

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Antropología



Valor de lo Viviente en la Atención Institucional del Parto

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ANTROPÓLOGA SOCIAL

Florencia Vergara Escobar

Andrés Gómez Seguel
Profesor Guía

Santiago de Chile
2018

Resumen

En el marco del servicio institucional chileno del nacimiento, la atención obstétrica tradicional ha sufrido críticas y tensiones por el surgimiento de nuevos modelos que aluden al parto respetado, natural, personalizado y humanizado. La popularización actual de estos modos, con consecuencias a nivel ministerial, judicial y ciudadano, ha creado una multiplicación de prácticas en la atención obstétrica.

En esta memoria, se discute qué valoraciones sobre lo viviente entran en juego en los diferentes modos y sistemas de atención obstétrica, las cuales, con una perspectiva biopolítica, se entrecruzan con objetivos políticos y económicos, generando en el intercambio del servicio de salud, productos específicos: una madre y guagua sanas, productivas, y hoy, optimizadas.

A través de charlas grupales y conversaciones con profesionales, se describe un cambio en la atención del nacimiento, que modifica el contenido de la medicalización: una paciente pasiva e intervenida es idealmente reemplazada por una parturienta activa en sus procesos obstétricos. Hoy ya no solo se espera un binomio sano y productivo, sino mejorado en sus condiciones inmunitarias, psico-emocionales, neuronales y afectivas. Esta nueva forma de auto-gestión de la salud, encauzada por los nuevos modelos de atención, nos dirige a reflexiones sobre el valor de lo viviente y su potencial rendimiento.

Palabras clave: Atención Institucional del Parto, Modelos de Atención, Valor de lo Viviente, Medicalización, Optimización, Rendimiento.

Agradecimientos

A principios de un promisorio verano, fuimos con un buen amigo a visitar a un machi. Cuando llegó mi turno, el machi dijo que iba a demorarme en la memoria mucho más tiempo del que esperaba. Era 2014 y dada mi experiencia estudiantil, creí que estaba equivocado. Hoy termino esta memoria en 2018 aceptando que tuvo más razón que mis convicciones.

Seguramente suena fácil realizar un proyecto para finalizar la carrera, pero darle tanto tiempo a una memoria para mí ha sido de las cosas más difíciles, teniendo que superar frustraciones, tiempos muertos, textos borrados y diseños rechazados. La duración de algo que no quería que me tomara tanta vida, lo hizo y me relegó a modos más bien decadentes y repetitivos: días completos en pijama, faltas de ducha, enojos, estrés evadido con comida, ideas sobre qué podía hacer para sustentarme en vez de antropología. El machi me dijo que la única forma de salir de allí sería con el apoyo de seres queridos y creo que nunca alguien había sido tan certero sobre mi porvenir, hoy por irse.

El machi dijo que toda dificultad se superaría gracias a mis seres queridos. Solo le faltó especificar que tendría a la familia más comprensiva y tolerante, con una mamá Claudia que leyó todas mis entregas y ensayos de tesis sin estudiar ciencias sociales, pero aun así entendiéndolo todo; un papá Gonzalo que trató de validarme a pesar de la falta de certificación, aguantándose todas mis pesadeces innecesarias; una Monita rezadora y una hermana Pili que siempre se preocupó por preguntarme cómo iba. Le faltó contarme de mi pololo Felipe que -con todos los dramas posibles- me enseñó a estructurar mis argumentos, pero más que eso, me ayudó a sobrellevar la emocionalidad que trae una tesis.

El machi también se olvidó de mencionar a las amigas más inteligentes, comprensivas y secas: la Nachita Silva, la Pau Godoy, la Manu Zúñiga y la Viole Sandoval que estuvieron compartiendo mis penas, leyendo mis borradores, escuchando desesperaciones y compartiendo las suyas con dramas parecidos al mío. El machi no mencionó al Romi Rodríguez, pero yo creo que fue porque estaba ahí mismo escuchando los mal augurios, sabiendo que tendría que aguantar mis rollos teóricos por años.

Si el machi hubiese sabido los nombres, seguro agradecería también por el apoyo y amor a la Yolita, a la Anita, a la Vale, a la Evelyn, a Maggie Vecchiola y a Dani Magliona, a las Cotes del Kent, a la Fer Castro y al Vincent, además de todos aquellos con quienes nos apoyamos para sacar las tesis.

Este trabajo que el machi aventuraba no existiría sin el respaldo académico de mi profesor guía Andrés Gómez; sin las previas enseñanzas sobre el nacimiento de la genial Michelle Sadler; sin la perspectiva crítica de Giselle o sin la confianza que me entregó Raúl Villarroel sobre biopolítica. Y ciertamente, no hubiese logrado este proyecto sin la ayuda de todas las personas que participaron directamente en mi investigación: agradezco a los obstetras y a todas las matronas y enfermeras que respondieron a mi llamado, contándome acerca de su propio trabajo. Si bien anónimas, son centrales en este proyecto.

Finalmente, le agradezco al machi, quien me advirtió hace años cómo iban a ser mis últimos sufrientes pasos de carrera. Si bien en su momento -por terca- no le creí, hoy le agradezco por hacerme ver la importancia del apoyo en cualquier proyecto. Por obligarme a recordar que cualquier cosa que una haga siempre es colectiva.

Índice

Resumen	2
<u>Introducción: Producir el parir, parir para Producir</u>	5
1. <u>Atención del Parto Institucional</u>	11
1.1 Procesos de Medicalización y Autocuidado	11
1.2 Modelos de Atención Biomédicos y Biopsicosociales	16
1.3 Modos de Parto y Valoraciones de lo viviente	19
2. <u>Características de la Investigación</u>	24
2.1 Marco Teórico-Conceptual	24
2.2 Marco Metodológico	36
3. <u>Prospecciones del Parto Institucional</u>	40
3.1. Sistemas de atención Pública y Privada	40
3.2. Modelos para Elegir y o Acatar	53
3.3. Conversaciones Tensionadas: Charla de un parto respetado	62
4. <u>Análisis de los Modos de parto</u>	71
4.1. Valoraciones: Expectativas y Prácticas en la atención	71
4.2. Productos: Experiencias maximizadas, Guaguas optimizadas	85
5. <u>Valoración de lo Viviente</u>	96
5.1. Reflexionando el Parto Optimizado	96
5.2. Concluyendo Valoraciones de lo Viviente	99
Referencias Bibliográficas	104
Anexos	108

Introducción: Producir el Parir, Parir para producir

La presente memoria se inicia con -y debido a- los temas trabajados en mi práctica profesional realizada durante los años 2015 y 2016 en una fundación dedicada a la investigación en salud. Estos temas se trataban principalmente de la atención del nacimiento¹ y la alta tasa de operación cesárea en el país. Allí se abrió un mundo de posibilidades de investigación que nunca antes había contemplado. Si bien alejada del deseo de parir, el tema de la atención del nacimiento atrajo mi interés por abarcar mucho más que circunstancias individuales. Abarca temas de rentabilidad humana que me parecen conectados a vivencias cotidianas comunes, lo cual intento reflejar en este proyecto.

A partir de los trabajos de investigación antropológica sobre el parir en Chile, producidos y compartidos en la fundación, aprendí a reconocer contextos de violencia obstétrica, estructuras biomédicas imperantes en la atención, jerarquías de los equipos médicos frente a decisiones personales de las usuarias y formas de mercantilización del proceso del parto en el panorama nacional. Este último punto fue central para decidir dedicar mi memoria a la atención de parto.

Dentro de tal contexto de trabajo, se estudiaba cómo los partos biomédicos en las sociedades modernas occidentales constituían un tratamiento maquinal, técnico y despersonalizado de los cuerpos parturientos, sin poder dar abasto a las necesidades reales de las pacientes. Este tipo de atención generaba insatisfacción de la parturienta, su infantilización e incluso llevaba a casos de violencia obstétrica². Una salida a este panorama para las investigadoras de la fundación era la realización de otros tipos de atención de parto (partos respetados, naturales, humanizados y personalizados³) como forma distinta de atender el parir. Estos partos, investigados por antropología comparada del nacimiento (Davis-Floyd, 2001; Jordan, 1993) promulgan nuevas formas de entender y ejercer la atención, menos medicalizada que los partos biomédicos. Estos tipos de parto han estado aumentando en cantidad paulatina pero significativa desde finales del 2000 en instituciones públicas y privadas.

Me enfrenté así a un contexto múltiple en la atención de embarazo-parto-puerperio, donde actualmente existen instituciones públicas y privadas, en las cuales se utilizan modelos clásicos de atención del parto paralelamente ofrecidos con modelos alternativos a ellos -y en menor cantidad-, tales como modelos de respeto a la usuaria que contemplen su participación en el parto, su posibilidad de decisión ante las intervenciones a realizarle,

¹ Para efectos prácticos, durante la memoria se utilizarán como equivalente los conceptos de atención de nacimiento, atención de embarazo-parto-puerperio, atención obstétrica, atención del parto y atención de maternidad. Este refiere al circuito de tratamientos producidos en los meses de gestación, parto y alumbramiento con cuidados y acompañamientos a la embarazada, profesionales o no pero en dedicación completa al proceso.

² Para más información en este punto, revisar la página web del Observatorio de Violencia obstétrica donde existen testimonios de esta situación en partos biomédicos institucionales chilenos; disponibles en <http://ovochile.cl/>

³ Nominaremos a este grupo como Partos Alternativos al Biomédico. Si bien cada uno difiere entre sí, según aspectos que más adelante detallaremos, se basan principalmente en ser partos atendidos de maneras diferentes al biomédico por reacción a la medicalización protocolar. Se piensa y se practica de maneras diferentes a las clásicas la atención al parir. Con el perjuicio de que "alternativo" no representa del todo bien a este grupo, esta decisión permite una fácil aplicación del concepto.

su autonomía y favorecer la naturalidad del proceso. Aunque lo asumía en espacios académicos, la variabilidad de modelos dentro de las mismas instituciones de salud en el único hecho de parir me llevaba preguntar ¿Qué está ocurriendo en la atención de maternidad?

Si bien son muchos los temas que pueden abordarse para analizar la variabilidad en la atención al nacimiento, aquel que desde el primer momento atrajo mi atención fue el de una economía entrelazada en los modos institucionales del parir, por ser el reflejo, el efecto y el caso de muchas otras prácticas que son mercantilizadas. Aludir a formas de capitalización de distintos ámbitos de lo viviente es un tema transversal, pero verlo en la atención de maternidad cruza aspectos morales que -a mi juicio- lo enriquecen. Situada en investigaciones actuales y leyendo bibliografía sobre análisis sociales del nacimiento, me encontré con estudios que han visibilizado y denunciado la mercantilización de la atención de parto biomédico, describiendo las prácticas lucrativas que se generan alrededor de un servicio dividido en centros privados y públicos de salud; dando cuenta, por ejemplo, de la rentabilización del tiempo mediante la operación cesárea o la inducción farmacológica del parto⁴.

De esta manera, comencé a involucrarme en aquello que me interesaba: el producto de mercado que significaba la atención del nacimiento. Sin mucha novedad, esta atención, como toda otra área de salud, está cruzada por relaciones económicas en tanto necesita de una producción, distribución y consumo. Está asociada a un intercambio entre dinero y producto, presenta ganancia para inversores, utiliza un territorio, recursos materiales, tecnología y conocimientos prácticos que son rentabilizados. Recuerdo haber pensado en cómo las instituciones privadas cobran radicalmente más dinero que las instituciones públicas, de haber visto documentales sobre el negocio del nacimiento, y de leer columnas sobre la mercantilización de ciertas prácticas obstétricas.

Entre conversaciones con mi profesor guía, discusiones con mis compañeras de carrera e intentos de reflexionar sobre lo que sería mi memoria, fue necesario darle más de una vuelta al concepto de mercantilización, que para ese entonces no era más que una forma de cobrar algo por lo que antes no se cobraba, por agregarle valor a un tipo de prestación que anteriormente era estática y de precios estándar. Estas discusiones me obligaron a considerar que en las instituciones públicas de salud obstétrica también se genera valor político y económico, no solo por relaciones de mercado sino también a través de políticas médico-institucionales dirigidas a la población según distintos períodos históricos. ¿Por qué las instituciones buscarían brindar una atención al parto? ¿Por qué se querría producir madres e hijas/os sanos? Esta rama me llevaría directamente a investigaciones biopolíticas.

⁴ Tales como la de Susan Murray (2000) con su estudio sobre Relaciones entre el alto índice de cesáreas y la salud privadas; o Leiva y Sadler (2015) en columnas Cíper sobre el negocio del nacimiento en Chile, disponible en <http://ciparchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/>

La biopolítica clásica, como política de -y sobre- la población, ya estaba instalada como herramienta en el ambiente de investigaciones sobre el nacimiento, específicamente con el enfoque foucaultiano. Este permitía ligar relaciones de poder a las acciones que los equipos médicos imponían frente a las pacientes, permitían ligar una educación biomédica al desarrollo histórico de la medicina obstétrica y principalmente entender cómo la medicalización indefinida permitía proponer al parto como una patología que necesita ser solucionada a través de conocimientos, técnicas quirúrgicas y farmacológicas ejercidas por autoridades profesionalmente validadas. Por ello, fue relativamente sensato entender cómo un Estado pretende generar valor económico-político a través de la regularización del nacimiento, con una profesionalización de la medicina y la obligación de la atención para algunos individuos que se convertirían en mano de obra necesaria y apta.

Justamente los estudios sobre la medicalización en Chile de los historiadores Fúster (2013), Durán (2012) y Cueto (1996) afirmarán que la búsqueda por fomentar asistencia médica y regulada durante el siglo XIX y XX tendría que ver con los intentos del Estado para generar y mantener mano de obra, siendo esencial para este objetivo la reproducción regularizada institucionalmente. El valor de un ser humano apto, sano y productivo, tendría que ver con su rendimiento para la creación y mantención de los Estados-Nación.

A través de estudios históricos sobre dar a luz en Chile (Zárate, 2007) se visualiza cómo antiguamente, con la asistencia de parteras en partos caseros, la responsabilidad de parir era distinta, existiendo una alta tasa de muerte de mujeres y de recién nacidas/os. Aquello sustentado en condiciones individuales de asistencia al parto, generalmente asociado a comadronas/parteras/matronas no institucionalizadas, atendiendo en condiciones tecnológicas, espaciales e higiénicas precarias. A partir de un constante proceso de medicalización institucionalizada en centros especializados de obstetricia, se regula el parir desde bases médicos-científicas y tecnológicas, impartidas principalmente por el Estado. Desde mediados del siglo XX la mayoría de los partos se realizaron institucionalmente; el conocimiento médico-científico reinó y tuvo sus propios procesos: experimentación, control y boom de la cesárea.

En concordancia con su recorrido histórico, el parir institucional tiene hoy un riesgo prácticamente nulo en el territorio chileno con 0,01% de morbimortalidad materno-fetal (DEIS, 2014). Según los profesionales de salud⁵ esto se debe a la atención biomédica, protocolar, regularizada e institucional que en Chile tuvo cabida. Las formas biopolíticas de leer la atención biomédica del parto otorgan coherencia al recorrido histórico. Estos relatos nos dirán que la validación médico-científica genera un valor político-económico determinado para los Estados-Nación, específicamente como la aseguración de mano de obra sana, apta y productiva.

Sin embargo, esta lectura deja fuera uno de los hechos centrales que están ocurriendo hoy, esto es la emergencia de los partos alternativos al biomédico, tanto en salud

⁵ Con los cuales conversé gracias a este trabajo de investigación, particularmente: matronas, obstetras, enfermeras y gerentes de instituciones de obstetricia.

pública como en salud privada. Estos partos alternativos se plantean como intentos de autogestión de la salud por parte de las parturientas, en lugar de ser un paciente pasivo. Estos modos de atención de parto ya no responderían a un intento de generar población apta y sana a través de la medicalización, porque utilizan mecanismos médicos -o incluso no médicos- de menor intervención farmacológica, en el cual se intenta que los cuerpos no sean necesariamente normalizados sino particularmente atendidos.

Clínicas privadas concentran mayoritariamente este tipo de programas, mientras algunos hospitales han implementado capacitaciones para usuarios, equipos, y en casos excepcionales, modelos completos, frente a lo que me pregunto: ¿Por qué las instituciones proponen programas que promueven nuevas formas de respeto a la madre? ¿Por qué institucionalmente están cambiando y surgiendo modelos de atención? ¿Qué se valora ahora que no se valoró antes?

Para responder a ello tomaré el multidisciplinario concepto de *valor*. El valor ha sido clave en discusiones económicas, siendo sujeto a desafiar conceptualizaciones estables. Ocurre así con la teoría del valor-trabajo de Marx⁶ dándole nuevas dimensiones y orígenes frente a las escuelas de economía, o con resignificaciones de económica política y de antropología económica de Polanyi (1944) y Godelier (1974) respectivamente, quienes le otorgan peso a las diferencias subjetivas, substantivas y simbólicas del valor en lugar de verlo como un producto objetivo y estático. En antropología aparece también Appadurai (1986), quien visualiza en este concepto la base de las economías al permitir comparar aquello que es importante, valorizando el intercambio e intercambiando valores.

Las orientaciones que ha tomado el concepto de valor en las ciencias sociales y en los “*Valuation Studies*” serán útiles aquí. Estas líneas dotan al “valor” de una capacidad dinámica de figurar tanto aspectos evaluativos como productivos de cualquier servicio, objeto o idea a intercambiar. De esta manera, y aludiendo al clásico concepto Maussiano de intercambio, veremos que este tiene en su centro el concepto de valor, y es desde allí se inicia el intercambio según lo que se espere del parir. La valoración -como acción del valor- de aquello que está en juego en la atención obstétrica guía este estudio, dando cuenta de la importancia que esta labor tiene y ha tenido, la forma en que se ejerce, qué produce y con qué fines. Mirar el valor de este intercambio propone una línea para analizar la variable atención obstétrica en cuestión.

Si ya tenemos un eje del valor para mirar la atención y una perspectiva histórica ¿Qué podría aportar la clave biopolítica sobre estos nuevos métodos que se están popularizando en la obstetricia? ¿Qué valor pueden estar generando y para quién? Utilizando enfoques actuales de Rose y Rabinow⁷ se reconocen biopolíticas contemporáneas producidas en la medicina que ligarían la salud a una ética capitalizable,

⁶ En el *Capital* tomo I, Marx describe cómo el tiempo de trabajo socialmente necesario sería la forma cuantitativa de obtener el valor de un servicio u objeto, es decir, un valor de uso, un bien, sólo encierra un valor por ser encarnación o materialización del trabajo humano abstracto. (Marx, 2014:6-7).

⁷ Principalmente Rose y Rabinow (2006) y Rose (2012), en “*Biopower Today*” y “*Políticas de la Vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*” respectivamente.

reformulando subjetivaciones, objetivos y valoraciones de la vida en sí. Esto implica que nuevas búsquedas sobre la salud se orientan a la maximización de ciertos aspectos vivientes en ciertos seres vivos, mediante técnicas novedosas. Un relato actual nos diría que hay nuevas exigencias para la medicina obstétrica, en la cual ya no es suficiente nacer solo viva, sana y productiva; sino que se pretende nacer con mejores capacidades. El *bíos* se valoriza de una manera más especializada, con mejores potencialidades en un mundo que exige más en cada arista posible.

Finalmente, en la obstetricia de hoy observamos opciones para diferentes modos de parir. Llevados a la práctica de modelos institucionales vemos dos grandes vertientes: una atención clásica, tradicional y biomédica, enfrentada a una atención alternativa a esta, la cual fomenta un trato biopsicosocial del parto, asociada a la autonomía y el autocuidado. A pesar de que la mayoría de los servicios siguen siendo biomédicos, toman popularidad los partos humanizados, respetados, naturales y personalizados, distinguiéndose de una medicina intervencionista, farmacologizada y autoritaria. Diferentes nombres para modos que en la práctica aluden a no ser una embarazada pasiva, a no ser violentada y a favorecer la naturalidad fisiológica del parto. Y esta variabilidad, se encuentra tensionada en marchas callejeras, investigaciones y opiniones de los profesionales de salud materna.

En esta memoria, argumento que si bien la práctica profesional de atención del parto -como cualquier otra especialidad de salud- es atravesada por relaciones económicas, éstas van más allá de una mercantilización⁸ del servicio obstétrico, al asociarse también con lógicas de productividad poblacional que implican formas de mejoramiento del binomio madre-hija/o a través de normalizar la auto-responsabilización de las parturientas en los resultados de un parir “mejorado”, con guaguas que no solo estén vivas sino que tengan las mejores potencialidades posibles. La diferencia de costos entre prestaciones e instituciones o las prácticas específicas de trabajo de algunos profesionales ciertamente integran lo que ocurre económica y culturalmente en servicios de maternidad, pero no agotan la historia. Dejan fuera los lineamientos que han definido formas y necesidades de parir de ciertas maneras, con protocolos y objetivos específicos.

Si el valor de lo viviente puede verse en cómo la variable atención obstétrica entrega su servicio y qué prioriza para ello, para conocer estos aspectos del valor en la práctica fue necesario contactar a enfermeras, matronas, gerentes comerciales y médicos obstetras que trabajan en instituciones públicas y privadas, en modelos clásicos y no clásicos de atención. A partir de tales conversaciones pude conocer condiciones de trabajo de las instituciones, jerarquías entre funcionarios, profesionales y pacientes, críticas y consejos recomendados por matronas y médicos obstetras, sin embargo, este proyecto da foco a los contenidos que responden la pregunta de qué se valora en las diferentes maneras de parir dentro de las mismas instituciones.

⁸ Ante cualquier duda, la palabra hace evidente alusión al hecho de ofrecerse en un mercado, y no al mercantilismo caracterizado por la acumulación y comercio de metales, si bien podríamos encontrar conexión entre ambas.

Paralelo a ello, asistí a varias charlas públicas impartidas en instituciones privadas sobre la atención obstétrica y pude acceder a una charla magistral privada en una institución particular sobre el parto respetado. Desde las conversaciones, las charlas públicas, la charla magistral y discursos web encontrados sobre la atención actual del parto, se abordaron las valoraciones que dan pie a la variabilidad.

La variable atención de maternidad y sus cruces pueden ser leídos a partir de varias teorías. En esta memoria, se dio énfasis a una lectura biopolítica por la capacidad de reconocer relaciones históricas entre el Estado, la salud obstétrica, el mercado y la reproducción normalizada de seres humanos mediante dispositivos biomédicos. Con esta propuesta de lectura podemos relacionar enfoques de la biomedicina moderna con sus orientaciones hacia la generación de vidas productivas fomentadas inicialmente por los Estados-Nación a través de dispositivos médicos modernos, como la obstetricia, seguidos de desarrollos médicos y subjetivaciones aún en transición.

Para facilitar este trabajo propongo en primer lugar dar cuenta de las conversaciones actuales y tensiones en el mundo obstétrico dadas por una diferente valoración del trato a lo viviente. Sigo con discusiones teóricas sobre biopolítica y medicina que se asocian a los procesos de la obstétrica; conectando directamente aquello a las formas en que el valor - producido y productor- genera y favorece ciertos modos de trabajo sobre los cuerpos. En el centro de la memoria describo y analizo cómo se valoran estos diferentes modos institucionales, con qué características y fines. Concluyo finalmente con una propuesta que relaciona los modos de reproducción institucional, con la dirección de objetivos económico-políticos que atañen a la incesante necesidad de rendimiento de lo viviente.

1. Atención de Parto Institucional

1.1. Procesos de medicalización y autocuidado

La atención de maternidad, atención de parto u obstetricia, es una práctica posible de reconocer en antiguos registros⁹ grabados, pinturas e historias de diversos grupos humanos. Esta práctica ha perfeccionado con el tiempo formas de acompañamiento y apoyo a la mujer parturienta. “Obstetricia”, etimológicamente es una palabra latina que deriva del verbo *obstare*, que se traduce como “estar al lado”, o “delante de”. En cuyo caso significaría, dándole un sentido lógico, que la partera acompaña a la parturienta. (Lattus y Carreño, 2010:41).

Actualmente en Chile, la gestación, parto y postparto inmediato no trata solo de acompañar a la parturienta como un momento particular e individual de parteras o matronas independientes. Se constituye como una práctica guiada desde la atención protocolar y estabilizada -esto es con ciertos equipos humanos, tecnológicos y científicos que han de realizar procesos predeterminados como una fórmula fija para la atención- en centros de salud obstétricos acreditados en los cuales se atiende el 99.7% de los nacimientos del territorio nacional (Cifras DEIS, 2015) por lo cual nacer está mayoritariamente institucionalizado. El hecho homogéneo en la forma de parir no es azaroso; desde estudios históricos podemos rastrear intentos estatales por la regularización y seguridad del nacimiento mediante la expansión de la medicina moderna o biomedicina.

El historiador Fuster investiga cómo -a través de la división de Higiene Social, decretos leyes y Ministerios- desde el siglo XVIII en Europa y XIX en Latinoamérica, la medicina comienza a expandirse más allá de los límites de enfermedad y asistencia clásicos. Así “comienza la medicalización: hecho por el cual la conducta del individuo y su cuerpo, el espacio en que este habita y lo sustantivo de la vida humana hayan sido objeto de intervención médica, implicando una intromisión de la medicina en todas las dimensiones de lo social, sobrepasando incluso lo estrictamente técnico” (2013:11). Este proceso de medicalización, generalizado en el Chile de los siglos XIX y XX, repercute directamente en el nacimiento institucional.

La historiadora Zárate narra cómo “del siglo XIX al siglo XX se pasó de una práctica folklórica a una científica de la obstetricia a través de tres procesos: 1. aparición y desarrollo de médicos interesados en la especialidad obstétrica, 2. la institucionalización del proyecto educativo de las matronas examinadas y su supervisión médica, y 3. la transformación de la Casa de Maternidad de Santiago en un recinto clínico y de entrenamiento de ambos agentes. Estos tres procesos tenían por fin disminuir la mortalidad materno-infantil, meta de carácter político-social y traspasar el dominio simbólico y técnico del parto que tenían las parteras al control de la medicina-obstétrica universitaria y de las matronas, una meta de carácter científico” (2007:461). Se introduce de esta manera el nacimiento a una serie

⁹ Revisar nota histórica obstétrica de Lattus y Carreño, 2010 “El asiento del Nacimiento”.

de controles y tratamiento médico, donde la preocupación completa del proceso se ve medicalizada. Ya no es un problema social, colectivo o afectivo, sino estrictamente médico.

Esta trayectoria histórica de medicina neonatal chilena no responde a cualquier paradigma. El sistema biomédico, la biomedicina, medicina alópata o medicina occidental enfatiza el hecho de ser una medicina predominantemente biológica (Ramírez, 2015:25) asociada a ciertos tipos de conocimientos, tecnologías y fármacos para tratar a la población. En las sociedades occidentales donde esta se originó, la biomedicina es la medicina dominante, abarcando complejos mecanismos sociales y culturales, no sólo con médicos que diagnostican y tratan la enfermedad, sino también con diverso personal e instituciones de atención, industrias extensas, programas de seguro de salud, investigación y múltiples agencias gubernamentales y privadas (Han, 1995 en Ramírez, 2015:26).

Este sistema -a veces considerado como modelo o incluso paradigma- se basa en emplear un enfoque fragmentado de la cuestión salud-enfermedad: el cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño de la máquina y el médico es llamado a reparar el daño. Esta concepción deja fuera los aspectos relativos a la humanidad del paciente y la capacidad de tratar el fenómeno de la curación (Muena, 2007:68). El modelo ha sido exitoso en cuanto a lograr mejoras estadísticas en salud. Sin embargo, estudios actuales en nuestro país llevan a considerar que “el modelo biomédico no es capaz de entregar una atención en salud integral, ni permite que la interacción médico-paciente sea una experiencia satisfactoria, debido a que se focaliza en la patología y, por lo tanto, excluye al individuo y todo elemento psicosociocultural involucrado en el proceso salud-enfermedad”¹⁰ (Muena, 2007:78).

Esta atención biomédica del parto privilegió durante gran parte del siglo XX un modelo de atención basado en la intervención constante del proceso con el fin de estandarizar el cuidado y de reducir los índices de morbimortalidad materna e infantil. Tal enfoque logró en Chile excelentes indicadores buscados en salud materno-infantil. (Sadler, 2009:VI). Las guaguas y las madres ya no se morían si eran atendidas en estos recintos de salud, presentando una morbimortalidad materna del 0,02% en el 2014 (DEIS: tasas de mortalidad materna) y una mortalidad neonatal de 0,8% en 2014 (DEIS: tasas de mortalidad infantil).

Sin embargo, a pesar de presentar índices favorables en la búsqueda de objetivos de natalidad, este modelo de atención ha sido fuertemente criticado durante las últimas 2 décadas por presentar aspectos problemáticos, tales como una altísima tasa de cesárea según la OMS – un 49,3% de operación cesárea en el país, siendo 10% el recomendado

¹⁰ Muena revisa el Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto de Salud realizado por el MINSAL (2006), en donde se postula que la valoración social de los sistemas de salud no depende sólo del cumplimiento de los objetivos en la protección y mejora del nivel de salud de las personas y de sus familias, sino que también depende de aspectos no médicos de la atención, como son la justicia financiera, el “buen trato”, el respeto de la dignidad de los usuarios, la entrega de un servicio de calidad, etc. (Muena, 2007:78). También en el “Estudio de satisfacción en servicios públicos de salud: caso de un hospital del sur de Chile” (Riveros, 2004), se señala que (...) el grado de insatisfacción de los usuarios no tienen relación con el conocimiento técnico que tiene el médico ni con el tratamiento que se indica para una determinada patología (...), sino que con elementos tales como la comunicación médico-paciente, el trato respetuoso y la entrega de información (Muena, 2007:80).

(OMS, 2015)-, excesivo intervencionismo innecesario (Ramírez, 2015:7), reclamos de violencia obstétrica (UNFPA, 2006), junto con mecanización, maquinización y biologización de los cuerpos de las mujeres (Sadler y Núñez, 2009). Estas críticas hacia las prácticas de la biomedicina sustentadas por la medicalización de los cuerpos embarazados se articulan desde varios frentes, pero en concreto plantean que la medicalización ha generado experiencias negativas del parto para las usuarias.

De esta manera, cuando se problematiza la atención de maternidad, se postula que esta no solo debiese comprenderse como un proceso quirúrgico o biomédicamente solucionable, sino como un proceso acompañado por un cuidado biopsicosocial que rescataría los aspectos simbólicos que la maternidad conlleva, y por ende los cuidados afectivos que el nacimiento necesita (Jordan en Ramírez, 2015:29).

Es así como la OMS ya desde 1985 promueve prácticas específicas al momento de parir, mientras rechaza protocolos considerados innecesarios que siguen ocurriendo en las maternidades. Algunas indicaciones promueven que “toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera; o que se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio” (Recomendaciones OMS 1985¹¹).

Organizaciones activas en redes sociales y/o plataformas virtuales critican la atención aludiendo a que prácticas biomédicas devienen en violencia obstétrica sufrida por mujeres en instituciones de salud. Entre ellas se encuentran el Observatorio de Violencia Obstétrica, Agrupación Ritmos de la Tierra, Colectivo Contra la Violencia Obstétrica, Dulce Matria, Nacer en libertad, , Parir(NOS) Chile, Relacahupan Chile, Siembra Chile, Tribu de parto; quienes publican manifiestos y marchan por la necesidad de un parto respetado¹².

Al mismo tiempo, el Colegio de Matronas ha hecho cartas al Ministerio y realiza seminarios para dar cuenta de los problemas que atañen a la especialidad, y ya desde el 2015 realizan conferencias sobre gestación y parto respetado en las cuales manifiestan “... la necesidad de mejorar los protocolos de atención en el embarazo, evitando una excesiva medicación del parto y sobre todo generar las condiciones para que haya un mayor apego con el recién nacido, así como mejorar la participación del entorno familiar.” (Nota del Colegio de Matronas, noviembre 2015¹³)

El Ministerio de Desarrollo Social en 2007 genera un programa institucionalizado llamado Chile Crece Contigo, como subsistema de protección integral a la infancia. En esta

¹¹Recomendaciones de la OMS enunciadas por Chile Crece Contigo, disponibles en febrero del 2018 en <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

¹²Revisar declaración del 8 de Marzo firmada por tales colectivos disponible en <http://ovochile.cl/declaracion-de-organizacion-contra-la-violencia-obstetrica-y-por-el-parto-respetado/>. Todos ellos rastreables por su nombre en la plataforma Facebook.

¹³Más información en <http://colegiodematronas.cl/index.php/2015/11/13/exitoso-balance-del-vi-congreso-internacional-de-gestacion-y-parto-respetado/>

organización se trabaja con el PARN (Programa de Atención al Recién Nacido) entregando materiales y realizando talleres prenatales para madres, padres y personas cuidadoras en las maternidades, con un enfoque de respeto hacia el proceso del nacimiento.

En 2008, MINSAL y Chile Crece Contigo entregan un manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, en el cual se enfatiza que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.(...)” (2008:15) que se ve en problemas debido a “...la creciente des-humanización de las experiencias del embarazo y particularmente, del parto que surge en países desarrollados con tasas muy reducidas de mortalidad materna” (2008:19). Para ello se promueven recomendaciones como una Atención Personalizada y continua por el mismo profesional, durante el trabajo de parto y parto; y la generación de un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, entre otras¹⁴.

A todo esto se suma que a finales del 2017 se manda el proyecto de ley sobre parto respetado que está hoy en tramitaciones parlamentarias¹⁵, abogando por la reglamentación específica de tratos a las mujeres. Según Toledo -vocera de quienes trabajaron en el proyecto de ley- esta ley es hecha para y por “mujeres que han vivido maltrato y falta de respeto. A través de esta ley, queremos devolver a las mujeres el protagonismo de su parto y erradicar las malas prácticas” (El Mostrador, noticia 21 de diciembre 2017).

Las ciencias sociales han trabajado el tema de la atención del nacimiento y han llevado a cabo investigaciones desde hace décadas. Según Sadler y Núñez (2009) en la década de los 60 una serie de antropólogas (Margaret Mead, Sheila Kitzinger, Brigitte Jordan y Emily Martin) comenzaron a explorar las costumbres indígenas relativas al parto y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica, en contraste con el -cada vez más hegemónico- modelo biomédico. Mientras que con las sociólogas Oakely (2016) y Scamell (2014) se analiza la permanente institucionalización del parto en el mundo occidental. Estos enfoques ofrecen descripciones y problematizaciones al modelo biomédico, tales como la medicalización que lo hacía posible y las consecuencias que ello traía -objetivación, violencias simbólicas- en contraposición con otros modelos existentes, como narrará la antropóloga Davis-Floyd (2001) con los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico de la atención de parto.

En la práctica actual, vemos a las mismas instituciones de atención de nacimiento promoviendo “nuevas formas de parir”. Estas promociones van sutilmente desde un enfoque afectuoso y de confianza en el momento del parto, hasta programas particulares que se dedican al parto respetado/humanizado/personalizado/natural como opción consumible: *“En la Clínica UAndes, la matrona le da confianza, le da seguridad, la*

¹⁴ Un resumen de las recomendaciones del manual aparece en la página web de ChCC disponible en <http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/atencion-personalizada-del-proceso-de-nacimiento/>

¹⁵ Sobre proyecto en tramitación de Ley Parto Respetado dirigirse a la noticia <http://www.elmostrador.cl/braga/2017/12/21/ingresa-a-tramitacion-parlamentaria-proyecto-de-ley-que-busca-garantizar-un-parto-respetado/>

acompaña en este gran acontecimiento que es ser madre¹⁶”; “(En Clínica Alemana) la relación entre el médico y la madre se deben basar en la mutua confianza, lográndose una intimidad enriquecedora y necesaria que en pocas especialidades se consigue¹⁷”, “El proceso para traer un niño al mundo se transforma en una enriquecedora experiencia que requiere de rigurosos cuidados y segura preparación (En el Hospital Clínico Universidad de Chile)”¹⁸.

En resumen, observamos que la medicina moderna o biomedicina sustentada por la medicalización¹⁹ indefinida de la vida de la población trae como consecuencias favorables resultados en términos cuantitativos de natalidad y sobrevivencia a corto y mediano plazo, pero se registran malos resultados en tanto se critican procedimientos, protocolos y prácticas innecesarias en la atención. Así es como surgen promociones de nuevos enfoques que recomiendan transitar desde la biomedicina hacia una medicina biopsicosocial por parte de organizaciones ciudadanas, grupos activistas y recomendaciones internacionales de la salud.

En tales proyectos y discursos oficiales, parece ser que la atención medicalizada asociada a una biomedicina institucional facilitaría un trato des-humanizante, violencias de género, maltrato físico, psicológico y simbólico, intervenciones innecesarias y patologización de un proceso que promete no serlo en condiciones ideales. Para ello, surgen salidas que plantean des-medicalizar el parto, asociadas a un trato integral, biopsicosocial, de autocuidado, con enfoque respetado, humanizado, natural y personalizado; reflejado en proyectos de ley, críticas, movimientos sociales y nuevos tratamientos institucionales de atención.

¹⁶Video Promocional Maternidad Clínica Universidad de Los Andes <http://www.clinicauandes.cl/servicios-clinicos/examenesy-unidades-de-atencion/maternidad>

¹⁷Sitio sobre Embarazo y Maternidad de Clínica Alemana <https://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/maternidad-y-embarazo/embarazo/etapas-de-embarazo>

¹⁸Sitio sobre Maternidad del Hospital Clínico Universidad de Chile <https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/hcuch-maternidad.aspx>

¹⁹Solo para reforzar el punto, la medicalización entonces la entenderemos como “la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. [Entre ellas,] el control médico de ciertas etapas de la vida; problemas personales/sociales; factores de riesgo que pasan a considerarse auténticas enfermedades; situaciones o cuadros poco frecuentes que pasan a ser considerados, de forma artificial, como situaciones o cuadros frecuentes; síntomas o cuadros leves que son elevados a indicadores de cuadros graves”, entre otros. (Orueta et al, 2011).

1.2. Modelos de atención Biomédicos y Biopsicosociales

Como sostuvimos en párrafos anteriores, las críticas al modelo biomédico han hecho surgir proyectos en cuanto a formas de atención. Nos quedamos hoy con la existencia de una variabilidad de modelos de atención del nacimiento, en tanto seguimos viendo aquellos tradicionales biomédicos mientras se agregan a la lista aquellos que proponen nuevas formas de comprensión del proceso del parto. Esta variabilidad ha sido estudiada inter e intra culturalmente por antropólogas durante el siglo XX y podemos apreciarla en los modelos de atención.

Según la antropóloga Davis-Floyd, “la sociedad actual nominada tecnocrática permite la existencia de tres paradigmas de atención: tecnocrático, humanista y holístico. El paradigma hegemónico es el tecnocrático, un modelo médico que se define como separación de cuerpo y mente. En segundo lugar, está el modelo humanístico o biopsicosocial, que trata al unísono la biología, los factores psíquicos y el ambiente social de la parturienta, teniendo en cuenta las hormonas y permitiendo ese flujo continuo de información entre el cerebro y el cuerpo (...) [donde este] se define no como una máquina sino como un organismo. Finalmente, el paradigma holístico como unidad entre mente, cuerpo y espíritu, donde el cuerpo es un sistema de energía inter-vinculado con otros sistemas de energías.” (Davis-Floyd, 2001). Estos paradigmas los encontraríamos prácticamente en todo el territorio occidental globalizado y son las formas en que la antropología médica ha organizado la variedad de sentidos y prácticas encontradas.

Particularmente la antropóloga Sadler (2009) ha descrito el modelo institucional chileno en la “Re-visión del parto personalizado” planteando la existencia de dos modelos en transición: el **Modelo intervencionista de atención de salud**, y el **Modelo personalizado de atención de salud**. Ambos, en la atención del nacimiento tienen diferentes características: el primero concibiendo gestación-parto-nacimiento como proceso patológico que siempre ha de ser intervenido, prestaciones técnicamente adecuadas pero despersonalizadas, donde pacientes tienen poco que opinar sobre lo que ocurre. El segundo modelo concibe gestación-parto-nacimiento como un proceso fisiológico normal que sólo debe ser intervenido si presenta complicaciones, con prestaciones técnicamente adecuadas, acompañadas de la comprensión de factores psicosociales involucrados en la atención; además de entregar herramientas a pacientes para enfrentar el proceso informadamente, entre otros aspectos (2009: VII, tabla).

En la práctica, observamos la existencia de una atención de parto tradicional biomédico realizado en las instituciones acreditadas en salud, usualmente basado en el enfoque biológico del cuerpo y en técnicas farmacológicas para tratarlo. Su existencia la evidenciamos con un protocolo uso de fármacos o técnicas para el parto, junto con altas tasas de cesárea existentes, correspondientes a un modelo que interviene técnica o quirúrgicamente el proceso de nacimiento. La normalidad de este tipo de parto lo vemos en el hecho de que la atención no presenta una nominación específica: lo común es ser atendido en un modelo de solución biomédica.

Por otro lado, como se indica en la sección anterior, a partir del Ministerio de Salud, movimientos, organizaciones no gubernamentales y posteriormente instituciones de salud pública y privadas, han surgido políticas públicas para enfrentar el proceso de manera integral o biopsicosocial, capacitaciones a equipos de salud en el parto personalizado y programas para atención de partos alternativos a los modelos biomédicos, llamados Respetados, Humanizados, Personalizados y/o Naturales que buscarían una menor intervención y medicalización. Clínicas y hospitales intentan incorporar estas alternativas en sus maternidades, ejemplo de ello es el “Parto natural protegido, o el parto natural seguro” que la Clínica Alemana y la Clínica Universidad de los Andes han promovido en 2015 y 2016, uniéndose recientemente la Clínica Santa María y Clínica Las Condes.

Si bien los resultados y porcentajes de mortalidad son similares entre modelos, estos se diferencian por sus prácticas concretas, por sus conocimientos sobre las posibilidades del cuerpo, por las materialidades utilizadas, por formas de trato a la parturienta y por la solución elegida en el momento del alumbramiento. De esta manera, en un parto tradicional se atiende a la parturienta en una cama horizontal, mientras que un parto natural puede parirse en cuclillas verticalmente. Cuando un parto intervenido y medicalizado se anestesia protocolarmente, en un parto respetado se preguntará a la parturienta qué desea hacer para tolerar el dolor. El parto biomédico común requiere de instrucciones a seguir por parte del equipo y la usuaria, sin posibilidad de cambios, mientras un parto respetado requiere de conocimientos previos por parte de la usuaria para permitir flexibilidad en el momento de atención. Un parto biomédico presenta un ambiente determinado y fases para la acción, mientras un parto personalizado permite un ambiente de confianza con plan de parto. Todo ello se encuentra de manifiesto en los discursos de las páginas oficiales de clínicas y hospitales que permiten tales modalidades²⁰.

Los nombres de cada tipo de modelo “no biomédico” varían entre sí porque técnicamente apuntan a distintos objetivos, si bien poseen similitudes. El parto humanizado implica que “el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; y los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas” (Muñoz et al. 2001: 6, en Sadler, 2003:13). Pese a la definición, en la práctica, el concepto humanizado nomina diferentes prácticas que incluyen a conceptos aledaños²¹.

El Parto Respetado se asemeja al humanizado, sin proponer como condición el “ser humana”, enfatizando más bien en la importancia del respeto como condicionante para la

²⁰ En las instituciones públicas se han podido realizar talleres y capacitaciones. En espacios privados, se ha privilegiado el entender este modo de atención como una nueva opción, con materialidad diferencial. Para más información visitar páginas web oficiales de Clínica Alemana, clínica Las Condes, clínica Santa María y clínica Universidad de los Andes, entre otras, sobre el parto natural seguro/protegido.

²¹ Véase la noticia sobre matrona Vargas quien aboga que “La tarea es humanizar el parto Institucional” promoviendo la ley argentina que habla de conceptos de cambios tanto materiales como de prácticas de los equipos de salud. En la noticia, la matrona utiliza principalmente la palabra humanizado, aunque a veces utiliza como sinónimos las palabras “respetado” y “natural”. (<http://revistafurias.com/la-tarea-es-humanizar-el-parto/>)

atención de las pacientes. El parto personalizado responde a la posibilidad de atención a la usuaria con un sistema 1 a 1, es decir, que exista por lo menos una matrona atendiéndole plenamente en los distintos procesos abordados. Esto se logra en la mayoría de las instituciones privadas, mientras que en centros públicos existe menor personal que la cantidad de usuarias atendidas. Esta categoría no es necesariamente contraria al parto biomédico, pero da pie a serlo en tanto promueve mayor comunicación entre profesional-parturienta²².

Finalmente, el concepto “natural” alude a una dimensión cercana pero no necesariamente correspondiente con las anteriores. Se plantea el concepto natural como un intento de realizar la atención con la menor intervención posible. Lo natural alude principalmente a no usar anestesia ni inductores que podrían cambiar las condiciones en que se desarrollaría un parto mamífero. Dependerá de quién emita el juicio respecto a lo natural, sin embargo, alude a la diferencia naturaleza/cultura. Esta puede variar desde no utilizar ciertos inductores por adelantar procesos del cuerpo hasta realizar el parto en un lugar cómodo y no hegemonizado por instituciones médicas.

Todas estas definiciones, si bien difieren entre sí, y su puesta en práctica variará dependiendo de las instituciones que la lleven a cabo, se encuentran agrupadas en esta investigación como modos alternativos al parto tradicional biomédico o enfoques biopsicosociales, debido a las categorías indistintas encontradas en las entrevistas. Y plantean una manera en general contrastante con los modelos modernos del siglo XX, porque exigen algo nuevo en la medicina, como ciertos cuidados de los cuerpos, donde la parturienta ejerce una mayor autonomía y conocimiento de sí misma.

Los modelos teóricos mencionados responden a la múltiple situación actual. Así los enfoques clásicos criticados por su medicalización se asociarán a una biomedicina basada en el intervencionismo con paradigmas tecnocráticos; mientras que sus alternativas pueden ir hacia una atención personalizada de paradigma holístico o humanista, que proponen enfoques biopsicosociales -llamados en la práctica personalizados, humanizados, naturales y respetados. Un hecho que sorprende en mayor grado es que muchos de estos estudios que reconocieron diferentes modelos de parto desde la antropología del siglo XX se realizaban en zonas cultural o geográficamente distintas, mientras que ahora estas mismas diferencias las podemos ver no solo en una misma ciudad, sino en una misma institución.

Nos enfrentamos entonces a un problema teórico de variación de prácticas. Es decir, si pensamos en que la atención del nacer, con todas sus variantes entre grupos humanos deviene en modelos, enfoques y prácticas diferenciadas dentro de los mismos espacios, es que hay más de una forma de realizar atención institucional. El porqué de esta variabilidad en el único hecho de atender el parir es lo que parece necesario de investigar.

²² En contraste, se ha utilizado también desde las ciencias sociales y políticas públicas el concepto de parto personalizado como un modelo completo de atención de salud y particularmente del nacimiento, donde los embarazos y partos se entienden como proceso fisiológico normal, se entregan prestaciones técnicas con factores psicosociales involucrados y se incorpora a la familia en el proceso. (Sadler, 2009:VII). El uso de este concepto como algo más amplio, sugiere que se han especializado los términos y se han llevado a usos distintos a los que técnicamente podrían significar.

1.3. Modos de Atención de Parto y Valoraciones de lo Viviente

En las prácticas obstétricas, la valoración de la atención se ve tensionada por los distintos modelos, enfoques y prácticas descritas. Si bien revisamos estas tensiones teóricamente, un caso emblemático nos será útil para entender este conflicto. En 2013 el Centro de Investigación Periodística CIPER publica una columna que cuenta la historia²³ de un médico obstetra expulsado de la Clínica Alemana por haber realizado inducciones innecesarias médicamente (medicando a la paciente sin su consentimiento para adelantar el parto farmacológicamente) que terminaron en cesárea para poder coincidir con su fecha de vacaciones, a pesar de las insistentes peticiones previas de la parturienta a tener un parto natural lo menos intervenido posible. Choca en la noticia la búsqueda de un embarazo no intervenido y “natural” requerido por la pareja -en el cual aspectos como el apego se consideraban importantes-, contrapuesto a la maximización de la comodidad, rentabilidad y posterior autoridad de la decisión del médico.

En la noticia se contraponen visiones jerárquicamente relacionadas, donde se aprecia cómo las decisiones de algunos tienen más peso que la de otros, sobre todo en la medicina, a pesar de que no sean criterios únicamente médicos los que se ejercen allí -sino aquellos que tienen que ver con comodidades. Queda patente la importancia que le da cada uno al nacimiento: los padres querían un parto que fomentara la experiencia de lactancia mientras que al doctor le bastaba con la salud inmediata del binomio (madre y recién nacida) y su propio tiempo en cuestión.

Aquí la valoración de la atención, sus límites y posibilidades se ven tensionadas. Para algunos podrá ser interés irreflexivo por parte del médico, para otros quizás una consiente reflexión de su necesidad de optimización de la vida, su vida, sus vacaciones, con un resultado igualmente bueno. Inducir y pasar por sobre la decisión de la paciente para sus objetivos aparece como necesario, a pesar de no lograr un parto natural. Pero la decisión aparece también sentenciada cuando es expuesta públicamente, al no respetar la autonomía y confianza que le había dado la parturienta.

Estas situaciones no van solo hacia rasgos psicológicos individuales y morales de buenas o malas prácticas; sino que responden a formas de valorar el trabajo que se realiza y se espera. Se generan tensiones por no corresponder ni solapar aquellas múltiples formas de valoración de la atención. En una etapa de transiciones de economías fordistas y post-fordistas (Cooper, 2008²⁴), la valoración de los procesos de la vida será múltiple, diferente y guiada por lineamientos determinados, que vemos no eran correspondientes entre el equipo médico y la pareja. La pareja denunció la falta del médico -a pesar de la sanidad inmediata de su guagua- y este fue expulsado de la institución.

²³ Para más información, leer columna ciper <http://ciperchile.cl/2013/03/04/mal-uso-de-farmaco-abortivo-en-clinica-alemana-provoca-salida-de-uno-de-sus-ginecologos-mas-reputados/>

²⁴ Cooper (2008) describe que las emergentes biotecnologías reflejarían una nueva forma de post-fordismo donde la vida (microbios, bacterias, genes, etc.) se vuelven elementos centrales en el proceso capitalista de creación de valor y productividad y se supone que ofrecerían nuevas formas sustentables de desarrollo derivados de investigación científica.

La existencia de varios modelos y prácticas a veces contradictorias podría estar dando cuenta de variaciones en la forma de apreciar la salud del nacimiento, la vida del feto y de la madre, y las formas más convenientes u óptimas de atender el proceso de gestación, parto y postparto inmediato, por razones que quizás van más allá de la vida y la muerte y se dirigen a optimizar las experiencias en los procesos de salud, para un bienestar determinado. Como movimiento más general de la atención santiaguina, se aprecia un tránsito de un enfoque biomédico -con todos sus componentes- a un enfoque en salud más integrativo de preocupación por factores biopsicosociales. Sin embargo, no es que unos desaparezcan por otros, sino que el marco de posibilidades se enancha para algunos individuos.

Esto podemos verlo con dos fragmentos actuales de discursos web. El primero sobre la atención de maternidad que ofrece el hospital clínico UC con un enfoque biomédico -o sin especificación por considerarse lo tradicional-, el segundo un programa de parto natural en clínica Las Condes:

“Aunque el embarazo es un proceso natural, la mujer que se embaraza requiere de un seguimiento médico para disminuir los riesgos de que puedan desarrollarse algunas afecciones o condiciones que puedan afectar su salud o la de su hijo. Los controles periódicos permiten estar alerta ante eventuales trastornos como la diabetes gestacional, la placenta previa, la posición anormal del feto ante la inminencia del parto, entre muchas otras”²⁵.

“El parto natural es un tipo de parto normal (vaginal) en el que se realiza la menor intervención posible, dejando sólo las más necesarias, potenciando, de esta forma, el apego. La idea es que la madre elija si quiere usar anestesia, la posición en la que quiere estar durante el parto, entre otras. Sin embargo, el uso de anestesia -si la paciente lo requiere- no implica que el parto deje de ser natural, explica el doctor Felipe González, ginecólogo y parte del equipo de partos naturales de Clínica Las Condes”²⁶.

Si bien estos fragmentos no totalizan a las instituciones, sí describen tipos de programas ofrecidos para un mismo proceso. Con el primer fragmento, podemos dar cuenta del constante problema del riesgo que acecha al proceso de parto, el cual se considera posiblemente patológico e inminentemente peligroso. La seguridad y control se hacen necesarios, para poder llegar al parto exitoso, traducido en un binomio -madre e hija- vivo y saludable.

Si tomamos en cambio el segundo fragmento que ofrece un modelo de parto natural, nos damos cuenta de que las preocupaciones son otras. En aquel caso se está valorando aún la seguridad del proceso, pero sumada a una serie de experiencias que llevan a un

²⁵Para leer la descripción completa ir a <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/ginecologia-y-obstetricia/nuestras-unidades/obstetricia.act>

²⁶ Para leer la descripción completa ir a <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/Parto-natural-%C2%BFcon-o-sin-anestesia>

bienestar determinado de la madre y a optimizaciones de largo plazo como lo son el apego para la relación entre la madre y la/el recién nacida/o.

En el segundo caso, el énfasis está puesto en que no basta solo el nacimiento, sino que se necesita de un trato especializado del binomio, aspecto no considerado como central para el sistema biomédico heredado de la modernidad. Vemos una serie de técnicas, prácticas y modelos para los cuales no basta la vida como mantenida, sino optimizada, maximizada, en búsqueda de bienestar. Hoy este bienestar parece traducirse en experiencias positivas para la madre y optimización de la vida de la guagua.

Aquello que se valora en los modelos de atención pasa a complejizarse cuando especulamos que diferentes sistemas reflejan no solo el hecho del parir sino diferentes formas de pensar los procesos de existencia. En otras palabras, el parir está siendo más que solo un hecho biológico particular y tiene que ver con una forma de entender la salud, las relaciones y la vida. Esto puede ejemplificarse tanto con la comparación de lo que pudiera ser el parto en el siglo XVIII donde la muerte alrededor del parto rondaba como hecho común según las historias de Zárate (2007), como también con casos narrados por una matrona sobre experiencias actuales aimaras:

(...) Las mujeres aimaras ellas en su cultura parían en sus casas, y había una alta morbimortalidad por lo tanto era disminuir eso y ellas no iban a parir a hospital. Porque se sentían violentadas. Porque para ellas lo peor que podía haber pasado, ellas preferían que se les muriera un hijo en la casa antes que ir a ser violentadas a un hospital porque para ellas es más natural que pasara eso. (...). (Matrona Entrevistada²⁷)

En la práctica diremos que existe en Santiago una atención casi completamente institucional que viene del modelo biomédico pero que se divide en atenciones tanto biomédicas tradicionales, como aquellas que se orientan a lo biopsicosocial, a un parto respetado, humanizado, personalizado y/o natural. Desde un hecho único del parir, las posibilidades de acción puede variar enormemente según condiciones temporales, de diferentes grupos humanos e incluso dentro de las mismas instituciones.

Además de ello hay otro factor que generará multiplicidad: la diferencia entre sistemas públicos y privados. Es decir, ante la tensión de un enfoque intervencionista versus otro más personalizado, entra la pugna entre los servicios públicos regidos por el Estado y las instituciones particulares regidos por grupos privados. Esto se agrega como variabilidad en tanto son dos tipos de instituciones construidas desde un hilo histórico diferente que producen, a su vez, resultados diferentes. Ejemplo de ello es la diferencia en tasas de cesárea, la diferencia en cuanto a materiales y espacios, e incluso en la incorporación de los modos de atención: los enfoques biopsicosociales vienen como política de capacitaciones generales en los sistemas públicos mientras que en sistemas privados se presentan como programas opcionales. Ni uno ni otro sistema queda ajeno a la variabilidad de modos, sino al contrario, fomentan una mayor heterogeneidad.

²⁷ Según la codificación especificada más adelante, esta entrevista corresponde a la matrona **8.Mat.Priv.Independ.Resp.**

Espacios privados publicitan sus programas que aluden al respeto, la naturalidad e integralidad del parto. Espacios públicos institucionales también han sido socializados en estos modelos con enfoques más integrativos que el biomédico, incorporando aspectos nuevos en la medida de lo posible según los recursos y las organizaciones burocráticas que los caracterizan; y siendo objeto mayoritario de políticas públicas que hacia allí apuntan.

Recapitulando, en la atención de maternidad institucional chilena confluye un modelo de atención heredado del enfoque intervencionista biomédico -con base en una salud pública y posteriormente extendido a la salud privada-, junto con nuevos modelos reactivos al anterior, que agregan aspectos psicoafectivos, tanto como capacitación de los equipos o programas particulares, donde se fomenta el poder de decisión por parte de los usuarios del sistema. Ambos modos en sistemas diferentes han sido capaces de generar valores específicos sobre la atención, tensionándose al momento de enfrentarse en el mercado de los servicios obstétricos.

Cuando analizamos las prácticas y enfoques mencionados, en su relación con aspectos de gobernanza de la vida; observamos por un lado que, desde la visión histórica de biomedicina intervencionista y tecnocrática, se mejoran índices de reproducción para una población sana y productiva: aspecto logrado en una etapa incipiente de la medicina institucional pública. Por otro lado, los modelos biopsicosociales adquieren sentido desde estudios biopolíticos actuales cuando se toma en cuenta que en el liberalismo avanzado se generan transformaciones en la administración de la vida: vivir ya no es el objetivo, sino que se busca la maximización de la vida de algunos individuos mediante la optimización de sus posibilidades vivientes. Esta maximización difiere en la práctica, pero alude a que no basta solo nacer, sino nacer de ciertas maneras para algunas personas. De esta consigna, ambos tipos de modelos en transición son incorporados -en mayor y menor medida- a la atención institucional de maternidad actual.

Para comprender a cabalidad las razones de este panorama de variabilidad en aquello valorado de la atención del nacimiento, parece pertinente preguntar ***¿Qué valoraciones de lo viviente se están produciendo en los modos de atención de parto institucionales según los equipos de salud que trabajan en ellas?*** En otras palabras y como objetivo general nuestra tarea será analizar las valoraciones de lo viviente que se producen en la atención de maternidad institucional en tanto existe variabilidad de prácticas médicas e institucionales para este proceso. Para ello, nos basaremos en la experiencia de los equipos de salud.

De esta manera, el estudio del valor en la atención de parto nos permite dibujar aquello que se aprecia, significa e intercambia social, económica y éticamente sobre lo viviente en la atención de salud obstétrica institucional. Para poder responder a tal objetivo, asumiendo los límites de esta investigación, nos adentramos en uno de los agentes principales del proceso: los equipos de salud obstétrica institucional. Nos centramos en perspectivas de médicos obstetras y matronas/es, quienes explícitamente ofrecen la

atención, mientras se relacionan con quienes la organizan y la reciben. Estos equipos pueden aportar sobre visiones generales del proceso institucional del nacimiento.

Para cumplir con nuestro objetivo general, planteamos la persecución de objetivos específicos que recogen diferentes aristas del problema. En ellos se plantea:

- 1. Identificar las variabilidades de funcionamiento y organización general de los sistemas de atención*
- 2. Identificar criterios de valoración según los distintos modos de atención en las instituciones en que los equipos de salud trabajan*
- 3. Caracterizar las valoraciones simbólicas y materiales que se producen en los servicios de atención de maternidad.*

Se espera con ello poder comprender qué se espera de los diferentes modos de atención del nacimiento por parte de los equipos de salud que la producen, dotándonos de contenido para discutir, gracias a nuestra clave biopolítica, cómo el inicio de la vida humana tiene razones institucionales para llegar a resultados específicos.

2. Características de la Investigación

2.1 Marco Teórico-Conceptual

2.1.1. Biopolítica de la Medicina: Vidas Productivas

El tema principal de esta investigación es la medicina obstétrica y las relaciones que de ella devienen. La medicina como concepto general puede ser abordada a partir de su enfoque de derechos, de su necesidad social, de la moral que implica la sanación de otro, de los aportes científicos y humanos que la especialidad ha realizado. Ciertamente todo aquello tiene un lugar en cualquier conversación respecto a esta disciplina, pero existe otro enfoque que aquí preferí para leer la cuestión del valor en la atención: su correlato de dispositivo moderno para la política de poblaciones, que en otros términos llamamos biopolítica.

Nos introduciremos así en esta corriente desarrollada por Foucault durante el siglo XX, que relaciona directamente la medicina con objetivos políticos, económicos y sociales; dando cuenta de las valoraciones existentes sobre las vidas que trata. Para Foucault (1977) los procesos médicos -particularmente biomédicos- han sido una estrategia política de gobernanza de la vida de la población, a través de racionalidades principalmente económicas. De esta manera, es coherente la afirmación de Rose (2012:300) quien relata que los procesos biológicos producen valor económico y político en la actualidad.

Según los estudios Foucaultianos, la medicina moderna (occidental, biomédica) es una medicina social -que se desenvuelve en la sociedad capitalista desde fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX- que socializa *un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral* (Foucault, 1977:5). Para ello, el control científico pasa a considerarse fundamental: la científicidad y biologización del cuerpo humano, posibilita su control biopolítico, posibilita la gobernanza de la vida de la población. Así, Foucault afirmará que “el cuerpo es una realidad biopolítica y que la medicina (moderna) es una estrategia biopolítica” (Foucault en Salinas, 2014:23).

Esta gobernanza de la vida en occidente a través de la medicalización fomentada principalmente por los Estados-Nación, se basa en la producción de valor político-económico en función de intereses determinados y múltiples. Y si bien estos intereses y las formas de su persecución pueden variar según las condiciones particulares, investigadores en Chile han rastreado los aspectos biopolíticos de la biomedicina del país.

Los estudios del historiador Cueto (1996) muestran el interés de los Estados Latinoamericanos -que participan en la carrera por la construcción de naciones en el s. XIX- por lograr un mayor control de su territorio y sobre todo de su población. En estas Naciones, la sanidad y salud pública se convierten en una herramienta flexible y maleable, susceptible a ser utilizada para hacer sentir la presencia del Estado. Las políticas estatales de salubridad inciden directamente en las condiciones de vida de la mano de obra necesaria para la buena marcha económica privada y nacional (1996:336).

Como menciono en secciones anteriores, Fúster investiga cómo, en el siglo XVIII en Europa y XIX en Latinoamérica, la medicina comienza a expandirse más allá de los límites de enfermedad y asistencia clásicos a través de la medicalización (2013:11). Cuenta así que debido a la colonia, la República hereda un sistema asistencial de la medicina, sustentado en caridad aristocrática y eclesiástica. Posteriormente, con la elite médica profesionalizada, el desarrollo del capitalismo como sistema productivo dominante y el surgimiento de importantes suburbios urbanos debido a la migración campo-ciudad, se empieza el cuidado físico y moral de la fuerza de trabajo (2013:12-13).

Para 1842, al momento de la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, las masas obreras eran blanco permanente de las técnicas de medicalización, a través de la familia o de intervención médica del espacio que habitaban. En toda Latinoamérica, hacia fines del siglo XIX, es el Estado el que coopta a la medicina. Casas de objeto público funcionaron en el siglo XIX como espacios relacionales-disciplinarios discursivos, aptos para el desarrollo capitalista y la consolidación del Estado-Nación, generando una fuerza laboral numérica y de buena conducta. A fines del siglo XIX con la llegada del liberalismo al poder, la medicina se convierte en instrumento para la regularización de los aspectos biológicos inherentes a la población y la medicalización en una técnica eficaz para el disciplinamiento y normalización social (2013:13).

El dispositivo médico moderno chileno encontró en la masa trabajadora del país su principal espacio de acción, es decir, la fuerza de trabajo fue uno de los fundamentos principales de su desarrollo y posterior legitimación. (...) Surge entonces el progreso no solo científico sino de poder, capaz de objetivar el obrerismo moderno. (2013:16). En 1925 se logra el marco legal efectivo de aquello (2013:14), con la división de Higiene Social, decretos leyes y Ministerios que buscan normalizar y regularizar -a través de la práctica médica- la masa productiva del país (2013:12). Para el siglo XX en Chile, con la llegada del higienismo desde Europa y el desarrollo del capitalismo como sistema productivo dominante, la medicina dejó de ser un saber y una práctica para la administración de la muerte, y pasa a constituirse en un dispositivo para la administración de la vida. (2013:125)

El médico e investigador en bioética, Kottow (2010:15), remarca que en Chile, al igual que en Europa, se observa la reticencia del Estado a asumir los cuidados de la población no laboral y el énfasis que recibe la "salud pública" higienista antes que el cuidado de los enfermos -de limpieza urbana más que de protección de los sujetos. Destaca que históricamente la atención médica chilena para pobres e indigentes a cargo de la caridad, se fue poniendo -tardía y parcialmente- en manos estatales a través de la Junta de Beneficencia y desde 1924 de la Caja de Seguro Obligatorio, que atendía a los obreros asegurados. Entretanto, la medicina preventiva evolucionaba lánguidamente desde 1918 hasta anclarse en el Servicio Nacional de Salubridad.

La fusión de las instituciones estatales curativas y preventivas originó el Servicio Nacional de Salud en 1952, cuyo cometido incluía fomentar y proteger la salud y proveer atención médica a indigentes, obreros asegurados y su familia nuclear. Al tenor de la

medicina pública de la Europa decimonónica, también en Chile se observa la reticencia del Estado a asumir los cuidados de la población no laboral y el énfasis que recibe la “salud pública” higienista antes que el cuidado de los enfermos (Kottow, 2010).

“Los inicios del siglo XVIII vieron un ascenso demográfico acompañado por un incremento en la riqueza y el final de los grandes azotes de las plagas y las hambrunas; como resultado, la preocupación social por la muerte es reemplazada por una preocupación por la administración de la vida y la acumulación de personas. Por consiguiente, el Estado se interesa en la obtención de información y el control de la salud, la riqueza, los recursos humanos, los recursos en general, la reproducción y el bienestar de esa nueva entidad, la ‘población’ como un medio de incrementar el poder estatal”. (Cohen y Arato en Kottow, 2010:16-7)

Hay muchas líneas, cortes y choques de la medicina chilena. La medicalización a veces viene de lados opuestos, y no como *continuum* histórico. Sin embargo, pueden nominarse procesos para la socialización de la medicina, tales como: estatización de la medicina decimonónica, lucha por profesionalización del oficio, legitimación del saber y optimización de la práctica médica, desarrollo de higiene pública chilena, intervención de espacios insalubres, implementación de medicina integral para la familia proletaria desde la organización obrera, entre otros. (Fúster, 2013:167).

La medicina en el mundo y particularmente en Chile, deja manifiesta sus relaciones con la producción de un valor económico político estatal, administrando en formas específicas la vida de la población. Distribuyendo lo viviente en registros de valor y utilidad (Villaruel, 2013). Siguiendo tales análisis históricos podríamos decir que, a partir de la medicina moderna impuesta en el país, se ha estado valorando la vida asociada a su producción controlada y constante.

Una de las herramientas principales para ello es la medicina obstétrica, que puede encargarse de la existencia poblacional, su mortalidad y natalidad. La medicalización obstétrica ha jugado un rol principal en el control y la normalización de los cuerpos de las mujeres en la historia. La historiadora Zárate (2007) postula que en el Chile decimonónico la asistencia sanitaria del parto se convirtió en una creciente preocupación social y médica que inspiró dos transformaciones paralelas y paulatinas: el aumento del control científico del parto y la reducción de la influencia de aspectos folclóricos y de prácticas médico-populares ligadas a él.

Según Zárate en el siglo XIX se cuestionó el protagonismo de las parteras y se comienza a dar instrucción a las primeras matronas examinadas, aparece la formación universitaria de los primeros “tocólogos” y se institucionaliza la asistencia obstétrica de la Casa de Maternidad de Santiago; cimentando la futura hegemonía de un conocimiento científico, la “ciencia obstétrica” de médicos y matronas, por sobre uno vulgar: la “ciencia de hembra” de las parteras.

Durán (2012) realiza estudios históricos sobre la maternidad en el siglo XIX y lo que esta implica en cuanto a disciplinamientos del cuerpo femenino. Explica así que casas de maternidad funcionaron como centros educativos. Esto debido a que la mortalidad infantil se constituyó como la mayor preocupación; y su causa principal fue atribuida a la negligencia e ignorancia de las madres: "...mucho más que ninguna epidemia, la ignorancia de las madres y la ausencia de vigilancia de los recién nacidos son los factores que contribuyen a mantener una mortalidad elevada" (Durán, 2012:173). El médico Luis Calvo Mackenna señalaba que "las madres ignoran la manera de criar y cuidar a sus hijitos, porque generalmente nadie que tenga la preparación necesaria, se ha preocupado o ha tenido ocasión de darles los indispensables consejos que esas madres siempre deben conocer" (Durán, 2012:174). El problema general nominado como la falta de educación y capacidad de las madres, legitima la necesidad de control específico de estas y sus procesos reproductivos.

Derivado de ello vemos formas de control respecto al proceso de nacimiento y maternidad que se reflejan hoy en la alta rigurosidad con la que se trata la atención de embarazo y natalidad: requisitos y exigencias de cómo llevar el embarazo para las embarazadas, protocolos que deben ejercer los equipos de salud a la embarazada en el control de los meses de gestación, durante y posteriores al parto, formas específicas de la postura y método al parir, cómo ejercer la maternidad, registros exhaustivos de cada individuo recién nacido; y a nivel estatal directamente con índices sobre la natalidad. Todo ello no se encuentra ajeno a posteriores tomas de decisiones para fomentar o desincentivar políticas de reproducción, según intereses políticos correspondientes.

Finalmente, la institucionalización de la medicina obstétrica, basada en protocolos científicos de la época, genera a finales del siglo XX la percepción de éxito en la especialidad, abalada por números bajos de mortalidad materno-fetal, y una atención del nacimiento casi en su totalidad realizada en hospitales y clínicas del país. Como menciona Sadler (2009, VI), el modelo de atención occidental del siglo XX, basado en la intervención constante del proceso con el fin de estandarizar el cuidado y de reducir los índices de morbimortalidad materna e infantil, ha sido exitoso en la reducción de dichos índices²⁸. La medicina materno-fetal disminuyó las muertes y aseguró la vida de madres y recién nacidos en cifras impensadas de años anteriores, aunque como revisamos, a costo de una alta medicalización e intervención de procesos fisiológicos.

2.1.2. Medicina Contemporánea: Bienestar Individual

Autores que siguieron las líneas biopolíticas después de los aportes de Foucault, han trabajado las nuevas formas en que la medicina se desarrolla, ligada a procesos políticos, económicos, tecnológicos y científicos. Con ellos, se reconoce un cambio en el valor -económico, político, moral- que los procesos biológicos producen, el cual

²⁸ Para más información sobre estos datos, revisar índices comparativos entre 1965 y 2005 en Chile sobre la salud materno-infantil y la atención profesional del parto. Disponibles en el libro "Re-visión del parto Personalizado" (Sadler, 2009).

particularmente en el siglo XXI, es tensionado por la medicalización y el surgimiento de nuevas ideas sobre cómo debe ser la atención.

Para la aclaración de ciertos tecnicismos que utilizaré a lo largo de este marco, traeré a la palestra los aportes conceptuales del filósofo Agamben, quien explica que la biopolítica está compuesta por dos términos: *Zoe* que expresa simplemente el hecho de vivir, y la *bíos* que indica la manera de vivir propia del individuo o de un grupo. (...) La politización de la *zoe*, es un evento fundamental en la vida moderna, pues en ella se centran los cálculos. Para clarificar, la *zoe* previamente no formaba parte de la polis o del orden jurídico, sin embargo, en la modernidad *zoe* y *bíos* se encuentran en una zona indiferenciada. La nuda vida (*Zoe*) se transforma en una forma de vida (*bíos*), en el que la condición de ser viviente permite que sea posicionado como un sujeto de poder político...” (Agamben, 2010 en Rivera, 2017:19). Los cuerpos, lo viviente y las formas políticas que estos toman serán las nuevas relaciones de la modernidad. La mayoría de los autores a mencionar en este capítulo elige el uso de *bíos* para referirse a lo viviente politizado, pero según las categorías descritas, el *bíos* utilizado representaría el cruce de ambas y la imposibilidad de su disociación.

Ahora, para ver cómo se logra este *bíos* en términos procesuales durante la modernidad, Rose (2012) relatará que a medida que la política va asumiendo cualidades más vitales y que la vida biológica adquiere una importancia aún más personal y económica, la vitalidad de todos y cada uno de nosotros se convierte en fuente potencial de valor. Así, desde el siglo XIX, la preservación y el incremento de ese valor vital se convirtió en cuestión de Estado. Paulatinamente, las empresas privadas desempeñaron un papel clave en la producción de alimentos, servicios y medicamentos que generarían en forma simultánea beneficio privado y bien público. Nace una economía de mercado de la salud, mientras en el transcurso del siglo XX el Estado “social” se ocupa en forma creciente de moldear las actividades de este mercado, mediante la regulación de la pureza e higiene de los alimentos, de la producción y comercialización de productos farmacéuticos. Así como estos procesos representan transformaciones, hoy la economía política regulada de la salud también se está redefiniendo como resultado de la conversión de las potencialidades que entraña la vida en sí en fuentes de valor (2012:300).

Estas redefiniciones tienen que ver con relaciones entre la salud, los derechos que la sostienen y la capitalización de distintas áreas en comparación a las que existían en el siglo XX. Rose y Rabinow (2006) ven un panorama actual donde la biopolítica contemporánea estructura un campo de posibles acciones de individuos y grupos en nombre de la maximización de la vida de algunos. Así surgen nuevos valores y aspiraciones personales de individuos respecto al bienestar (Haidar, 2009:27), entre ellos enfermos peleando por sus derechos inalienables de atención, denuncias cuando el producto de consumo de salud no alcanza a cubrir los requerimientos exigidos, grupos organizados de pacientes en torno a búsquedas de soluciones médicas y farmacológicas.

Tal politización de la vida asume una forma hiperproductiva de su optimización (Haidar, 2009:23), en tanto nuevos aspectos de lo viviente se leen desde su valor y utilidad. Ello bosqueja las formas en que la política juega en relación al capital y la economía, donde la salud y vitalidad se vuelven la apuesta clave en relaciones de mercado y de valor (Rose y Rabinow, 2006:211). Se habla así de las economías de vitalidad, en las cuales el capital encuentra nuevas maneras de introducirse a las ecuaciones.

Como relatará Negri (2014), estamos en una etapa de biocapitalismo en la cual el capital -que no es un monarca sino una relación- ya no compra el trabajo como mercancía cualquiera. Ahora pone en el centro a estos cuerpos que en parte absorben el capital fijo (conocimientos y capacidad para producir). El capital ya no alcanza a explotar si no toma cada vez más ese tipo de fuerza mental. No basta con reunir fuerzas productivas sino que debe llegar a lo más íntimo de estas fuerzas productivas. Los cuerpos se especializan y conquistan cierta autonomía, pero se demanda la producción del hombre por el hombre, de la máquina viviente-hombre. (Negri, 2014:62-4). Así, hoy no es la masa dirigida y trabajada, sino la multitud de singularidades potentes, con potencia y deseos singularizados, la que hoy conectada y cooperante produce valor (2016:68). Hoy los mismos individuos exigen que sus cuerpos sean aptos para proyectos individuales.

En una línea similar pero sociológica, Rose explica que, vigorizados por la búsqueda de biovalor -valor de lo viviente-, han nacido nuevos vínculos entre verdad y capitalización, entre la demanda de valor para el accionista y el valor humano que entraña la esperanza de cura y de condiciones de vida óptimas. Se ha delineado un nuevo espacio económico, la bioeconomía, y una nueva forma de capital, el biocapital. Los actores anteriores, como las corporaciones farmacéuticas, se transformaron como resultado de su relación con la ciencia, por una parte, y los enmarcados de valores, por otra. (...) La vida en sí ha sido objeto de transformaciones que la volvieron compatible con estas nuevas relaciones económicas: la vitalidad se descompone en una serie de objetos discretos y distintos, posibles de ser aislados, delimitados, almacenados, acumulados, movilizados e intercambiados, dotados de un valor discreto y negociados a través del tiempo, el espacio, entre diferentes especies, contextos, empresas y al servicio de numerosos objetivos diferentes. Mientras tanto y como resultado de ese proceso, se ha conformado un nuevo campo geopolítico y la biopolítica está ahora inextricablemente entrelazada con la bioeconomía. (Rose, 2012:31).

Según Rose y Rabinow, en los modos de subjetivación actuales, los individuos han debido trabajar en sí mismos bajo ciertas formas de autoridad, en relación a los discursos de verdad, por medio de prácticas del sí mismo, en nombre de la propia vida o salud de la población (2006:197). Esta perspectiva puede servirnos con los modelos de parto alternativos al biomédico, que en lugar de delegar la responsabilidad a los profesionales y dejar como entes pasivos a las pacientes, promueven el conocimiento del sí mismo para cualquier procedimiento médico a atravesar. Así, prácticas de autoconocimiento y auto-responsabilidad se vuelven clave en tales modelos, con el fin de gestionar una salud optimizada para los aspectos que se tomen en cuenta a la hora de parir.

Rose (2012) agrega que la subjetivación actual tiene que ver con una preocupación de ciertos aspectos de salud en tanto se maximiza y optimiza la vida de algunos. Todo ello articulado constantemente con aspectos económicos de producción, deseo y consumo. En tal línea, las preocupaciones de hoy no tienen que ver solo con resultados bajos de morbilidad materno-fetal, sino con mejorar las experiencias de satisfacción de la usuaria, mejorar las capacidades biológicas de largo plazo de los recién nacidos y fomentar una experiencia sensible y respetuosa a la valoración humana. Por ello parece tensionarse con justa razón el cambio de enfoque que muchos profesionales consideran necesario.

A su vez, Rose plasma estas emergentes subjetivaciones en los bioc Ciudadanos, entre otras figuras. El concepto describe los proyectos ciudadanos que han vinculado sus conceptos de ciudadanía a creencias acerca de la existencia biológica de los seres humanos en cuanto a individuos, hombres y mujeres, familias y linajes, comunidades, poblaciones, razas y especies (2012:271). Individuos agrupados en torno a sus categorías de enfermedad, tomando un lenguaje propio respecto a sus condiciones biológicas, que es ahora activo de los procesos patológicos y corporales a los que se enfrenta. En consecuencia, los roles de las autoridades médicas no consisten en alentar la perpetuación del paciente pasivo y dócil propio de una forma anterior de ciudadanía médica: la ciudadanía debe ser activa (2012:289). Esto implica una búsqueda de salud individual a través de la activa lectura de los propios cuerpos, en el cual los pacientes activos son gestores de su propio bienestar.

Los nuevos circuitos del biovalor y los nuevos mercados en los que habitan, no solo crean nuevas posibilidades para la generación de riqueza, sino que además plasman y generan nuevos valores éticos. A medida que las relaciones de mercado penetran la vida y la vuelven generadora de riqueza, la moralidad que gobierna algunas formas de intercambio económico se reconfigura. En una economía donde es posible comprar y vender la vitalidad de los procesos biológicos, la ética pasa a ser un bien comerciable y una industria de servicios por derecho propio. Se comenta que nuevas relaciones se establecen entre ética y biociencia en la producción de biovalor. El proceso de generar biovalor encarna y transforma concepciones de la vida humana: en esa medida, los artefactos biomédicos mismos entrañan una ética. (Rose, 2012:308).

Según Rose y Rabinow (2006), en esta nueva economía política de la vitalidad, los flujos transnacionales del conocimiento, de las células, tejidos y propiedad intelectual, son emparejados con intensificaciones locales y regulados por instituciones supranacionales. Las subjetivaciones colectivas e individuales también son móviles y transnacionales. ¿Quién hubiese pensado en 1996 que la gente deprimida sería una categoría global, no solo como objetivo sino como sujetos activos en una nueva biopolítica de la salud mental? ¿Quién hubiese rechazado hace unas décadas la atención biomédica profesionalizada para preferir respuestas fisiológicas y naturales al proceso de parto? Los grupos que se generan alrededor de procesos vitales cambian, igual que las subjetivaciones y modos de llevarlos a cabo.

En Chile el panorama no es el mismo de Europa ni del “norte global”, en tanto el Estado se ocupa de una manera diferente de los asuntos de salud, con políticas neoliberales particulares asociadas a un régimen poscolonial. Sin embargo, las nuevas formas médicas y de subjetivaciones de bienestar individual parecen resonar con algunas configuraciones económicas de la vida en sí. Con aquellas vidas híper-productivas que entran en regímenes de rendimiento, y que pueden ser tratadas en espacios que defienden esos modos de vida o modos de existencia. Los asuntos de salud y la vida biológica de algunos sí parecen estar alineada con la búsqueda de nuevas formas de bienestar que estos autores han desarrollado.

En cuanto a la particularidad de nuestro tema, sí parece haber una diferencia en las valoraciones de la atención de parto, las cuales no siempre han estado delineadas de la misma manera. La vida en sí empieza a dejar de ser lo central en el tratamiento de la guagua y la madre, mientras las experiencias que rodean al parto toman valores específicos sobre el bienestar y la optimización de lo viviente -siempre y cuando se tenga la posibilidad económica de aquello. Todo ello, confluye con una gran porción de subjetividades, instituciones y estrategias de salud que están lejos de responder a esta lógica de gestión de lo viviente, quizás por responder a otros productos esperados del *bíos* según veremos en esta memoria.

2.1.3. El Valor: evaluar, valorizar e intercambiar

Para abordar el estudio del valor de lo viviente producido en las maternidades, es necesario conocer las conversaciones en las cuales este concepto se encuentra. El lugar del valor en un hecho como el intercambio de servicios de salud es central para poder determinar aquello que se entrega y se recibe, y bajo qué límites.

El valor de la atención obstétrica puede encontrarse en varios lugares. Particularmente en esta memoria, el lugar donde se está mirando nos permite situarlo en las relaciones de intercambio que el servicio supone, en donde encontramos actores que ofrecen la atención, y parturientas (o parejas, o familias) que lo desean. El intercambio ha sido base en reflexiones antropológicas para ver lazos sociales y hasta cierto punto es también necesario aquí. Si bien no es nuestro concepto central, es necesario saber que el intercambio se hace presente en la atención del nacimiento cuando permite otorgar un servicio obstétrico a cambio de un pago monetario entre dos partes: institución (y/o equipo médico) - parturienta; relación estable en un país mayoritariamente institucional para su parir.

Si nos remontamos a los clásicos de la antropología, tales como el *ensayo sobre el don* de Mauss (1925) o los *Argonautas del Pacífico Occidental* de Malinowsky (1922), vemos que el intercambio tiene la función de hacer circular objetos pero también mucho más que objetos. Circulan relaciones y lazos sociales. Lo que se intercambia, -sean objetos, bienes, comida, niños, mujeres, ropajes, estatus- depende centralmente de cómo aquello

tiene un peso determinado según distintas esferas de valor. Cuando una relación económica parece desinteresada, muy posiblemente es porque intercambia no solo dinero, sino valores de otras esferas.

Abduca, quien hace una exhaustiva revisión de las nociones de intercambio, reciprocidad y don a partir de los textos clásicos de Mauss, Malinowsky, Durkheim y Levi-Strauss, relata que el intercambio es múltiple y contiene especificidades importantes de diferenciar. Señala así que “Hay prestaciones totales donde lo que circula son objetos distintos de igual valor” “Pero hay otras prestaciones totales, donde lo que circulan son “valores desiguales” aunque (porque) se trata del mismo objeto, que va aumentando de valor al circular.” (Abduca, 2007). Para el intercambio, el valor de aquello que circula es esencial, independiente de la naturaleza del objeto a intercambiar. El valor sería aquello da sentido a las relaciones que el intercambio enlaza. En esta línea, Abduca (2007) recalca que los valores “son esas cadenas invisibles que ligan las relaciones entre cosas y las relaciones entre gentes”. Y según Gregory, como cita Abduca, los valores son invisibles porque antes que nada son “formas de conciencia humana que describen lo que es, y prescriben lo que debería ser” (Gregory 1997:12 en Abduca, 2007).

En ciencias sociales el valor tiene un enfoque que se dirigiría a aspectos de valor social, sobre a qué se le da valor (traducido en moneda o no), desde un plano simbólico y material conjuntos. Según el diccionario crítico de ciencias sociales, los autores Thomas y Znaniecki (1981, en Garrido, 2009) indican que los valores son "cualquier dato con un contenido empírico accesible a los miembros de un grupo social y con un significado en relación al cual éste es o puede ser un objeto de actividad". (..) Para Rokeach (1973, en Garrido, 2009), los valores son creencias personales consistentes y duraderas de carácter evaluativo. Al carácter evaluativo de los valores enfatizado por Rokeach, habría que añadirle su carácter motivacional destacado por psicólogos sociales como Allport (1935, citado en Garrido, 2009) para quien son los valores personales los que guían las acciones de los individuos. Al mismo tiempo, los valores son, también una forma de acción. (Garrido, 2009).

La valoración será entonces el acto de atribuirle valor a algo. Y el valor en sí mismo, será entendido como una forma de acción –o potencial de acción-, producida por la significación, importancia o validez de una cosa. Cuando se debate en antropología económica la cuestión del valor, se dice que es una función del intercambio, de la necesidad de llegar a algún tipo de equivalencia mediante la comparación. (Narotzky, 2003:135)

Esto va en la misma línea de cómo hoy se utiliza el concepto en el marco específico de los Valuation Studies o Estudios de Valuación. Estos estudios se dirigen particularmente a comprender los aspectos más amplios de la valoración económica, mientras también revisan diversas teorías sobre la valuación. Uno de los autores que más se adhiere a nuestra intención son los aportes de Vatin (2013), quien trabaja el concepto desde sus dos facetas -ligadas a la teoría marxista del valor- asociando el valor a una práctica de evaluar

(darle un atributo comparativo y así otorgarle importancia) y de valorizar (darle un plus valor, aumentar el valor a través de una producción específica y dinámica).

Particularmente la valoración, apreciación, valorización de la vida, lo vivo y lo viviente es lo que ha estado en boga en estudios biopolíticos en tanto surgen concepciones nuevas del ser, imbricados con la ciencia, la economía y la tecnología. Las lecturas biopolíticas clásicas nos llevan a analizar sociedades desde aparatos que ejercen poder, formas de control y disciplinamiento de la vida; pudiendo entender las instituciones de salud abordadas en este proyecto como el cruce de fuerzas y saberes particulares, con fines determinados. A su vez, las construcciones actuales de biopolítica contemporánea han dado cuenta de nuevos escenarios, agentes y procesos, que responden a la misma racionalidad económica, pero que encuentran salidas distintas.

En el contexto de maternidad institucional, proponemos que se “valoriza” lo bio (las guaguas, las madres, y su optimización como seres vivos), lo ético (una práctica de respeto, comodidad y afectividad), y el conocimiento (biomédico, evidencia científica actualizada e institucional). La mayor parte de ello se ve valorado a partir de relaciones económicas, pero también en otras esferas, como aquellos réditos simbólicos que otorgan el ser apto, productivo y autogestor de la salud como sujeto viviente.

Ello no quita que anteriormente también existiese un panorama económico, sino más bien permite analizar este tipo de transacción como un proceso con diferencias del anterior -que se orientaba hacia una administración institucional y estatal para la producción social, según la clave biopolítica revisada. El valorizar económicamente distintas aristas de la vida sería esencial en la economía política actual. Esta relación entre atención de maternidad institucional y la producción de valor, descansa en la idea de la “biopolítica como extensión de la racionalidad económica, y el biopoder como poder sobre las conductas humanas” (Martínez, 2011).

Birch y Tyfield (2012) critican las perspectivas biopolíticas (de Rose, Rabinow, Rajan y Waldby), debido a la confusión que trae trabajar las relaciones de valor. Esto porque se mezcla la concepción política-económica marxista del término para referir a prácticas económicas o de mercado (ganancia, valor para el accionista, etc), mientras también se considera un marco ético del valor (valores, significados e importancia social) (2012:305). A pesar de que tales críticas puedan ser ciertas, tal ambigüedad será útil para este estudio, en donde el valor al responder tanto a significaciones sociales como a traducciones económicas nos parece ilustrativo del panorama actual: donde ello parece mezclarse. De todas maneras, nos estaremos basando en las condiciones de producción de ese valor que lo biológico produce, en tanto son los profesionales médicos y la institución los que generan el servicio.

Desde tal argumento, los procesos corporales producen valor económico cuando observamos los honorarios que cobran médicos y hospitales a sus pacientes, el mercado de las tecnologías médicas, la comercialización de productos farmacéuticos y los distintos

programas ofertados en revistas y páginas web de las instituciones. No obstante, al volver el cuerpo visible, inteligible, calculable y manipulable en el nivel molecular, la medicina contemporánea ha generado relaciones nuevas entre vida y comercio, y ha permitido que viejas tecnologías de salud, como las de la ciudadanía social, se vinculen de modos nuevos con los circuitos de capital. (Rose, 2012:301). Estas nuevas formas de capitalizar el cuerpo se mezclan con formas clásicas de mercado que visualizaremos en el análisis de la investigación.

Las formas de ligar cuerpo y vida biológica con capital han estado relacionadas de diferentes maneras y es hoy la medicina y la investigación biotecnológica la que ha generado cambios en la forma de capitalización. En la maternidad, el cuerpo es y siempre ha sido visible. Si bien el proceso de parto desde la segunda mitad del siglo XX se trató biomédicamente, hoy se intenta procurar una atención biopsicosocial porque se asume que el proceso afecta a la madre en su aspecto psicológico, en su ambiente familiar, de trabajo, igualmente que al recién nacido. Al ver a la madre como sujeto integral, se aprecia que es afectada emocionalmente, y que las hormonas involucradas pueden determinar aspectos en el proceso (ejemplo de ello ocurre cuando la madre está tensa, por lo cual no produce suficiente oxitocina, no pudiendo acelerar las contracciones ni favorecer el parto²⁹). Las jerarquías que el proceso de parto implica, la tecnología con que se trata, las valoraciones de la maternidad y de la vida son las cuestiones que cambian en el tiempo y se ponen en juego en los modelos de atención que se ofrecen en las instituciones.

En esta clave podríamos aventurar que la atención de maternidad como servicio de salud público y privado, puede verse tanto como un bien de consumo en un contexto de mercantilización constante, y también como una manera de producir fuerza de trabajo apta, o en los casos de modelos más actuales, fuerza de trabajo optimizada. El enfoque biopolítico permitiría analizar ambas aristas: liga la relación entre Estado, economía y medicalización, reconociendo formas de constitución de los sujetos, como también políticas introyectadas que requieren y promueven ciertos tipos de comportamiento, generando sujetos preocupados por la maximización de su propia salud, y siendo siempre culpables/responsables de las consecuencias de sus elecciones individuales.

Un concepto que parece útil para abordar estas problemáticas es el de Waldby (2002) y Rose (2012), conocido como “biovalor” o valor del *bíos* como lo viviente. Este refiere a que procesos biológicos, como el embarazo y parto, el ser mujer, el ser feto, y su atención, son valorizados social, ética y económicamente. Autores de estudios sobre bioeconomía, plantean que este valor económico es co-producido con el valor moral y político (Rajan 2006, 2012, en Pavone y Goven, 2017:12), heterogeneidad con la que este trabajo se presenta. Si bien el concepto de biovalor presenta críticas y no puede usarse en todo el proceso histórico de la atención, las definiciones del concepto permiten ver los

²⁹ Estos aspectos son mencionados por quienes consideran el parto como biopsicosocial. Sin embargo, por parte de quienes no lo hacen, no existe tal evaluación, y la preocupación se dirige hacia aspectos en que la biología es limitante a ciertos tipos de materialidad: No a la hormona y su influencia futura, sino al tejido abierto para sacar a la guagua, que es lo importante del proceso para algunos profesionales.

alcances del valor en la productividad y capitalización de los procesos vivientes actuales. Por ello, se utiliza cuando parece pertinente.

2.2. Marco Metodológico

Para la presente investigación, se utilizó una **Metodología Cualitativa**, la cual según Krause (1995) se nomina así por referir a cualidades de lo estudiado, es decir a la descripción de características, de relaciones entre características o del desarrollo de características del objeto de estudio. Por lo general prescinde del registro de cantidades, frecuencias de aparición o de cualquier otro dato reducible a números, realizándose la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos.

La metodología cualitativa se refiere a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna (Krause, 1995:21). Ante ello, desde esta metodología se buscó apreciar las cualidades de lo encontrado, más que como dato asible, como proceso de construcción social. De esta manera, el constructivismo se configura como un marco de observación específico de las formas simbólicas de representación y caracterización humana del mundo, y si bien es posible, por ello, reconocer sus límites materiales, se elige aquí como epistemología en tanto permite crear ciertas maneras de pensar lo investigado.

A pesar de los trabajos mencionados sobre el proceso de parto institucionalizado - como los de Sadler (2016), Oakely (2016) y Scamell (2014)-, este estudio se considera exploratorio en tanto pone en conversación las valoraciones de esta atención de maternidad desde su componente de variabilidad, articulándola con aspectos político-económicos, aspecto no abordado hasta ahora en las instituciones de salud chilenas. Aun así, esta investigación también se considera descriptiva, al caracterizar aquellas valoraciones y prácticas encontradas en la atención de los procesos obstétricos de las instituciones.

2.2.1. Técnicas de producción de la información

Para la producción de información se privilegió el uso de entrevistas semi-estructuradas. Para contextualizar esta técnica, las entrevistas no presentan una estructura estándar, sino que se manejan en forma flexible, que se asemeje en lo posible a una situación de la vida cotidiana (Kraus, 1995: 30), esto fue lo que ocurrió en nuestra investigación en tanto los mismos profesionales dieron temas a abordar, lo cual generó unas entrevistas más largas que otras.

Se realizó una pauta con preguntas específicas pero la mayoría de estas entrevistas terminó en una flexible conversación que sobrepasó los límites de la pauta misma. Si bien la pauta no cambió drásticamente en tanto a contenido, la forma de cómo abordar las preguntas sí lo hizo. Canales apunta a que se elabora una pauta de preguntas ordenadas y redactadas por igual para los entrevistados, pero de respuesta abierta o libre (2006:231). En cuanto al registro de la información, las entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas

en audio, con la previa autorización de los/as participantes, y entregándoles siempre un consentimiento informado, facilitando los contactos y apelaciones pertinentes.

En cuanto al enfoque ético clásico, se informa que para la presente investigación se respetan los derechos de las/os participantes planteando –desde el consentimiento informado que todos/as los/as participantes firmaron y discutieron con la propia investigadora- las condiciones necesarias para resguardar la confidencialidad, la voluntad de participar y retirarse cuando se quiera, explicando intenciones, riesgos y beneficios. Se deja manifestada la responsabilidad de la investigadora a cargo, entregando los contactos necesarios personales y de la Institución Universitaria.

2.2.2. Muestra

Como vimos, en la atención existen modelos clásicos biomédicos y modelos alternativos de atención (personalizada, respetada, humanizada, natural). Se investigó así la atención de maternidad en su variabilidad, desde la experiencia de los equipos de salud. En primera instancia, entrevistaríamos a matronas, enfermeras, y médicos obstetras que hayan trabajado en distintos sistemas de atención; aportando con conocimientos sobre su experiencia y la que perciben de las parturientas.

Estos equipos de salud no son siempre un grupo fijo. Son el conjunto de matronas/es y médicos obstetras que trabajan para la realización de un parto, previa y posteriormente. Según la institución de la cual forman parte, se agrupan de distintas maneras: en instituciones privadas tiende a haber un obstetra y una matrona, en instituciones públicas tiende a más matronas por cada obstetra de turno, atendiendo a varias parturientas en salas comunes, a veces con un par de enfermeras.

Sin embargo, al inicio del terreno, entrevistando a una enfermera, pude notar que la presencia de enfermería es prácticamente nula en la atención prenatal, de parto y postparto inmediato. Solo entran desde la neonatología, que no incluye a la madre en su proceso de parto³⁰. Si bien por su formación aprenden a atender partos, en la actualidad no hay –salvo excepciones- atención de enfermería en el área elegida. Como luego me enteraría, “*No. Agua y aceite: o hay matronas o hay enfermeras*” **7.Mat.Pub.Trad.** Decidí continuar mi muestra sin las restantes enfermeras y en cambio dar más importancia a otros casos.

A su vez, la división entre los modos de atención que podría parecer muy estricta, era más laxa en la práctica y había profesionales -como un médico de atención privada- que atendían distintos modos de parto y/o en distintos sistemas de salud. De esta manera, habiendo planteado un mínimo de 12 entrevistas para explorar la producción de valor en la atención de maternidad, nos quedamos finalmente con 10 entrevistas de las características siguientes:

³⁰ A pesar de ello, páginas web oficiales afirman que enfermeras son parte del profesional de atención. Una matrona me indicó que esto lo hacen para mostrar un equipo completo, aunque no siempre responde a las condiciones reales.

	Institución Pública		Institución Privada	
	Atención Tradicional	Atención Respetada o Natural	Atención Tradicional	Atención Respetada o Natural
Matronas/es	7.Mat.Pub.Trad.	9.Mat.Pub.Trad/Resp	5.Mat.Priv.Trad.	10.Mat.Priv.Trad/Resp.
Médicos obstetras	3.Obst.Pub.Trad.	6.Pub.Trad/Resp	2.Obst.Priv.Trad/Resp	
Otros	Enfermera 4.Enf.Pub.Priv	Gerente General 1.Gerente		Mat. Independiente 8.Mat.Independ.Priv.Resp

Los códigos de las entrevistas se realizan de acuerdo a la nomenclatura MAT: matrona, OBST: médico obstetra, ENF: enfermera, y Gerente: gerente general de la institución. Los códigos PUB y PRIV aluden a los centros de salud público y privado respectivamente. El código TRAD alude a estar asociados a una atención tradicional biomédica sin un enfoque particular, mientras en el caso de RESP se alude al término respetado, en el cual los profesionales pueden pertenecer a espacios que trabajen desde enfoques respetados, naturales, personalizados y/o humanizados, o haber tenido capacitaciones al respecto pudiendo ejercer tales formas en sus espacios de trabajo. La numeración en los códigos responde al orden cronológico en el cual las profesionales fueron entrevistadas.

A tales entrevistas, se suma como recurso de trabajo las notas de campo hechas durante 2016 Y 2017 sobre algunas charlas en dos instituciones privadas:

- Charla para obstetras y matronas de Clínica Privada sobre el parto respetado (Notas de Campo)
- Serie de Charlas en Clínica Privada sobre Nacimiento (Notas de Campo y fotos)

2.2.3. Técnicas de análisis

La información recolectada se trabajó mediante el análisis descriptivo-interpretativo para las entrevistas y charlas. Según Mejía el análisis de datos cualitativos es un proceso definido por tres fases interrelacionadas: la reducción de datos que incluye edición, categorización, codificación, clasificación y la presentación de datos; el análisis descriptivo, que permite elaborar conclusiones empíricas y descriptivas; y la interpretación, que establece conclusiones teóricas y explicativas (2011:48).

La particularidad del análisis descriptivo consiste en derivar de los datos examinados enunciados empíricos y descriptivos. Los enunciados empíricos son conclusiones e ideas que siguen al propio dato cualitativo, siguen las palabras y acciones de las personas estudiadas (...). Para realizar el análisis descriptivo, primero se parte de los datos cualitativos (...) reducidos y procesados. Segundo, de los datos cualitativos se infieren enunciados parciales de carácter empírico y descriptivo. Tercero, se establece el enunciado sintético, que resume y redondee las características identificadas anteriormente (...).

Posteriormente, la interpretación responde a enunciados de carácter conceptual y explicativo de los datos cualitativos. Son enunciados teóricos porque ofrecen una construcción conceptual de manera integral del fenómeno de estudio, para ello se apoya en la revisión bibliográfica y en las teorías más significativas que el autor considere para desentrañar los datos [en este caso estudios biopolíticos, económicos culturales y antropológicos]. Son enunciados explicativos porque permiten comprender la naturaleza de los datos (Mejía, 2011:56-57).

No está demás decir que la metodología general se consideró siempre como emergente en caso de cualquier contingencia, aunque finalmente para su realización se mantuvo alineada con los preceptos mencionados sin presentar cambios de enfoque o teoría.

2.2.4. Relevancia del Estudio

Existe una amplia gama de investigaciones y proyectos en torno al tema de la atención del nacimiento. A través de las ciencias sociales y particularmente desde la antropología, se ha demostrado la versatilidad de las prácticas del parir y su potencial atención igualmente variable. Incluso se ha logrado identificar una serie de ideas, hechos y prácticas mediante perspectivas críticas que permiten reflexionar las formas en que el parir se realiza, proponiendo a su vez formas de cambio. Las ciencias sociales -como sociología, antropología y psicología- en su enfoque médico, han permitido conocer, criticar e incluso cambiar prácticas institucionales biomédicas a partir de sus campos disciplinarios.

La relevancia de este estudio, si bien sin una aplicación tan directa como las anteriores, tiene que ver, en cambio, con un enfoque reflexivo de aspectos que han sido dejados de lado en las discusiones sobre la medicina obstétrica y la partería: su relación con aspectos económico-políticos actuales, ligados a las lógicas de rendimiento que nos atraviesan a múltiples actores. Existen estudios que ligan ciertas bases económicas a prácticas médicas, pero para poder aportar en la discusión teórica y crítica de la atención de la maternidad de una forma coherente, el enfoque biopolítico satisface las relaciones a tratar.

Es por ello que este estudio se propone como aporte a la discusión teórica sobre los valores que se encuentran en -y generan- la atención de gestación-embarazo-parto, reconociendo sus implicancias en regímenes de verdad, relaciones de saber/poder y diagramas que nos sugieren ver con menos optimismo las nuevas prácticas médicas, por repetir los mismos objetivos -con otras formas más aceptadas- que se tienen sobre lo viviente.

3. Prospecciones del Parto Institucional

En arqueología, la prospección consta del mirar con un ojo adiestrado el terreno al cual una se enfrenta como investigadora, pudiendo reconocer *a priori* signos que el espacio denota de acuerdo a una serie de categorizaciones y experiencia previa. Una arqueóloga ya experimentada podría reconocer a primera vista aquellos indicios que caracterizan el campo, sabiendo también qué rol cumple ella en proponerlos. Siguiendo esta línea desde una manera metafórica y sin arqueología ni de añosa experiencia, propongo en esta sección observar el espacio obstétrico institucional desde categorías que *a priori* se hacen evidentes en una primera instancia investigativa, las cuales nos permitirán acercarnos inicialmente al campo de la obstetricia en Santiago de Chile.

De esta manera, en este primer capítulo de resultados de investigación, se propone trabajar con material oficial y mostrar como primer acercamiento lo encontrado en el terreno de investigación, al observar y estudiar las formas institucionales de atención obstétrica. En esta etapa, desde las categorías propuestas en capítulos anteriores, se busca describir tanto los sistemas públicos y privados de atención del nacimiento, como también los distintos modelos de atención encontrados en las instituciones santiaguinas. Se finaliza el capítulo con un acercamiento etnográfico a una charla entre profesionales que muestra cómo se integra en la práctica un modelo de parto natural a una clínica privada que ofrecía solo partos biomédicos, relato que nos permitirá dirigir la mirada hacia la valoración del *bíos* por parte de los trabajadores obstétricos.

3.1. Sistemas de Atención Pública y Privada

“Hay diferencias cuáticas. Todos tienen sus pro y sus contras” 5.Mat.Priv.Trad.

Parafraseando a los economistas Buris, Bustamante y Rojas (2014), la historia moderna de la salud chilena puede ser comprendida en tres etapas. Antecedidas por una historia de beneficencia eclesiástica en el período republicano, como mencionamos en el capítulo anterior, la organización de la salud chilena es sucedida por departamentos estatales desvinculados entre sí, que promueven salubridad a grupos particulares -cajas de seguro obrero, por ejemplo.

Se inicia la primera etapa con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, donde apreciaremos un Estado benefactor con un rol activo en la provisión de salud, finalizando con el abrupto término del gobierno de Allende en 1973. La segunda etapa corresponde a la llegada de la dictadura al poder, con un estado mayormente ausente, quien confía en la correcta asignación de beneficios a mecanismos de mercado. Se justifica así la creación de ISAPRES, hito que marca el inicio de una salud neoliberal, creándose instituciones como Clínica Alemana de Vitacura y Clínica Las Condes, entre otras. La tercera etapa se corresponde con el gobierno de Aylwin en 1990 hasta hoy, continuando con políticas instauradas durante el Régimen Militar. No se aprecian cambios significativos hasta el año 2005 donde se aprueba el plan AUGE de garantías explícitas de salud. (Buris,

Bustamante y Rojas, 2014:10). En estas etapas, la historia de instituciones públicas y privadas deja en manifiesto los cambios y creaciones de instituciones de salud, dando cuenta del peso y la concordancia política que cada sistema lleva.

Respecto a su organización actual, la salud chilena es fundamentalmente un sistema de carácter mixto divisible en la red pública y privada. El sistema público opera a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (...) ³¹. El subsistema privado lo conforman las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), las Mutuales de Seguridad, y una extensa red de prestadores con y sin fines de lucro que incluye centros médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, farmacias, centros de especialidad, así como consultas de médicos, especialistas y otros profesionales de la salud. (Buris, Bustamante y Rojas, 2014:36).

La atención del nacimiento que desarrollo en esta investigación ciertamente no está ajena a estas condiciones históricas y organizativas del sistema de salud chileno. Es más, muchas de sus características son otorgadas por la diferenciación de redes. De esta manera, la atención del parto en Chile y particularmente en la región Metropolitana de Santiago es cubierta casi en su totalidad por el parto institucional hospitalario o clínico, esto es, atención ofrecida por profesionales certificados en procedimientos biomédicos que realizan labores en una institución acreditada de salud, en los centros públicos o privados mencionados.

Según los datos del DEIS, en el año 2014 la red de atención pública ejecutó un 68% de los partos nacionales, mientras que la red privada de salud atendió un 32%. En el área metropolitana la atención privada aumenta, alcanzando a atender un 40,5% de los nacimientos. Es decir que, a nivel nacional, aún la mayoría de los partos son atendidos en red pública, mientras que en la región metropolitana la atención pública y privada atienden a un número de parturientas similar. Pero ¿hay diferencias significativas que influyan en la atención de parto?

Como relata una matrona de servicio privado en la cita inicial de esta sección, ciertamente hay diferencias. Si bien ambos sistemas ofrecen servicios de salud sometidos a requerimientos médico-legales comunes, presentan especificidades según su historia, sus procesos de acreditación, sus formas de financiamiento, modos de trabajo sobre la salud de la población y el tipo de población atendida. Respecto a la atención de salud obstétrica, las diferencias entre sistemas influirán en los resultados y valoraciones de la atención. Ejemplo de ello es la cantidad de cesáreas por sistema. Como vemos en la tabla siguiente, el sistema privado realiza casi el doble de las cesáreas que el sistema público.

³¹ Este sistema está conformado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus Servicios Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud), 29 Servicios de Salud Regionales (SS), el Sistema Municipal de Atención Primaria, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), La Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) y la Superintendencia de Salud. (Buris, Bustamante y Rojas, 2014:36).

Tablas 1a y 1b: Tipos de Parto según Servicio de Salud Público o Privado

	Partos atendidos	Cesárea	Porcentaje de cesárea %
Servicio Público	158.120	63.597	40,22
Servicio Privado	74.265	54.657	73,59
Total	232.385	118.254	50,88

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de DEIS 2014 sobre Natalidad en Chile

	Partos atendidos	Cesárea	Porcentaje de cesárea %
Servicio Público	56.719	19.964	35,19
Servicio Privado	38.600	23.705	61,41
Total	95.319	43.669	45,81

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de DEIS 2014 sobre Natalidad en RM

Tanto a nivel nacional como regional, la atención privada realizó en más de la mitad de sus procedimientos una operación cesárea, cirugía que ocurre con menor frecuencia dentro de los sistemas públicos -aunque igualmente alta según las categorías de la OMS (2015). Al atenderse en el sistema privado, es más probable salir del parto con una operación cesárea que con un parto vía vaginal. Existen estudios que problematizan la cesárea en instituciones públicas y privadas, indicando que tales números no se justifican médicamente, sino que responden a factores estructurales como: modelo médico imperante (patologización del nacimiento), organización de la atención (control de tiempos) y beneficios económicos. (Leiva y Sadler, 2016).

Las diferencias que genera un sistema de otro, tal como en el caso de la cesárea, pueden ser analizadas y profundizadas para dar cuenta de entramados y relaciones significativas en el área obstétrica. Sin embargo, antes de aventurarnos en las redes que hacen posible las diferencias, se revisarán aquellos puntos de diferenciación. Gracias a la triangulación de información institucional junto con las opiniones de profesionales obstétricos, se presenta a continuación una tabla comparativa, que permite reconocer distinciones entre los sistemas de atención públicos y privados. Seguidamente, se resumen y discuten algunos puntos de contraste.

Tabla 2: Características Generales Comparadas entre Sistemas Públicos y Privados en la Atención de Parto

	Instituciones Públicas	Instituciones Privadas	Profesionales dicen...
Funcionamiento general de la atención	<p>Funcionan con el staff diario y con el sistema <i>cuartos de turnos</i> para los profesionales de salud.</p> <p>El servicio público atiende a quienes son derivados al centro de salud específico, y a cualquier persona que se encuentre en situación de necesitarlo según los cupos disponibles. Los pagos dependerán del grupo FONASA en el que se esté inscrito, o en su defecto con pagos estándares que bordean el precio-costeo.</p>	<p>Funcionan con sistemas abiertos o cerrados, es decir solo con staff de la clínica, o con staff de clínica sumado a prestaciones realizadas por equipos de salud particulares asociados a la clínica, pero independientes. Estos equipos de salud cumplen ciertos reglamentos para asociarse.</p> <p>Se atiende a personas que van con un equipo médico determinado, o directamente con personal de la clínica.</p> <p>La posibilidad de ingresar dependerá de la capacidad de pago de la usuaria. En caso de FONASA puede accederse con bono PAD si se presenta como parto de bajo riesgo.</p>	<p>9.Mat.Pub.Resp/Trad.: ...en hospital estai en una sala con 6 o 7 más, las matronas tienen que atender a 32, no sé po. En cambio, en el X (Clínica) estai en una sala máximo con otra más, la matrona tiene que ver a 9 cuando hay muchas, el X como funciona como hospital privado tiene todo esto como de la hotelería que es mejor pero que al final si tú vas a lo concreto, como en procedimientos médicos, como a lo que uno va al hospital a cuidar su salud, a veces los hospitales privados por tener hotelería, son más negligentes que los públicos. Porque los hospitales públicos van a hacer como lo que está comprobado que es lo mejor. Porque además muchas veces es más rápido y más costo-efectivo entonces no se van a ir en otras weás,</p>
Rol de los/as profesionales	<p>Matronas atienden los controles prenatales, el parto y el puerperio de todas las embarazadas fisiológicas. Se responsabilizan también de la organización para el alta y de atender al recién nacido.</p> <p>A los/as médicos obstetras se les llama cuando el parto es patológico o presenta alguna complicación. También son los encargados de dar las órdenes de medicamentos y procedimientos especiales.</p>	<p>Matrona acompaña como parte del equipo médico desde la semana 32 a la mujer en controles prenatales. En parto la profesional acompaña psicológica y emocionalmente a la mujer, y da indicaciones de ciertos medicamentos protocolares. Ante cualquier actividad ajena, debe llamar al médico tratante.</p> <p>Las/os médicos atienden controles prenatales, todos los tipos de parto y controlan ciertos aspectos del puerperio. Dan el alta.</p>	<p>10.Mat.Priv.Trad.: ...Si estamos en un ambiente público la matrona está a cargo de todo el control del embarazo y sólo es derivada a un obstetra si es que hay una patología asociada, de lo contrario si es todo fisiológico, todo el proceso está en tus manos. ¿te fijas? Si estamos en un ambiente privado cambia el rol. El rol que hace la matrona en el público lo hace el médico en el privado. Y se la deriva a la matrona más o menos a las 32 semanas para que la conozca, para que sepa quién va a ser su paciente, y a esa altura, pero en un ambiente público, la controlas si todo es fisiológico la controlas todo el embarazo, ¿ya?</p>
Acreditaciones para los profesionales	<p>La atención es cerrada. No pueden entrar equipos médicos ajenos al staff o a tratantes de turno.</p>	<p>En algunas instituciones la atención es cerrada y existe un grupo interno continuo. Sin embargo, muchas funcionan con un staff limitando y facilitando las dependencias a equipos médicos certificados, pero no dependientes de la institución.</p>	<p>8.Mat.Resp.Priv.Indep.: (...) Obviamente no puedo entrar a un hospital público porque la atención es diferente, pero todo lo que es la parte privada, yo puedo trabajar en la mayoría.</p>
Protocolos de atención	<p>En consultorios se revisa, controla y examina a las pacientes fisiológicas (de bajo riesgo). Se deriva al centro en donde será atendido el parto. Se promueve la participación en talleres para aprender sobre el</p>	<p>La tendencia es que equipos se comunican directamente con su paciente, y desde allí se busca la solución al parto, pero dependerá de la institución.</p>	<p>7.Mat.Pub.Trad.: mm en el público todos vamos más o menos por la misma línea. O sea, de partida en los hospitales, todas las pacientes, a menos que tenga una contraindicación de parto, van a parto a menos que se</p>

	<p>proceso de gestación, parto y puerperio. Se busca atender partos vaginales. La elección de cesárea no es de la paciente sino del equipo de salud. Los equipos no son los mismos en los diferentes momentos de la atención.</p> <p>Los protocolos responden a guías generales comprobadas según la efectividad de las prestaciones. El conocimiento biomédico tiene un lugar central, y aspectos que respondan a la emocionalidad de la paciente se consideran alédaños y solo a veces posibles.</p>	<p>La comunicación y los controles prenatales son con médico hasta la semana 32-34 en donde se introduce a la matrona. El parto es atendido por quien controló el embarazo. El puerperio puede variar en personal, pero siempre con controles de quien la atendió en primera instancia.</p> <p>Existen protocolos, pero también la satisfacción de la usuaria, poniendo el conocimiento biomédico como principal, pero complementado con programas que responden a aspectos psicosociales, para quienes puedan costearlos.</p>	<p><i>demuestre lo contrario como ver una complicación y ahí hay que operar obviamente. (...) Y en los hospitales no se da eso. Generalmente la gente no puede escoger. Y sí lo da la plata. O sea, en una clínica, yo quiero cesárea y te operan cuándo y dónde quieras.</i></p>
Recursos Técnicos y Materiales	<p>Los recursos materiales son escasos. Hay algunas maternidades públicas que logran abastecerse lo suficiente, sin embargo, tiende a ser un tema recurrente entre los/as entrevistadas/os. La falta de materiales y utensilios para los procedimientos y el siempre tener que usar un mínimo de ellos los obliga a una lógica de maximización y apreciación de los recursos que en otros espacios sobran.</p>	<p>En maternidades privadas no se presentaba el tema de los recursos como falta, sino como innovación (nuevas jeringas, nuevos utensilios, nuevas camas). Los recursos y su organización (usar cuantas toallas limpias sea necesario, por ejemplo), facilita el trabajo de quienes allí trabajan. Esto también se relaciona con la menor carga asistencial de la mayoría de las maternidades privadas comparadas a las públicas.</p>	<p>6.Obst.Pub.Priv.Trad.: <i>o sea es que uno nota. De repente el bisturí no corta nada, la sutura se rompe. Intentan hacer una política que solamente se refiere a ser eficaz. Cachai, a lograr lo mismo por menos. Entonces los materiales que compran son los más baratos.</i></p> <p>5.Mat.Priv.Trad: <i>claro, aquí en la clínica sipo, está súper organizado y es súper bacán, llega la comida a la hora. En el público en cambio se atrasaban, no le daban, o le daban agüita nomás.</i></p>
Espacios y hotelería	<p>Los espacios en las instituciones públicas tienden a ser muy limitados. Poco espacio para cada paciente en salas comunes.</p> <p>Por el lado de la hotelería, prácticamente es nula en la mayoría de los establecimientos revisados, lo que no quita el intento por los profesionales a tratar bien a las pacientes de modo informal.</p> <p>La paciente tiene que ajustarse a las condiciones en las que será atendida.</p>	<p>Los espacios tienden a ser grandes, amplios, limpios y estéticos. El uso de piezas dobles o individuales es la tendencia. La infraestructura permite ciertos modos de atención, como la privacidad y la personalización.</p> <p>La hotelería es algo esencial en estas instituciones. De tal manera, existen áreas especializadas en administración de hotelería en las clínicas revisadas. El trato amable, sonriente y cálido es un requerimiento protocolar.</p> <p>La paciente tiene posibilidad de elegir aspectos de su atención asociados a la comodidad.</p>	<p>7.Mat.Pub.Trad.: <i>Pero la clínica es así. Entonces no podría atender parto, la atención es como más de hotelería, entonces eso a mí no me gusta. En el sentido de súbame la cama, bájeme la cama. Uno tiene que repartir los medicamentos, las pastillas y yo estoy acostumbrada de que esa labor la haga en técnico, yo me dedico más a cosas de mi profesión.</i></p> <p>9.Mat.Pub.Resp/Trad.: <i>Suavizado con todo esto de la hotelería, además que en las clínicas todo el mundo es buena onda. Te están vendiendo eso igual.</i></p>
Profesionales y sueldos	<p>Los sueldos son estándar según los turnos y el tipo de profesión. Varían si se es staff o si se realizan turnos. Entre más turnos, más dinero se gana. La profesión será la diferencia fundamental en cuanto a los pagos. De los entrevistados, las matronas aseguraban que los sueldos eran sensatos, pero la diferencia entre la distribución de sueldos de profesionales (TENS, matronas, médicos) era problemática y debía ser revisada.</p>	<p>Los sueldos varían según lo que cobre el equipo de salud. Pero tienden a ser el drásticamente más altos que los honorarios pagados en instituciones públicas. Suele separarse en porcentajes según la jerarquía de profesiones de salud.</p>	<p>6.Obst.Pub.Priv: <i>Pero eso, yo creo que si la remuneración fuera igual en una institución pública que en una privada, muchos trabajaríamos solamente en hospitales ...</i></p>
Tiempos y modos de atención	<p>Los tiempos tienden a ser protocolares. En APS se aconseja la consulta de 20 minutos. Sin embargo, esto puede variar.</p>	<p>Los tiempos varían. La atención suele durar entre 20 y 30 minutos. Sin embargo, hay una percepción de que la atención está siendo menos personalizada y de menos</p>	<p>9.Mat.Pub.Trad/Resp: <i>Tú vas casi como haciendo un check list, tome la presión, medir la altura. Si tu quisieras hacer acompañamiento implicaría mucho más tiempo y recurso que no existe en APS y mucho más tiempo y tampoco se da</i></p>

	Respecto al momento de trabajo de parto y parto, el tiempo se convierte en un aspecto esencial, ya que este puede variar de 12 a 18 horas (más y menos). Sin embargo, ante la presión asistencial, muchas veces se induce el parto con inductores farmacológicos.	tiempo dedicado, bajando su calidad, para poder atender a más pacientes.	<i>pa eso. Hay como una muy delgada línea en que uno tiene que hacer preguntas y hacer que la persona confíe en ti para que te diga la verdad pero que tampoco se ponga a contar tu vida porque te va a estar 2 más esperando afuera. Entonces buscar pero que tampoco que sienta que te puede contar su vida</i>
A qué se puede optar como paciente	Prenatalmente se puede asistir a charlas de ChCC. En el momento del parto se puede (en la mayoría de los casos) traer a un acompañante. Y en algunos, parir con algún enfoque menos intervenido (dependiente del turno y del hospital asignado). Se elige desde los 5 cm. De dilatación aplicar o no anestesia y algunos inductores que se encuentren disponibles. Se puede llevar un ajuar (artículos necesarios para el cuidado de la recién nacida/o).	Prenatalmente se elige el equipo de salud con quien atenderse. Se puede elegir el programa de parto según la disponibilidad de ellos (parto natural seguro, parto natural protegido, en algunas instituciones). También pueden elegirse salas individuales, compartidas. En algunos casos se puede elegir un plan de parto. El modo de parto se elige según lo acordado con los equipos de salud.	2.Obst.Priv.Trad.: <i>Pero independiente de esos programas (respetado o tradicional), hay bastante libertad para las mujeres. Dependes tú mucho de la relación médico-paciente y de lo que la paciente hable con su médico, pero por ejemplo no es obligatorio que la mujer tenga anestesia, no es obligatorio que la mujer para parir a su guagüita esté en la mesa o silla que habitualmente usamos, puede parir en cuclillas, ¿te fijas? hay bastantes libertades. Si importa que la paciente converse esto con su médico antes, porque hay algunas cosas para las cuales hay evidencia científica irrefutable y hay otras en las que el terreno está más abierto y entonces la idea es que las dos personas, o sea equipo médico tratante y paciente logren un balance que deje satisfechos a ambas partes. No solo a la paciente sino también al equipo médico (...)</i>
Lógica económica de la institución	Costo-efectividad. Se promueve el uso mínimo de recursos para la atención, con estándares de seguridad. FONASA paga los costos de las prestaciones y recursos con los que las instituciones trabajan. No se logran autofinanciar usualmente, y se tienden a considerar en deuda. Prácticas de maximización de tiempos y recursos asemejan la atención a un modelo fordista de producción de bebés y madres sanas en poco tiempo.	Se busca generar ganancias desde distintos aspectos: hotelería, cantidad de pacientes, cantidad de días de hospitalización, modos alternativos de partos, procedimientos determinados, mejora de resultados, etc. La maternidad atrae no solo a embarazadas: asegura a las hijas/os de las embarazadas y vincula a las familias con la institución; ofreciendo paquetes de atención familiar y seguros de salud al nacer en algunas instituciones.	3.Obst.Pub.Trad: <i>... los hospitales públicos asumimos lo que nos llega nomás, en el fondo no elegimos. La clínica descrema, elige a quien elige, a quién ingresa, cuánto paga, cuánto cobra, en el fondo tiene una mirada bastante más mercantil que la que tiene el sistema público. El sistema público generalmente no pone los precios, la gente en general está cubierta por un seguro de salud que, si tiene que pagar, paga muy poco, si comparativamente pagara la prestación en un sistema privado. Pero está lleno también de limitaciones, los hospitales somos más feos, las piezas son compartidas, digamos. Todo es un poco distinto, pero en el fondo la cosa técnica, los tecnicismos se han ido equiparando. O sea, esta era una brecha que existía y hoy día ya no hay tanta brecha</i>

Fuente: Elaboración propia de acuerdo con entrevistas realizadas durante 2016 y 2017.

En la tabla se reconoce cómo una atención financiada por el Estado en contraposición a una de capitales privados -aunque también subvencionada por el Estado³²- puede generar variabilidad en el desarrollo de la atención materno-fetal, devolviéndonos a la pregunta inicial sobre lo valorado.

El funcionamiento general de cada sistema difiere en la experiencia de la paciente con la institución. La experiencia del parto será muy protocolar en instituciones públicas en tanto la parturienta está asociada a un centro específico donde se realiza diagnósticos, exámenes, procedimientos y es atendida por diferentes profesionales y lugares según la etapa de atención. En una institución privada, en cambio, la atención será más familiar en un mismo espacio. Se elige la institución que parezca conveniente, conociendo al médico de cabecera desde el principio de la atención, para posteriormente conocer al resto del equipo varias semanas antes del parto. Mientras la institución pública se basa en la solución práctica con distintos profesionales para cada momento, una atención privada fomenta (en la mayoría de los casos) una relación particular entre parturienta y equipo.

El rol de los profesionales también es significativo. En instituciones privadas se confía únicamente en la atención médica para labores que, en centros públicos, se distribuyen entre médicos, matronas y a veces TENS³³. Muchas matronas no están de acuerdo con el trabajo asignado en atención privada por tratarse de acompañamiento y comodidad de la parturienta, perdiendo así su potencial profesional. Un efecto del rol de acompañamiento en lugar de un enfoque científico de su profesión es que su autoridad disminuye frente a sus pares matronas, a pesar de que las horas de trabajo sean similares. En contraste, matronas de atención pública relatan lo adrenalínico de su trabajo, si bien corren con el riesgo de asumir responsabilidades médico-legales.

En cuanto a los recursos, espacios, sueldos, tiempos de atención y opciones para la paciente, las diferencias son evidentes para los profesionales. Principalmente se alude a la falta de recursos en los servicios públicos y al exceso de ellos en servicios privados. Estos aspectos aparecen ensamblados en lógicas económicas que caracterizan aquello que es “importante” en la obstetricia. Nos detendremos en algunos puntos que dan cuenta de estas lógicas.

Economía de los recursos disponibles

¿Camas? Sí. Faltan y ahí a veces se quedan en otros pisos o esperan en recuperación, que es la unidad previa de donde vienen hasta que haya cupos. 7.Mat.Pub.Trad

³² Para más información sobre la subvención estatal a centros privados de salud, revisar la “Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud”, realizada por Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en 2017.

³³ Técnico superior en enfermería o técnico paramédico.

La cantidad, disponibilidad, estado y organización de los recursos en las instituciones da cuenta de las divergencias económicas entre sistemas públicos y privados.

Como dato general y según los profesionales, en cuanto a los insumos y las tecnologías, la atención de maternidad necesita, para casos fisiológicos (de parto normal y bajo riesgo), recursos fácilmente accesibles. Con unas toallas, compresas y espacio, con atención profesional, el parto puede atenderse:

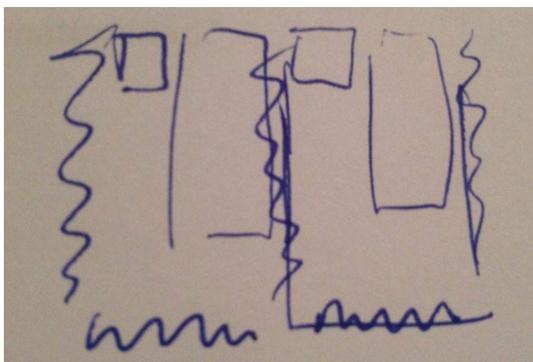
3.Obst.Pub.Trad. (...) Porque el parto lo puedes atender con agua caliente y sábanas limpias como en el lejano oeste. O bien un poquito más profesional con medicamentos, entonces depende de qué usemos.

Recursos como toallas y utensilios higiénicos, se presentan como esenciales. Sin embargo, estos no siempre están disponibles en instituciones públicas. Las faltas estructurales y los pocos recursos (materiales, humanos, tecnológicos), sumadas a la presión asistencial, resultan en una atención que no apuesta por la máxima comodidad para las pacientes ni para los trabajadores. En esta lógica de recursos escasos no se practica la utilización-desecho, sino la maximización de la materialidad: no se consumirán muchas toallas, se cuidan mucho las que se tienen. Y aunque a veces exista falta de ellas, se aprende a priorizar según las necesidades.

En instituciones privadas, en cambio, los recursos tienden a alcanzarse para todas las parturientas, utilizándose en algunas instituciones a destajo, principalmente porque se presentan como una posibilidad de renta:

5.Mat.Priv.Trad: chuta, sí y se cobra todo, hasta lo mínimo, hasta el parche curita hay que cobrarlo. Sí, eso es una lata. Pero eso, igual en las clínicas hay mil recursos. A diferencia del hospital que es más escaso y hay que cuidar más las cosas.

Espacios y camas: Estas materialidades son significativas porque de ellas dependerá la presión asistencial y la posibilidad de atención. La infraestructura en mal estado o que no da abasto, presenta problemas de acceso y de incomodidad que puede influir en los momentos del parto. No se podrá ingresar a más de una paciente por camilla, y no podrá ingresar a la sala compartida el acompañante cuando está muy lleno el preparto.



Dibujo hecho con matrona 7.Mat.Pub.Trad. sobre su hospital. Describe la situación del preparto donde existen 9 camillas pegadas y separadas solo por cortinas que permiten verse unas a otras. El espacio pequeño en donde está el monitor fetal, la paciente y la matrona no siempre permite el ingreso del acompañante. La saturación de ruidos y espacios, genera un ambiente problemático para quienes llevan a cabo el proceso (parturienta y profesionales).

7.Mat.Pub.Trad: ... Hay 9 camas en el preparto por ejemplo y están separadas por ejemplo por cortinas. O sea, eso es súper poco privado. O sea, yo estoy acostada aquí y cabe mi cama y un monitor y nada más. Y hay una cortina, una cortina acá y otra al frente. Entonces ya el hecho de que la cortina más encima se mueve, yo a veces le veo la cabeza a la persona que está al lado...

En las instituciones privadas, por lo general, los espacios son amplios y hay pocas salas compartidas -exceptuando ciertos momentos de pre y post parto. En general existe una materialidad y estructura suficiente para atender a las parturientas, que solo en algunas instituciones se satura. Una materialidad específica que se da en instituciones privadas, es la dedicada a la seguridad: puertas de vidrio con contraseñas, secciones a las cuales simplemente no se puede ingresar, y custodias con personal. En instituciones públicas pude en cambio pasearme fácilmente por las instalaciones. Al parecer, el mundo privado resguarda al binomio madre-hija de riesgos posibles que el mundo público no considera.

Recursos Humanos y mano de obra profesional: Los profesionales del área de la salud son uno de los recursos centrales de la biomedicina institucional, porque aplican los conocimientos adquiridos y dirigen las prácticas de atención. Controlan y dirigen el proceso de parto, y sin embargo en muchos casos son un “recurso escaso”.

3.Obst.Pub.Trad.: (...). *Lo más caro no es el gasto directo del paciente, lo más caro es el recurso humano que le presta el servicio, que somos la matrona, el médico. Eso es lo caro para el sistema. Pero el gasto directo en sí que de la prestación que le cuesta a la institución es poco. No es un gasto tan excesivo*

Son un recurso caro y escaso en el hospital. Ante ello, las matronas se sienten excedidas por su trabajo. Asumen que su situación responde a lógicas económicas de la institución, relacionadas con generar la máxima ganancia a costa de su trabajo.

7.Mat.Pub.Trad: *que cada vez vea a más pacientes, que cada vez rinda más (se ríe), sí yo creo que esperan eso, y al final esperan que el rendimiento sea alto. Pero el rendimiento no lo es todo, ¿cachai? Pero yo creo que ellos esperan eso, o sea si yo les puedo decir: no se preocupe, yo atiendo de 30 binomios. Felices po. Pero sí yo creo que hay que jugársela por la calidad de atención. Como tiempos protegidos, no puedo como tratar de encontrar un hoyito para poder trabajar con cierta paciente*

Al ser pocas matronas y médicos en instituciones públicas, la atención en algunos casos llega a una matrona cada veinticinco pacientes diarias, lo que alcanza a responder a la relación 1 a 1 en raras ocasiones. Por su parte, las clínicas privadas, al tener menos carga asistencial, entregan mayoritariamente atención personalizada.

5.Mat.Priv.Trad: *sí, es una a una. Está dividido por torre. Torre B y C en maternidad, y yo estoy en la C, con mis 11 pacientes y mi técnico, y estamos las dos solas*

Lógicas económicas de las instituciones

Lo que ocurre en instituciones públicas se diferencia de instituciones privadas por la forma en que material y organizativamente se enfrenta la atención de parto. A través de una atención que busca atender a la mayor cantidad de pacientes posibles, las lógicas públicas responderán a la maximización de recursos, el recorte de gastos y la mantención de requerimientos mínimos de atención con una base en los conocimientos biomédicos protocolares que permitan la eficiencia y efectividad de la atención.

Así, en instituciones públicas se sobre-exige a matronas, obstetras y TENS mediante no contratar más personal a pesar de que las profesionales lo consideren

necesario. Esta lógica se considera “empresarial” y parece ser criticada por ir en detrimento de la calidad de atención.

7.Mat.Pub.Trad: ... que como hay digamos deudas en salud, tampoco se invierten en mejoras, ya sea, mi sensación es que se está tratando como de cortar personal o no renovar personal, a nosotros nos pasa eso. Tenemos colegas que van a jubilar y se están tratando de redistribuir esos cargos como para, no no contratarlos pero sí contratarlos y asignar más funciones entonces igual liberarse de otros cargos. (...). Es como el administrador de todo esto, es una empresa.

A su vez, no se busca invertir ni mejorar la infraestructura con las ganancias obtenidas. Abaratando costos, y no reinvertiendo, podría pensarse que la atención de maternidad es rentable. Sin embargo, no se alcanza rentabilidad en muchos hospitales por la deuda permanente. Cuando sí se logra autofinanciamiento, se espera cubrir los gastos de otras áreas de salud. Como nicho comercial, la maternidad pública no genera excedentes para la institución en sí, por estar en una situación constante de deuda hospitalaria.

7.Mat.Pub.Trad: (...) El asunto es que técnicamente por lo visto los partos no son rentables para el sistema. Entonces la gente, se gana más plata digamos, porque como te digo, hay deuda pública, entonces los hospitales ganan más plata resolviendo cirugías por ejemplo.

Gerente General Hospital: emm espérame (Va al computador y me muestra unos datos) Si hablamos de rentabilidad, la maternidad con los ingresos que tiene, no alcanza a cubrir todos sus gastos.

Sin excedentes y a veces sin capacidad de cubrir los propios gastos, para que la atención pública siga funcionando, la maximización se hace presente. La lógica económica se parece a una cadena fordeana de producción: entran parturientas en procesos y etapas determinadas, son atendidas eficientemente y salen lo más rápido posible para poder atender a las nuevas parturientas. La maximización no solo es a nivel material sino su relación temporal, en tanto el tiempo de atención también abarata costos. Así, obtenemos una atención protocolar, masiva, eficiente y efectiva.

A diferencia de esta lógica pública, el parto en clínicas privadas es una buena fuente de ingresos. Una de las razones para que exista tal diferencia son los altos costos de las prestaciones ofrecidas, comparativamente hablando. La posibilidad de mayor cobro de clínicas privadas, muchas veces las hace especializarse en áreas que el hospital no tiene cubiertas, entre ellas, hotelería y márquetin, las cuales generan excedentes al atraer a más pacientes, se reinvierte el capital, facilitando condiciones estructurales, materiales y espaciales para la gestión de cuerpos y capitales.

5.Mat.Priv.Trad ... a mi cuando llegué un tipo me dijo que la maternidad y no me acuerdo qué otro servicio, son los que mantienen esta clínica, porque son las hospitalizaciones más cortas, entonces entra y sale gente, entra y sale gente. Eso me dijeron acá, no sé cómo será en el público pero eso acá. Entonces son lo que mantienen a la clínica.

Estas condicionantes económicas articulan panoramas bastante opuestos en obstetricia, obteniendo atenciones que dependen en gran parte de las lógicas que organizan el trabajo. Una atención masiva de maximización de recursos se diferencia de una más costosa en donde la comodidad, privacidad y la personalización son mayores.

Y si bien el precio por atención en instituciones privadas es significativamente mayor³⁴ al de instituciones públicas, un 40,5% de los nacimientos de Santiago se atiende en centros privados (DEIS, 2014). Como indica Leiva y Sadler, “independiente de si es parto vaginal o cesárea, (las) cifras no dejan de llamar la atención en un país en que el sueldo mínimo mensual es de \$241.000 y el 57% de los asalariados a jornada completa gana menos de \$300.000 al mes.” (Leiva y Sadler, 2015). Esto hace pensar que muchas de las mujeres allí atendidas no necesariamente se encuentran en condiciones de pagar tales prestaciones. Sin embargo, optan por realizar su parto en sistemas privados. Existen modos institucionales para poder acceder a atención privada, tales como el bono PAD, en el cual se paga un monto y el resto es financiado por FONASA, pudiendo acceder a ser atendida en clínica.

9.Mat.Priv.Resp/Trad: *si... bueno es que en CIERTA INSTITUCIÓN PRIVADA no tiene salas comunes, o muy pocas. Y la gente que llega ahí también es media híbrida. Bueno es gente Fonasa que si no hubiese comprado este bono, la mayoría se habría atendido en el hospital que le correspondía, pero que no quiso eso, es gente más aspiracional pero no alcanza a ser cuica, ¿cachai? Pero los precios andan por ahí con la CLÍNICA PRIVADA X.*

La rentabilidad de parte de las instituciones privadas parece un clásico intercambio de mercado: se cobra un precio un tanto mayor al coste y se generan ganancias por atender un proceso corto y controlable. Sin embargo, hay diferentes lógicas en los centros de atención: algunos atienden a mucha gente y al igual que en instituciones públicas, abaratan costos propios pero cobrando cada recurso a las pacientes. Otros centros ganan dinero con prestaciones altamente costosas que valoran la comodidad, estética y trato³⁵. De cualquier modo, la lógica central es mantener el flujo de pacientes interesados en desear acceder a su tipo de atención, para lo cual se necesita ser competitivo. Por ello, la atención privada vende aspectos que los hospitales públicos no, tales como la materialidad espaciosa, la estética, el buen trato, la cercanía, el estatus, entre otras.

Así, el márquetin y la hotelería son áreas tan importantes a mantener que existen oficinas centrales en donde se desarrolla dentro de la institución. Se trata de cómo presentar el producto de servicio más apetecible a los consumidores. Esto construye un área biomédica privada con profesionales que han de adecuarse a lo que la institución ofrece: enfermeras, TENS, matronas y doctores sonrientes y felices de atender a quejas y peticiones especiales.

5.Mat.Priv.Trad: *claro, te dicen más o menos cómo tener una actitud. No podís estar todo el rato así (pone cara seria) porque van a alegar. Van a alegar por todo. En la clínica. Van a alegar por todo, siempre porque están pagando, que están pagando, que están pagando. Entonces hay que tener una buena actitud y claro, si es que llega un reclamo, te culpan a ti, entonces...*

³⁴ Revisar infografía sobre costo de partos en clínicas y hospitales en sondeo de La Tercera. Estudio de 12 clínicas de Santiago muestran un promedio de costo de parto normal de 3.067.185 pesos, mientras que el arancel oficial de FONASA es de 1.053.150 pesos. Para el detalle de cada institución revisar web oficial: <http://www2.latercera.com/noticia/costo-base-parto-clinicas-fluctua-1-millon-7-millones/>

³⁵ Todo esto articulado con las ISAPRES que han hecho posible el auge de las instituciones privadas, a las cuales directamente asociadas, generando mercados previamente establecidos. Sin embargo, este proyecto no profundiza en tal aspecto por la posible amplitud que presentan las previsiones.

Se genera un nicho de negocios importante que alude a la estética, la comodidad, y aspectos que a veces se alejan de protocolos biomédicos clásicos según lo que busca la consumidora. Los procedimientos biomédicos no se mantienen intactos, lo que genera en instituciones privadas mayor facilidad para ofrecer programas alternativos a modelos biomédicos de atención, dirigidos por la demanda.

Es importante recalcar que las diferencias abordadas no se generan espontáneamente ni por azar. La salud pública y privada posee diferentes resultados que vienen de líneas históricas diferenciadas, explicativas hasta cierto punto del porqué de ciertas lógicas. Gracias a historizaciones generales revisadas en nuestro marco, podemos pensar que “lo público” y “lo privado” son formas diferentes de entender y producir valor. Es decir, que se valoran y valorizan de manera diferente los procesos que se llevan a cabo en la atención de maternidad, aludiendo a intenciones político-productivas por parte de la salud estatal, mientras lo privado -posteriormente integrado- se asocia a prácticas directamente lucrativas y económicas de mercado, quizás en ambas con cierta moralidad de responsabilidad social.

La historia chilena revisada de las instituciones deja en manifiesto sus entrelazamientos económico-políticos que fomentan la actividad de uno u otro sistema. Hay momentos intensivos de gasto público en salud, lo que deja en entredicho una responsabilidad estatal sobre las personas; mientras que en momentos posteriores se deja a manos individuales el cuidado de aquellos cuerpos. Hoy las diferencias entre los dos sistemas son delimitadas mayoritariamente por factores económicos, pero mantienen lógicas de subvención pública a los partos y gasto particular en atención privada.

Inmunidad de las instituciones privadas

Las instituciones privadas, encargadas en el 2014 del 40,5% (DEIS, 2014) de la atención de parto en la región metropolitana, presentan matices entre sí. Hay instituciones privadas más privadas que otras: privadas de protocolos, privadas de presión asistencial, privadas de algunos límites que las instituciones públicas no pueden evadir, privadas de privarse de recursos. Esto deja a los médicos de instituciones privadas de modo abierto con una libertad para ejercer su práctica, que muchas veces es considerada negligente, por poner sobre las necesidades de la paciente, las propias; como vimos en el caso de la columna *cíper*.

5.Mat.Priv.Trad: *el sistema privado sobre todo es signo peso para los médicos*

Entrevistadora: *¿y particularmente los médicos?*

5.Mat.Priv.Trad: *sí, si ellos son los que programan, los que ven la cesárea y dicen: ya, este día va a nacer, este y este. O ellos son los encargados de la ecografía y de decir: tu bebé pesa más que esto así que... En cambio en el público, en que la matrona hace el control prenatal, hay mucha más educación, hay talleres del chile crece contigo, entonces las pacientes entienden más. Te juro que yo siento que el sistema público tiene más información que lo privado.*

Podemos recordar a Esposito (1998), quien nos habla de *inmunitas* y *communitas*. En ello, la *communitas* es la obligatoriedad de encontrarse en la falta común, el vacío

común, que es general para todos los actores. Inmunitas será, en cambio, la no obligatoriedad de responder al don, a la falta y responsabilidad común.

La atención privada es inmunitaria en varios aspectos. Se inmuniza de ciertas prácticas que parecen obligatorias en recintos públicos debido a la diferencia de métodos ocupados. Al ser un sistema basado en equipos generalmente independientes de salud, la atención privada no debe someterse a un equipo de entrega de turno en el cual los propios pares del equipo (médicos, matrones/as) soliciten explicaciones sobre el porqué de los procedimientos. La atención privada puede no dar explicaciones de muchas de sus prácticas y estas quedan entre la paciente y el equipo de salud.

***5.Mat.Priv.Trad:** ()...sin educación no saben nada, y eso es lo que pasa en el sistema privado. Confían plenamente en lo que le dicen aunque no sea así. De repente le dicen que su guagua pesa más de 4 kilos y en verdad puede pesar con suerte 3 kilos. Pero le hacen la cesárea solo como que pa hacer rápido el trámite, o que no te toque en fin de semana, o poder irte de vacaciones rápido, ¿cachai?*

Las clínicas se inmunizan de ciertas prácticas, tales como dar una educación igualitaria a las pacientes, aspecto que sí realizan servicios públicos de atención con talleres de Chile Crece Contigo³⁶. Esta práctica de educación particular resulta en que las pacientes dependan de lo que se elija educar o no por parte de los equipos tratantes. Como indica la matrona **5.Mat.Priv.Trad.**, la educación en la institución para la cual trabaja, no se preocupa de educar a la paciente en el proceso, lo cual delega en el equipo -y generalmente la/el profesional médico- todo el poder de decisión.

La inmunidad es poder des-responsabilizarse de un proceso colectivo como es la atención a la reproducción humana. Y es lo que ocurre en muchas instituciones privadas, en donde los equipos y la institución tienen libre albedrío de realizar los procedimientos y programas que consideren convenientes si es que generan rentabilidad. Una cesárea innecesaria, un programa natural de parto, una episiotomía protocolar, una hospitalización más larga de lo necesario. Es por ello que los programas específicos (principalmente programas de parto natural) que tratamos en esta memoria, se han multiplicado en las distintas clínicas durante los últimos cuatro años, mientras que en los hospitales los enfoques no son de programas particulares sino de políticas de capacitación de los equipos o incluso como cambio del hospital completo. Estas diferencias ya nos muestran directrices de cada tipo de sistema de salud en cuanto a su valoración sobre aquello que atienden.

³⁶ Parece interesante y útil profundizar el qué tipo de educación que se dicta en instituciones públicas desde el proyecto de Chile Crece Contigo, y qué se valora en ella. Sin embargo, excede la propuesta de esta investigación.

3.2. Modelos de atención para Elegir o Acatar

Así como existen diferencias entre sistema público y privado de atención de maternidad donde habrá valoraciones particulares sobre los cuerpos a tratar, se propone otra división analítica: Modelo tradicional y Respetado del parto. Y si bien en esta sección se describirán los criterios de valoración de los modelos, se requiere enfatizar que, a medida que fui escuchando a profesionales, la división de modelos descrita en trabajos académicos (Jordan 1993; Davis-Floyd, 2001; Ramírez, 2015) se va difuminando.

En la práctica, los servicios de atención obstétrica institucional³⁷ remiten a un espectro en donde se sitúan los distintos modos de realizar estos modelos, más que a una tabla comparativa. Según varias matronas, en instituciones aparentemente biomédicas se generan prácticas que se parecen a un modelo biopsicosocial. Por el contrario, ocurre que modelos que se dicen biopsicosociales presentan prácticas que no necesariamente responden a una atención afectiva ni respetada. Pese a ello, para poder entender las sutilezas en la valoración, describiremos a grandes rasgos estos modos -asociados a modelos- de atención, estudiados y percibidos en las instituciones, con sus fluctuaciones.

Por lo general existen varios tipos de categorías asociadas a la atención obstétrica, entre ellas según la forma en que los partos se llevan a término³⁸, o como se explica en el primer capítulo, según el enfoque de atención ofrecido. La atención obstétrica de embarazo-parto-puerperio, lleva una serie de cuidados previos y posteriores al momento de parto en sí, donde la parturienta se relaciona institucionalmente con un equipo profesional de obstetricia. La atención se distribuye en varios procesos, siendo todas esas etapas en conjunto lo que llamamos aquí “atención”. En este trabajo, encontraremos modelos con variantes denominaciones, que para asuntos prácticos serán caracterizados en dos grupos: modelo biomédico clásico o tradicional y modelo de parto biopsicosocial -o natural, respetado, humanizado y/o personalizado-; los cuales describimos a continuación.

3.2.1. Atención Biomédica clásica

La mortalidad de madres y niños, madres y recién nacidos, era sumamente alta y solo se redujo llevando a parir en hospitales. Lo que pasa es que eso trajo como consecuencia a lo largo del tiempo eso fue llevando a la sobremedicalización, el uso de maniobras médicas o medicaciones que tampoco eran tan necesarias, se empieza a generalizar el uso de anestesia aunque a veces hay circunstancias en que no todas las madres lo necesitan... pero esos son los precios del desarrollo de la especie humana e igual que en la vida los individuos se pasan la vida buscando el equilibrio... 2.Obst.Priv.Trad/Resp.

³⁷ Posiblemente en espacios no institucionales la división puede ser más significativa, sin embargo, dentro de las instituciones, los modos de atención tienden a ser biomédicos con variantes de programas particulares y técnicas biopsicosociales, generando solo diferencias de grado en ciertas prácticas y materialidades.

³⁸El MINSAL (2008:125) explica que los tipos de parto existentes se dividen en **natural** (forma de parto vaginal sin intervención), **normal** (parto vaginal en cama), **cesárea** (intervención quirúrgica del útero para extracción del neonato) y **fórceps** (intervención mecánica con pinzas que extraen al neonato). Esta misma situación, el programa Chile Crece Contigo la divide solo en parto vía vaginal o vía cesárea (Página web oficial CHCC).

Como hemos mencionado, los índices nacionales presentan una morbilidad materna del 0,02% en el 2014 (DEIS: tasas de mortalidad materna) y una mortalidad neonatal de 0,8% en 2014 (DEIS: tasas de mortalidad infantil), metas propuestas desde hace varias décadas. Estas metas se logran fundamentalmente a partir de un modelo que concibe el proceso de gestación-parto-nacimiento como un proceso patológico que ha de ser intervenido, basado en entregar prestaciones técnicamente adecuadas, con una atención despersonalizada en la cual la información especializada es manejada por el personal de salud, y los pacientes tienen poco que decir u opinar sobre lo que ocurre (Sadler, 2009:VII).

Este panorama se dibuja a partir de los intentos estatales de cientificación de la práctica obstétrica desde el siglo XIX. A través de políticas públicas que favorecían la atención controlada por ciertos profesionales en recintos específicos, se logra fomentar el parto institucional hospitalario. De esta manera llegamos a un panorama en que el nacimiento se encuentra atendido por atención profesional en un 99,8% en el año 2011, llegando a un 99,7% en 2014 (cifras DEIS).

3.Obst.Pub.Trad. *La maternidad es una institución que vino a mejorar mucho la salud pública en este país cuando se intervino hace muchos años atrás, logrando que se tuviese una atención profesional del parto. En la década en que, en los momentos en que la mortalidad infantil y la mortalidad materna era muy alta en este país, entonces generaron ahí estrategias públicas, estrategias de salud en la cual se creó la carrera de matrona, orientada a atender a las embarazadas y la maternidad empezó a tener un desarrollo un poquito más científico. Con normativas, con ciertos cuidados, que han llevado a tener a Chile dentro de los mejores países de Latinoamérica, comparable a los países desarrollados en cuanto a la salud materno-infantil. Ya la mortalidad materno infantil y la atención profesional de las mujeres embarazadas debe estar por el 99%, o sea hoy por hoy es muy raro que una mujer no tenga en Chile un parto en una institución en que no tenga los elementos para darle una maternidad segura.*

El parto institucional biomédico se presenta como el modo mayoritario. Rechazándolo o no, las matronas y médicos que trabajan a nivel institucional han pasado –desde sus primeros años universitarios hasta en sus prácticas cotidianas- por conocer y ejercer atención biomédica en sus distintas etapas; como biomedicina incipiente, glorificada, criticada, y con aires de cambio hacia enfoques biopsicosociales.

Dentro de las opiniones recopiladas, la atención actual tiene el perfil de tratamiento biomédico, agregando *en la medida de lo posible* aspectos que respondan a un enfoque de respeto a la usuaria y al feto en cuestión. Esos intentos varían según los tipos de instituciones, los recursos, las percepciones sobre el riesgo, las formas de valorar la salud materna y fetal, y la importancia que esa valoración tenga frente a otras valoraciones.

¿Cómo es, en la práctica, esta atención biomédica? ¿A qué apunta y para qué sirve?

Yo creo que más que nada, para prevenir complicaciones. Es cierto, yo igual creo que el proceso de parto es algo súper natural y uno lo podría tener perfectamente solo. Pero yo también creo que antes la gente estaba más educada al respecto, más digamos era como que lo asumían como algo natural también. En cambio, yo creo que hoy no pasa eso, yo creo que hoy la gente le tiene miedo al parto, la mujer como que no cree en que puede parir. Entonces, y además que somos una población más mórbida en el sentido de más enferma. Entonces la obesidad, diabetes, hipertensión, todo eso hace

que uno tenga más riesgo. Digamos haya más riesgo perinatal para la mamá como para el hijo. Entonces antes las abuelas tenían 11, 12 hijos, pero se le morían la mitad. O en el parto o porque se les enfermaba precozmente. Entonces yo creo que la importancia es prevenir las complicaciones principalmente. Si creo que el modelo está muy medicalizado todavía, pero se están haciendo cambios. Yo creo que a nivel hospitalario están empezando a haber cambios de pensamiento, de dejar que las cosas sean más naturales, yo creo que eso igual es como lo que se viene, en el sentido como algo seguro, pero no tan intervencionista, como más de asesoría en vez de sentir que el parto... Porque me pasa mucho con los colegas, los gine, los médicos y todo que sienten que el parto es de ellos, y mi partito, y se van a allá, y se les olvida que uno solamente es como un asesor como te digo. No es mi parto, yo solamente voy a apoyar a la señora, dirigirla, educarla en lo que necesite, para que tenga su parto, pero no es que sea mío, porque de repente cuesta, porque hay una cosa de ego detrás, no tal vez ego como el sentido feo que suele sonar sino del hecho de decir “yo estoy ahí, yo traje la guagua al mundo”, pero en verdad uno no hace eso, uno guía, la señora lo hace. Entonces el profesional se empodera del parto, y también disminuye a la persona. Porque la paciente llega así como “háganme lo que tengan que hacerme” y se entrega y ella también pierde participación, que es súper necesaria.

7.Mat.Pub.Trad.

Esta cita de una matrona de institución pública aborda los principales temas a reflexionar sobre la atención biomédica en la actualidad: la biomedicina previene complicaciones dando seguridad a través del control continuo del riesgo, delega responsabilidad en los profesionales, da cuenta histórica de los cambios en la valoración de la vida, medicaliza e interviene, jerarquiza relaciones de atención otorgando autoría al parto y fomentando relaciones de sumisión en el proceso; posee cualidades técnicas satisfactorias pero se percibe como próxima a cambiar hacia un enfoque menos intervenido y respetuoso (con el cual la matrona parece comprometida).

La atención biomédica clásica según los profesionales presenta prioridades determinadas de aquello que importa finalmente, como la seguridad y el control de riesgos, en donde el objetivo final es mantener la vida materno-fetal. Esta forma pragmática o técnica encarna a la medicina científica moderna, y tiene que ver con una protección a la vida inmediata a través de métodos científicos específicos, que valdrían la pena hasta cierto punto según quienes la ejercen, con costos percibidos como secundarios, tales como la medicalización.

Este tipo de atención se desarrolla en condiciones temporales por lo general muy estrictas. Al igual que como vimos en instituciones públicas, la importancia del tiempo en una atención biomédica remite a que cualquier tiempo “de más” que protocolarmente no esté establecido, es causal de riesgo. Para que todo responda a los tiempos normales, es necesario el uso específico de inductores farmacológicos, exámenes constantes, monitoreo fetal durante el trabajo de parto, intervenciones mecánicas y quirúrgicas cuando se considera necesario. Cualquier otra forma de realizar y temporalizar el parto, supone salirse de cánones protocolares y por ende disminuir la seguridad y garantías de un parto exitoso.

Las posiciones del cuerpo también son protocolares y generalmente se exige una posición litotómica³⁹ o supina del parto, donde la mujer queda acostada sobre su espalda,

³⁹ Posición que adopta la paciente mirando boca arriba, apoyándose en su cabeza, torso y nalgas, manteniendo las piernas en altura sobre complementos de la mesa quirúrgica.

con las piernas suspendidas y pantorrillas apoyadas en piñeras. Esta posición se enseña y utiliza ampliamente en la obstetricia contemporánea, siendo su principal ventaja que el personal de salud se puede ubicar de forma cómoda para atender el parto (Gupta et al. 2007 en Sadler, 2016:47). Para estos tipos de parto, una camilla horizontal⁴⁰ es el mecanismo básico, y esta se puede observar en casi todas las instituciones santiaguinas.

Además de la seguridad y la protocolización, la atención busca ser eficiente y efectiva, por ende, se espera lograr partos exitosos en un tiempo específico. De esta manera, se articula en la práctica con relaciones económicas que le dan su posibilidad de existir, explicándose así que centros públicos de alta carga asistencial gestionan sus tiempos con intervenciones e inducciones farmacológicas y quirúrgicas para ordenar los tiempos disponibles. Sin embargo, esta práctica también ocurre en instituciones privadas, ya sea para mantener su alto flujo de pacientes o por equipos de salud privados que buscan rentabilizar su tiempo⁴¹, como se aprecia en la columna *ciper* del obstetra que programaba los tiempos de parto a través de inductores. Este último caso es del cual mayoritariamente se quejan las matronas: médicos gineco-obstetras preocupados por rentabilizar su tiempo y por ende atender de formas intervencionistas “programando cesáreas”, aunque según ellas no sea necesario en la mayoría de los casos.

Tales prácticas se hacen posibles siempre y cuando exista un respaldo para esta atención biomédica intervencionista y efectiva. Aquella se respalda en conocimientos y tecnologías de finales del siglo XX que favorecieron un tratamiento científico en el manejo de embarazadas como objeto patológico que ha de ser mejorado a través de la atención profesional, donde la importancia recae en “traer al mundo” a una guagua sana y a una madre viva con necesidad de recuperación del proceso -quirúrgico, intervenido o fisiológico. Una historia de alta mortalidad que se soluciona con conocimientos biomédicos en instituciones acreditadas de salud, con índices que dan una mejora a la problemática inicial, refuerza la confianza a los sistemas biomédicos de salud que ciertamente se hicieron cargo de la vida y salud inmediata del binomio, aunque trayendo otras problemáticas. Esta justificación, permite elegir esta atención por sobre cualquiera que parezca menos efectiva.

Tal tipo de preocupación que se materializa en una atención efectiva en cuanto a la vida materno-fetal, puede recordarnos a un modelo de desarrollo moderno de extractivismo y crecimiento. Una constante producción humana que no asume repercusiones más que en una discursiva autocrítica de asumir que estos resultados vienen con ciertos daños, planteando desafíos a futuro, mientras especializan sus técnicas. Nos remite a las lógicas

⁴⁰ La camilla es un gran ejemplo de cómo los recursos y tecnologías definen prácticas, o tienen agencia si se prefiere. De esta manera, la camilla ha mutado y tiene una serie de transformaciones históricas, partiendo por su origen: *La posición decúbito supino se cree fue idea de Luis XIV (siglo XVIII) quien quiso ver a una de sus amantes dando a luz a uno de sus hijos, y más tarde se puso de moda, para comodidad del hombre obstetra, en este caso Mauriceau, de quien hay varios grabados atendiendo los partos de la realeza, éste determina como obstetra que el parto puede ser atendido con la mujer semiacostada, a solicitud de los reyes para observar los partos de sus primogénitos y no se los cambiaran por otros recién nacidos, frecuente en esa época* (Lattus y Carreño, 2010). Desde allí que la posición horizontal decúbito supino empieza a oficializarse, luego científicizarse y ha sido usada hasta el día de hoy en la mayoría de los centros.

⁴¹ Para más profundidad en este punto, revisar los relatos de Murray (2001) en su estudio “Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study”.

económicas descritas en la sección anterior, donde un tratamiento efectivo permitía la certeza de una producción necesaria para la continuación del proyecto humano. Esta atención viene empaquetada en lo que podríamos llamar atención común, sin plantearse como programa específico ni requerir costos económicos adicionales. Podemos verla en instituciones públicas y privadas, aunque asociada generalmente a espacios de alta carga asistencial, en donde los rígidos protocolos reinan.

3.2.2. Atención de Parto Respetada, Natural, Humanizada, Personalizada...

..La mortalidad materna y perinatal que son las muertes que ocurren en las guagüitas in útero en el último tiempo de embarazo y en el primer mes de vida posnatal, esas muertes y las muertes de las madres por embarazo y parto, disminuyeron en el mundo, especialmente en algunos países que a otros, a expensas de llevar a las madres a parir en hospitales o centros hospitalarios, pero eso ha traído en la actualidad donde se ha reducido bastante, todavía hay metas a lograr, pero habiendo logrado lo que se quería, eso fue a expensas de otras cosas que ha llevado a problemas nuevos...por ejemplo la sobre medicalización del parto, de un proceso que es natural, y en ese sentido existe hoy una preocupación mayor por buscar el equilibrio, y es así que casi todos los centros te diría yo, a lo mejor algunos no, casi todos los centros tienen ciertos programas igual que esta clínica, para favorecer el parto natural.

2.Obst.Priv.Trad.



Existen diferentes nombres para modos de atención que no responden al parto biomédico ni a modos intervencionistas de atención de parto, entre ellos Natural (fomentando una atención fisiológica lo menos intervenida posible), Personalizado (el cual puede ser utilizado como la relación 1 a 1 entre paciente y equipo profesional), Respetado y Humanizado (ambos aludiendo a formas del trato y autonomía que ha de tener la embarazada, en el segundo caso aludiendo a su derecho humano). Si bien diferentes, en la práctica su diferencia institucional no se ve reconocida. Se engloban en este estudio con la categoría de partos biopsicosociales.

7.Mat.Pub.Trad.: *Mmm en realidad no sé cuál será la diferencia técnica. (...) A mí no me gusta mucho el término de parto humanizado. Porque creo que en ningún momento puedes deshumanizar algo que es parte del humano, prefiero más parto respetado como término. En el sentido de la usuaria como partícipe del proceso, o sea.*

Como vimos, el parto biomédico pone énfasis en lograr resultados de sanidad inmediata promulgados en el siglo XIX y XX, disminuyendo la morbilidad materno-fetal y logrando un parto exitoso mediante control continuo. En contraste, los modos de atención biopsicosocial incluyen nuevos aspectos al cuidado materno-fetal, tales como

propiciar un ambiente confiable y cómodo para la parturienta, donde exista ayuda técnica y segura, sumada al apoyo emocional. Se fomenta la autonomía de la parturienta para elegir ciertas prácticas (como comer y caminar en el parto), además de capacitar a los profesionales para acompañar -en lugar de dirigir totalmente- el proceso. Se busca erradicar jerarquías mediante el autoconocimiento de las parturientas, debiéndose educar sobre qué hacer y qué ocurrirá durante los meses que tomará el proceso, para disminuir el rol de autoridad médica como voz única. El autocuidado con educación previa a veces se ofrece por parte de las mismas instituciones -en especial públicas- mientras que en otras se deja como responsabilidad de la paciente -como en algunos centros privados. Hay, además cursos pagados y acompañamiento particular con *doulas*⁴² que ayudan a guiar el proceso desde un plano afectivo.

En términos materiales, algunas profesionales aclaran que cualquier espacio es apto para lograr un parto natural-respetado, mientras que otras consideran que la materialidad limita la práctica de atención. Contrario a los partos biomédicos, la camilla obstétrica horizontal ha sido problematizada por quienes abogan el parto respetado y menos intervenido. Se resalta que “las mujeres, desde tiempos inmemoriales, se han puesto en cuclillas o arrodilladas para dar a luz, ya que así el nacimiento resulta más fisiológico, es decir, el feto se ubica mejor en el canal de parto y la madre puede pujar con mayor holgura. El parto vertical reduce las episiotomías y lo hace menos instrumentado, por lo tanto, las espátulas y fórceps sólo se emplean cuando hay sufrimiento fetal y la situación lo amerita” (Lattus y Carreño, 2010:49).

En cuanto a su aparición, si bien estos modelos biopsicosociales se constituyen como reacción frente al parto tradicional biomédico, intervencionista y tecnocrático, ello puede hacernos pensar que son relativamente nuevos. Sin embargo, la preferencia por partos naturales se ha presentado antes -con sutiles diferencias-, como indica una de las matronas entrevistadas.

10. Mat. Priv. Trad.: *No sé si está de moda el tema de la atención con doulas, partos naturales, qué se yo, porque yo ya lo había vivido hace como 15 años atrás en esta misma clínica que vino todo un boom del parto natural, de cero anestesia, de parirás con dolor, y después bajó eso y desapareció. Y ahora tiene de nuevo un repunte.*

El comentario de la matrona alude a que el parto natural tiene que ver con una tendencia circular que eventualmente se irá, como lo ha hecho antes. Moda o no, hay quienes ven en los partos Humanizados, Respetados, Personalizados y Naturales⁴³ una salida a malestares que han sufrido. Así, se han generado movimientos de parto natural y humanizado, observatorios de violencia obstétrica y apelaciones legislativas como el proyecto de ley sobre parto respetado⁴⁴. Por tanto, independiente a su circularidad, estas formas están adquiriendo mayor peso, y se están valor(iz)ando en el mundo obstétrico.

⁴² Las doulas son acompañantes de la parturienta que le prestan servicio y ayuda emocional durante el pre-parto, parto y puerperio, teniendo conocimientos técnicos y experienciales del parir pero no necesariamente formación biomédica.

⁴³ Abreviatura de partos humanizados, respetados, personalizados y/o naturales.

⁴⁴ Sobre proyecto en tramitación de Ley Parto Respetado dirigirse a la noticia

Las alternativas al parto biomédico variarán en sí mismas y debemos reconocer cuáles variaciones son pertinentes aquí. De esta forma y ciñéndonos a nuestra categoría previa, las instituciones públicas han tenido un acercamiento a enfoques biopsicosociales a través de políticas públicas de educación prenatal para parturientas, acompañantes, y capacitaciones a los equipos médicos. También, aunque en menor escala, ha habido cambios completos de enfoque por parte de los profesionales⁴⁵.

Paralelamente las instituciones privadas han tenido otro tipo de acercamiento. Entre 2015 y 2017 se incorpora la atención Natural, Respetada y Humanizada como programas particulares -que usualmente asumen un costo adicional- pero que no implican a toda la clínica. Se agregan conceptos de seguridad: “parto natural seguro” “parto natural protegido”, sin salirse del concepto biomédico del riesgo inherente al proceso de embarazo, pero agregando una atención que conlleve naturalidad y preocupación por la emocionalidad de la parturienta, incluyendo doulas en el staff -obligatorias de contratar en algunos casos-, aromas y materialidades que permiten un ambiente diferente al biomédico protocolar.

Los modelos de nacimiento Humanizados, Respetados, Personalizados y Naturales han sido estudiados, trabajados y fomentados hace más de tres décadas, siendo el obstetra francés Michell Odent uno de los pioneros en proponer los beneficios de estos partos, en la década de los setenta. Sin embargo, las prácticas a promover no se encuentran instaladas en su totalidad. Etnográficamente se apreció que en instituciones privadas, la atención personalizada estaba asegurada en términos de 1 a 1, sin embargo, esto no implicaba una menor intervención biomédica ni mayor poder de decisión de la paciente. A su vez, en instituciones que ofrecían tanto partos tradicionales como programas de parto natural, se formaba tensión entre el grupo específico del programa con profesionales de la misma clínica que no creían en las virtudes de los modos alternativos. Esto lo veremos en detalle en la sección siguiente.

En Instituciones públicas existen profesionales que abogan por promover una atención más respetuosa que incluya un marco biopsicosocial en la práctica de atención. Sin embargo, las complicaciones se encuentran cuando el resto no está de acuerdo. Así lo cuenta una matrona del sistema público, para quien su problema era la falta de apoyo (y contra-direccionalidad) del equipo administrativo.

7.Mat.Pub.Trad: *los encargados del hospital, directores, esas cosas, entonces no hemos tenido tanta cooperación como quisiéramos. Entonces al final si no se puede con cosas físicas, las colegas se organizan ahí, movieron una cama, pusieron unas goma eva para que pudieran hacer balón kinésico las pacientes, un aroma terapia llevaron. A veces no hay ni esencia y ponen una cascarita de naranja, entonces es súper, digamos, como, o sea, me gusta ver la motivación de ellas, pero me da lata que el*

<http://www.elmostrador.cl/braga/2017/12/21/ingresa-a-tramitacion-parlamentaria-proyecto-de-ley-que-busca-garantizar-un-parto-respetado/>

⁴⁵ En el Hospital de La Florida, Hospital de Talagante y actualmente en uno de los Hospitales de una entrevistada (por lo que se mantiene en anonimato), se han organizado las/os mismas/os trabajadoras/es para cambiar la atención ofrecida, logrando atención natural y respetada, implicando a todos los ofertantes involucrados en atención de salud y continua capacitación.

sistema no invierta en eso, porque es tan importante la forma de nacer, digamos por el desarrollo a futuro. Entonces creo que es una lástima que no se invierta en eso.

Atender partos Humanizados, Respetados, Personalizados y Naturales en el contexto santiaguino en distintas instituciones, parece difícil, especialmente por aspectos como:

- Recursos e infraestructura disponibles que no permiten un nuevo uso de los espacios y tiempos (principalmente para instituciones públicas).
- Prácticas biomédicas y costumbres de tal práctica (tratos jerárquicos y violentos) que surgen de una forma de pensar y aprender sobre la salud obstétrica.
- Valoraciones de la vida y la salud (concepciones de salud inmediata y no a largo plazo, perspectiva lucrativa de la salud).

Así mismo, una matrona comprometida con el Parto Natural Respetado, comentaba que para lograr atender de una manera coherente, tuvo que hacerse lo más independiente posible. Utiliza espacios institucionales privados solo para el momento del parto, o incluso atiende en casa -las mínimas veces. A pesar de su independencia, siente que no logra realizar el parto respetado en su completitud, por la obligación institucional-médica de utilizar inductores farmacológicos después de cierta cantidad de semanas.

Entendiendo su modalidad de trabajo como una de las más estrictas en parto natural-respetado-personalizado, se situaba en una posición de poder comprender los errores que se cometen en el camino hacia este, por parte de instituciones, equipos de salud o incluso colegas. Ejemplifica que no basta con disponer de nuevos materiales:

8.Mat.Priv.Resp.Indep: *Entonces “no, el modelo está cambiando, wow. Estamos haciendo grandes cambios porque compramos balones, aromaterapia” el concepto no va por ahí. Es mucho más grande. Tiene que ser cambios mucho más grandes que vienen desde arriba, entonces no es solamente la persona que tiene contacto con la usuaria cuando llega a atenderse al parto. Es también con los que no tiene contacto, con toda la gente de un edificio. Porque todos tenemos que colaborar para cambiar un modelo, entonces sí. Hay lucro. Quieres una buena atención, tienes que pagar. Pero al final todo nos va a llevar al tema de que estamos en Chile. Entonces hay un tema sociocultural que al final es político, económico, una cadena.*

Es sumamente específica la forma de entender el proceso del embarazo y parto desde una vertiente natural respetada, y como indica la matrona independiente, es difícil que desde la institucionalidad se pueda lograr como tal. En condiciones ideales, estos modelos no pretenden tener certezas ni protocolos respecto a cuándo realizar la atención, sino que se espera que la misma parturienta inicie su trabajo de parto y desde ella se produzca la hormonalidad y dilatación necesaria. La programación y la agenda médica serían imposibles.

Lamentablemente, en la práctica se responde a tiempos institucionales, por lo que centros públicos tienen dificultad de implementar los modelos de tiempo flexible, aunque se

ha logrado en algunos casos recientes⁴⁶. En instituciones privadas, el parto natural-respetado por lo general se logra si se tiene acceso económico a este.

En síntesis, los partos Humanizados, Respetados, Personalizados y Naturales institucionales estarían ofreciendo principalmente una preocupación flexible por el proceso pre, durante y posparto, que la atención protocolar, rígida y masiva no permite. El respeto hacia la parturienta por parte del equipo es la clave, aumentando los tiempos de atención, acomodando insumos y espacios para fomentar la naturalidad del proceso, y siendo necesario un aprendizaje previo por parte de las parturientas y acompañantes, para tener la posibilidad de enfrentar el parto que se quiere tener, sin “perder la seguridad”.

Este éxito o logro, trata de valorar integralmente el proceso que vive la mujer embarazada, validando su autonomía al ser tratada como alguien que puede decidir por sí misma. Se valora la auto-responsabilidad del proceso, no siendo enteramente controlada por los profesionales ni sometiéndose a un proceso farmacologizado, sino entendiendo el parto como un evento difícil e incierto que una mujer puede atravesar de la forma que le sea más conveniente, acompañada de quien le de seguridad y apoyo.

Así, el valor del proceso tiene que ver con una relación con el cuerpo en donde se controlan otro tipo de aspectos: ya no solo la sanidad fisiológica sino también la emocionalidad, la evaluación ética del trabajo ofrecido y los aspectos afectivos que definen el proceso, para obtener mejores resultados del sí mismo, una experiencia parturienta mejor, una sanidad a largo plazo del binomio y una relación madre-recién nacido que permita una buena lactancia.

Esta preocupación por la emocionalidad y por aspectos biopsicosociales que rodean al proceso tienen que ver con una preocupación nueva de la vida de los individuos que nos recuerda a lo que Rose (2012) plantea con la individualización de la responsabilidad, donde cada quien gestiona su salud para sacar de ello el mayor bienestar.

Finalmente, si bien esta atención no está implementada completamente ni se considera totalmente posible, no existen grupos públicamente considerados a favor de una atención puramente biomédica tradicional -quizás por el renombre que aquello tiene en el medio. Si aquello no es un orgullo de mencionar -a pesar de que en la práctica se critiquen los partos RHPN- cabe la posibilidad de que ciertas preocupaciones han empezado a ser más importantes que otras, dejando la hegemonía de los cuidados solo biológicos del proceso y empezando a preocuparse de la vida integral, la vitalidad y el bienestar en sentidos afectivos y de largo plazo. Esta nueva preocupación sobre el binomio madre-hija/o es por lo que apuestan estos nuevos programas de atención personalizada, natural, respetada, humanizada.

⁴⁶ Leer diarios de campo de una parturienta y su matrona en Hospital Público sobre un parto natural- respetado. Disponible en <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/una-experiencia-de-parto-natural-y-respetado-en-el-sistema-publico-de-salud/>

3.3. Conversaciones Tensionadas: Charla de un Parto Respetado

Para dar cuenta de los intentos de implementación de tales modelos biopsicosociales en una atención establemente biomédica, se relata la experiencia etnográfica de una charla que toma lugar en una institución privada. En ella se narra el modelo de Parto Natural que un grupo de la institución estaba iniciando como programa electivo de atención. Ya llevaban casos de partos exitosos, y querían mostrar a otros profesionales del parto -los cuales no realizaban partos alternativos al biomédico- sobre su experiencia. Como se apreciará a continuación, la posibilidad de dos modelos genera tensión entre los profesionales involucrados y da cuenta de los objetivos buscados en el trabajo obstétrico.

Charla Parto Natural, Clínica Privada

Jueves 29 de junio, 2017

Asistentes:

35 matronas aproximadamente (mujeres practicantes y profesionales)

6 médicos obstetras (4 mujeres, 2 hombres)

1 intento de antropóloga

1. La Pre-Charla:

Gracias a un contacto lejanamente familiar, obtuve el número telefónico de la coordinadora de matronas de cierta clínica reconocida y prestigiosa de la zona nororiente de Santiago⁴⁷. Allí se me permitió ingresar a una charla entre profesionales sobre el controversial Parto Natural. No tuve oportunidad de pedir consentimiento informado, por lo que la charla no fue grabada. Sin embargo, pude escribir durante el evento con los permisos verbales que obtuve de la organizadora y de algunas funcionarias de la clínica.

Tras atravesar puertas de vidrio con claves y tarjetas de acceso para “solo funcionarios”, llegué junto a la coordinadora a una sala pequeña repleta de sillas, un proyector y un diplomático estrado. A un extremo de la sala una matrona revisaba nerviosamente sus diapositivas. Por el otro gobernaba el relajo de matronas rodeando una mesa con café y galletas. Allí, las oyentes de la charla hablaban sobre sí mismas mientras engullían lo que sus manos encontraran.

La charla la realizaría un equipo de salud de la clínica que había estado trabajando en el Nuevo Programa de Parto Natural Protegido. Esta exposición intentaba reunir a matronas y médicos obstetras de la institución para conocer lo que era un parto natural. Se presentarían explicaciones sobre los beneficios del modo de atención, junto con la narración experiencial del equipo. Las matronas y médicos obstetras oyentes no estaban en la obligación de

⁴⁷ Mis entrevistadas me han contado lo importante de esta institución. Es reconocida según las matronas como una de las dos instituciones “top” de Chile.

implementar el modelo, por lo que la charla solo se trataría de informar y dar a conocer la experiencia.

Para ese momento, ya había leído en la página Web de la institución que el Parto Natural consistía en un programa que se ofrece como modo de atención, con el slogan siguiente:

¿Qué es el Parto Natural Protegido?

El parto en Clínica X se origina en un ambiente de naturalidad que permite a las mamás optar por tener a su hijo participando en manera activa de su trabajo de parto y en la forma que le resulte más cómoda, ya sea de forma vertical u horizontal. También está la opción y en la medida que la seguridad del proceso lo permita, dar a luz sin la ayuda de anestesia.

Y porque sabemos lo importante que es para los padres vivir el momento del parto de manera segura y protegida, en Clínica X contamos con tres Salas SAIP equipadas con una serie de implementos de apoyo (tales como fulares, balones, aromaterapia, entre otros) para hacer de este día un momento grato y especial y para que vivan este proceso en un clima cálido, tranquilo y acogedor y con la mayor seguridad.

Además, hemos habilitado este espacio de respeto y silencio donde existe restricción de tránsito de visitas y un control de acceso de los hall de espera.

Tomo asiento y me intereso en mi café mientras empieza a llenarse la sala. Quienes cruzan miradas conmigo me lanzan una sonrisa que desaparece rápidamente para realizar una más grande ante quienes sí conocían. Hay saludos y reconocimiento entre las asistentes, casi todas mujeres. Se separa el grupo entre practicantes jóvenes y profesionales aproximadamente mayores a los 40 años. Las jóvenes se apilan atrás, sin sillas, mientras las mayores se sientan.

Las mujeres mayores se distinguen entre quienes tienen delantal blanco o traje rojo: obstetras y matronas respectivamente. Sin embargo, todas ellas tienen una estética particular: levemente maquilladas, rubias o casi rubias, trajes impecables, mucho perfume. Hablan fuerte y se reconocen, conversan sobre cómo han estado, qué han hecho, con quienes se han juntado y cómo está la familia.

Una matrona-educadora se sienta al lado mío. Me cuenta que la mayoría de las asistentes son matronas externas que trabajan con un médico particular. Ella, en cambio, es parte del staff de extensión de la clínica, y ejerce educación pre-natal. Se diferencia notoriamente de la estética de las matronas mayores.

Entre el ruido de entrada, el reconocimiento de pares e impares, el café, las galletas, y el pase rápido de las últimas diapositivas, llega el resto del equipo de salud a exponer. Un médico obstetra es quien introduce la charla, explicando que será cierta matrona sustituta -la que pasaba las láminas nerviosamente- quien reemplazará a la matrona oficial para contar sobre el “Programa Parto Natural” de la Clínica. Empieza la charla y se guarda silencio.

2. La Charla

La matrona no se presenta, pero parecen conocerla de antemano. Nerviosamente comienza.

“Este programa ha costado. A mí tampoco me gusta esta tendencia de lo humanizado, pero hay que ver a qué nos referimos”.

Su frase de presentación la dice porque hay un rechazo aparentemente generalizado al parto respetado/humanizado/natural a nivel de los profesionales de salud en ese espacio. Quizás por los nuevos movimientos sociales de autonomía del parto, quizás por críticas ante la violencia obstétrica y consejos de la OMS sobre el tipo de atención hacia cuál apuntar, revelando negligencias de instituciones biomédicas. La expositora se presenta como concedora de tal situación, y trata de convencer a las asistentes:

“Yo sé que no suena bien, pero hay que escuchar qué se propone”.

Quiere explicar y convencer sobre este modelo de atención. Narra con imágenes acorde que la atención de parto ha variado desde el extremo natural hasta el de medicalización, disminuyendo la mortalidad materno-infantil, pero aumentando la intervención. Comenta que esto ha llevado a que las mamás pierdan el protagonismo.

“Pero ahora son demasiado protagonistas”-le recriminan desde el final de la sala

La expositora responde que las mamás deben ser supervisadas pero partícipes. Continúa explicando que el BOOM del parto personalizado, que ha hegemonizado columnas de opinión y panfletos en clínicas y hospitales, se debe a que **“el mercado lo está pidiendo”**, y es por ello que las clínicas (Los Andes, Las Condes, entre otras) lo han implementado. Si bien considera que es una moda, recurre al caso del Hospital Público de La Florida en donde se ha implementado el nuevo modelo. Argumenta que las clínicas pueden hacerlo si el hospital pudo con menos recursos, y por ello sin afán de lucrar. La tendencia llegaría a esta institución con el nombre de Parto Natural Protegido, e implica una serie de condiciones materiales y de prácticas profesionales en la atención de parto.

Este modelo de parto natural en la clínica consistiría en implementar las salas de parto y parto con jacuzzis, arcos, balones, y camas que se transforman para partos verticales.

Tiene que ser una atención de Bajo Riesgo. Incluso durante el trabajo de parto. Y que son ellas mismas (las matronas) las que tienen que ir guiándolo, más que las embarazadas. Advierte que es difícil para las matronas no hacer protocolos rutinarios, porque saltarse las reglas institucionales repercute en un “tirón de orejas”. Llegar a implementar estas formas, requiere de todo un trabajo organizado previamente.

Explica que las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud respecto a la atención de parto son evidentes, pero las narra de todas maneras.

Cuenta que la violencia se puede dar en hospitales porque no hay un 1 a 1 (una matrona por paciente), sino solo atención masiva. No hay espacio, están acostadas y no hay implementos. Aclama que hay que cambiar al sistema 1 a 1 en los hospitales. El hecho de que esta institución trabaje con un 1 a 1, implicaría que aquí no hay violencia según la expositora, y que la atención siempre es personalizada.

A lo largo de la sala empiezan a lanzarse comentarios:

“Somos matronas y doulas 24 horas”

“Las pacientes piden intervenciones, para irse luego” (como la cesárea).

“Hay que tratar de educarlas porque llegan con otra información (no la correcta). Y hay que educar a que si se rompen membranas, no es por algo violento. A veces hay que hacerlo, a pesar de que te pidan lo contrario”

Les aclara a las matronas con tranquilidad:

“Las recomendaciones no son nada del otro mundo. Hay que explicarles, contenerlas, ser doula.”

Cuando se menciona la palabra **doula** se escucha un suspiro y murmullos de rechazo. La existencia de ellas es un problema para las matronas presentes. Mientras lee las recomendaciones sobre qué aspectos de rutina no deben hacerse, aclara:

“cuando vienen con plan de parto, explicar que no es nada del otro mundo lo que se le va a hacer”

Matrona 1: *pero algunas exigen enemas*

Matrona 2: *ellas mismas se restringen.*

La expositora ignora estos comentarios y continúa: *Aquí hay cuatro cosas que sí o sí se implementarán: vía venosa, monitoreo fetal continuo, (que permite caminar), control de signos vitales (*no dice el cuarto aspecto*). Sobre las técnicas del manejo de dolor, hay muchas cosas que se pueden hacer con lo que quiera y pueda aguantar. Todo pasa por la educación.*

Aclara que el parto natural no se convierte en un desastre por poner anestesia, se escucha desde atrás de la sala...

¡pero se frustran!

La expositora intenta llegar al punto que, aunque las pacientes pidan anestesia y no funcione el parto como lo planeaban, **no hay que dejar de acompañar.**

Se muestran diapositivas sobre técnicas no farmacológicas del manejo del dolor: muchos dibujos y poses de mujeres pariendo y referencias de Libros. Mientras se muestran mujeres pariendo desnudas y en cuclillas, una matrona atrás de la sala dice:

“ay, qué feo, por lo menos que las cubran con algo”.

La expositora sigue contando sobre los datos oficiales del Parto Natural, explicando que con **apoyo continuo** durante el trabajo de parto hay un aumento del parto vaginal espontáneo, disminuye la necesidad de analgesia y disminuye el parto instrumental.

Expone sobre las **posiciones posibles** en periodos expulsivos: **posiciones verticales**. Explica que tienen que ser **sin anestesia inferior** porque que si la hay, las piernas no tienen fuerza para sostener. A su vez, dependerá de la fuerza de piernas.

La siguiente diapositiva trata de **evitar la separación Madre-Hija/o**, y cuenta que en la primera hora es esencial el apego ya que hay un tránsito y adecuación; es menos traumático, afloran reflejos, instintos, y la mamá con miedo a lactancia, **con apego**, tiene más éxito.

Diagrama sobre la atención del Programa P.N.P.:

Paciente embarazada

Embarazada quiere parto poco intervenido → programa del parto natural

Control prenatal → educación Prenatal específica (Taller + Charlas)

Trabajo de Parto → Proceso de ingreso parto → fase dilatación

Control puerperio

La expositora explica que la idea es que el parto natural sea para todas, no importa las condiciones (con o sin anestesia, con o sin cesárea). Todas debiesen tener un parto respetado, no solo quienes quieran esto. Ahí entiendo que los conceptos natural/humanizado/respetado se superponen al hablar, a pesar de tener diferentes connotaciones. Se usa indiferenciadamente en algunas ocasiones.

Habla de cómo funciona esta atención en la institución: (da nombres de quienes son parte del Staff de parto respetado). *“Ha sido un parto sacar este modelo de atención”*.

Y cuenta qué han implementado:

- Organización del equipo: *En esta institución, está la suerte de existir una atención 1 a 1. (Sospechosamente la suerte alude a las condiciones socio-económicas).*
- La infraestructura: *la decoración está bien bonita. Tiene que estar silencioso. Hay salas SAIP (Ganchitos, pelotas, sillas). No puede haber velas ni inciensos, pero hay aromas en posparto.*

Matrona: *¿y los parlantes y música?*

Expositora: *debiese haber parlantes y música. Y no porque no sea parto natural no puede tener todas estas cosas*

Matrona: *eso está en el suelo* (indica la diapositiva de artefactos), *¿dónde se pone el doctor?*

Expositora: *en el suelo*

(Matronas ríen, murmuran y/o critican)

“Sobre doulas pasémoslas rápido” (se ríen). Las que están trabajando acá son conocidas y acreditadas, resguardando la seguridad de la paciente, porque ha habido conflictos. Son roles muy diferentes, y ellas, más que nosotras, tienen que tenerlo claro. Hay por ello una lista de doulas.

Finalmente, el programa nuestro va más que nada a la sensibilización. Y que ello no sea restrictivo, sino para todas. Que no sean 3 personas hablando del partido dentro de la sala sino que de lo que la paciente considere cómodo.

Matrona: *a veces ellas quieren hablar del partido (sarcásticamente)*

Expositora: *hay tareas pendientes*

Matrona: (sarcásticamente) *¿cesárea natural sin anestesia? (Matronas ríen)*

Expositora: *Bueno, podemos concluir que...*

- *El parto natural es alternativa viable y segura en Clínica X*
- *También que no hay evidencia que el Parto Natural sea mejor o peor. Pero lo que más implica es **la satisfacción materna**.*
- *El hecho de que sea parto personalizado no es tema, porque somos 1 a 1.*
- *No es una secta ni religión (todas ríen)*

3. La post-charla: Discusiones entre humanizadas y deshumanizadas

En este momento la expositora se aleja unos pasos del estrado y comienza a recibir preguntas de las asistentes.

Médico Obstetra (mujer): *Agradezco estos esfuerzos y conozco a quien expone esto. Sin embargo, creo que es muy mal utilizado el concepto de “parto humanizado”, porque entregamos nuestro profesionalismo en nuestro trabajo y hemos dado nuestra humanidad. No hacemos parto deshumanizado. Es un término tan mal usado, tan violento. Cómo personalizado, si también es 1 a 1. A veces no es más allá que términos indebidos. Las que usamos anestesia somos tan humanas como las que no. Yo les hago todo los cuchicuchis a las pacientes.*

Expositora: ***La mayoría del tema tiene que ver con lo que vende la prensa, y lo que se vende es el tema de “personalizado”.***

La coordinadora pide opiniones, levantando la mano, y ella las tomará desde el estrado. Dos médicos (hombres) interrumpen y hablan con autoridad; única instancia en donde todas callan.

El Obstetra: *estoy de acuerdo con que la forma de acceder a nuevas opciones es múltiple. Hay blogs buenos, y otros desviados. Hay guerras de antagonismo, hay quienes están convencidos y otros que lo usan como mercancía. El mejor renombre sería: “madre teniendo autonomía con su proceso de parto en un marco seguro” pero el nombre no pega (todas ríen). Nosotros sacamos los otros nombres, y hay modalidades distintas. El 10% de las que consultan es con alguna cosa (natural o natural con anestesia). La gente fundamentalista, que quiere en el arroyo, es la menos. (Dice que la mayoría quiere con alguna intervención, o con cuidado biomédico) El parto ES con atención profesional, solo así es seguro (esto no se pone en duda).*

Matrona 1: *Este tema (que las pacientes quieran ser protagonistas y no intervenidas) se agudiza por la charla prenatal. Así las pacientes lo entienden entonces no quieren ponerse anestesia. Desinformación por lo que la paciente entiende en las charlas. Hay que ver qué se les dice.*

Matrona 2: *Las charlas las hace una matrona y una psicóloga*

Matrona 3: *hay veces que se asustan y preguntan: ¿me van a amarrar por la cesárea?*

El Obstetra: *el pilar fundamental es la educación, incluso a los profesionales*

Expositora: *el centro de extensión tiene contenidos determinados. Pero la comunicación a veces no funciona. Hay problemas de transmisión de información. Los cursos del Hospital de la Florida dicen que el mayor problema es la información. Si ha habido errores, lo estamos tratando de arreglar. No somos nosotros los que hacemos las charlas. En la información siempre hay de todo.*

Matrona 4: *A veces con el captar más pacientes, destruyen lo que nosotros hemos hecho. A veces qué tan distinto va a ser con lo que nosotras hacemos. Yo no estoy destruyéndolas a ellas (las matronas de Parto Natural), ¿por qué ellas me destruyen a mí?*

El Obstetra: *los índices que se muestran hay que verlos de cerca. O sea, el Hospital de La Florida tiene 93% de parto vaginal normal. Pero para ingresar a la SAIP tienen que tener 5 cm de dilatación. Acá las cifras son menos de 10% de las multíparas, Si es que se elige la población. (Recalca el hecho de que la Clínica siempre ha tenido buenos datos, solo que en el Hospital La Florida elige qué datos mostrar y se ven mejores ante ojos públicos).*

Matrona 5: *hay mujeres que manipulan lo que les dicen en las charlas para hacer lo que ellas quieren.*

Matrona 6: *hay grupos de información que están en contra unos de otros. Si le niego la cesárea, ¿tampoco la estoy respetando?*

Matrona 7: *aquí hay competencia de matronas que yo hago esto y esto otro.*

El Obstetra: **matronas, el parto es de ustedes, no de nosotros.** *Hospital La Florida lo manejan las matronas. Yo soy solo un interconsultor.*

Matrona 8: *¿cómo manejo la parte legal?*

Expositora: *el médico no le puede hacer caso a la paciente. Uno no tiene que perder el norte. Hay criterios médicos que hay que seguir.*

Matrona-educadora: *hacemos talleres entre varios profesionales distintos. La respuesta es siempre en el manejo de trabajo de parto “lo tienes que conversar con el equipo médico”. Pero ocurre en las charlas que las chicas hablan entre sí.*

Matrona: *deberías decir que no tiene que ver*

Matrona 2: *el que calla otorga (se confronta a la matrona-educadora).*

En medio de las opiniones cruzadas, comienza un pleito verbal. Se confrontan unas a otras y hay mucho ruido entre quienes parecen sentir que es una tontería todo esto, y otras que lo defienden. Extensión de la clínica contra matronas de equipos médicos particulares se enfrentan.

Matrona-educadora: *el contenido de las charlas es libre, las invito a verlas, a conocerlas.*

Matrona x: *una vez recomendaron a un doctor*

Matrona-educadora: *fue un error, porque me preguntaron si conocía a alguien que hiciera parto natural. Pero no se ha hecho más.*

La Obstetra 2: *si se hace un equipo de parto natural, no veo lo malo en recomendar.*

El Obstetra: *estoy de acuerdo*

Matrona 10: *no hay que engañarnos, porque a veces uno no quiere hacer un parto natural. Hay veces que hay pacientes tan cerradas que no quieren atenderse con uno, entonces hay que estar cómodos y recomendar*

(Otras voces dicen que no, que no es la forma)

Matrona x: *no puede hacerse respeto para unas y para otras no.*

Hay pelea, tensión y el ruido no cesa. No se alcanzan a responder las preguntas, pero la coordinadora quiere dar término a la charla porque comienza otra inmediatamente. Se sigue discutiendo entre las asistentes mientras empieza una nueva ponencia sobre la Placenta.

Detrás de mí continúa peleando una matrona de Parto Natural versus una médico obstetra que dice no estar para andar agachándose. Que no está para atender partos en cuatro patas. No quiere partos naturales. Sin embargo, no tiene problemas en derivar. La matrona de Parto Natural dice que está de acuerdo, pero la obstetra sigue peleando sobre lo mucho que no está para atender partos naturales. Más que con la matrona, pelea con el concepto de Parto Natural.

Empieza con esfuerzo la charla sobre la placenta y se conversa en el marco de la nueva ley que permite a las pacientes llevarse su placenta si así lo desean...

Matrona 1: *“Fue creada en virtud de las etnias, pero no solo de ahí. Tenemos claro que es moda”*.

Matrona 2: *“nosotros también somos étnicas. Tenemos la etnia de la Dehesa”*.

La charla de la placenta fue rápida y sobre aspectos administrativos. Cuando terminó, algunas matronas continuaban hablando acerca de la charla anterior. Otras, al parecer, se devolvieron a sus étnicas casas.

Tensión intra-institucional

Vemos en la charla cómo se conjugan en la práctica aquellos sistemas y modelos discutidos teóricamente. Si bien esta charla describe cómo implementar los modelos de parto natural con intenciones de respeto y humanización, también da cuenta de la tensión que genera su existencia frente a partos clásicos. Los partos biomédicos, legitimados por mayor tiempo, se contraponen técnicamente a nuevos modelos incluso aunque utilicen Medicina Actualizada Basada en Evidencia.

El rol de la medicina en este punto se ve un tanto revuelto. Lo que está incluyéndose en los estudios científicos que avalan los modelos biopsicosociales no es una rigurosidad de tratamiento de los cuerpos como objeto científico separable, sino integrando aspectos psicológicos y sociales por el efecto e intervención que tienen en el ánimo de la parturienta y -por ende- en el desarrollo del proceso. Ante ello, la ciencia actualizada con estos enfoques, enfrentada con la ciencia efectista de una medicina protocolar se ve tensionada. Las profesionales se ven directamente ofendidas por considerar la crítica como una acusación de maltrato personal. Las matronas y obstetras involucradas se identifican con uno u otro modelo, poniendo en juego las defensas de sí mismas en la conversación final.

Por su parte, la expositora intenta hacer ver que no es distinto, raro o malo el intentar dirigirse a los nuevos enfoques. Ella misma critica a los partos naturales en cierta medida, aludiendo a la popularidad y mercantilización que están teniendo, sin embargo, quiere convencer de que se pueden tomar en cuenta algunas proposiciones para mejorar la satisfacción usuaria. Ella sabe que lo nuevo es problemático, pero aun así cree en que las demás profesionales pueden implementarlo en sus prácticas.

Como vimos al final de la charla, no se acepta fácilmente algo nuevo que venga a cambiar las lógicas acostumbradas de atención. Las críticas se asocian a un ataque personal de acuerdo a cómo se atiende (aludiendo a la destrucción de su trabajo cuando las tildan de deshumanizadas). Y esta crítica se vuelca también hacia las parturientas que al parecer están queriendo más protagonismo del que merecen, según algunas matronas.

Hay varios puntos a abordar en esta tensión entre modelos en conjugación con expectativas, prácticas, valoraciones y productos, por lo que iremos utilizando y citando esta charla como material de análisis en las secciones siguientes.

4. Análisis de los Modos de Parto

Ya habiendo reconocido en el campo en qué medida los modelos y sistemas articulan una valoración específica del binomio madre-hija/o a tratar según historias y objetivos a seguir, seguido por describir cómo estas categorías se conjugan en la práctica en una institución particular como se aprecia en el caso etnográfico, este capítulo trata de sacar a flote aquellas reflexiones que surgen desde estas variables cruzadas.

En estas secciones, mediante análisis interpretativo de aquel campo descrito, y de las conversaciones con profesionales de obstetricia, se propone que los cambios y tensiones reconocidos en la atención de parto actual dan lugar a expectativas de la atención por parte de las usuarias y las trabajadoras. Sin embargo, aquellas expectativas no siempre se condicen con la práctica obstétrica, la cual siempre será particular según la institución y el equipo de trabajo. El final del capítulo pone en juego tales expectativas y prácticas en función mirar la atención obstétrica como el intercambio que significa. Se pone así en cuestión cómo los distintos modos de parto traen un servicio que ofrece resultados particulares, y se discute hacia dónde llevan estos fines.

4.1. Valoraciones en la Atención Obstétrica: Expectativas y Prácticas

Para el análisis de las valoraciones que se articulan en la atención obstétrica se prefiere la perspectiva de Vatin (2013), en la cual el valorar es acción, dando cuenta de un proceso tanto evaluativo como dinámico que deviene muchas veces en aumento de flujo monetario o popularidad: algo que tiene valor, comienza a ser más demandado. En su primera dimensión, la evaluativa, el valor responde a situar la importancia de aquello que se está intercambiando, la importancia de aquello que se entrega: guaguas y madres con una experiencia particular. En qué posición comparativa se sitúa la atención del parto otorgada, y cómo se evalúa el binomio a tratar, son reflexiones que permiten poner *al bíos* en una especie de escala valorativa. Si la atención del parto se evalúa, hay que ver de qué maneras lo hace, qué importancia tiene, qué se espera de ella, y cómo esa valoración tiene una práctica sobre lo viviente. A continuación, revisamos los cambios en las expectativas de la atención obstétrica por parte de quienes trabajan en ella y posteriormente se discute cómo estas expectativas actuales se relacionan con las diferentes prácticas de atención.

Expectativas sobre la experiencia de atención

“Hay un cambio que me gustaría que vieran las antropólogas y fueran testigos de cómo todos los profesionales involucrados hemos tomado este proceso de la reforma sanitaria. Yo doy fe que esas cosas ya no ocurren y que en los lugares donde aún pasa, el maltrato está en retirada” (Presidenta Colegio de Matronas en Radio Uchile, 2014)⁴⁸

⁴⁸ Nota completa disponible en <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existe-pero-la-ejerce-el-estado/>

Dentro del circuito de la atención del parir, un aspecto central tiene que ver con la experiencia que representa el proceso de atención del nacimiento para las parturientas. Hoy, las páginas web de instituciones de salud, las guías ministeriales y las recomendaciones internacionales avalan una forma satisfactoria de atención para mujeres que atraviesan este proceso. Las expectativas de la experiencia de parto, la atención ideal y las formas buscadas en la atención actual, articulan una noción del parto como un momento sublime y respetuoso, para lo cual se exigen ciertos cambios en las prácticas obstétricas por parte de la institución, de la parturienta misma y del equipo de atención en función de lograrlo.

La experiencia esperada pasa a ser el estándar con que se evaluará la atención, tanto para las parturientas como para profesionales. Estas expectativas han cambiado respecto a tiempos anteriores -según vimos con la historización de Zárate, y con las etapas de la medicina obstétrica comentadas por los profesionales- obteniendo especificidades según los sistemas y modos. Sin embargo, actualmente como regla general se asocia la expectativa de esta experiencia a un momento positivo para la mujer, y en lo posible, para sus acompañantes.

***3.Obst.Pub.Trad:** Ahora, la maternidad como evento vital de la mujer, es una etapa maravillosa. O sea, dar vida, atraer un ser al mundo, es una cosa que. O sea, yo no soy mujer, pero trabajo con mujeres, me dedico a esto, le brindo el apoyo, es una experiencia muy importante en la vida de la mujer, trascendente en la vida de la mujer, y de las parejas, en el fondo...*

***6.Obst.Pub.Priv:** Desde el punto de vista de la paciente, yo creo que la paciente espera sentirse acompañada, sentir un trato más humano que robotizado, porque claramente es un proceso sobre todo el parto que es demasiado importante pa la pareja, pa la familia, entonces uno tiene que saber cómo acompañar y estar presente...*

Según los profesionales, la atención ideal de los procesos de gestación, parto y posparto inmediato correspondería a ciertas prácticas, modelos y concepciones de nacimiento. Si bien participaban en distintos sistemas, encontramos que en los discursos profesionales comunes existe la necesidad de mantener o implementar:

Prácticas profesionales de respeto a las pacientes, de amabilidad y empatía, de paciencia con sus tiempos y dolores, de sembrar confianza en la mujer y en la relación profesional-parturienta, de protección y cuidado, de darle protagonismo, de no enjuiciar ante la multiplicidad de parturientas. Que la práctica se base en respetar los procesos fisiológicos, en lugar de abusar de fármacos, induciendo y/o cesarizando cuando no es necesario.

Modelo de Atención que propicie la atención profesional y la contención emocional, particularmente con Atención Continua, con educación e información adecuada, con controles biomédicos constantes, que se fomente el acompañamiento y apego, que se permita invertir en las condiciones materiales para favorecer comodidad como calor, luz tenue, privacidad y silencio.

Concepciones del parto que limiten la intervención innecesaria, que no se apresuren los tiempos del proceso, que se respete la incertidumbre de este, que responsabilicen a la

parturienta sobre el proceso que atravesará, que fomenten el protagonismo de la parturienta, que aludan a la importancia en los roles de madre, de familia, de sociedad y de la belleza de la maternidad.

Se promueve -según obstetras y matronas- una atención acorde a concepciones positivas del parto, con la búsqueda de un momento especial y seguro para la madre; para lo cual se requieren enfoques, modelos de atención y prácticas determinadas. En este contexto esperado, las nociones de violencia obstétrica, denunciada por los movimientos y organizaciones mencionadas, adquieren mayor peso debido a la disonancia que genera el esperar un proceso positivo y recibir lo contrario. Aquello se visualiza con el caso siguiente que nos cuenta una matrona sobre una parturienta que había esperado atenderse natural, o a lo menos respetuosamente, en un hospital público. Ante sus peticiones y acciones, fue rechazada y amenazada:

9.Mat.Pub.Trad.Resp: *Por ejemplo una señora contaba que (...) se había leído todos los libros de Michel Odent⁴⁹. Entonces como que quería su parto, no sé qué, pero estaba claro que en el HOSPITAL X no era tan real porque había ido a la visita y había preguntado y le habían dicho que dependía mucho del equipo que le tocara, y la mina venía abierta a la posibilidad de que no fuera como Michel Odent lo plantea pero busquemos un punto medio. Y fue nada que ver. La loca decía que se dio cuenta que ponerse en 4 apoyos era lo más cómodo y la retaron todo el rato: ¡¡acuéstate, acuéstate!! Y la loca ya, se ponía de lado, cuando podía se ponía en 4 apoyos, y “acuéstate, acuéstate” y de ahí el turno le agarró mala, entonces la loca gritaba y la hacían gritar. Y después cuando fue el parto le hicieron fórceps, la típica, “no sabís pujar, y no sé qué, saca a tu guagua”. Por ejemplo, hay una cuestión: nadie sabe cómo pujar. Entonces las matronas no han encontrado nada mejor que asimilarlo al hecho de ir al baño, de hacer caca, Y algunas le dicen abiertamente: hazte caca. Y es como: loco, no está haciendo caca, está teniendo a su hijo. Tú podrías explicarle que es como similar a ir al baño, pero no es lo mismo. Y las matronas: weona, puja, puja, hazte caca. (...) es heavy. Y bueno, después esta mina como le hicieron fórceps, eso lo atiende el médico, una médico en este caso, y ya, la estaban suturando y no sé qué, y la weona [médico] a pito de nada le dice: te odio. Y la loca queda pa la cagá, así como: te portaste muy mal, te odio. Y la loca quedó pa la cagá y en ese momento estaba operada de los nervios y le responde: es mutuo. Y todo el equipo queda pa la cagá porque nadie le responde a un médico, y después la loca estaba ahí y le dice: oye pórtate bien porque si yo quiero acá te dejo una cruz y no sé qué. Le estaba suturando sus genitales, ¿me estás webiando? Y después me cuenta que se fue, y volvió (la médico) a pegarle un paípe. Y yo, ¿me estás webiando? no puedo creerlo.*

Las posibilidades de demanda por estas situaciones se hacen posibles en tanto hay una exigencia determinada, hay empoderamiento y posibilidad de apelación cuando las expectativas se alejan demasiado de lo recibido -aunque por lo general, tales apelaciones no son vinculantes. La existencia de grupos⁵⁰ que abogan y se manifiestan por un tipo de atención satisfactoria -en marchas, en columnas de opinión o formando colectivos políticos- se ve claramente en el caso de la obstetricia, y son estos los que han socializado la idea de

⁴⁹ Médico Obstetra Francés y autor más citado en el mundo en cuanto al nacimiento. Sus investigaciones y acciones se dirigen a defender el parto natural como el método mamífero más sensato para parir, buscando -en lugar de la biomedicalización y las costumbres que los humanos han fabricado sobre este proceso- aquella atención que favorezca la intimidad, privacidad y los estados orgásmicos del momento del parto e inicios de lactancia para favorecer la hormonalidad y los procesos futuros de la/el recién nacida/o.

⁵⁰ A estos grupos Rose los llama biocudadanos, en tanto sujetos agrupados en torno a sus “condiciones biológicas” unificando en categorías como enfermos crónicos, discapacitados, no videntes, psicópatas, depresivos, entre otros. Nuevos lenguajes biológicos y biomédicos los unen, e incluso se crean personas con cierta clase de relación consigo mismas, usando lenguajes teñidos de biología para describir aspectos de sí mismos sobre sus identidades (Rose, 2012:284-5).

que la violencia no se ha de aceptar en la atención de parto. Asumiendo este rechazo a la violencia, al menos discursivamente, son solo las generaciones más antiguas las que normalizan situaciones de violencia, mientras las nuevas ya consideran problemáticos los casos en que la mujer no tiene autonomía ni respeto para su proceso.

9.Mat.Pub.Trad.Resp: *es cuático porque hay profes en la escuela que dicen que no existe [la violencia obstétrica]. Y de hecho se enojan, hemos tenido discusiones igual. Pero claramente sí existe. O sea, sí, mil veces sí. Como que el mismo hecho de que de repente no te expliquen lo que te están haciendo ya es violento porque es tú cuerpo, ¿cachai?...*

Para que aquellos tratos se presenten como “en retirada” como menciona la presidenta del Colegio de Matronas, ha habido una tendencia general al cambio en materia de atención desde varios actores. Entre ellos cambia el rol de la parturienta, de los equipos médicos, a través de un enfoque de derechos y de consumo en salud.

El **cambio en el rol de la parturienta** tiene que ver con un enfoque de **autonomía y protagonismo** en el parto, incluso por parte de quienes no se consideran partidarios de algún enfoque específico de atención.

10.Mat.Priv.Trad: *mira, creo que en que debemos respetar a la paciente, a la mujer, como quiera tener a su bebé, si quiere o no quiere con anestesia. O sea ni siquiera debiera existir programas que digan mira en esta clínica se atiende de esta manera. Yo que puedo tener una guagua, me gustaría, yo que voy a tener una guagua me gustaría tenerla sin anestesia, y voy a ir y en la clínica no tienen por qué obligarme a usar anestesia, o sea, es mi libertad. O sea ni siquiera debiera existir programa o aviso.*

La expectativa en la cual la experiencia y decisión de la parturienta son lo que debiese ser priorizado, tiene como trasfondo la exigencia en educarse sobre el propio cuerpo en el proceso del parto, asumiendo una **auto-responsabilidad** que no ocurría en décadas pasadas. La pasividad de las pacientes está empezando a considerarse como una desventaja, pues se requiere en estos nuevos modelos que la parturienta sea activa, trabajadora como el resto del equipo, pero además con un protagonismo único.

7.Mat.Pub.Trad: *... Pucha a mí me gustaría que llegaran más preparadas. Porque eso ya te da una base sobre la cual trabajar, es un, no solo, porque claro yo puedo informarle a la paciente todo lo que quiera, pero tampoco es la idea una relación tan vertical en el sentido de que ella solo escuche lo que yo le tengo que decir, sino que ella...porque el no saber nada te implica aceptar. En cambio si tú has estudiado un poco, te has preparado, tú puedes preguntar qué es mejor, es distinto.*

8.Mat.Indep.Resp.: *...Yo espero que ella tenga un compromiso principalmente con su propia persona. Es decir, que se tome en serio el proceso que está viviendo y si para eso requiere información, educación, prevención, acciones, que las considere, las estudie y si son necesarias que las considere en su totalidad. Por qué digo esto: porque puede pasar tanto como gestante o mujeres en terapia que te pueden contar un problema muy grave, drama y que necesitan ayuda, pero saliendo de ahí se les olvida todo lo que pasó y no tienen ningún compromiso con la terapia. Pero después ellas sí desean los buenos resultados. Y los buenos resultados no los vas a tener por arte de magia, y en el fondo el propio terapeuta es la misma persona, es uno. Tú eres tu propio sanador*

9.Mat.Pub.Trad.Resp: *... si ella no pone de su parte tampoco se logra una buena lactancia, ¿cachai? O no sé, muchas así como: sáquenme a la guagua. Y es como: señora, es un trabajo que tiene que hacer usted.*

Sin embargo, para los profesionales criados en una medicina tradicional, biomédica -es decir, prácticamente la mayoría-, el conocimiento es problemático. Por un lado, se exige que la mujer llegue con conocimientos previos respecto al proceso de embarazo y parto, pero por el otro lado, cuando aquello se realiza, genera -para algunos- molestias inmediatas, por dar cuenta de que a mayor información, el **rol de los equipos médicos** también ha de cambiar:

6.Obst.Pub.Priv: *Es que antiguamente el médico decía algo y era una orden. Eso es como histórico que el médico decía tal y se hacía esa cuestión y ahora ya no es tan así porque existe mister google y las señoras se meten a leer ahí y de repente hay que saber cómo usar las herramientas porque de repente ni cachan y se ponen a leer cosas, quedan con ideas, te discuten que usted no sé qué y la parte clínica se hace mucho más difícil. Ahora también existen pacientes con un nivel educacional mayor y tienen más conocimiento, pero también se empoderan un poco de tener información. Antiguamente uno sacaba información de los libros y ningún paciente iba a ir a buscar un libro de medicina. Ahora agarrai un celular y al menos algo sabes respecto a lo que tenís. Entonces eso hace que en el fondo pidan más y muchas veces uno no tiene cómo darle el más (...).*

Al asumir una búsqueda diferente de atención, cambia tanto el rol de la mujer a uno más activo y auto-responsabilizado, como también cambia el rol del equipo de salud, donde su acción queda relegada a las decisiones de la embarazada -dentro de ciertos límites-, sin la autoridad incuestionable que alguna vez tuvo. La atención de parto ya no deviene en protagonismo médico, sino en darle centralidad a la parturienta mientras ellos resguardan la seguridad y contención del momento.

7.Mat.Pub.Trad: *Yo creo que a nivel hospitalario están empezando a haber cambios de pensamiento, de dejar que las cosas sean más naturales, yo creo que eso igual es como lo que se viene, en el sentido como algo seguro pero no tan intervencionista, como más de asesoría en vez de sentir que el parto.. Porque me pasa mucho con los colegas, los gine, los médicos y todo que sienten que el parto de ellos, y mi parto, y se van a allá, y se les olvida que uno solamente es como un asesor como te digo. No es mi parto, yo solamente voy a apoyar a la señora, dirigirla, educarla en lo que necesite, para que tenga su parto, pero no es que sea mío, porque de repente cuesta, porque hay una cosa de ego detrás, no tal vez ego como el sentido feo que se suele sonar sino del hecho de decir “yo estoy ahí, yo traje la guagua al mundo”, pero en verdad uno no hace eso, uno guía, la señora lo hace. Entonces el profesional se empodera del parto, y también disminuye a la persona. Porque la paciente llega así como “háganme lo que tengan que hacerme” y se entrega y ella también pierde participación, que es súper necesaria.*

8.Mat.Indep.Resp: *Pero si tú me preguntas yo siento que lo mío es contener, con los ojos muy abiertos, atenta a cualquier cosa, pero más allá, todo es ella. No me siento que mi intervención sea importante, no me siento protagonista. Eso que quede claro, la protagonista es ella, por lo tanto mi labor siempre va a ser un poco como desde el rincón.*

A partir de tal giro, las prácticas médicas también se dicen cambiadas, en especial por aquellos programas que fomentan modelos biopsicosociales. Se propone un mínimo de atención personalizada a las necesidades de la parturienta, en lugar de protocolos de comodidad médica. Así, prácticas protocolares de episiotomía, rasurado o posiciones de litotomía en la camilla ya no debiesen presentarse como exigencia, a pesar de que las nuevas condiciones impliquen mayor esfuerzo por parte del equipo de salud.

7.Mat.Pub.Trad: emmm.. sí, yo diría que es común, hoy en día no es tan común lo que se llama episiotomía perfilar que es como lo que se hacía antes como por si acaso que se hacía a todo el mundo. Hoy en día se está siendo más respetuoso al respecto y salvo algunos colegas más antiguos tienen la costumbre, la mayoría lo deja más espontáneo y de repente se produce un pequeño desgarro, pequeño en comparación a lo que hubiese sido una episiotomía y es mejor reparar eso, pero hay que evaluarlo

9.Mat.Pub.Trad.Resp: es que al final es lo que más le acomoda a la mujer. Claramente un parto en cuclillas pa nosotras es mucho más incómodo. Porque es a ras de piso, la guagua cae y tú no sabes cómo agarrarla bien, pero si es lo que le acomoda, es. Como que hay que dejar de tenerle miedo a tirarse al piso. Entonces yo la tendría si quiere subirse, pero de las verticales, no de las horizontales de litotomía.

Esta intención de cambio y búsqueda de una experiencia significativa en el momento de parto para las parturientas, es más amplia que solo el ámbito obstétrico. La salud desde políticas gubernamentales ha sufrido cambios en favor de un enfoque integrativo de aspectos que exceden a la curación de un problema específico. La presidenta del Colegio de Matronas adjudicaba el cambio a una generalizada reforma sanitaria, mientras que en la práctica los intentos de cambio se asocian también al *enfoque biopsicosocial* o *atención integral*.

Paralelamente para el 2015 la OMS plantea llegar a un pleno enfoque de derechos humanos para la salud⁵¹, lo que lleva a promover la garantía del goce en salud por parte de las instituciones y Estados de las Naciones Unidas. Y al mismo tiempo, como veríamos con análisis sociológicos de Nikolas Rose, se ha forjado una relación de consumo de salud y mercados que la crean y mantienen, teniendo como consecuencia el generar consumidores de salud, conscientes de tal derecho, y por ende con posibilidad de demandar ante un fallo en el producto.

Estos enfoques de derecho y consumo en salud, si bien diferentes, han dado sentido al aumento de judicialización en la especialidad obstétrica, dejando en luz pública y con posibilidad apelación frente aquellas situaciones en que usuarias están disconformes con la atención recibida. Ante ello, las profesionales se aseguran de dar un buen trato para -entre otras razones- evitar demandas.

7.Mat.Pub.Trad: (...) Yo creo que hay que ser más responsable con un paciente. O sea el paciente tiene derechos entonces si uno no lo respeta o no acoge su duda es lógico que él piense que tú lo atendiste mal. Entonces y creo que uno igual se puede proteger de la parte judicial hablando claro, y haciendo las cosas bien. En realidad uno siempre trabaja en la obstetricia siempre pensando que te pueden judicializar. O sea los registros clínicos tienen que ser súper claros porque lo que no se anota no se hizo.

10.Mat.Priv.Trad: claro, se intenta controlar no solo el riesgo, sino lo que es seguridad, calidad, y por otro lado también protegerte tú porque si no te pueden demandar por negligencia, impericia, imprudencia por cualquier cosa. Y también tienes que protegerte como profesional, entonces en esta medicina tan judicializada también se está generando esta brecha de hasta qué punto te entrego

⁵¹ Para descargar artículo sobre enfoque de derechos humanos en salud de la OMS, dirigirse a http://www.who.int/hht/news/hrba_to_health_spanish.pdf

información, hasta qué punto hago lo que tengo que hacer o no lo hago o me retraigo y solo escucho, o me someto a ti. El tema de judicialización.

Independiente al modelo elegido, hay una situación general, y es que en una atención ideal, se espera cierta forma de ejercer la práctica y recibir una atención de experiencia positiva. Profesionales aluden a que la experiencia es simbólicamente importante y ha cambiado en relación a momentos anteriores. Hoy se está alerta ante situaciones de posible violencia obstétrica y se busca que las mujeres sean protagonistas autónomas en su experiencia de parto, mediante programas particulares o de políticas públicas aplicadas en instituciones de atención de maternidad.

Todas estas situaciones son discursivas y no necesariamente prácticas. En la práctica, aquellas experiencias catalogadas como sublimes, que requieren el cambio de varios actores y situaciones, se ven tensionadas cuando se continúa en un enfoque anterior, asociado a modos de atención biomédicos sin preocupación de aspectos psicológicos y afectivos. Cuando se dice que el protagonismo ha de ser de la paciente, muchas veces ocurre lo contrario, y la paciente queda relegada a decisiones del equipo. Estas prácticas se profundizan en el apartado siguiente.

Práctica de los modelos de atención

Este apartado discute sobre aquello que es valorado en la práctica de los distintos modelos y sistemas de atención de nacimiento actual. Si bien esto se relaciona con las expectativas y es observado mediante conversaciones, no responde a un discurso de lo que se espera de la atención ideal, sino a los criterios de priorización que se dan en el trabajo mismo, aquello valorado en la práctica del servicio ofrecido. Se describirán criterios generales en la obstetricia para luego mostrar las distintas combinaciones posibles de los modos de atención, lo cual guiará la discusión sobre las condiciones prácticas, resultados y relaciones del *bíos* en cada caso de atención institucional.

Como punto general, diremos que existen valoraciones diferenciales -material y simbólicamente- en la atención del nacimiento. Sin embargo, hay un aspecto valorativo que se encuentra en todos los modelos y sistemas, y es que en primera instancia se priorizará siempre la seguridad vital del binomio “madre y recién nacido”.

El binomio siempre ha de estar vivo, sin embargo, esto se da por sentado dado a que se logra hace tiempo en el país con cifras muy bajas de morbilidad materno-fetal. La pregunta inmediata es ¿vivo de qué manera? Las formas en cómo el binomio ha de vivir son lo que sigue en nuestra reflexión, que dada la variabilidad de modos de parto existente podría darse de muchas formas. Sin embargo, aún hay una respuesta común y es que sigue su optimización, en tanto se busca la mejor forma de parir y de nacer. Ahora, esta optimización es la que variará según los sistemas y modelos en práctica. El valor, producido y productor de la atención de salud, aborda la optimización de lo viviente en cada modelo.

Retomando los análisis del capítulo 3, para un parto tradicional, lo importante será mantener la vida y los estándares de seguridad, avalados por la tecnología y los protocolos establecidos; a través de prácticas médico-institucionales eficientes. La sanidad inmediata es lo más importante y cualquier cambio a los protocolos son una amenaza a esta. Es por ello que las lógicas repetitivas de producción se ven como esenciales, al igual que los fármacos y materiales que las sostienen. La inducción farmacológica se presentará como un salvador ante cualquier retraso innecesario del tiempo en el trabajo de parto, la anestesia será esencial para un proceso controlado en el cual la emocionalidad y el dolor no han de interferir ni alterar la función específica de los equipos.

En un parto biomédico clásico con una medicalización normalizada, una figura representativa sería la operación cesárea electiva. Una cesárea responde al objetivo general de una guagua viva, sana, con condiciones de sanidad inmediata, con un proceso de control biomédico asociado a índices bajos de morbimortalidad neonatal. La cesárea como posibilidad de consumo refleja los valores de la modernidad, en tanto mezcla el desarrollo científico y tecnológico, acceso económico, libre elección, y autoridad médica para la resolución del proceso, derivando siempre en resultados exitosos esperados sobre la salud inmediata.

3.Obst.Pub.Trad.: (...) Entonces, si yo no tengo las condiciones para que una señora que debiera ser inducida de parto, no tengo la certeza de que voy a poder controlar adecuadamente ese trabajo de parto, con el equipamiento y el personal, yo prefiero operarla. Cosa que no debiera ser, no debiera ser pero es lo menos malo. Es más seguridad, de que vamos a tener un buen resultado. Si esa mujer me dice: es que no quiero cesárea. Yo le digo: pero mujer, es que entramos en un problema. Porque no tengo cómo.

9.Mat.Pub.Trad/Resp: como que la cesárea se vendía como que es lo mejor que hay, que no pasas por el dolor de trabajo de parto, que muchas veces es como doloroso, que lo podis programar el día que tú querai a la hora que tú querai, que al final siento yo que es casi como ir al mall, entonces ya, voy el lunes, a las 12 y vuelvo el viernes a las 5 con guagua. Y eso, se vendía casi como que parir vaginal iba a ser en unos años más la weá más obsoleta de la tierra...

Al contrario, en un enfoque biopsicosocial de menor intervención, importa la forma en que se trabaja el parto, con énfasis en la salud a largo plazo, y la atmósfera producida, a pesar de no seguir un plan puramente biomédico. La confianza en la autonomía de la parturienta será necesaria y su capacidad de atravesar el dolor será central, teniendo suficiente autoconocimiento para saber hasta dónde llegar. La amenaza está aún en mantener lo vivo, pero incluyendo el cómo se maneja lo vivo y lo viviente, y qué beneficios pueden lograrse según ciertas formas de tratarlo. De esta manera, el riesgo está en tanto se teme a un parto intervenido y biomédico, que no responda a las nuevas necesidades experienciales de la parturienta y a los beneficios futuros para el recién nacido.

Una figura representativa de estos modelos de autocuidado puede ser el parto natural sin anestesia ni intervención farmacológica innecesaria, en apoyo vertical. Esta figura, en su versión institucional estará igualmente ejercida con profesionales que van asistiendo en forma de acompañamiento y consejo, fomentando un espacio de silencio y tranquilidad. Este tipo de parto se realiza desde la medicina actualizada basada en

evidencia, por lo que cumple con normas de riesgo comunes, agregando los conocimientos y auto-responsabilidad que ha de tener una madre en este proceso. Conocimientos de su cuerpo, confianza y decisión parecen necesarios en este tipo de parto. Las horas del trabajo de parto pueden ser muchas, pero la recuperación tiende a ser más rápida. Los objetivos de este parto se relacionan con tener un proceso natural, beneficios experienciales y de largo plazo en la salud del bebé y la madre; como el apego precoz que *“es una experiencia única que puede influir en el desarrollo futuro del recién nacido. Por eso, contribuir con el apego es fundamental, y es el parto vaginal el que lo permite, no así la cesárea”* (Nota Clínica Santa María⁵²).

Si bien estas figuras se encuentran en modelos institucionales, se conjugan y sitúan siempre en un sistema de atención público o privado, que como vimos delimitará las posibilidades de cada uno. Se detalla a continuación las valoraciones de lo que se busca en la atención, la comprensión del nacimiento y las percepciones del riesgo en cada cruce, según la triangulación de información de las/os entrevistadas/os. Estos cruces responden a nuestra interrogante principal sobre la valoración de lo viviente en la atención del parto. Se adjunta como **Anexo I** el cuadro de doble entrada que resume la información aquí descrita.

Modelo Biomédico de Atención Pública:

En este modo de atención, se busca el control constante de los riesgos durante la gestación, parto y puerperio inmediato; conseguir buenos índices en salud materno-fetal, con prácticas técnicamente acordes a la ciencia obstétrica, utilizando monitoreo fetal, inducciones y anestésicos farmacológicos. Se busca también propiciar un ambiente ordenado y eficiente en el parto, con espacios y materiales que basten para la prestación biomédica. Son prestaciones que maximizan buenos resultados con el mínimo uso de recursos. Los profesionales guían la gestación y el nacimiento, logrando una atención masiva pública y protocolar, con resultados de salud inmediata de la parturienta y recién nacida. Se comprende el nacimiento como un evento que es siempre impredecible, por lo que requiere control. Se controla biomédicamente, y este método no debe cambiar. El nacimiento y su atención conlleva permanentemente riesgos de muerte materno-fetal, complicaciones biológicas eventuales y puede complejizarse si se cambian lógicas y protocolos biomédicos. Si algo sale mal afecta a “toda la sociedad”.

Modelo Biomédico de Atención Privada:

En este modo se busca también un control constante de los riesgos durante la gestación, parto y puerperio inmediato. Se valora la comodidad para los equipos de salud en cuanto a tiempos y horarios. Se soluciona el parto con prácticas biomédicas de monitoreo fetal, inducciones farmacológicas y cesáreas. Se busca también ofrecer hotelería y comodidad para la paciente siempre y cuando no interrumpa las prácticas médicas. Se dispone de espacios, materiales y tecnología especializada para las prestaciones biomédicas. Se busca que los equipos médicos personalizados guíen la gestación y el nacimiento. Pero

⁵² Nota de Clínica Santa María sobre los beneficios del parto natural disponible en http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia_muestra.asp?new=706.

también el mantener a la familia adosada a la clínica. La atención tiene como objetivo generar la máxima rentabilidad con la atención (para la institución y/o para los equipos de salud). Y al igual que en caso anterior, se busca lograr salud inmediata de la parturienta y la recién nacida. En este caso, el nacimiento es una fuente de ingresos, que en términos médicos siempre puede volverse impredecible, por lo que requiere control protocolar, y debe tratarse biomédicamente. El parto es riesgoso por la muerte materno-fetal; puede llevar complicaciones biológicas eventuales y puede empeorar si se cambian lógicas biomédicas.

Modelo Biopsicosocial en Atención Pública:

A diferencia de los modos anteriores, en este se busca un seguimiento profesional del proceso de embarazo y parto, pero con apoyo emocional constante. Se busca igualmente conseguir buenos índices obstétricos, pero también la satisfacción usuaria. Se intenta intervenir lo menos posible con fármacos, inducciones y cesáreas innecesarias, y se propician prácticas de autonomía de la usuaria: movimientos libres, responder a sus necesidades particulares, respetar su capacidad de decisión. Hay materiales y espacios para acompañar el proceso con cuidado del uso de recursos. Se busca que las profesionales acompañen la gestación y el nacimiento. Se busca fomentar la educación prenatal, además del compromiso de la usuaria y su acompañante para lograr una atención masiva pública pero también personalizada y respetada. Todo ello por una salud a largo plazo de la parturienta y recién nacida. El nacimiento se entiende como un proceso que lleva incertidumbre de la cual solo algunos aspectos pueden controlarse. Se considera un evento importante simbólicamente, y se trata desde la Medicina basada en Evidencia, junto a terapias y medicinas complementarias que se ajusten a las necesidades de la paciente y posibilidades de la institución. También se considera riesgoso por muerte materno-fetal, pero además considera riesgosa la posible violencia física y emocional en la atención del parto. El riesgo ocurre cuando hay falta de confianza y educación sobre el cuerpo de las embarazadas mismas.

Modelo Biopsicosocial en Atención Privada:

En este modo, se busca buenos resultados fisiológicos permanentes, aunque signifique atravesar por procesos de dolor (no implica sufrimiento⁵³). Hay seguimiento de la embarazada hasta el puerperio con el mismo equipo médico de su elección. Se propician prácticas de comodidad, confianza, respeto y autonomía de las usuarias. Los materiales y espacios están disponibles para acompañar el proceso, con los recursos que sean necesarios para ello. Se busca que los profesionales acompañen y se fomenta educación prenatal con talleres y equipo de salud personal. La atención personalizada se garantiza para quien pueda pagarla, y se busca mantener a la familia adosada a la clínica. Se busca generar rentabilidad con la atención (para la institución y/o equipos de salud). Se busca la salud a largo plazo de la parturienta, complementando la atención biomédica con atención emocional de matronas acompañantes y/o doulas. El nacimiento aquí se comprende como

⁵³ Más de una matrona me comentó sobre la diferencia entre dolor y sufrimiento. El dolor es parte del proceso de parto normal y del trabajo de parto. Sin embargo, si es que hay una buena educación prenatal y del propio cuerpo, este dolor puede vivirse como un esfuerzo que será superado y recompensado en el nacimiento, en lugar de llevar a la sensación de sufrimiento.

una fuente de ingresos, que es impredecible y solo algunos aspectos pueden controlarse. Se debe tratar con los conocimientos y medios que la paciente considere conveniente, y se valida con Medicina basada en Evidencia. Es un evento importante simbólicamente, que se considera riesgoso cuando hay intervenciones innecesarias y falta de atención emocional. Las muertes materno-fetales se asumen como un riesgo, pero ya controlado.

Podemos consentir en que los modos de trabajo biomédico y biopsicosocial se sustentan en sus condiciones materiales. De esta manera, los tipos de sistemas -aun sabiendo que dentro de tales categorías variarán- definen el proceso según los recursos disponibles y las lógicas en cuestión. Y si bien estas categorías propuestas no son rígidas ni puras, lo que caracteriza y refuerza la necesidad de diferenciarlas tiene que ver con el valor específico de lo viviente que puede reconocerse.

Las instituciones de parto tradicional biomédico permiten la masividad y protocolaridad de técnicas médico-científicas y de resultados inmediatos. Estas caracterizan una intención efectista en la medicina obstétrica e implican una concepción de los recursos (materiales, humanos y temporales) como centrales y limitados, que mientras en sistemas públicos se cuidan y priorizan, en privado se plantean como una posibilidad de renta. La diferencia principal en cada sistema es que los procedimientos biomédicos de sistemas privados no tienen las mismas regulaciones que las de instituciones públicas, dando una mayor libertad de cobros y prácticas particulares no fiscalizadas entre pares.

Podemos leer una atención biomédica protocolar y eficiente, principalmente de instituciones públicas y algunas privadas de atención masiva, en la cual se valora una atención que promueve la vida del binomio y la garantía de salud inmediata, poniendo énfasis en una sanidad física normalizada que permite un funcionamiento apto para responder a las exigencias comunes de la población. Esta garantía de seguridad del binomio para una vida apta, sana y funcional es lo que se oferta como calidad del servicio. Se liga a las políticas públicas y consumo privado de salud, con la intervención suficiente para una producción estándar y útil de seres humanos aptos para la vida productiva. Estas subjetivaciones de la modernidad, que pueden parecer racionalistas y económicamente calculadoras, se aprecian de mejor manera cuando nos acercamos al límite del resultado viviente. Cuando el objeto-guagua producido está vivo pero no es funcional ni apto desde una normalización para la vida productiva.

***3.Obst.Pub.Trad.:** cuando un niño que tiene un problema, o una madre deja con un problema permanente, esa es carga social, esa es carga para el Estado. Un niño una asfixia severa que termine con parálisis cerebral, ese niño es una carga para el Estado. ¿Y si se pudo haber prevenido? Ahí te queda y te preguntas por qué. Igual es un tema, porque ahí vienen las libertades individuales. Si tú estai dispuesta a asumir un riesgo pero vai a aperrar con las complicaciones, bien. Pero en general, en el país, los países como el nuestro, cuando las cosas salen mal el problema es del Estado. Cuando las cosas salen bien, son mis derechos, y esa es una cuestión que está po. Está dentro de las reglas del juego.*

Si hablamos del valor del bíos, del valor de lo viviente, en los centros de parto tradicional respondería a una forma de concebir la vida del binomio madre-hija/o como

necesaria de mantener en el momento de parto, con la tecnología necesaria sin importar repercusiones de largo plazo para la población. La atención se verá exitosa cuando hay una madre y recién nacida/o vivas, con números de Apgar⁵⁴ alto y sin patologías particulares del cuerpo. Cuando aquello no se logra, hay un error en el funcionamiento y alguien ha de hacerse responsable.

La valorización de lo viviente difiere cuando su tratamiento tiene un costo particular para quienes se atienden, a cuando no lo tiene. Es decir, el valor del *bíos* cambia en la atención pública y privada. Una atención despersonalizada caracterizada por una masividad protocolar y repetitiva se da en instituciones públicas que buscan la maximización de los recursos para poder atender al grupo de pacientes asociados en el tiempo mínimo posible y así no parar con la reproducción. En una institución privada, la lógica es similar pero con otro objetivo: la atención masiva y protocolar tendría que ver con una gestión administrativa de atender a muchas personas produciendo más ganancia a bajo coste, generando una rentabilidad que justifique la existencia del servicio. El valor del *bíos* en estos casos, se ve en la ganancia directa, en el valor que genera el atender un proceso viviente.

El tiempo de atención sigue siendo un tema especial en esta ecuación. Es un recurso que ha de gestionarse bien, ya sea para la eficiencia de una institución completa -como ocurre en instituciones públicas- o para un equipo particular de atención privada y la maximización de su renta. El tiempo, en los partos biomédicos tradicionales se hace central:

10.Mat.Priv.Trad: (...) tengo más pacientes por lo tanto el tiempo que yo le voy a entregar a cada paciente es menor, entonces empiezo a abrir brechas y atención comienza a ser: ya, cuántas semanas tienes, subiste de peso, te recomiendo que no subas tanto de peso entonces ya, te voy a hacer un registro. Entonces empieza a transformar en eso, por lo tanto esa paciente queda carente. Carente de lo afectivo (...) Y por qué esto ocurre, porque además de atenderte a ti, yo sé que en 15 minutos más voy a recibir a otra paciente, y no en media hora más. Porque si fuera en media hora más yo a ti te podría entregar otras herramientas (...)

Los partos respetados/naturales/humanizados también tienen diferencias apreciables según sean privados o públicos. Existe un hospital público de la R.M. que se introdujo de lleno al parto natural-respetado, sin embargo, la mayoría son hospitales que han tenido capacitaciones sobre estos tipos de atención. Al ser los profesionales los capacitados para cambiar el modelo, realizan prácticas de atención biopsicosocial, pero la materialidad y los obstáculos administrativos y económicos limitan tanto los recursos como su posibilidad de gestión. Así, en instituciones públicas, un enfoque biopsicosocial se inserta como una manera de actuar frente a las parturientas y su proceso, dando las comodidades en la medida de lo posible, pero sin cambiar demasiado las condiciones materiales.

⁵⁴ La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. Se mide el esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y color de la piel. Información disponible en Enciclopedia Médica Medline Plus. Para más información visitar la página <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>

3. Obst. Pub. Trad.: (...) si el parto respetado es que dentro de los márgenes racionales, dentro de lo que los riesgos que defines de bajo riesgo, en donde es controlado, se dejan de hacer o se permite, sí. Pero eso tiene que darse en un entorno, que nos dé la posibilidad de hacerlo realmente, con la dotación de personal y de recinto físico. El tema del parto no intervenido o mínimamente intervenido tiene que ver con la realidad de los servicios. O sea en el fondo si la realidad de los servicios da para que tú no le pongas suero, no le pongas anestesia y tú tienes forma de supervisar eso pero confiable, ya, pero en general eso en la cosa pública la cosa no es así. Entonces tú lo puedes hacer en ocasiones, cuando está, la presión asistencial baja, pero eso depende mucho de cada día. O sea yo no le puedo asegurar a cada mujer que entra por esa puerta que le voy a respetar este plan de parto. Porque va de si tengo once camas en el pre-parto de un recinto que es limitado y llegan 30 señoras, vamos a tener que hacer la pega lo mejor posible y dentro de esa realidad. Así nos vemos enfrentados desde el sistema público.

Las instituciones públicas incluyen talleres prenatales para las usuarias del sistema, de manera que hay una preocupación conjunta del cambio y las directrices son homogéneas a todo el servicio público. Sin embargo, equipos de salud que no hayan recibido tal formación se ven más disociados del tema, aun trabajando en la misma institución. Esta es la situación mayoritaria de los hospitales públicos de la R.M.: un intento de parto respetado que deviene en lo que las posibilidades permitan, con varios profesionales capacitados -en su mayoría matronas y pocos médicos obstetras- pero con infraestructura y administración ajenas al enfoque biopsicosocial.

La valoración del *bíos* en la atención pública de intentos biopsicosociales tiene que ver con una concepción de valorizar el proceso y sus resultados a corto y largo plazo (no solo buscando el resultado inmediato mantener la vida), dándole peso a la afectividad de la embarazada. Esto fomentando una experiencia emocional positiva que además repercute en su funcionalidad -producción de oxitocina natural en el parto cuando la paciente está en un ambiente cariñoso, lo que facilita el proceso y la dilatación-, lactancia y apego para el “buen desarrollo futuro” del recién nacido, y posibilidades mejores de recuperación de la parturienta. El maximizar esas posibilidades se liga a las concepciones que el biovalor aborda: individuación y optimización de los procesos de salud, en favor de una vida no solo apta sino con capacidades fisiológicas óptimas, bienestar psico-emocional y relaciones madre-guagua que fomenten un lazo afectivo importante para la crianza. Todo esto acompañado de autoridades médicas que cambian su rol a un acompañamiento mientras las parturientas son activas de su propia salud.

En instituciones privadas, la atención asociada a enfoques biopsicosociales entra como programas particulares dentro de una variedad para elección, y se adquiere según la decisión directa -asociada a posibilidades financieras- o según la ligazón del médico de cabecera a este tipo de programas. De esta manera el parto alternativo es una opción dentro de muchas, que incluye una infraestructura y tratamientos particulares.

Estos partos son parecidos a los de instituciones públicas en cuanto a mejorar la *experiencia de la embarazada* y el *óptimo nacer de una guagua*, pero se diferencia en el mayor acceso a tecnologías y recursos especializados para la fisiología del parto. Se tienen balones kinésicos, aromas específicos, música relajante. La posibilidad de contratar un recurso humano especializado en estos tipos de parto facilita la gestión, por lo que en

algunos centros se exige la presencia de doulas. Los espacios también son más amplios, por lo que el silencio, la comodidad y la posibilidad de movimiento para las parturientas se hacen posibles.

Se suma la educación. Según los profesionales, los conocimientos previos que se tienen sobre la atención y el proceso de parto tienden a existir en embarazadas de mayor acceso económico, las cuales serían más empoderadas de su salud y conscientes del rol de consumidora en el cual se encuentran. El elegir programas que aluden a la naturalidad, por reportar beneficios para la salud de la madre y el recién nacido son conocimientos que requieren de educación previa para las embarazadas. Aunque esto no está sustentado en estudios, pudiendo variar y depender de la persona, es la forma que tienen las/os profesionales de explicarse cómo funciona la atención⁵⁵.

En estos tipos de programas el valor de la vida individual hace más evidente su relación con la capitalización económica, cuando la posibilidad de optimizar el nacimiento y todo lo que con ello viene, depende de capacidades de pago mayores. Este enfoque de optimización del proceso de parto se abre al campo de lo afectivo y emocional, siempre y cuando se pueda optar económicamente a ello, ligando la ética y el respeto en una práctica médica a posibilidades financieras de la parturienta. Esto debido a que, en la mayoría de los casos, parturientas de hospital público no pueden elegir cómo ni con quién atenderse.

El valor del *bíos* está ligado siempre a una práctica económica de posibilidad de elección de la prestación, del lugar, del equipo, en búsqueda de bienestar. Este bienestar se ve reflejado en los beneficios que daría la atención de parto natural, que la mayoría de las instituciones privadas -especialmente aquellas más costosas y sin masiva carga asistencial- ofrecen. Esta atención define a quien la consume por su mayor coste. Este grupo, *a priori*, mantiene problemas parecidos a los que trabaja Rose (2012) en sus investigaciones, situadas en países del norte global. El problema de ligar directamente el tratamiento biopsicosocial y automedicalizado del *bíos* a una capacidad económica, se da tanto en sus ejemplos anglosajones como en los centros de atención privada chilena, específicamente en los que se fomentan partos respetados privados, opciones difícilmente accesibles para gran parte de la población nacional.

Cabe resaltar que la medicalización, se encuentra en todas estas articulaciones de atención. Clásicamente hay preocupación biomédica del cuerpo en los partos tradicionales controlando el riesgo a la muerte y los resultados “anormales” o defectuosos. Pero en los partos biopsicosociales también existe riesgo y control. Riesgo a que los resultados inmediatos generen daños a largo plazo, riesgo en generar aspectos nocivos en la salud psicológica de la madre, riesgo en que el autocuidado y autoconocimiento no sea suficiente, tratando de superar tales obstáculos con herramientas no solo biomédicas. Planteo así que el autocuidado no es contrario a la medicalización, sino que es la etapa que coherentemente

⁵⁵ La mayoría de los profesionales que han trabajado en instituciones privadas concordaba en que entre mayor recursos, mayor educación y más posibilidades de preferir partos biopsicosociales; excepto el caso de una matrona de atención tradicional privada, quien enfatiza que las pacientes en centros privados no saben lo que ocurre ni de sí mismas, mientras que las de atención pública tienen la oportunidad de aprender por estar sometidas a talleres prenatales de ChCC.

corresponde a este momento de la medicina social, según las subjetividades actuales. Si bien aún existen modelos biomédicos tradicionales, son justificados por los profesionales con que “condiciones materiales/estructurales no permiten cambios”, pero se asume que deben ser cambiados prontamente para un mayor bienestar.

Finalmente, esta lectura pone en juego a la atención biopsicosocial que se está prefiriendo en las instituciones de maternidad, al integrar aspectos de respeto y buenas experiencias para la paciente, fomentar el bienestar del binomio y maximizar sus posibilidades de existencia en términos físicos, psicológicos, afectivos y efectivos. Esta preferencia se conjuga con la propuesta de nuevas subjetivaciones que ligan el bienestar a una posibilidad de mejorar lo humano desde el momento de nacer. Mejorar las posibilidades y los afectos desde un primer momento equivale a personas mejores o incluso un mundo mejor. Como dice el obstetra Michel Odent “Para cambiar el mundo, hay que cambiar primero la forma en que nacemos”⁵⁶. Esto nos recuerda a los dichos foucaultianos que señalan a la biomedicina como un dispositivo que permite leer constantemente al cuerpo en registros de valor y utilidad.

4.2. Productos del Intercambio: Experiencias Maximizadas, Guaguas Optimizadas

Si leemos el servicio de atención de maternidad en clave de antropología económica, diremos que este hecho es principalmente un intercambio entre sumas variables de dinero -entre uno y siete millones de pesos como costo base⁵⁷- y un binomio, madre y guagua, en condiciones óptimas. El intercambio es realizado entre parturientas (acompañadas o no) y las instituciones en las que se atienden, asociadas a un equipo de salud particular o que va aunándose según el centro de atención que corresponda. Las instituciones como actor del intercambio son también constructoras del espacio para gestar este proceso en tanto pabellones, materiales, camillas, mientras que las embarazadas aportan con la otra parte del espacio a trabajar en tanto cuerpo y potencia.

Las condiciones “óptimas” en que se espera recibir al binomio en el intercambio, son las que nos hemos dedicado a reconocer como variables según las valoraciones en juego. Comparativamente y tras revisiones históricas, a finales del siglo XX este intercambio se estableció como la relación entre dinero -o seguros privados de salud- y una prestación que asegurara la vida y sanidad del binomio como condición óptima. Este intercambio se logró institucionalizar a través de una creciente medicalización e intervención constante del proceso de embarazo-parto-puerperio durante el pasado siglo, lo que significó números prácticamente nulos de morbimortalidad materno-fetal y una percepción de mucho éxito respecto al rol de la obstetricia.

⁵⁶ La frase está popularizada en varios textos, aludiendo la autoría al famoso médico obstetra, indicado anteriormente. Tal frase fue repetida por algunas de las entrevistadas, y se puede encontrar en la página web Ecología del Nacer, disponible en <https://ecologiadelnacer.cl/michel-odent/>

⁵⁷ Revisar sondeo del año 2017 en noticia de La Tercera disponible online en <http://www2.latercera.com/noticia/costo-base-parto-clinicas-fluctua-1-millon-7-millones/>

Ya en el siglo XXI, con el auge de las prestaciones privadas, la antropóloga Murray (2000) investiga este intercambio dando cuenta de la articulación entre la influencia económica monetaria y la posibilidad de realizar prácticas médicas eficientes a través de la operación cesárea electiva, programada y sin la suficiente justificación médica. Así, una cesárea seguía manteniendo la expectativa de la sanidad inmediata del binomio, pero trayendo una rentabilidad mayor a los equipos e instituciones si sabían organizar sus tiempos, lo que a partir de una atención fisiológica⁵⁸ del parto no se obtiene. Se agrega a estas funcionalidades diagnosticadas por Murray la importancia del estatus que otorgó el atenderse por este medio, representativo de los avances tecnológicos reproductivos, capacidad económica y el desarrollo científico.

Actualmente, a casi dos décadas de la investigación de Susan Murray, el intercambio de un servicio por un pago y estatus sigue en pie, con sus múltiples potencialidades de rentabilidad. En términos cuantitativos, la cantidad de cesáreas ha aumentado más aún, tras su boom, confiabilidad y posibilidad de organización temporal, llegando al 44,7% de los partos chilenos en 2015 (OECD, 2015 en Leiva y Sadler, 2016). Investigadores de las ciencias obstétricas, como Leiva y Sadler (2016) han estudiado las cesáreas chilenas postulando que muchos hospitales públicos, más aún privados, han derivado en el uso mayoritario de cesáreas injustificadas médicamente, especialmente con mujeres de bajo riesgo que pueden ser atendidas por parto vaginal-normal.

Como discutimos, las cesáreas y las inducciones farmacológicas representan esta seguridad y garantía del binomio aparentemente sano que a su vez es la tendencia mayoritaria aún. Mas hoy, tras la crítica a las formas actuales de tratamiento, no basta con ese binomio sano. Esta opción se convirtió en el estándar, en el piso mínimo de la atención, que termina siendo en realidad lo obtenido por muchas mujeres que no pueden acceder -ya sea por falta económica, de información o de jerarquía frente a su equipo de salud- a lo que subjetivaciones actuales en obstetricia afirman que debe recibirse: una atención respetuosa, ojalá fisiológica y contenedora emocionalmente.

Los espacios con enfoques biomédicos, en los cuales la atención se realiza con operaciones cesárea, inducciones protocolares y asumiendo a una paciente como pasiva, continúan existiendo y justificándose a partir de las condiciones materiales disponibles; pero se suma al panorama una baraja de nuevas opciones que presentan el parto como una buena experiencia materna y familiar, donde lo óptimo es una guagua no solo viva sino con todo el potencial que pueda dársele a través de los modos de parir. No sorprende así que durante los últimos 3 años hayan aparecido programas especiales en las clínicas privadas más costosas de Santiago, aludiendo a una demanda creciente, y que tanto a nivel ministerial como de organización civil se refuerce la exigencia de partos que respondan a estos nuevos modos de atención.

⁵⁸ Entendiendo fisiológico en este caso como dejar que el cuerpo realice su proceso sin mayor intervención externa y sin apresurar los procesos del embarazo con fármacos u operaciones.

Sobre estos modos biopsicosociales del parir es que retomo la importancia del valor en el intercambio. Gracias a las herramientas conceptuales seleccionadas, se reconoce una primera dimensión del valor en *evaluar* o considerar la *significancia e importancia* del servicio de nacimiento, del trabajo sobre el binomio, como vimos ya con la valoración. Con estas nuevas opciones de formas de parir, también debemos considerar que en el intercambio, el valor del parto reluce su segunda dimensión: *valorizar* o *aumentar el valor* del objeto en cuestión. De esta manera, nos enfrentamos a una situación de intercambio entre pagos monetarios más altos por productos mejorados o de mayor valor: **una guagua viva, sana y ahora optimizada; junto con una experiencia significativa y maximizada para la madre.**

Fuente: Revista de Clínica Privada, Promoción del Parto Natural



Experiencias Maximizadas

Partiremos con el segundo caso, por haberlo tocado en la sección anterior. La experiencia maximizada para la madre, que se produce mayoritariamente en los nuevos enfoques del proceso de atención del nacimiento, tiene que ver con otorgar un servicio que responda a las expectativas que hoy se tienen del parto, las cuales plantean que el proceso sea significativo para ella. Según lo conversado con profesionales, podemos reconocer esa significancia en tres aspectos que se utilizan para garantizar que esta experiencia sea la esperada y se considere comparativamente diferente a formas de atención de parto anteriores, siendo estos la Seguridad, el Buen Trato, y la Autonomía.

La seguridad que hoy se ofrece es comparativamente diferente a la del siglo pasado. En 1960 la mortalidad materna alcanzaba el 0,29% de los casos, mientras que en 2005 alcanza un 0,02%, a pesar de presentar en el primer caso una institucionalización del parto de prácticamente el 75% de los nacimientos (Sadler, 2009). Como ya hemos discutido, el factor de seguridad aplica más que solo a la mantención de la vida. La seguridad hoy implica garantizar la vida y la evasión de cualquier efecto iatrogénico -daño generado médicamente-, es decir, volver a una sanidad determinada de los cuerpos en su integralidad. En los partos que aluden al respeto, naturalidad y humanización del nacimiento, el cuerpo de las mujeres ha tomado mayor importancia, en tanto se plantea proteger sus procesos fisiológicos en lugar de intervenir innecesariamente, por los efectos

secundarios que traería⁵⁹ -siempre que sea embarazo de bajo riesgo. Mantener la fisiología del parto es respetar la hormonalidad natural y los recursos corporales de la propia mujer, en lugar de aplicar técnicas externas para lograr el proceso. Para mantener la misma o incluso una mayor seguridad de largo y corto plazo, pero sin la intervención protocolar de partos tradicionales, se buscan maneras complementarias de manejo del dolor, especialmente emocionales y afectivas, asumiendo que cuando sea necesario se puede llegar a inducir, pero atrasando esto para no producir el efecto de intervenciones en cascada⁶⁰ tan comunes en partos tradicionales. Esta seguridad en la experiencia de la parturienta requiere entonces que esta logre su recuperación sin patologías inesperadas, basando la confianza de la atención en el autoconocimiento y la fisiología del parto.

El buen trato deriva de los cambios que veíamos se han instalado en el país, en tanto ya no se aceptan situaciones de violencia psicológica y obstétrica en general, que conlleven a una relación hostil entre parturienta y equipo. Los buenos tratos implican la amabilidad y atención que vemos expuestas en los partos personalizados, humanizados y respetados, en donde la mujer ha de ser cuidadosamente tratada entendiendo el momento de gestación-parto-puerperio como especial, significativo e importante para el desarrollo del proceso completo, especialmente por lo que implica en su hormonalidad. La experiencia de un ambiente agradable, silencioso y contenedor es lo que parece exigirse. Comparativamente este punto es novedoso a los modos de atención anteriores, donde la psiquis y emocionalidad de la madre no importaban lo suficiente como para entrar en la ecuación. Tanto es así, que la aparición de Doulas es común en los partos R, H, N, al ser ellas quienes pueden aportar una atención emocional y de contención focalizada en la parturienta. Sin embargo, este punto ya existe antes de los nuevos modelos, ya que las instituciones privadas durante estas últimas 2 décadas han integrado la atención asociada al buen trato y al fomento de un ambiente agradable como parte de su publicidad. A su vez, el silencio y la atención personalizada -en términos de relación 1 a 1- ya está instalada como comodidad, por lo que es comerciable y depende directamente del acceso financiero que se tenga, pero no necesariamente se asocia a funciones de la hormonalidad.

Por su parte, la autonomía se presenta como una nueva forma de comprender la atención, en la cual la jerarquía médica se ve cuestionada, dando la posibilidad a las parturientas de tomar decisiones dentro de su proceso institucional siempre y cuando se hayan autoeducado previamente. Este punto da cuenta de poder realizar lo que ellas desean para el momento del parto, siguiendo un plan de parto específico o simplemente pudiendo decidir durante la atención. Con estos modos se incluyen aspectos en el trabajo

⁵⁹ Algunas de las críticas a la inducción y a la operación cesárea se pueden leer en el artículo de la red-salud UC-Christus con recomendaciones del médico Oyarzún, disponible en <http://redsalud.uc.cl/ucchristus/Destacados/aumento-de-cesareas.act>

⁶⁰ Con riesgo de usar mal ciertos términos por no tener los conocimientos médicos suficientes, pero sí la opinión de las profesionales, relataré lo que comentaban algunas matronas del EFECTO CASCADA. Esto es comenzar a inducir farmacológicamente a una parturienta que se encuentre en trabajo de parto, lo que provoca cierto avance para tener que utilizar el monitoreo fetal, pero lo cual reduce la capacidad de dilatación natural y bloquea la producción natural de oxitocina, por lo que se requiere inyectar más oxitocina u otros inductores, además de anestésicos para las contracciones, para poder avanzar en el trabajo de parto. Cuando esto no se logra, porque ha pasado mucho tiempo y no se ha llegado a dilatar lo suficiente el canal de parto, se termina cesarizando por peligros asociados a llegar a ese punto, a estas parturientas que ya están cargadas de fármacos.

de parto como caminar, comer, realizar posturas diversas para calmar dolores, exigir su posibilidad de decidir ante los tratos de su cuerpo y los de la guagua. Esta autonomía es promovida por las nuevas leyes de parto humanizado -o ley trinidad-, por políticas de capacitación a profesionales en centros públicos, organizaciones internacionales y movimientos sociales. Los programas de instituciones privadas han promovido la autonomía asociándola directamente a la elección de parto natural, en el cual al inscribirse en tales tipos de programas se asume que se intentará parir sin intervención médica sino de la forma más natural posible elegida por la parturienta previamente -con planes de parto conversados con su equipo médico-, aunque con ciertos protocolos institucionales que al priorizar la seguridad, no siempre logran autonomía.

Con tales dimensiones vemos cómo algunos servicios hoy esperan dar una experiencia a la parturienta que parezca cercana a las expectativas. Cuando esta versión de la atención no es la que ofrece la institución, se asocia a que el centro realiza tratamientos puramente biomédicos, ya sea por alta cantidad de patologías, por alta cantidad de pacientes en circulación y/o por limitaciones según las posibilidades materiales; pero ciertamente los partos tradicionales biomédicos hoy, necesitan una justificación de su existencia. Ya no parece admisible una experiencia violenta o de atención despersonalizada que no garantice un buen momento para las parturientas. Y cuando se espera esta atención en centros que sí apuestan por ofrecerla -a través de ofertar lo personalizado- las demandas, la insatisfacción usuaria y la organización a través de denuncias masivas comienza a hacerse presente. La judicialización, por ende, se convierte en el fantasma actual de la obstetricia que no responde a las expectativas.

***9.Mat.Pub.Trad/Resp.:** y al final es contra productivo porque está estudiado que la oxitocina que es la hormona con la que acelera el parto no se genera si hay adrenalina que es la del miedo, y cómo no tener miedo si estás en un lugar que no conoces con gente que no te habla, no te explica mucho.*

Si bien en muchas instituciones una experiencia significativamente buena para la parturienta no se logra, otras instituciones las promueven como parte de su oferta y he aquí su maximización: ante la expectativa de una mejor atención, y sabiendo que en muchos centros no se obtiene, esta experiencia se presenta como una forma de valorizar el servicio a intercambiar. Principalmente hacer sentir bien a la madre, en un contexto donde no siempre ocurre, es una piedra angular para vender la atención de parto, es una ventaja comparativa, y donde más se utiliza la importancia de la experiencia materna es en centros privados que publicitan el buen trato, haciendo altamente atractiva a la institución.

Con hotelería y servicio afectivo, que la madre se sienta bien a través de modelos biopsicosociales que favorecen la experiencia del parto se convierte en un aspecto esencial; promover este aspecto es mantener la rentabilidad de la clínica:

***2.Obst.Priv.Trad:** yo creo que las clínicas o cualquier institución deben tener maternidad porque tú si quieres captar pacientes, a las que hay que captar son a las mujeres y a las madres en particular. A las mujeres en general y a las madres en particular, a las mujeres embarazadas me refiero, porque ellas llevan a los familiares a la clínica o a la institución, son vitales.*

9.Mat.Pub.Resp/Trad.: *Suavizado con todo esto de la hotelería, además que en las clínicas todo el mundo es buena onda. Te están vendiendo eso igual.*

Ahora bien, el buen trato y capacidad de ciertas elecciones de la embarazada asumidas en los nuevos programas de atención, ya estaban integrados con otro nombre en instituciones privadas. “Personalizado” para algunas instituciones privadas consistía en una atención focalizada a la individualización de la parturienta, con buen trato y posibilidades de atención dirigida solo a ella. Esto genera ciertos roces dentro de las instituciones que promueven ambos tipos de partos. Vimos en la charla sobre partos respetados que se produce tensión entre las profesionales de atención privada personalizada con aquellas que están comprometidas con nuevos modelos biopsicosociales de atención que también incluyen lo personalizado. Esto porque el sistema de la clínica ya es 1 a 1 (matrona-paciente) a pesar de presentar atención biomédica -farmacológica, intervencionista, con posiciones de litotomía y decisión médica prioritaria. La comodidad, la personalización y la atención particular ya estaban presentes antes de un cambio de enfoque y tales recomendaciones abordadas por los partos naturales, respetados o humanizados parecen obsoletos para las profesionales. Veíamos que algunas profesionales consideraban estos nuevos modos como una moda caprichosa, comercial y pasajera que no aportaba mucho más que rentabilidad y ego a las parturientas, convirtiéndolas innecesariamente en protagonistas.

Pero justamente es el protagonismo lo que convierte a estos tipos de parto en interesante. Lo novedoso es que estos partos maximizan la experiencia no solo como afán directamente económico de vender su servicio; sino que existen equipos realmente comprometidos en mejorar aspectos no concientizados, como el enfoque de autonomía y protagonismo de la parturienta. Autonomía que requiere cierto nivel de compromiso y autogestión de la salud que no se había percibido en etapas anteriores. Al parecer, como explicará el médico de partos respetados Ricardo Gómez, es un cambio serio en la obstetricia:

El parto respetado y natural no es una moda, ni una lectura con la que alguien enganchó en la Paula, la copia del parto de amiga o la devoción transitoria por algún gurú que nunca existió. Seamos serios, el parto natural-respetado es un proceso que requiere compromiso, conocimiento, una profunda comprensión de la fisiología del parto, coraje, y especialmente, comprender que las cosas no saldrán bien el 15% a 20% de las veces (Extracto de Artículo Cedip⁶¹).

Aspectos como el autoconocimiento y el contemplar la posibilidad de que las cosas salgan mal -patologías inesperadas o tener que realizar igualmente algún procedimiento biomédico en el transcurso del parto- es un aspecto nuevo que por ejemplo la cesárea no lleva: no se necesita que la mujer sepa de su fisiología ni se espera riesgo directo -más allá de los aspectos a largo plazo ya criticados sobre la cesárea electiva. Entran en juego aspectos nuevos que a su vez maximizan las experiencias de vida de las parturientas y su guagua, en tanto se experimentan ciertos beneficios al trabajar de esta manera. Que la

⁶¹ Artículo del Centro de Investigación Perinatal e Innovación Docente disponible en <http://www.cedip.cl/site/hospital-la-florida-3-0-la-maternidad-nos-mejores/>

madre esté atendida cariñosamente, por ejemplo, tiene efectos directamente observables en el desarrollo del parto, por lo cual el cariño y buen trato pasan a ser un aspecto conveniente.

9.Mat.Pub.Resp/Trad: ... (En atención natural-respetada, con parto vertical) Uno ve cómo hay menos episiotomías, como todo va mejor, cómo la guagua baja mejor, entonces es como, 100% vale la pena, porque además igual está la matrona de la neo que te la recibe al tiro, entonces tampoco es nada terrible, ¿cachái? Y la mujer es más parte, se da cuenta, se mira.

Respecto a fomentar la fisiología del parto y favorecer los partos vaginales en lugar de operación cesárea, la clínica Santa María -en una noticia que sube a su página oficial- afirma que un parto natural-vaginal⁶² permite mayores beneficios tanto para la madre como para la guagua y es por esto que debe favorecerse.

Beneficios del parto vaginal para la madre

La mayoría de los dolores y malestares duran solo durante el parto, una vez que transcurre las molestias se pasan.

Hospitalización de solo tres días.

La recuperación es más rápida.

Después de este tipo de parto se puede volver a quedar embarazada prontamente.

Beneficios del parto vaginal para el hijo

Menor insuficiencia respiratoria.

Mejor vínculo y apego con la madre.

Menos problemas por prematurez.

Mejor lactancia.

Mejor adaptación del recién nacido al nuevo ambiente⁶³.

Mientras la experiencia usuaria se intenta maximizar a través de buen trato, autonomía y bienestar general obteniendo un valor nuevo y mayor al que solo algunos pueden acceder; el producto-bebé también se valoriza, produciéndose nuevas formas de mejorarlo y optimizarlo. La vida de la guagua desde incluso antes del momento de nacer ha de ser atendida para que alcance su máximo potencial. Así su valor aumenta.

Guaguas Optimizadas

Seguiremos entonces con la segunda parte del binomio: la/el recién nacida/o. Un intercambio clásico en la atención de parto institucional es generar una guagua nacida viva por un precio de servicio diferencial según modo y sistema; intercambio permanentemente logrado a nivel nacional. Lo vivo, así como vimos con las madres, es la prioridad, pero varía

⁶² A veces este tipo de parto es denominado como "normal". En el caso de esta nota, el parto al que se alude no tiene que ver con una naturalidad y una menor intervención farmacológica, sino la posibilidad de parirlo por vía vaginal. Según el artículo, solo con ese factor es que es posible obtener todos los beneficios mencionados.

⁶³ Nota sobre el parto Natural Vaginal de Clínica Santa María con colaboración del doctor Iván Rojas en 2011. Disponible en http://www.clinicasantamaria.cl/noticias/noticia_muestra.asp?new=706

de acuerdo a qué se considera como mínimamente viviente. Nacer sin patologías evitables ni problemas asociados a una mala atención son puntos base, ya desde los primeros intentos de medicalización del parto. Hoy, las nuevas formas de medicalización en tanto exigencias para un mejor nacer de la guagua promueven un parto en lo posible fisiológico, más tiempo de apego inmediato y fomentar la lactancia. Esto tras todos los cuidados que durante la gestación debe seguir la embarazada para el crecimiento óptimo de la guagua.

Por un lado, entonces, tenemos atención de parto dirigida a la vida y a la búsqueda de perfección de ciertos índices de salud inmediata del neonato, jerarquizando tal objetivo por sobre otros. Una guagua atendida en una institución de enfoque biomédico clásico responderá a un buen nivel de vitalidad en tanto control y normalización de sus tiempos, búsqueda de un buen Apgar y signos vitales óptimos, siempre con el riesgo posible en mente.

5.Mat.Priv.Trad.: *es que de repente igual hay complicaciones. De repente se nos escapa de las manos y nada que hacer. Por ejemplo, si la guagua no viene en la posición que requiere el parto entonces es difícil, ahí nada que hacer y hay que intervenir. Por ejemplo, cuando empiezan con, o no empiezan con trabajo de parto, a las 42 semanas, hay que inducirlos sí o sí porque los riesgos post-parto, o sea si siguen las semanas, son mucho más que al inducirlo, entonces ahí igual son temas que hay que ir evaluando, no es que todos tengan que ser así.*

9.Mat.Pub.Trad/Resp.: *... buscar la mayor cantidad de factores de riesgo o de patologías pa tratarlas y poder reducir mortalidad materna e infantil. Como que siento que en eso está bastante, bastante enfocado ¿cachai? Como hacer un buen control prenatal para tener como quizás todas las patologías, poder tratarlas si se pueden, hacer un buen trabajo de parto, para lo mismo, que no se te vaya a complicar, estar atenta a los signos que muestren sufrimiento fetal o una diabetes gestacional o cualquier cosa que te pueda complicar el parto, ¿cachai? Y en el postparto también, ahí te preocupas más de la guagua que de la mamá, pero si hay una episiotomía que no se te infecte. También ir buscando todo el tiempo signos que pudieran implicar alguna complicación, y en la guagua que no le vaya a bajar el azúcar. Todo el tiempo como pesquizando weás que pudieran hacer que la salud no fuera óptima o que se te escapara algo*

Por otro lado, una guagua atendida en un enfoque humanizado, respetado, natural o en alguna medida biopsicosocial, probablemente nacerá de maneras menos intervenidas (mecánica, quirúrgica y/o farmacológicamente) y más fisiológicas, dejando de lado la cesárea electiva y en lo posible inductores y anestésicos inmovilizantes. Estas lógicas esperadas hoy para lograr parir una guagua mejor, se fomentan desde aspectos generales como la fisiología del parto para proteger al recién nacido y su inmunidad, el apego inmediato y prolongado para una relación mejor con la madre, y una incentivación a la lactancia para además recibir los nutrientes necesarios y la conexión que se requiere para el proceso de lactancia prolongado. Estas condicionantes, según la Medicina Basada en la Evidencia y los escritos del famoso gineco-obstetra Michel Odent, proporcionarían las mejores posibilidades para los neonatos, en un futuro de largo plazo.

Dentro de las conversaciones, matronas de centros privados advirtieron que a pesar de que sus instituciones no lo han aplicado -teniendo la infraestructura adecuada-, los

hospitales públicos sí implementan modelos de respeto con apego, a través de capacitaciones y talleres para madres y equipos, en búsqueda de mejorar la forma de nacer.

5.Mat.Priv.Trad: *en los hospitales como que ya está implementando el apego y el parto respetado y esa cuestión, pero todavía aquí en el sistema privado las clínicas, no*

En la misma línea, los espacios públicos tienen una menor tasa de cesárea por intentar fiscalizar el procedimiento a nivel estatal e internacional, y por lo costoso de este procedimiento para los recursos disponibles en la institución, que vimos se intentan maximizar. Sin embargo, a pesar de preferir partos vaginales y capacitar a muchos de sus profesionales en modelos biopsicosociales, se sigue utilizando como generalidad inductores y protocolos masivos para una atención eficiente. Por ende, en la práctica ni todos los centros privados ni todos los centros públicos responden a lo que las profesionales consideran una buena atención que fomente el buen desarrollo de los/as recién nacidos/as, si bien algunos lo intentan más que otros.

Aquí ocurre algo interesante. Y es que los centros que sí intentan fomentar aspectos como la fisiología, el apego inmediato y favorecer la lactancia materna, introducen instrucciones específicas que se asocian a una moralidad de la atención. Así, se sabe que para fomentar un mejor vínculo madre-hija y mejorar la lactancia, es necesario el apego inmediato, es decir, que durante esas primeras horas el binomio permanezca junto. Cuando esto no ocurre por priorizar otros aspectos de la atención (como el enfoque en la atención de la madre) se recrimina, aludiendo a que las primeras horas de recién nacido son las más importantes a utilizar para lograr los beneficios buscados. Cualquier otra priorización va en contra del objetivo central: que la guagua tenga las mejores condiciones posibles de nacer. La gestión específica de las primeras horas de nacida, se hace necesaria para el desarrollo futuro. Esto da cuenta de que la función del apego tiene gran valor potencial.

9.Mat.Pub.Resp/Trad.: *como por ejemplo, en el hospital van a hacer sí o sí que la mamá se haga cargo de la guagua, a la señora la terminan de limpiar y le pasan a la guagua. Y en el Hospital Clínico X, la tienen 2 horas en observación, además pa ver cómo está la mamá, si la señora quiere dormir, de repente dejan a la guagüita al lado, la TENS lo atiende, y es sabido que la guagua lo que necesita al momento de nacer, tiene como 2 horas de actividad importante para estar con la mamá, pa establecer la lactancia, los vínculos, y en el X los tienen esas 2 horas mirando al techo, entonces y por qué!?! Porque están atendiendo a la mamá*

Esta moralidad tiene que ver con defender el valor de nacer de una manera integral o biopsicosocial, y de evitar así los daños posibles de no atenderlo de tales modos. La maximización del producto guagua tiene que ver con las cualidades que se pueden adquirir por los métodos de parto, incorporando aspectos que permitan la aseguración de la guagua hacia el futuro, como su sanidad física y emocional a largo plazo. La guagua hoy es optimizada en tanto los nuevos métodos biopsicosociales, promoverían maximizar su potencial mejorando su relación con la madre, su capacidad de lactar y su desarrollo como individuo a futuro, en términos sociales y neuronales.

7.Mat.Pub.Trad: *pa el desarrollo como individuos. O sea la forma en que uno nace es súper importante, o sea en cómo tú estructuras tu forma de personalidad, apego, la perspectiva de maternidad que tiene la gente, entonces definitivamente si es que uno nace mejor, vamos a tener adultos mejores y a largo*

plazo vamos a ser una mejor sociedad también pues. Entonces yo creo que es súper importante invertir en eso.

Para quienes están muy comprometidos con estos tipos de mejoras, incluso cuando existen condiciones patológicas que requieren de una cesárea, se propone el buscar formas específicas de atención que continúen con los objetivos buscados, no interfiriendo en la hormonalidad que un parto de por sí genera, ni en la seguridad de tales casos especiales.

8. Mat. Indep. Resp: *Una posibilidad, para las cesáreas que son necesarias, y hay que hacerlas, podría ser operarlas realmente cuando está en trabajo de parto y así es súper beneficioso porque la madre genera hormonas. Lo que es muy bueno para la lactancia, para el vínculo con el hijo, con la familia*

El tratamiento de una guagua en estos modelos no ocupa las mismas técnicas de aquellos modelos de parto donde el riesgo y control son palabras inmediatamente centrales. Sin embargo, como vimos aún en estos modelos está presente el riesgo: de no responder a la naturalidad y respeto que se espera, de no poder generar relaciones inmediatamente afectivas con la madre; de estrés que conlleve a no generar hormonas para facilitar el proceso, de guaguas no maximizadas en su potencialidad. Todo aquello se busca controlar de maneras fisiológicas y naturales más que solamente desde la intervención protocolar biomédica -aunque directamente comprendiendo y tratando el proceso con directrices de Medicina Basada en la Evidencia, esto es, medicina alópata y científica actualizada.

Como mostré en secciones anteriores, este tipo de atención se asocia a veces a ser una simple moda⁶⁴, o a ser un negocio institucional. Sin embargo, lo interesante sobre los modos de parto no está solo en estas críticas, sino el hecho de que este tipo de atención no es tan diferente a modelos anteriores. Los nuevos modos de parto responden igualmente a formas de producir seres humanos, con objetivos de control del riesgo y seguridad.

Lo interesante tiene que ver con que, aunque los métodos de sanación no sean intervencionistas, tanto en un parto común como en uno respetado institucional se buscará la manera de atravesar el dolor y de vivir el proceso desde un enfoque de medicalización, en el cual la medicina se hace parte central del proceso de parto, y acomoda sus maneras de intervención a partir de variantes leves -aunque no por ello menos significativas para las usuarias-, como el trato, el respeto a la fisiología del cuerpo y la necesidad de autogestión de la salud individual.

La medicalización indefinida, con objetivos políticos y económicos, por parte de un Estado particular o por intentos de buena voluntad de cuidar el propio cuerpo, no deja de existir por elegir un método u otro. Es más, multiplica sus técnicas. Si bien la crítica clásica a la atención de parto tiene que ver con que este está patologizado en la atención biomédica, la regulación de la reproducción humana sigue siendo una cuestión de medicalización, de intromisión de la medicina en aspectos que van siempre más allá de límites anteriores: primero profesionalizar y regular, luego tecnologizar y pasivizar, ahora autoeducar y empoderar. En todo ello la justificación de la vida y la muerte, y hoy la forma

⁶⁴ Página 57 de esta memoria

específica de tratar lo viviente, sirve para no abandonar a su suerte los cuerpos de las personas, y dotarlos de objetivos que se construyen constantemente desde múltiples relaciones de poder.

Quizás la problemática más evidente en este punto es que hay quienes aún -por intereses de costumbre, económicos u otros- prefieren los modelos anteriores, y esta tensión es interesante de inspeccionar culturalmente. Pero no es el único juego que ocurre en el nacimiento. Ya cuando la OMS recomienda ciertas líneas de acción, no hay mucho más que los Estados puedan decir en su contra -más que seguir o no las directrices-, por lo que se puede asumir que estos tipos de parto, tarde o temprano empezarán a tomar más potencia e institucionalización, por el peso de sus argumentos asociados a lo que se exige de una sociedad hoy. Ese es justamente el punto en el cual se insertan más juegos en el asunto.

La medicina, alópata u homeópata, cuando se institucionaliza, sigue generando una forma de medicalización de los cuerpos entrelazada con la economía, que da la posibilidad de normalizar procesos. Incorporar a la institución -con la dificultad que igualmente hoy representa- un modelo biopsicosocial, no quita el hecho de la legislación sobre los cuerpos parturientos, no abre posibilidades de partos caseros ni genera resistencias a fuerzas económicas privadas y públicas; que si bien diferentes, siguen teniendo intereses particulares.

El intercambio, de hecho, de una guagua optimizada y de una experiencia significativa por un pago, sigue respondiendo a las formas en que se gestiona a la población: según la posibilidad económica de los individuos. De manera tal en que la diferencia de las modalidades de parto está atravesada por la capacidad de pago, por qué lugar se tiene en este sistema económico. Se puede optimizar en tanto se tenga acceso, dejando el enfoque de derechos que fomenta la OMS olvidado fácilmente -aunque este también es tema a discusión al responder a factores quizás no muy diferentes. ¿A quién se optimiza, por qué y para qué?

Esto nos obliga a recurrir a lo que se ha construido como biovalor en tanto como plantea Rose (2012), vigorizados por la búsqueda de biovalor, han nacido nuevos vínculos entre verdad y capitalización, entre la demanda de valor para el accionista y el valor humano que entraña la esperanza de cura y de condiciones de vida óptimas. Estas formas de valorizar el *bíos* o lo viviente, esta producción de biovalor en las nuevas técnicas de producir a la especie humana institucionalmente, se ensambla en situaciones económicas diferenciadas según las cuales se producen distintos tipos de seres humanos. Ciertamente, se fomenta un tipo de guagua y experiencia que obligan a una atención de bienestar y de mejoras de inmediato y largo plazo, en los cuales la sanidad y mejoramientos fisiológicos, emocionales y afectivos estén presentes en los futuros de algunos de los individuos medicalizados. Mientras los que no, siguen produciéndose vivos y aptos a través de técnicas tradicionales y protocolares de los dispositivos biomédicos, sometidos a múltiples violencias.

5. Valoración de lo Viviente

Parece justo preguntarse en este punto qué se ha podido concretar y vislumbrar sobre la valoración del variable nacimiento institucional. Antes que todo, creo necesario reconocer que en la antropología no se tiende a llegar a claridades categóricas, ni se supone creemos universales de algún tipo, sino por el contrario, se trata de masticar una y otra vez las diferentes interpretaciones, reflexiones y movimientos que se generan en la marcha sobre las prácticas descritas, sus significados y lo que podemos decir de ellos. En esta sección, reflexiono en torno a la optimización del parto articulándolo con un contexto global, para así dar pie a los resultados finales obtenidos de esta memoria en cuanto a la valoración institucional de lo viviente.

5.1. Reflexionando el Parto Optimizado

Si tomamos las últimas secciones del análisis en cuanto a la optimización de las cualidades vivientes del binomio madre-hija/o, podemos reflexionar sobre las lógicas de rendimiento que se organizan en torno a la valoración de la salud del nacimiento. Si ya nacer no basta, sino que debe nacerse de maneras optimizadas, es porque se está buscando en la reproducción humana mejores resultados poblacionales que no bastan con una nuda vida. El rendimiento implica estar constantemente preocupados de cómo maximizar cada recurso, cada momento, cada espacio en la vida de quienes se planea optimizar.

Ampliando esta línea, la optimización viene de diversos agentes y puede ligarse también a la rentabilidad económica personal cuando obstetras gestionan su tiempo para atender en distintas instituciones, adelantando y programando cesáreas para maximizar ganancias. En escalas institucionales, la optimización del parto puede verse con una reproducción eficiente y productiva de seres humanos vivos en masa, o según la tendencia actual, con una producción capitalizada desde vertientes respetadas, naturales y con frutos de largo plazo que implican nuevas lógicas de atención.

Teniendo en mente los distintos modelos y retomando conversaciones clásicas sobre el nacimiento desde las ciencias sociales, podemos apreciar que no se ve cambiado el *ethos* -espíritu o carácter- de negocio de nacimiento institucional, caracterizado y criticado en los 2000 por Murray, pero sí el contenido con el cual puede ser abordado el negocio. Así, prácticas que tienen la intención de resistir en contra de maltratos heredados en el momento del parto, pueden fácilmente convertirse en posibilidad de renta cuando las instituciones los convierten en programas que dan sentido a subjetivaciones actuales de un bienestar más que inmediato.

Este *ethos* de negocio lo vemos directamente en prácticas institucionales establecidas, como ocurre principalmente en centros privados al acortar tiempos de consulta para producir más atención en menor tiempo, cobrar cada recurso utilizado,

aumentar hasta en un 300%⁶⁵ los precios de atención comparativamente, o tener un margen de ganancia mayor cuando se adelantan los tiempos fisiológicos de las parturientas a través de fármacos e inducciones. Este *ethos* se ve reflejado mayoritariamente en comportamientos institucionales y médicos. Comportamientos institucionales a través de prácticas para la atención masiva y/o rentable, y profesionales con la organización sus tiempos para maximizar ganancias, o aconsejando un modo u otro a sus pacientes sin justificación médica acorde; dejando subyugados aspectos morales, como indica Murray (2000). Esto último deriva en prácticas discursivamente rechazadas por las/os profesionales, pero muy usuales y sabidas en la obstetricia. Es común que se opere cesárea o induzca electivamente (sin justificación médicamente acorde) para tener más tiempo, atender más y por ende maximizar ganancias; y es común que la mayoría de las matronas critiquen el asunto.

La ganancia menos directa y que podemos vislumbrar con los nuevos modos, no tiene a los médicos de máximo rendimiento como protagonistas, sino a una atención un tanto más lenta y profunda, que puede capitalizar a través de la ética de atención respetuosa. El poder elegir prestaciones -mayor o igualmente costosas- con enfoques particulares de respeto y naturalidad del cuerpo, se conjuga bien con la búsqueda de bienestar en salud, definido por un trato no violento sino amable y cariñoso, seguro, de autocuidado y optimización de los cuerpos a tratar.

Estos procedimientos, que técnicamente utilizan más tiempo, pero menos recursos -al necesitar menos inducción, menor tecnología quirúrgica, menos materiales y humanos, dejando en la parturienta mayor responsabilidad- no son menos costosos para las usuarias. En centros privados, los programas tienden a ser más costosos, mientras que en instituciones públicas no existen más opciones que las que la institución y los equipos consideren necesarias, por ende, no se paga más, pero hay menor posibilidad de elegirlos.

La optimización y el rendimiento son lógicas que incluso pueden iniciarse como resistencias ante prácticas de violencia obstétrica, que *a priori* parecería ideal, pero que terminan siendo una capitalización más de aspectos éticos y morales. Aquello sería la optimización y el rendimiento del *respeto* en términos económicos, siendo vendido y publicitado. A su vez, vemos el rendimiento de seres humanos preocupados porque sus hijos sean seres cada vez más completos, fomentando una buena inmunidad inicial, relaciones positivas y afectivas con la madre, un crecimiento corporal y neuronal mayor a lo que ciertos procedimientos biomédicos pueden producir. Como indican los profesionales entrevistados, ello se basa en estudios científicos de medicina basada en evidencia que aseguran las mejores formas de ser humano -particularmente desarrollando los enfoques del obstetra Michel Odent-, respondiendo a regímenes de verdad válidos, pero poniéndose en cuestión con otros tipos de medicina protocolar del nacimiento.

⁶⁵ En comparación a otros centros, o centros públicos, como vimos en los informes de los sondeos de 2017 citados anteriormente.

En las lógicas de rendimiento, tanto las prácticas protocolares, las nuevas formas de entender y ejercer la atención, como prácticas personales de los equipos de trabajo, responden a una explotación del capital humano, material, tecnológico y quizás muchos más. Piketty (2014) habla de cómo se logra hoy hacer rendir aspectos del capital y lo que hemos visto aquí son lógicas de rendimiento en transición. La forma clásica de verlo es con la explotación de algunos recursos comunes como tiempo, obreros, materiales. Una forma nueva hacia la cual se avanza es hacia las lógicas de rendimiento del capital que abarcan la emocionalidad, la psiquis, las mejores relaciones y así se requiere el aumento de las potencialidades de un ser viviente. Estas se ven capitalizadas desde un capitalismo -o biocapitalismo según Pavone y Goven (2017)- que busca aspectos nuevos de mercantilizar, a transar y a mostrar como deseables.

Negri (2014) también lo narra al recordarnos que el capital y su maximización promueve el rendimiento en cada arista interna a la cual podemos acceder, en este caso, aquellas en que la hormonalidad de la madre durante el parto definirá a largo plazo el futuro de un ser humano no solo vivo sino con ganas de ser, producir y consumir. Esto nos recuerda a los casos de grandes empresas como Google o Facebook, las cuales mantienen a los empleados de “buen ánimo” con momentos de relajación, comida sana, masajes y regocijos para que la producción a largo plazo sea efectiva y eficiente. La otredad se convierte para estos casos y para partos biopsicosociales en “lo perezoso”, “lo incapaz de trabajar en sí mismo”, “lo pasivo”, “lo inactivo”, equivaliendo a maneras actualmente poco productivas del capital que hay que evitar -al menos hasta que se piense en cómo capitalizarlas en nuevas economías.

No es un sorprendente factor que la salud esté relacionada a condiciones económicas. No es nuevo siquiera el hecho de que ciertas prestaciones médicas se orienten a una mayor producción de capital. Ya en el 2000 la antropóloga Murray correlacionaba en Chile los altos niveles de operación cesárea con los centros y provisiones privadas de salud, corroborando que el *ethos* de negocio en servicios de salud promueve el cesarizar electivamente para doctores que no tienen objeción moral a la cesárea sin justificación médica. Lo que puede parecer nuevo es cómo maneras de resistencia a problemáticas que surgen, pueden ser recapturadas para ser capitalizadas. Por lo mismo, no debemos sorprendernos cuando soluciones aparentemente sensatas frente a violencias innecesarias, se convierten en funcionales a la producción y al rendimiento político-económico de lo viviente.

Finalmente, cabe repetir que las lógicas de rendimiento de lo viviente no se acaban en el nacimiento. Ni siquiera se ligan solo a la salud. Con diferentes historias y prácticas, el rendimiento lo llevamos en muchos aspectos. En el nacer, en el trabajar, en el relacionarnos, en el escribir este trabajo de título y en leerlo por obligaciones académicas. Estudiar las lógicas de rendimiento de las vidas humanas y no humanas actuales, me parece un camino antropológico útil e interesante de perseguir para la comprensión de aquello que hacemos del mundo y cómo aquel mundo nos hace.

5.2. Concluyendo Valoraciones de lo Viviente

El objetivo en esta memoria consistió en analizar la variabilidad de la atención institucional del parto a través de su valor. Se concretó a través de la asistencia a charlas para embarazadas y para equipos de salud obstétrica, además de conversaciones con profesionales del área. Este recorrido investigativo tuvo matices que me hicieron reflexionar las percepciones de lo valorado en la atención obstétrica y re-pensar las prácticas en que ese valor tenía un rol, mientras que a su vez, este valor creaba y mantenía roles. Se reconoció así la utilidad de profundizar en las valoraciones de la atención obstétrica institucional, a partir de lo cual llego a tres puntos centrales:

1. La identificación y comprensión de un cambio que está ocurriendo sobre las expectativas de la atención del nacimiento, en el cual se alude a que en toda institución se debe otorgar una experiencia positiva del proceso para la madre y recién nacida/o, y si es que aplica, para quienes acompañan a la parturienta.
2. Tanto el cambio de enfoque, como el diseño y realización de prácticas profesionales dependen de las orientaciones de los equipos, de la materialidad disponible y de la lógica económica a la que se responde. Aquello fue descrito a través de cuatro modos de atención que representan valoraciones específicas de lo viviente -instituciones públicas biomédicas, públicas con parto natural-respetado, instituciones privadas de atención tradicional biomédica y privadas con programas naturales-respetados seguros. Si bien, de acuerdo con valorizaciones diferenciadas se practican distintas formas de atención, en la práctica la garantía de la vida y salud inmediata del binomio será siempre la prioridad, seguida por los objetivos de cada modelo.
3. Los modelos y sus modos de atención generan productos específicos. Dentro de los modelos biomédicos tradicionales existe una preocupación por la vida inmediata, ligado a lógicas económicas de costo-efectividad y de atención masiva, produciendo binomios sanos y vivos inmediatamente, asociados a objetivos del siglo XX como la producción de mano de obra sana y apta. En los modelos alternativos actuales, Naturales, Humanizados o Respetados, existe una preocupación por la vida y salud a largo plazo del binomio, con mejoramiento individual y personalizado, ligado a lógicas de rentabilidad tanto por intercambiar un producto valorizado -servicio que vale más-, como por el valor económico y político de producir humanos no solo vivos sino optimizados en sus cualidades vivientes, asociado a objetivos contemporáneos de los dispositivos biomédicos.

Estos tres puntos son parte de la composición de una atención de maternidad -al menos en las instituciones analizadas- que pueden asociarse a lógicas del rendimiento del binomio, ya sea con la ganancia de obtener ciudadanos sanos y productivos, ligados a una biopolítica clásica de la modernidad; o bien aquel rendimiento alineado con el rol de la medicina actual, en el cual surgen subjetivaciones sobre nuevas formas de experimentar

individualmente la salud para la maximización de bienestar de algunos -lo que puede apreciarse tanto en la búsqueda de una mejor experiencia de parto para las madres, cómo en la producción optimizada de las/os recién nacidas/os.

Profundizando lo encontrado, tomo el primer punto que narra que, en la variable atención del nacimiento de las instituciones santiaguinas, está ocurriendo un cambio bastante homogéneo: las instituciones, los programas y las prácticas están orientándose, al menos discursivamente, hacia un enfoque biopsicosocial o integrativo de atención, el cual conlleva un trato más respetuoso a las parturientas, autónomo y de tratamientos fisiológicos si es posible, recomendados desde una medicina actualizada, para obtener una guagua no solo viva sino con cualidades vitales mejores y una experiencia materna significativa; asunto que no ocurría anteriormente.

Estos cambios implican que la violencia obstétrica, la despersonalización del momento de parto y la pasividad de las pacientes tratadas como una máquina a intervenir, se han tratado de eliminar a través de distintos medios. Como vimos, en instituciones públicas se ha capacitado equipos médicos -especialmente matronas- con enfoques biopsicosociales y personalizados. En instituciones privadas han surgido programas particulares, los cuales fomentan una atención respetada, personalizada y natural. Se ha ingresado un proyecto de ley de parto humanizado que obliga a los equipos a respetar las decisiones y la autonomía de la parturienta. Alineado con todo ello, se percibe una etapa de mayor empoderamiento de las usuarias sobre su propia salud obstétrica. Como parece sugerir el panorama actual, está en circulación una perspectiva de cambio en la salud obstétrica.

Estos cambios aún nuevos, se encuentran en tensión con modelos estables y clásicos de atención protocolar biomédica que, si bien también buscan salud materno-fetal, responden a lógicas económicas de productividad masiva asociada -como aquí se sugiere- a una cadena fordeana de producción sin incertidumbres y con métodos de eficiencia para atender grandes cantidades de mujeres embarazadas. Esta tensión produce en la práctica equipos médicos que discuten y niegan la utilidad de los nuevos enfoques. Referencias tales como *“Yo no estoy para atender un parto en cuatro patas”, “es una moda” y “es un nicho de negocios”* durante la charla de partos respetados, reflejan cómo la llegada de nuevos modelos molesta a profesionales por cuestionar protocolos de su profesión.

Pero mientras los discursos dentro del nicho profesional muestran tensión y a veces rechazo a los nuevos métodos, en las entrevistas donde yo era receptora de los discursos, era usual que todos estuviesen a favor de circunstancias óptimas para las parturientas, aunque implicase incomodidad médica; siempre y cuando estuviesen las condiciones materiales y temporales. No parecía una opción legítima el no aceptar la autonomía y bienestar de la parturienta cuando el riesgo estaba controlado.

Como se indicó en el análisis, si bien las formas que ha tomado discursivamente la atención del nacimiento se ligan a un cambio paradigmático relacionado a nuevas ideas

sobre cómo debe ser la atención, los equipos y las pacientes, estos aspectos no siempre se corresponden con las prácticas llevadas a cabo en las instituciones, debido a condiciones materiales e ideales de cada espacio, además de resistencias al cambio.

Como indico en el segundo punto, al cruzar modelos de atención con sus sistemas de salud institucional se pueden reconocer prácticas, estrategias y valores diferenciados que confluyen en la atención institucional, con las siguientes características⁶⁶:

a. Instituciones públicas de atención biomédica tradicional: producción masiva y protocolar de pacientes tratadas como seres a intervenir, asegurando ciertos índices exitosos. Se maximizan recursos disponibles para la producción de un binomio madre/hijo vivo, sano y productivo.

b. Instituciones privadas de atención biomédica tradicional: teniendo mayor infraestructura y tecnología que en centros públicos -en la mayoría de los casos- se sostiene el modelo de intervención, control y jerarquías médicas, pero con posibilidades materiales de trato personalizado. Se produce un binomio vivo, sano y productivo, maximizando las ganancias a través de las prestaciones ofrecidas.

c. Instituciones públicas de atención natural/respetada: estructura hospitalaria material y administrativa que intenta lograr la autonomía de la parturienta y el rol de acompañamiento del equipo médico. En su defecto material-administrativo, los hospitales capacitan a los equipos médicos para hacer cambios en prácticas asociadas a lo afectivo y respetuoso, pero con la misma carga asistencial que en centros biomédicos. Se maximizan recursos disponibles para la optimización del binomio.

d. Instituciones privadas que ofrecen programas de parto natural: por ciertos montos se accede a un modo autónomo con poca intervención farmacológica y quirúrgica, donde la infraestructura, el trato respetado y la comodidad del lugar se incluyen. La carga asistencial no es problema y el trato personalizado está garantizado. Se optimiza el binomio, maximizando las ganancias a través de las prestaciones ofrecidas y la ética del nuevo producto.

En los nuevos modelos biopsicosociales (principalmente c. y d.) el cambio paradigmático trata de priorizar la autonomía de la parturienta, lo que lleva a una relación con la salud de auto-responsabilidad y autocuidado, no concordante con sistemas biomédicos protocolares donde las pacientes son seres pasivos y receptores. En este enfoque, uno de los horizontes es fisiologizar el parto, en contraposición a su patologización. Por ende, con bajo riesgo, es preferible un parto natural vaginal en las posiciones que la madre considere convenientes, para que así los recién nacidos nazcan

⁶⁶ Como se habló al inicio de esta investigación, esta forma es un recurso analítico para mirar la atención en distintos centros, dejando fuera las particularidades de cada institución. El estado de transitividad de los modelos (de biomédicos a biopsicosociales) está repleto de matices, siendo difícil posicionar a la institución más allá de espectros; sin embargo, esta forma nos permite hablar de diferencias significativas, asumiendo cautela y reconociéndolas como descripciones provisionarias.

en condiciones mejores, con una hormonalidad materna natural y no regulada a través de fármacos. El parir natural implicaría, según los profesionales, un mejor nacer y posteriormente un mejor desarrollo humano y social.

Estos nuevos tratamientos, si bien trabajan desde enfoques de menor intervención farmacológica y mayor auto-responsabilidad de las usuarias del sistema de salud, mantienen la medicalización. La mantienen al seguir con la deriva que ha tenido la medicalización en la actualidad, asentándose en la vida cotidiana y en aspectos que antes no eran de dominio médico, en comportamientos, actitudes, preocupaciones y rendimientos. Estos enfoques siguen el camino de la biomedicina, en tanto se comprende la salud como tratamiento socialmente individual del cuerpo, con una gestión personalizada del problema de atención. El parto en estas nuevas derivas corre la suerte de alinearse con una medicina que lega la responsabilidad a las activas parturientas, las cuales deben atenderse con un enfoque no solo biomédico sino biopsicosocial en el cual la tranquilidad emocional debe mantenerse, fomentándose la naturalidad y la protección de riesgos provocados por la misma medicina. La medicalización sigue hoy un curso integrativo y ampliado, como lo ha indicado Rodríguez-Zoya (2015) o Iriart (2016), que en el nacimiento puede incluir incluso aspectos como los de meditación y acompañamiento con *Doulas*; sin dejar de basarse en ciencia actualizada, sin dejar de ser cuerpos y psiques medicalizadas.

Como se planteó durante el desarrollo de esta investigación, los cambios de enfoque y la correspondiente y actual medicalización se relacionan con una realidad biopolítica -y psicopolítica- (articulada por autores como Rose y Rabinow, 2006; Rose, 2012; y Byung Chul, 2012; 2014) que ha tomado la salud y la medicina institucional. Subjetivaciones actuales de la expectativa y exigencia de un trato mejor a las parturientas se combinan con subjetivaciones que buscan maximizar la vida de los individuos, hacerlos más sanos, óptimos, más felices y mejor relacionados, fomentando lazos maternos, mejor inmunización y mejor desarrollo general -como plantean los beneficios de partos naturales/respetados según vimos en el análisis.

Podemos así argumentar que la medicalización y los avances dentro de las mismas líneas médico-científicas, asociados a una determinada política de lo viviente, avalan un proceso de gestión individual y autónoma de la salud. Una medicalización menos pasiva, más personal y auto-gestionada que no deja de ser medicalización. Ello no se encuentra únicamente sustentado por un Estado sino por diversos actores, principalmente económicos privados que se ligan a estos servicios: centros de previsión de salud, farmacéuticas internacionales, inversionistas y grupos privados de salud.

Estas mejoras se convierten en las expectativas a la hora de parir y pueden ser rentabilizadas por quienes ofrezcan los servicios. Esto es a lo que Rose llamará biovalor: *un capitalizar de nuevas maneras la vitalidad*. Esta capitalización, ligada directamente a las nuevas subjetivaciones en juego sobre la auto-gestión del yo, estaría produciéndose conjuntamente con rentabilidad económica para algunos, con una individualización creciente de salud y con verdades científicas que favorecerían atenciones dirigidas hacia el

bienestar tanto inmediato como de largo plazo. Esto implica una relación donde el capital se alinea con los tratamientos biopsicosociales que indican cual es la nueva forma óptima del parir, tanto como experiencia para la madre como para el desarrollo de la/el recién nacida/o. Siempre hay una mejor forma de hacer las cosas y relaciones de poder que abalen tales métodos. Por ahora, el parir respetada, natural y personalizadamente parece estar llevando la bandera en expectativas obstétricas, hacia lo cual están transitando las instituciones en cuestión.

La valoración de la salud obstétrica, en tanto búsqueda de bienestar individual, incluye nociones nuevas de respeto, autonomía y mejoras de largo plazo, además de las mejoras inmediatas ya garantizadas. Sin embargo, como mencionamos, esta valoración no ocurre en la práctica de muchas instituciones, porque la atención ofrecida se relaciona con las condiciones materiales, obteniendo instituciones que maximizan sus ganancias o recursos desde una base biomédica efectiva y protocolar -especialmente centros de alta carga asistencial-, e instituciones que pueden ofrecer -desde su capacidad asistencial, recursos materiales, humanos y estructurales- atención acorde a estas búsquedas de bienestar, con énfasis en la naturalidad, el respeto y la autonomía.

Lo viviente en este espacio de cambios en la atención obstétrica, si bien parece haberse modificado en cuanto al trato del binomio, no se liga solamente a este. Lo viviente puede existir de varias formas, y ciertamente en el parto, lo viviente es más amplio que una madre e hija/o vivos, sanos y optimizados. Lo viviente sin tal binomio, aparece en el parto biomédico y en sus nuevos modos. La placenta, la sangre, las bacterias, la leche de la madre que deviene en alimento para la lactante, aparece en la práctica obstétrica y toma diferentes valoraciones. Y si bien ha tomado más importancia en los nuevos modos, su valoración sigue codificada desde la centralidad del binomio en las instituciones. En otros lugares -países con bancos de leche, cordones umbilicales y placenta- y en otras materias -biotecnología y su desarrollo de medicamentos- (Santoro, 2011), lo viviente del parto abarca más que el binomio. Pero en el parto institucional santiaguino, para profesionales biomédicos incluso con variantes psicosociales, la vida humana llamada binomio sigue siendo lo central, por muy necesario que “el resto” viviente sea y emerja. Lo humano parece *a priori* ser lo único del parto, aun cuando en cada parto, en cada entrevista, en cada fotografía, aparezca lo viviente en una amplitud más que solo humana.

Finalmente, una lectura biopolítica de lo que ocurre en la atención biomédica tradicional protocolar según lógicas de producción/extracción de seres humanos, se asocia a obtener cuerpos inmediatamente aptos y sanos. En el caso de instituciones que están en sintonía con una valorización integral de salud, se presenta una lógica de optimización de la experiencia y de la vida futura del recién nacido. De esta manera el objetivo de un parto natural, con apego y fomento de lactancia, permitiría pronosticar un futuro que no se percibe inmediatamente, pero responde a búsquedas del valor actual sobre lo humano. Se obtendrá idealmente una madre satisfecha, auto-responsable de su proceso y una guagua con mejores características vitales y relacionales. Se producen madres con experiencias maximizadas y guaguas como seres vivientes optimizados.

6. Referencias Bibliográficas

Abduca, R. (2007). La reciprocidad y el don no son la misma cosa. *Cuadernos de antropología social*, (26), 107-124.

Birch, K. & Tyfield, D. (2012). Theorizing the Bioeconomy: Biovalue, Biocapital, Bioeconomics or...What? *Science, Technology, & Human Values*, 38(3): 299-327.

Buris, P., Bustamante, N. y Rojas, J. (2014). *Análisis crítico del sistema de salud chileno*. Seminario para optar al grado de Ingeniería comercial mención Economía, Universidad de Chile.

Byung-Chul, H. (2012). *La Sociedad del Cansancio*. Editorial Herder: Barcelona.

Byung-Chul, H. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y Nuevas Técnicas de Poder*. Editorial Herder: Barcelona.

Canales, M. (2006) *Metodologías de la Investigación Social*. Santiago: LOM Ediciones.

CHCC (2011). Web oficial Chile crece contigo. Sobre gestación y Nacimiento. Recurso disponible el 12 de Marzo de 2017 en: <http://www.crececontigo.gob.cl/2011/desarrollo-infantil/gestacion/el-nacimiento/>

Cooper, M. (2008). *Life as surplus: Biotechnology and capitalism in the neoliberal era*. Seattle: University of Washington Press.

Cueto, M. (1996). *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: IEP.

Davis-Floyd, R. (2001). Ponencia "Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina", en Universidad de Texas.

DEIS (2014). Estadísticas de Natalidad. Disponible el 07 de noviembre de 2017 en: <http://www.deis.cl/estadisticas-natalidad/>

DEIS (2014). Gráficos de Mortalidad. Disponible el 07 de noviembre de 2017 en: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>

DEIS (2015). Series de Nacimiento. Disponible el 26 de marzo de 2018 en: http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieNacimientos_2000_2015.html

Durán, M. (2012). *Medicalización, Higienismo y Desarrollo Social en Chile y Argentina, 1860-1918*. Tesis de doctorado en estudios americanos. Instituto de Estudios Avanzados, Facultad de humanidades, Universidad de Santiago de Chile. Disponible el 15 de diciembre de 2016 en: http://dspace2.conicyt.cl/bitstream/handle/10533/91409/DURAN_MANUEL_2579D.pdf?sequence=1

Esposito, R. (1998). *Communitas*. Editorial Amorrortu: Buenos Aires.

- Foucault, M. (1977) Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1): 3-25.
- Foucault, M. (2013). *El Poder, Una Bestia Magnífica*. Santiago: Hiparquía Ediciones.
- Fuster, N. (2013). *El Cuerpo como Máquina: La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago: CEIBO.
- Garrido, A. (2009) "Valores". Universidad Complutense de Madrid. En Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009. Recurso disponible el 27 de Abril de 2017 en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/V/valores.htm>
- Godelier, M. (1974). *Economía, Fetichismo y Religión en las Sociedades Primitivas*. Siglo XXI: Madrid.
- Haidar, V. (2009). Biopolíticas post-foucaultianas: pensar el gobierno de la vida entre la filosofía política, la sociología y la cartografía del presente. *Papeles del CEIC*, 2:13-28.
- Iriat, C. (2016). "Medicalización, Biomedicalización y Proceso Salud- Enfermedad-Atención" En documentos de Trabajo Social, Universidad Nacional de la Plata. Disponible en línea el 23 de abril en: <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar>
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Weaveland Press.
- Kottow, M. (2010). Salud Pública y Biopolítica. *Nuevos Folios de Bioética*, 2:2-29. Recurso electrónico disponible el 15 de diciembre de 2016 en http://www.educa.saludpublica.uchile.cl/home/images/publicaciones/folios_bioetica/folio%202.pdf
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación* 7: 19-39
- Lattus, J. y Carreño, E. (2010). El asiento del Nacimiento. *Revista Obgin* 5(1):41-50.
- Leiva G. y Sadler, M. (2016). "Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea" FONIS SA13I20259.
- Malinowski, B. (1922). *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Planeta-Agostini: Barcelona.
- Martínez, J. (2011). Vanessa Lemm Michel Foucault: Neoliberalismo y Biopolítica. *Tabula Rasa*, (14), 359-372. Extraído el 20 de Julio de 2016 desde http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892011000100016
- Marx, K. (2014). *El capital: Crítica de la economía política*, tomo I, Libro I. El proceso de producción del capital. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Mejía, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. *Central Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 1: 47 – 60.

MINSAL (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*, Ministerio de Salud Chile. Recurso disponible el 15 de Diciembre de 2017 en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

MINSAL (2015). *Guía Perinatal 2015*, Ministerio de Salud, Chile. Recurso disponible el 12 de Marzo de 2017 en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

Muena, N. (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 socióloga de la Universidad de Chile. Disponible el 27 de abril de 2017 en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/muena_c/sources/muena_c.pdf

Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*, 321:1501-5.

Narotzky, S. (2003). Economía y cultura: la dialéctica de la antropología. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (19), 133-143.

Negri, A. (2014). *Biocapitalismo, procesos de gobierno y movimientos sociales*. Flacso: Quito.

Oakley, A. (2016). The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociology of Health & Illness*, 38(5): 689-705.

OMS (2015). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Disponible el 07 de noviembre de 2017 en http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E., Alejandre, G., Carmona, J., Rodríguez, J., Campo, J., Del Díez M., Vallé, N. & Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.

Pavone, V. y Goven J. (2017) *Bioeconomies: Life, Technology, and Capital in the 21st Century*. Palgrave MacMillan: Madrid.

Piketty, T. (2014). *El Capital en el siglo XXI*. Cambridge: Londres.

Polanyi, K. (1944). *La gran Transformación*. Editorial Quipe: Madrid.

Ramírez, C. (2015). *Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el protagonismo*. Tesis de título de Antropología Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Disponible el 15 de Diciembre de 2016 en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/140306/tesis%20carla%20ramirez%20%281%29%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rivera, B. (2017). *Biopolítica de la Maternidad*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, Universidad de Chile. Disponible el 23 de Marzo de 2018 en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/146192/biopolitica%20de%20la%20maternidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez-Zoya, P. (2015). Alimentación y medicalización: Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. *Sociológica (México)*, 30(86), 201-234. Recuperado en 12 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732015000300007&lng=es&tlng=es.

Rose, N. y Rabinow, P. (2006). Biopower Today. *BioSocietis*, 1:195-217.

Rose, N. (2012). Políticas de la vida en sí: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. La Plata: UNIPE.

Sadler, M. (2003). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. Tesis de título de Antropología Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Disponible el 27 de Junio de 2016 en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>

Sadler, M., & Núñez, P. (2009). Antropología. Página web Red Nacer. Recurso en línea disponible el 15 de Diciembre de 2017 en <http://www.rednacer.cl/antropologia.html>

Sadler, M. (2009). *Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile*. Resultado de proyecto FONIS N° SA06120034, ejecutado por Universidad de Chile, Departamento de Antropología.

Sadler, M. (2016). Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo. *Revista de Antropología*, 33:45-57.

Salinas, A. (2014). *La semántica Biopolítica. Foucault y sus recepciones*. CENALTES Ediciones EIRL. Viña del Mar, Chile.

Santoro, P. (2011). Liminal Biopolitics: Towards a Political Anthropology of the Umbilical Cord and the Placenta *Body & Society*, 17, (1):73 - 93

Scamell, M. (2014). Childbirth Within the Risk Society. *Sociology Compass*, 8(7), 917-928.

UNFPA (2006). *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida sin violencia*. Disponible el 22 de Julio de 2018 en https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

Vatin, F. (2013). Valuation as Evaluation and Valorizing. *Valuation Studies Vol 1(1)*: 31-50.

Villarroel, R. (2013). Administración biopolítica de la intimidad en los Biobancos. *Acta bioethica*, 19(1), 39-47.

Waldby, C. (2002). Stem cells, tissue cultures and the production of biovalue. *Health (London) Vol 6(3)*: 305-323

Zárate, M. (2007). *Dar a Luz en Chile, S. XIX: De la Ciencia de Hembra a la Ciencia Obstétrica*. Santiago, Chile: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, y Universidad Alberto Hurtado.

Anexo I: Tabla Comparativa

Cuadro: Valoraciones de la atención de maternidad según Sistema y Modos de Atención de Parto⁶⁷.
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas con equipos médicos durante 2016-7, Santiago de Chile.

	Modelo Tradicional Biomédico	Modelos Alternativos al Tradicional Biomédico
Público	<p>Se busca... Control constante de los riesgos durante la gestación, parto y puerperio inmediato. Conseguir buenos índices en salud materno-fetal, con prácticas técnicamente acordes a la ciencia obstétrica: monitoreo fetal, inducciones y anestias farmacológicas. Propiciar un ambiente ordenado y eficiente en el parto. Espacios y materiales que basten para la prestación biomédica. Prestaciones que maximicen buenos resultados con el mínimo uso de recursos. Que los profesionales guíen la gestación y el nacimiento. Atención masiva pública y protocolar Salud inmediata de la parturienta y recién nacida.</p> <p>El nacimiento... Puede volverse impredecible, por lo que requiere control Se trata biomédicamente, y no debe cambiar</p> <p>Es riesgoso por... Muerte materno-fetal Complicaciones biológicas eventuales. Cuando se cambian lógicas biomédicas. Si algo sale mal afecta a "toda la sociedad"</p>	<p>Se busca... Seguimiento profesional del proceso con apoyo emocional constante Conseguir buenos índices obstétricos y satisfacción usuaria. Intervenir lo menos posible con fármacos, inducciones y cesáreas innecesarias. Propiciar prácticas de autonomía de la usuaria: movimientos libres, responder a sus necesidades particulares. Materiales y espacios para acompañar el proceso con cuidado del uso de recursos. Que las profesionales acompañen la gestación y nacimiento. Fomentar Educación prenatal, además del compromiso de la usuaria y su acompañante. Atención masiva pública y personalizada Salud a largo plazo de la parturienta y recién nacida.</p> <p>El nacimiento... Lleva incertidumbre y solo algunos aspectos pueden controlarse. Es un evento importante simbólicamente Se trata desde la Medicina basada en Evidencia junto a terapias y medicinas complementarias.</p> <p>Es riesgoso por... Muerte materno-fetal Violencia física y emocional en atención de parto Falta de confianza y educación sobre el cuerpo de embarazadas</p>
Privado	<p>Se busca... Control constante de los riesgos durante la gestación, parto y puerperio inmediato. Comodidad para los equipos de salud en cuanto a tiempos y horarios. Solucionar el parto con prácticas biomédicas de monitoreo fetal, inducciones, farmacológicas y cesáreas. Hotelería y comodidad para la paciente siempre y cuando no interrumpa las prácticas médicas Espacios, materiales y tecnología especializada para las prestaciones biomédicas.</p>	<p>Se busca... Buenos resultados fisiológicos permanentes, aunque signifique atravesar por procesos de dolor (no implica sufrimiento⁶⁸). Seguimiento de la embarazada hasta el puerperio con el mismo equipo médico de su elección Propiciar prácticas de comodidad, confianza, respeto y autonomía de las usuarias. Materiales y espacios para acompañar el proceso, con los recursos que sean necesarios para ello. Que los profesionales acompañen Fomentar educación prenatal con talleres y equipo de salud personal. Atención personalizada para quien pueda pagarla Mantener a la familia adosada a la clínica</p>

⁶⁷ El esquema no representa específicamente ninguna institución; pretende ser figurativo ante la diferencia de sistemas y modos de atención que pudieron trabajarse desde las perspectivas de los profesionales. Se pretende explicar que las diferencias entre modos existen, si bien los modos en sí no son puros. Estas diferencias tienen que ver con las formas de valorar la atención entregada de maternidad, la maternidad en sí, los procesos vivientes, la vida en sí y las formas de optimizar la vida

⁶⁸ Más de una matrona me comentó sobre la diferencia entre dolor y sufrimiento. El dolor es parte del proceso de parto normal y del trabajo de parto. Sin embargo, si es que hay una buena educación prenatal y del propio cuerpo, este dolor puede vivirse como un esfuerzo que será superado y recompensado en el nacimiento, en lugar de llevar a la sensación de sufrimiento.

	<p>Que los equipos médicos personalizados guíen la gestación y el nacimiento. Mantener a la familia adosada a la clínica Generar la máxima rentabilidad con la atención (para la institución y/o para los equipos de salud). Que los talleres prenatales no interfieran con la atención biomédica. Salud inmediata de la parturienta y la recién nacida.</p> <p>El nacimiento... Es una fuente de ingresos Puede volverse impredecible, por lo que requiere control Se debe tratar biomédicamente</p> <p>Es riesgoso por... Muerte materno-fetal Complicaciones biológicas eventuales Cuando se cambian lógicas biomédicas</p>	<p>General rentabilidad con la atención (para la institución y/o equipos de salud)</p> <p>Salud a largo plazo de la parturienta Complementar la atención biomédica con atención emocional de matronas acompañantes y/o doulas.</p> <p>El nacimiento Es una fuente de ingresos Es impredecible y solo algunos aspectos pueden controlarse Se debe tratar con los conocimientos y medios que la paciente considere conveniente, y se valida Medicina basada en Evidencia Es un evento importante simbólicamente</p> <p>Es riesgoso por... Muertes materno-fetales Intervenciones innecesarias Falta de atención emocional</p>
--	--	---

Anexo II: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA

Por medio de este conducto se solicita su participación en el proyecto de investigación sobre la Atención de maternidad y configuraciones del biovalor en Instituciones de Salud Chilenas, llevada a cabo por la tesista de Antropología Social, Florencia Vergara Escobar, de la Universidad de Chile. Esta investigación tiene fines académicos para optar al grado de Antropóloga Social.

Procedimientos

La participación en este estudio es voluntaria. Le invitamos a participar en una sola entrevista cuya duración es de aproximadamente una hora. Será entrevistado/a en el lugar más conveniente para usted. Puede detener la entrevista en el momento que estime conveniente. Con su permiso, se utilizará una grabadora. La información obtenida será usada con fines académicos. Las identidades de las/os entrevistadas/os son confidenciales; esto quiere decir que nadie más podrá saber lo que usted diga en esta conversación. Su nombre no quedará registrado en la grabación y en el análisis se utilizará como identificador el número de entrevista, el sexo y la edad. Por ejemplo: Entrevista 1, institución priv. 2, participante 4, 23 años.

Riesgos y perjuicios potenciales.

Esta entrevista no representa ningún riesgo para usted. El anonimato de la entrevista le asegura que cualquier información que usted entregue será tratada confidencialmente.

Cambio de opinión sobre el consentimiento entregado

Usted podrá poner fin a su participación en el estudio en el momento en que lo estime conveniente, informando de esto a la entrevistadora, sin que ello le signifique perjuicio alguno.

Ventajas potenciales para los sujetos y/o la sociedad

Usted no recibirá remuneración económica por participar en este proyecto de investigación. Sin embargo, su participación contribuirá a que se tengan más conocimientos acerca de la relación actual entre la atención de maternidad y su valoración, en instituciones de salud chilenas.

Confidencialidad

Las conversaciones serán totalmente confidenciales. Si bien serán grabadas y transcritas, no se registrará el nombre en el trabajo escrito. A cada entrevista se le asignará un código, tal como se ha especificado anteriormente. La información recabada no se utilizará con propósitos distintos a los aquí descritos sin la debida autorización.

Toda la información que Usted aporte será tratada de manera confidencial, de acuerdo a la ley 19.628 de 1999, sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal.

Acceso a los resultados del estudio

Los resultados serán publicados en el portal de memorias de tesis de la Universidad de Chile. En caso de que usted quiera acceder a los resultados, podrá contactarse con la investigadora.

Derechos de los sujetos de investigación

Si necesita más información sobre este estudio, puede comunicarse con la tesista Florencia Vergara Escobar, al teléfono +56984473860 o por correo electrónico a florencia.pve@gmail.com. Si en alguna fase del estudio usted considera que sus derechos han sido vulnerados por la investigadora, usted puede ponerse en contacto con el departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile al teléfono +5699787757.

FIRMA DEL/LA PARTICIPANTE

Si está de acuerdo con estos términos, debe firmar dos ejemplares de este consentimiento. Uno de ellos quedará en su poder.

Hago saber mi pleno conocimiento de la naturaleza y los alcances de mi participación en el proyecto como se especificó anteriormente. Voluntariamente, doy mi consentimiento para participar en el proyecto, lo que he expresado en el presente documento del cual recibiré copia.

Nombre participante y Rut

Firma participante

Nombre entrevistadora y Rut

Firma entrevistadora

Fecha⁶⁹

⁶⁹ El consentimiento Informado, por cambios en la pregunta de investigación, fue variando en el título del estudio a medida que se avanzó en las entrevistas, mas todos los aspectos vinculantes del documento se mantuvieron.