.
- Glasser, B., & Strauss, A. (1969). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. New York: Ed. Aldine Publishing Company.
- Hernández, R., Fernández, C., & del Pilar, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hi.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. Expropiación de la salud*. Barral editores.
- Irani, E. (2018). The use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges and Considerations. *Clinical Nursing Research*, 28(3), 1-8.
- Jordan, B. (1992). Technology and social interaction: notes on the archiviement of authoritative knowledge in complex settings. *Institute for Research on Learning*.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. "*Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*", (págs. 1-5). Ciudad de México.
- Leighton, A., Monsalve, D., Ibacache, J. (2008). *Nacer en Chiloé: Articulación de Conocimientos para la Atención del Proceso Reproductivo*. Serie: Documentos de Salud Colectiva, N°1.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Ley N° 38.668 de 2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
- Liu, K., y Dipietro, N. (2016). Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharmacy Practice*, 1-9.
- Malheiros, P., Alves, V., Rangel, T., & Vargens, O. (2012). Labor and birth: Knowledge and humanized practices. *Text Context Nursing*, 329-337.

- Martin, E. (1991). The Egg And The Sperm: How Science Has Constructed A Romance Based On Stereotypical Male-Female Roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 485-501.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 613-619.
- Martínez, E. (2008). Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en Medicina. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*.
- Martuccelli, D., & de Singly, F. (2012). *Las sociologías del individuo*. Santiago: LOM.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva*, 185-207.
- Ministerio de Educación. (2019). *Estadísticas por carrera*. Recuperado el 27 de Mayo de 2019, de Mifuturo.cl: <https://www.mifuturo.cl/buscador-de-estadisticas-por-carrera/>
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2015). *Guía Perinatal 2015*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2018). *Chile crece contigo. Programa de prestaciones de salud 2018*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2019a). *Mortalidad*. Recuperado el 27 de Abril de 2019, de Departamento de estadísticas e información de salud: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>
- Ministerio de Salud. (2019b). *Natalidad*. Recuperado el 29 de Abril de 2019, de Departamento de estadísticas e información de salud: <http://www.deis.cl/estadisticas-natalidad/>
- Monckeberg, C. (1898). *Manual de obstetricia para el uso de la Matrona*. Santiago de Chile, Establecimiento Poligráfico Roma.

- Muena, C. (2007). *El paradigma biomédico y la formación de pre-grado de los estudiantes de medicina de las universidades chilenas. Tesis para optar al título de Sociólogo.* . Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile.* Santiago.
- Odent, M. (2013). Should we ban labor induction? *Midwifery Today.*
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto.* Barcelona: Sipan Barcelona Network S.L.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). Tecnologías apropiadas para el parto. *The Lancet.*
- Organización Mundial de la Salud (2016). Midwives voices, Midwives Realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care.
- Ortíz, M. (2018). *Actitud del médico familiar ante la violencia obstétrica en la UMF 1 Aguascalientes.* Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Orueta, R., Santos, C., Gonzáles, E., Fagundo, E., Alejandre, G., Carmona, J., . . . Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 150-161.
- Osborne, R., y Molina, C. (2008). Evolución del concepto de género 1 (Selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler). *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales.*, 147-182.
- Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J., & Casas-Arellano, M. (2015). Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginocología y Obstetricia de México*, 173-178.
- Quadrelli, S. (2015). La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera. *Revista Americana de Medicina Respiratoria.*, 2-10.
- Rabelo, L., y de Oliveira, D. (2010). Obstetrical nurses perception of their competence assisting hospital delivery. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 208-214.

- Ramírez, C. (2015). *Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo. Memoria para optar al título de Antropóloga Social*. Santiago: Universidad de Chile.
- Rominski, S., Lori, J., Nakua, E., Dsomeku, V., & Moyer, C. (2017). When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out: justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy and Planning*, 215-225.
- Rodríguez, J. (1918). La escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de la Universidad de Chile. *Revista de Beneficencia Pública*, 19-40.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la 'economía política' del sexo. *Revista Nueva Antropología*, México.
- Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: Métodos y lógicas. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2).
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Gillen, P., Clausen, J. (2016) Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 25(47), 47-55.
- Sadler, M., Leiva, G., y Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*. DOI: 10.1080/26410397.2020.1785379
- Sánchez, A. (2002). El androcentrismo científico: el obstáculo para la igualdad de género en la escuela actual. *Educación*.
- Shrivastava, S., y Sivakami, M. (23 de abril 2020). Obstetric Violence During COVID-19 IS yet Another Challenge for Indian Women. *The Wire*. <https://thewire.in/rights/women-covid-19-obstetric-violence>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Universidad de Chile. (2018). *Programa de Formación conducente al Título de Profesional Especialista en Obstetricia y Ginecología*. Facultad de Medicina, Escuela de Postgrado. Santiago: Universidad de Chile.

Universidad de Chile. (2019). *Obstetricia y Puericultura*. Recuperado el 04 de 06 de 2019, de Universidad de Chile.

Valls-Llobet, C. (2001). Desigualdades de género en Salud Pública. *Quadern CAPS*, 34-40.

Valls-Llobet, C. (2008). La medicalización del cuerpo de las mujeres y normalización de la inferioridad. *Congreso Internacional Sare 2008.*, (págs. 38-45). San Sebastián.

10. Anexos

10.1 Anexo N°1: Consentimiento informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO¹⁵

El parto en el sector público:

Interpretación de matronas/es y ginecólogas/os sobre las prácticas de atención que utilizan

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación: El parto en el sector público: Interpretación de matronas/es y ginecólogas/os sobre las prácticas de atención que utilizan. Su objetivo es: Explorar, y comparar, la forma en que matronas/es y ginecólogos/as interpretan las prácticas que utilizan en la atención del parto. Usted ha sido seleccionado(a) porque cumple el criterio de ser un/a profesional del área gineco-obstétrica de la salud del sector público, con 1 o más años de experiencia laboral en la atención de partos.

La investigadora responsable de este estudio correspondiente a la memoria de título es Antonia Roberts, estudiante de Sociología de la Universidad de Chile. Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en otorgar información a través de una entrevista presencial, la cual abordará la interpretación de matronas/es y ginecólogas/os sobre sus

¹⁵ El documento de consentimiento informado fue elaborado a partir del documento Formulario tipo de consentimiento informado, del Comité de Ética de la investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/facultad/presentacion/107053/comite-de-etica-de-la-investigacion>

prácticas de atención del parto. Esta instancia será grabada mediante audio, y podrá ser interrumpida y/o retomada en el momento que usted desee o solicite.

Riesgos: La presente investigación supone el riesgo de que se identifique la realización de prácticas de violencia en el parto. Para contrarrestar este riesgo la información proporcionada será confidencial, y los resultados serán expuestos sin hacer referencias a elementos que permitan identificar su identidad.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para contribuir a mejorar la atención del parto en instituciones hospitalarias.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. La información proporcionada no será conocida por nadie más que la investigadora responsable y su profesora guía.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, los resultados serán enviados vía correo electrónico en el momento que concluya la investigación.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio:

Antonia Roberts Pozo

Teléfono: +56982877709 / Correo Electrónico: antonia.roberts.pozo@gmail.com

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “El parto en el sector público: Interpretación de matronas/es y ginecólogas/os sobre las prácticas de atención que utilizan”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para la devolución de la información:

Este documento consta de tres páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

10. 2 Anexo N°2: Pauta de entrevista

I. Caracterización.

0. ¿Hace cuantos años trabajas atendiendo partos en el sector público?

II. Preguntas objetivo específico 2.

1. ¿Qué es lo que más valoras sobre tu formación en la carrera de obstetricia/medicina?
¿Qué es lo que menos te agradó de tu formación en la carrera de obstetricia/medicina?
2. ¿Criticarías algo del sistema médico? ¿Por qué?
3. En tus años de formación, ¿crees que existían diferencias en el trato de profesores hacia hombres y mujeres? **Sondear:** ¿En que se evidenciaba esto?
4. ¿En qué prácticas de atención del parto enfatizó más tu formación? ¿Qué opinas sobre esto?
5. En el sistema público, y en particular en los documentos que rigen la atención del parto se habla desde el enfoque biopsicosocial de atención de salud, ¿Qué opinas de este enfoque? **Sondear:** ¿Se aplica en la práctica?
6. ¿Qué opinas de los partos en casa? ¿Por qué?
7. En tu contexto laboral, ¿quién toma las decisiones finales sobre los procedimientos a realizar? **Si no se refiere a un posible vínculo entre el sexo y las profesiones del área gineco-obstétrica de la salud, sondear:** ¿Qué opinas de que la mayoría de los ginecólogos sean hombres y las matronas mujeres? ¿Por qué se da esa diferenciación?
8. ¿Qué opinas sobre la idea de que los hombres son más racionales que las mujeres?

9. ¿Qué opinas sobre la noción de “instinto maternal”?

III. Preguntas objetivo específico 3.

10. ¿Cuánto duran los turnos que debes realizar en el hospital? **Sondear:** ¿Crees que eso afecta en tu calidad de vida? ¿Cuánto tiempo de atención se le puede dedicar a cada parto en el hospital? ¿Qué opinas de esta situación?

11. ¿Consideras que la infraestructura del hospital en que trabajas es adecuada para la atención de la cantidad de partos que debes atender? **Sondear:** ¿Mejorarías algo?

12. ¿Cuánto tiempo crees que dedicas al día a reflexionar sobre tu profesión? ¿Por qué? **Sondear:** ¿Crees que tu rutina influye en esa situación?

13. ¿Existen instancias en el hospital donde puedas dar tu opinión sobre como atender un parto?

II. Preguntas objetivo específico 1.

14. En los trabajos de parto que has presenciado, ¿Se les da la posibilidad a las mujeres de estar en movimiento? **Sondear:** ¿Qué posición consideras que es la más adecuada al momento del expulsivo?

15. En un escenario común de atención de un parto en el hospital, ¿Cuáles de las siguientes prácticas se utilizan regularmente?

- a) Suero
- b) Anestesia
- c) Posición de litotomía
- d) Oxitocina sintética
- e) Episiotomía
- f) Maniobra de Kristeller
- g) Fórceps
- h) Monitorización fetal continua

Según las prácticas que mencione, preguntar: ¿Qué ventajas y desventajas tiene?

16. De los partos que has atendido, ¿Cuántos dirías que han sido cesáreas y cuantos han sido partos fisiológicos? **Sondear:** ¿Qué tipo de parto prefieres? ¿Tus colegas

fomentan, explícita o implícitamente, la aplicación de alguno de las formas de parto mencionadas? ¿Por qué?

17. En un escenario común de atención del parto en el hospital, ¿Cuáles de los siguientes cuidados se implementan?
- a) Ingreso de acompañantes durante todo trabajo de parto y el periodo de alumbramiento.
 - b) Contacto piel con piel de la madre con el recién nacido de forma continua.
 - c) Alimentación oral y líquidos para la mujer

Según lo que mencione, preguntar: a) Según tu experiencia, ¿prefieres que entre un acompañante durante todo el proceso? b) ¿Consideras relevante el contacto físico entre la madre y su bebé? c) ¿Consideras importante entregar alimentación y líquidos a la mujer parturienta?

18. ¿Qué frases se les suelen decir a las mujeres durante el trabajo de parto y/o el periodo expulsivo? **Sondear:** ¿Has escuchado frases como “aguántate”, “ahora te quejas”, entre otras?
19. ¿Consideras necesario que en ocasiones el personal médico utilice la fuerza física durante el periodo del parto y el parto? ¿Por qué? **Sondear:** ¿Has presenciado maltrato físico en la atención de un parto? ¿De qué tipo? Relata una situación donde esto se lleve a cabo.
20. ¿Quieres agregar algún tema o información que consideres importante y que no se haya abordado?