



Isabel Castillo Le-Bert

De libertades para nacer: un análisis del parto hospitalario en Chile

Claudia Pavez
y Carolina Arriagada

Violencia obstétrica en Chile: estudio de caso en torno a las experiencias de parto de doce mujeres participantes del grupo de Facebook "Basta de Violencia Obstétrica"

Paula Parada Ballesteros

¿Violencia de género hacia hombres en relaciones de pareja heterosexual?: Reflexiones desde las masculinidades latinoamericanas

Luis Alberto Hernández Cerón
y Acmed Díaz Fernández

La sociedad de la entrevista

REVISTA CENTRAL DE SOCIOLOGÍA

Director Revista Central de Sociología

Dr. Nicolás Gómez Nuñez

Editor Revista Central de Sociología

Mag. Rodrigo Larraín Contador

Comité Editorial Revista Central de Sociología

Dra. Beatriz Revuelta Rodríguez
Universidad Central de Chile

Dr. Diego Pereyra
Universidad de Buenos Aires

Dr. Darío Rodríguez Mansilla
Universidad Diego Portales

Dr. Fabio Engelmann,
Universidade Federal do Rio Grando do Sul

Dra. Nélide Cervone
Universidad de Buenos Aires

Dr. Domingo Garcia-Garza
CESSP Centro Europeo de Sociología y
Ciencias Políticas

Dr. Luis Gajardo Ibáñez
Universidad Central de Chile

Dr. Emilio Torres Rojas
Universidad Central de Chile

Consejo de Evaluadores

Dra. Svenska Arensburg Castelli
Universidad de Chile

Dr. Marcelo Martínez Keim
Universidad de Santiago de Chile

Dr. Luis Campos Medina
Universidad de Chile

Dr. Odín Ávila Rojas
Universidad del Cauca

Mg. Edison Otero Bello
Universidad Central de Chile

Dr. Fabien Le Bonniec
Universidad Católica de Temuco

Dr. (c) Sebastián Moller Zamorano
Universidad Católica De Lovaina

Dr. Salvador Millaleo Hernández
Universidad de Chile

Dr. Manuel Gárate Chateau
Universidad Diego Portales

Dr. Juan Carlos Oyadel
Universidad Nacional Andrés Bello

Dra. Jeanne Hersant
Universidad Nacional Andrés Bello

Dr. (c) Javier Ugarte Reyes
FLACSO-Argentina

Dr. (c) Mag. Daniel Palacios Muñoz
Universidad Alberto Hurtado

Revista Central de Sociología. Nº19 - diciembre 2024

ISSN 0718-4379 versión impresa; ISSN 2735-7058 versión en línea.

Edita: Sociología de la Facultad de Economía, Gobierno y Comunicaciones Universidad Central de Chile

Correspondencia: Lord Cochrane # 414, Torre A 2° Piso / Santiago - Chile

Teléfono (56) 2-5826513 / Fax (56) 2-582 6508 / E-Mail: nicolas.gomez@ucentral.cl

www.centraledesociologia.cl

Diseño: Patricio Castillo Romero

SUMARIO

Intersecciones y Resistencias: Experiencias y Perspectivas de los Feminismos

- 5 Presentación Dossier Intersecciones y Resistencias: Experiencias y Perspectivas de los Feminismos del Sur Global
Gabriela Rojas Maruri, Javiera Cárdenas Mena

Artículos del dossier. Intersecciones y Resistencias: Experiencias y Perspectivas de los Feminismos

- 9 De libertades para nacer: un análisis del parto hospitalario en Chile
About freedoms to be born: An analysis of hospital birth in Chile
Isabel Castillo Le-Bert
- 36 Violencia obstétrica en Chile: estudio de caso en torno a las experiencias de parto de doce mujeres participantes del grupo de Facebook "Basta de Violencia Obstétrica"
Obstetric violence in Chile, case study about the birth experiences of a group of women participating in social networks reporting obstetric violence
Claudia Pavez y Carolina Arriagada

Ensayos del dossier: Intersecciones y Resistencias: Experiencias y Perspectivas de los Feminismos

- 63 ¿Violencia de género hacia hombres en relaciones de pareja heterosexual?: Reflexiones desde las masculinidades latinoamericanas
Gender violence against men in heterosexual relationships: Reflections from Latin American masculinities
Paula Parada Ballesteros



Ensayos

- 83 La sociedad de la entrevista
The interview society
Luis Alberto Hernández Cerón y Acmed Díaz Fernández

Reseñas de Libros

- 101 Reseña del libro: Tomar la palabra. Islamofobia y participación política después del 15-M.
Book review: Tomar la palabra. Islamofobia y participación política después del 15-M.
Óscar Siguero Montaña

De libertades para nacer: un análisis del parto hospitalario en Chile

About freedoms to be born: An analysis of hospital birth in Chile

Fecha de recepción: 20 de agosto de 2024 / Fecha de aprobación: 27 septiembre de 2024

Isabel Castillo Le-Bert¹

Resumen

El presente ensayo aborda la violencia obstétrica en el marco del parto hospitalario, a partir de la revisión bibliográfica y entrevistas en profundidad a mujeres que parieron en el sistema público de salud en Santiago de Chile. En la realidad hospitalaria, de acuerdo con los relatos, la violencia obstétrica es parte del proceso médico del nacimiento. Se encontraron dos grandes dimensiones en las que tiene lugar la violencia obstétrica: la verbal y la corporal. La violencia obstétrica es vista como un rito de iniciación en el que, según los roles sociales asignados heteronormativamente, la mujer se ve separada de esta condición para convertirse en madre-objeto durante el proceso de parto hospitalario. La violencia obstétrica castiga las expresiones de autonomía, promoviendo la docilidad y servidumbre del cuerpo, lo que, en una perspectiva androcéntrica, constituye el ideal de mujer madre.

Palabras clave: Biomedicina, cuerpo, patriarcado

Abstract

This essay addresses the obstetric violence in the context of hospitalary childbirth, based on a bibliographic review and in-depth interviews with women who gave birth in the public health system in Santiago de Chile. In the hospitals, according to the story of women, violence in childbirth is part of the allopathic medical process. Two main dimensions where obstetric violence occurs were identified: verbal and physical. Obstetric violence is seen as a rite of passage in which, according to the heteronormatively assigned social roles, the woman is separated from this condition to become a mother-object during the hospital birth process. Obstetric violence punishes expressions of autonomy, promoting docility and servitude of the body, which, from an androcentric perspective, constitutes the ideal of a mother-woman.

Keywords: Body, biomedicine, patriarchy

¹ Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7461-3592>. Correo electrónico: icastillo.lebert@gmail.com

Introducción

El parto en Chile es controlado por el sistema de salud profesional, basado en un conocimiento hegemónico producido por la biomedicina. Refiere a un sistema médico desarrollado desde el Occidente a partir de la Ilustración. Este trabajo de investigación buscó indagar en las experiencias de mujeres-madres que tuvieron su proceso de parto en hospitales públicos de la Región Metropolitana, con el fin de conocer las características del alumbramiento y cómo éste repercute en la experiencia de parto de la mujer y su posterior apego con el neonato. Para abordar el tema, se profundizó en la experiencia de cuatro mujeres, cuyos relatos sirven de base al análisis de las características de las intervenciones médicas y la visión que se tiene del proceso de parto por parte del sistema médico público.

Desde un punto de vista teórico, el parto se ve condicionado por el enfoque médico adoptado, donde se asume una distinción basada en principios cartesianos respecto del cuerpo y la mente. Las enfermedades del cuerpo son vistas como entidades herméticas y producidas por causas únicas. De este modo, sus prácticas son biologizadas, a-socializadas, a-históricas y mercantilizadas (Sadler, 2011). Esta concepción tiene consecuencias a nivel socio-cultural porque la misma medicina no integra estos aspectos en sus explicaciones y visiones sobre la salud; la herencia positivista, androcéntrica y occidental, basada en una fuerte creencia y legitimación de la ciencia y la tecnología médica, desencadena una concepción sobre los cuerpos humanos reducibles a materias aislables y medibles cuantitativamente, dejando de lado la integridad psíquica y física de las y los pacientes y su condición de seres socializados/as (Íbid.) Es más fácil, de este modo, la cosificación de la mujer como persona, relegando sus capacidades a una máquina de parir.

La medicina occidental entonces da espacio para que existan situaciones donde se ejerce el *authoritative knowledge*² definido por Jordan's (1978) como aquella autoridad médica alópata que se hace presente en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Con el proceso de higienización, propio de la biomedicina en la época decimonónica, el parto pasó de ser un acto familiar, íntimo, donde participaban otras mujeres de cercanía con la primípara y en el cual la mujer se posicionaba como protagonista de su propio proceso, a un parto medicalizado, donde las autoridades médicas son quienes manejan el conocimiento y deciden por sobre las voluntades de las mujeres-madres.

Michel Odent, médico obstetra de origen francés ha dedicado gran parte de su trabajo de investigación a la salud primal, aquella que aborda la vida humana desde el momento fetal, el tiempo en que transcurre el nacimiento (parto) y el año siguiente a este. Desde sus resultados más interesantes y atingentes con el tema aquí tratado podemos rescatar dos conclusiones principales a las que llega Odent; la

2 Traducción: "Conocimiento autorizado".

primera es que nuestra salud se forma en el útero y la segunda, relacionada a ésta, es que el estado afectivo y libidinal de la mujer-madre durante la gestación, así como el período perinatal, se constituyen como momentos críticos en la vida de la persona para el pleno desarrollo de su capacidad de amarse a sí mismo/a y a los demás, es decir, en la producción de deseo y la capacidad de autorregulación (Odent, s.a, citado en Rodrigáñez, 2010) A través de sus estudios, Odent ha logrado establecer que el estado de embarazo de una mujer adulta que ha desarrollado plenamente su sexualidad a lo largo de su vida debe sentirse placentero, pues todo crece dentro de ella en armonía con su corazón y el corazón del feto; del modo contrario, si la madre no logró desarrollar su sexualidad uterina desde niña, lo que se conoce como útero espástico según Rodrigáñez (2010), el embarazo no erotiza ni consciente el placer de la mujer; la formación del embrión y de la placenta no cuenta con la relajación suficiente, resultando en partos dolorosos (Odent, 2009). Sin embargo, los estudios científicos que han tratado estos temas lo siguen haciendo desde una mirada ahistórica y apolítica, pues desconocen que quizás el rol social de la mujer y la negación del desarrollo libre de su sexualidad desde distintos frentes pueda estar sorteando esta situación.

Dicho lo anterior, podemos establecer que la medicina alópata pasa por alto el hecho de que somos seres psicosomáticos y culturales. Pareciera entonces que estamos faltos de una medicina más humilde que tome en cuenta la cultura y psiquis de las personas, que han sido amparadas en justificaciones médicas. En este sentido, la importancia de este análisis recae en el hecho de dotar y enriquecer la discusión desde una mirada y comprensión antropológica del fenómeno aquí presentado, pues, como se verá durante el desarrollo, las prácticas médicas no pueden ir separadas de la comprensión y contención de los seres humanos si se pretende el mejoramiento de una sociedad en términos de calidad de vida y desarrollo humano.

Finalmente, Blázquez et. al. (2010), establecen que las transformaciones sociales demandadas desde un espacio académico se deben dirigir sobre todo a las mujeres, por su condición de personas históricamente negadas y subordinadas, como base de un cambio social, progresivo y general. Desde este planteamiento nacen las motivaciones más personales de la necesidad de esta investigación: hacer notar y dotar de una perspectiva feminista los trabajos elaborados desde el campo académico.

A continuación, se presenta la metodología, la hipótesis, el objetivo de investigación y el marco conceptual. Finalmente, se expone la discusión de los resultados y sus conclusiones.

Marco Teórico

Los Comienzos del Sesgo Biológico

“Con el triunfo de la revolución patriarcal y la desposesión de la serpiente en la mujer, aparece el nuevo orden simbólico. El Olimpo se llena de dioses, y entre ellos Esculapio, dios de la medicina, que se ha apoderado de la serpiente y que hoy, cual trofeo de guerra, todavía exhibe en las marcas farmacéuticas” (Castaneda, 1998).

En 1803, los fundadores de la antropología moral (exponente Jacques-Louis Moreau) se oponían a los escritos de Aristóteles o Galeno, quienes habían determinado una condición de igualdad entre los sexos. A partir de ello, se establece una diferencia radical, imaginable para el cuerpo, para el alma, para aquellos aspectos físicos y morales entre hombres y mujeres, en una serie de oposiciones binarias y contrastes visibles principalmente en la exterioridad de las corporeidades y los roles sociales que debe cumplir cada ‘Hombre’ y ‘Mujer’, donde la performance social de ésta última recae en la reproducción de la nación y el cuidado de sus hijos (Veneros, 1995).

La biología ilustrada de la época –que perdura hasta hoy- concibe los cuerpos como estables, ahistóricos y sexuados, lo que se refleja en el fundamento epistemológico de la normativa del orden social impuesto (Laqueur, 1990).

De este modo, se comprende la manera en que se le da tratamiento al cuerpo de la mujer en los procesos de parto, donde este queda reducido a una mera instrumentalidad reproductiva, sin placer, sin agencia propia, y sin importar los sentimientos, las preferencias y conocimientos que tenga la mujer en cuestión.

Lo Implacable de la Modernidad

El cambio de un tipo de parto a otro estuvo sustentado por modelos discursivos e ideológicos que tuvieron lugar con el surgimiento de la modernidad. En este marco, y por efectos de una ideología positivista del progreso en términos kantianos, se buscó comprender el funcionamiento lógico y racional del mundo, con intenciones de controlar los procesos naturales y practicarlos desde una verdad universal y absoluta, validada por el método científico (proceso de secularización). El desarrollo del parto en su manera cotidiana, oculto dentro de las prácticas femeninas y conservando una vinculación constante con el mundo de la magia y las ritualidades (Fernández y Contreras, 2015), se vio profundamente afectado por este cambio de paradigma.

“El interés de autoconservación es perseguido por la especie a través del progreso y desarrollo técnico. El parto, por lo tanto, comienza su carrera hacia el conocimiento y saber tecnificado de su procedimiento:

se altera la manera absolutamente natural de parir a partir de la técnica y los procedimientos médicos que van promoviendo progresivamente un parto institucional-medicalizado” (Íbid. p, 45).

Otro factor determinante que rompe con este imaginario subjetivo del nacimiento es el cambio de posición en el nacimiento desde una posición vertical o libre a una posición horizontal e inmóvil. El conocimiento médico-obstétrico instala y reproduce un parto en posición horizontal anulando las leyes de la naturaleza, con el fin de facilitar su desempeño clínico, lo que ilustra el fin instrumental del parto (Íbid. p, 49).

La intención aquí, sin embargo, no es anular peyorativamente los avances de una medicina que indudablemente redujo la mortalidad materna, pero cabe preguntarse el porqué de la producción de violencia en un espacio que en sus supuestos implica salvaguardar la integridad tanto física como psicológica de quien busca atención para su salud ¿o es que el despliegue de las acciones ‘modernizantes’ supone la violencia a partir de sus contradicciones ético-políticas?

Los Cambios Históricos del Alumbramiento

Como comparación geográfica más cercana, tenemos el *koñin* [nacimiento mapuche] que, sin duda, ha sufrido de la acción homogeneizante de la sociedad dominante y de los efectos de la conquista europea desde el siglo XV (Flores, 2011, p. 7) Así como Sadler (2009) nos indica que La manera en que se aborda un parto devela los valores nucleares y principios estructurales de la sociedad en cuestión (Sadler, 2009, en Flores, 2011) se reconoce en la cultura mapuche el *koñin*, de carácter sagrado, lo que se vislumbra a partir de la relación del grupo mapuche con el medio ambiente, materializada a través de su cosmovisión (Flores, 2011).

Es en el siglo XVI donde se datan los primeros registros del nacimiento en la cultura mapuche (Zárate, 2007, p. 42). Sin embargo, esta práctica está sujeta a los procesos de homogeneización, higienización y control por parte del Estado chileno hacia las comunidades mapuche. Hasta hace muy poco, el *koñin* sucedía dentro del hogar de la mujer parturienta, donde existía una participación familiar y la ayuda de una *püñeñelchefe*, quien fuera una especialista que acompaña a la mujer gestante durante todo este tiempo hasta el parto mismo (Quidel & Pichinao, 2002).

Flores (2011) observa el nacimiento en la cultura mapuche como un ritual que agrupa hechos simbólicos. Estas ritualizaciones tienen relación con los procedimientos en el trabajo de parto, la posición utilizada en este, se durante el puerperio y el tratamiento que se da a partir de la placenta, de vital trascendencia en la creencia mapuche.

Sin embargo, referencias más recientes (Flores, 2011; Sadler y Obach, 2006, p. 29) nos indican que el parto tiene lugar en la pieza de quien va a tener el hijo/a. Otras

fuentes (Íbid. p. 29) indican que antiguamente las familias construían un putadromo, espacio especial conocido también como casita del vientre, donde hacía su trabajo la parturienta acompañada de una mujer congé, quien se sujetaba del poste central de la casa para ayudar a parir. El hecho de parir en la pieza no es al azar; implica la conexión con un lugar privado y tranquilo, donde el resto de las participantes se puede comportar de manera libre y cómoda, al igual que la parturienta. Esta situación se ve complementada con el hecho de que quienes participan en el alumbramiento son personas cercanas y por tanto su número es restringido, pudiendo ser personas especializadas o no.

Es así como durante la época colonial la presencia de mujeres, mujeres-familiares, parteras, amigas o ambas, apoyaban a la mujer que pare, volviéndose una práctica habitual (Citarella, et. Al., 1995).

Durante el siglo XIX en Chile, como en otros países de América Latina y Europa, las parteras contaban con un protagonismo dentro de los cuidados reproductivos y ginecológicos, ya que no existían matronas instruidas 'académicamente'. En general, en el contexto chileno, las historias que se cuentan sobre las parteras de la época decimonónica aluden más a sus errores como médicas que a sus conocimientos y prácticas, destacando, además, el origen humilde del cual parecían provenir la mayoría de ellas (Zárate, 2007, p. 52).

A partir del siglo XVII esta regulación de la actividad de las parteras o comadronas se intensifica con la instauración de decretos y ordenanzas municipales. Paulatinamente, esta práctica pasó a estar en manos de una regulación externa y un sujeto igualmente externo en la figura del médico (Fernández y Contreras, 2015, p. 44) El conocimiento de las parteras durante la época colonial era traspasado familiarmente como herencia, ese era su primer 'título', en palabras de Ferrer (1904).

La medicina institucionalizada comenzó a apropiarse del tema tan sólo a fines del siglo XIX, desconociendo en estos relatos centrados en errores, que esta labor estuvo al cargo de parteras todo el tiempo anterior a ello.

Según nos recuerda Soledad Zárate (2007), dar a luz hasta el siglo XIX era sinónimo de mortalidad materna asociada a hemorragias, mortalidad infantil y epidemias puerperales. Ante esta situación es que emerge, además, la preocupación por la sanitización de los espacios de parto y sus procedimientos, siendo una de las inquietudes sociales importantes durante la segunda mitad del siglo XIX, momento en que se comienza a consagrar el interés de la medicina universitaria en torno al nacimiento, en desmedro del protagonismo que habían tenido las parteras hasta ese entonces, agrupadas e identificadas bajo el concepto de 'ciencia de hembra'. En consecuencia, se posicionan como actrices principales las matronas egresadas del Colegio de Obstetricia y se produce la institucionalización del servicio de asistencia obstétrica de la Casa de Maternidad de Santiago (Zárate, 2007).

El caso más ejemplar es el de Isabel Bravo, partera que fue 'examinada' tanto por el Protomedicato de la ciudad de Lima, como por los ediles de Santiago de ese momento (ya que no se contaba con concedores de obstetricia para tal reconocimiento) que estableció a Isabel Bravo como competente para traer una 'criatura entera y viva' (Zárate, 2007, p. 53).

Las parteras comenzaron a ser objeto de intervención por parte de la medicina institucionalizada a partir del siglo XIX. Cada vez tenían más restricciones para ejercer y paulatinamente fueron necesitando de una licencia o certificación otorgada por un médico o miembros eclesiásticos, representantes del poder hegemónico (Fernández y Contreras, 2015, p. 43). Esta persecución y juicio negativo hacia el conocimiento de estas mujeres emanaba principalmente de la desconfianza y de la asociación que se hacía de sus prácticas con ritos mágicos y hierbas medicinales, por lo que fueron conocidas y condenadas como 'brujas' (Ehrenreich y English, 1973).

Históricamente el hecho de parir pasó de ser un acto privado, familiar, a estar contenido y ejercido por la salud pública, donde antes existía una jerarquía equilibrada entre las participantes, hoy se aprecia una hegemonía del conocimiento médico que no es compartida con las mujeres-madres.

En Chile, esta transición se manifestó a partir de las denuncias por la preocupación del higienismo³ en torno a la salud y el proceso de profesionalización médica como factores indicativos de la intervención estatal, las que se consagraron, por vez primera, en la Constitución de 1925 (Zárate, 2007, p. 11-15).

Se entiende, por tanto, que, a mayor medicalización del proceso de parto, menor será la autoridad que la mujer y su red de apoyo puedan ejercer en el proceso, dando paso a situaciones donde se puede vivenciar el *authoritative knowledge* o conocimiento autorizado (Sadler, 2011, p. 8-9). El cambio sobre el cómo y quiénes participan en el parto se ha ido modificando o bien es un reflejo de la evolución social.

La Interacción entre lo Cultural y lo Biológico

El acto de la llegada de un nuevo ser al mundo, es un acto que contempla otros hechos más allá de los biológicos ocurrido durante ese proceso. Es un acontecimiento, en palabras de Montes, 'cargado de significado cultural' (Montes, 2007). Por lo mismo, en el proceso de parto se hace posible el análisis y la observación de las representaciones de cada sociedad, el sentido otorgado al nacimiento, así como sus prácticas de control y seguridad sobre las personas que la componen. El parir y nacer, en conjunto con el período de puerperio, son actos en los que se observa continuamente la ambigüedad de la diferencia entre lo biológico y lo cultural, lo individual y

3 La preocupación por el hacinamiento y la pobreza con sus respectivas consecuencias fueron las condiciones principales por las cuales se comenzó a desarrollar la corriente higienista durante el s. XIX junto con el liberalismo. Existía una preocupación de los gobernantes sobre la salud de la ciudad y los habitantes, principalmente como control de las epidemias (Alcaide, 1999).

lo social, plasmado en prácticas que nos permiten ver su interacción; pues la forma en que se ha entendido la biología y anatomía de los cuerpos desde que se dejó de concebir el sexo único planteado por Aristóteles, hasta los procesos más recientes de medicalización e institucionalización de la medicina (y por consecuencia, de los mismos cuerpos) nos muestra la relación incesante que existe entre la biología y la cultura y de este modo, la forma en que son tratadas las enfermedades, y la tecnología utilizada en las mismas.

Davis-Floyd y Carolyn Sargen (1997) escriben que, durante el primer centenario de la Antropología, la mayor cantidad de trabajos de campo era realizada por hombres, quienes en general no se mostraban interesados o no tenían acceso a las experiencias de parto en varias culturas estudiadas. Por considerarse un objeto de estudio relativo a las mujeres, este tipo de inquietudes y teorías estuvieron al margen de las investigaciones antropológicas. En relación con lo anterior, Rosenberg (2009), hace notar que hasta hace poco existía un sexismo dentro del estudio de la evolución, puesto que los investigadores eran por lo general hombres que se centraban en el estudio de los mismos hombres y temas afines a estos, quedando relegado el parto como tema de investigación.

Según establece Sadler (2011), es notoria la ausencia de observaciones acabadas y directas sobre partos en otras culturas distintas a la occidental hasta la década de los cincuenta. Posteriormente, hasta fines de la década de los setenta, se comenzaron a explorar costumbres de diferentes pueblos indígenas para tratar el parto y legitimarlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica.

En su texto *Birth in Four Cultures*, Jordan's (1978), introduce el concepto *authoritative knowledge*, donde da cuenta –a partir de una vasta etnografía y aplicando la técnica de observación participante– sobre cómo la autoridad médica, quién ‘guarda el único conocimiento’ sobre la medicina, es socialmente construida y mantenida durante todo el proceso de dar a luz en los hospitales de Norteamérica. Por otro lado, el conocimiento autorizado deslegitima el conocimiento de parteras y de las mismas mujeres-madres que se someten al parto hospitalario.

Posicionamiento Hegemónico de la Medicina Occidental

Davis-Floyd junto con Sargent (1997), establecen que, desde el Occidente capitalista, se despliega un tipo de medicina y tecnología que objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo de las personas y posiciona al médico en un estatus jerárquico y autoritario en frente del/la paciente, dando cuenta de un conocimiento autorizado que sólo aquellos que lo conocen pueden utilizar.

Desde la historiografía clásica, la preocupación por el cuerpo humano y sus afecciones y enfermedades; el embarazo y la gestación de una nueva vida; el control reproductivo y las enfermedades mentales han sido relegados al campo privado de la radiografía de una sociedad. La historiografía más actual se ha preocupado de

entender el cuerpo humano como una construcción social y cultural de manera dinámica, es decir, que está en constante elaboración y reformulación, lo que apunta a dar cuenta sobre la representación social y sentido histórico que este ha tenido según las transformaciones de la sociedad.

A partir de la creación del Estado moderno en la Europa occidental y su propagación hacia otros continentes, ha existido una preocupación en torno a la muerte y la preservación de la vida humana. Sus explicaciones más obvias recaen en necesidades políticas de asistir a la población productiva en pos de un crecimiento demográfico esencial para la concretización de los proyectos nacionales en construcción (Foucault, 1977). Bajo estos aspectos se infiere la intervención del Estado en esferas que se habían creído históricamente privadas de las unidades familiares o grupos. El Estado, de este modo, hace funcionar su maquinaria ideológica, económica y social en la preservación de la vida humana, ejecutando políticas públicas y sanitarias como ejemplo concreto de esta intervención. En otras palabras, y siguiendo lo planteado por Mara Viveros (2009), se da lugar a una intromisión de los poderes públicos en la relación privada de los individuos a través de códigos, reglamentos, normas, valores y relaciones de autoridad, en su intento de construir cuerpos saludables y homogéneos de la nación para así maximizar las fuerzas de producción.

Para Foucault, "la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina" (Foucault, 1997). La medicina moderna, lejos de ser el fruto de la terapéutica individual o de la relación clínica, se desarrolla como una práctica social cuyo objeto es el control del cuerpo del individuo (en este caso, especialmente control del cuerpo feminizado). Este control se ejerció y se sigue ejerciendo en diferentes ámbitos de la vida social:

"El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica" (Foucault, 1997, p. 5).

La patologización del proceso de parto y el exacerbado higienismo que se condice con el uso excesivo de medicamentos, ha desembocado en una alteración del curso natural del parto de manera negativa para la salud del cuerpo de la mujer y del neonato/a.

Marco conceptual

La Biopolítica y el Control Estatal de los Cuerpos

La biopolítica es definida por Foucault como:

“Control [que] la sociedad [ejerce] sobre las y los individuos [y que] no opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1997).

Desde nuestra perspectiva teórica, el rol social impuesto a la mujer le transforma en una máquina de parir. Su tarea se relaciona con la producción y reproducción de la nación (Veneros, 1995). De este modo, y desde un enfoque de género proveniente de la Teoría Feminista (Scott, 1986 y Lamas, 1996) comprendemos la naturalización de los cuerpos, avalada por la medicina, donde se ha moldeado un rol social para la mujer, relegándole al ámbito de la vida privada, del cuidado y la reproducción; mientras que el hombre, desarrollado en el espacio público, debe ser el proveedor de los hogares heteronormados.

El biopoder se puede entender también como “un dispositivo disciplinario que se aplica a los cuerpos para vigilarlos, controlarlos o explotarlos” (Fernández, 2004, p. 191).

La práctica médica que actúa sobre los cuerpos es una práctica disciplinaria, donde se establece un protocolo de comportamiento de la paciente en su momento de parto. Esta disciplina se ejerce a partir de una vigilancia y control que no permiten a la mujer-madre ser protagonista del alumbramiento.

A su vez, Foucault (1977), en el tomo I de la Historia de la sexualidad, establece la histerización del cuerpo de la mujer como uno de los dispositivos estratégicos de saber poder a propósito del sexo. El triple proceso de histerización, mediante el cual se analiza, califica y descalifica el cuerpo de la mujer como saturado de sexualidad, es visto como una patología, que le sería intrínseca al campo de las prácticas médicas. El cuerpo patológico de la mujer es un discurso también presente en el proceso de embarazo, parto y puerperio; son procesos sobremedicalizados porque necesitan de control por su estatus de patología intrínseca.

Género

Retomando la categoría de género, ésta es la “forma de referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos” (Scott, 1996). Problematiza las categorías históricas de hombre y mujer como socialmente construidas; como establece Simone de Beauvoir (1949) no se nace mujer, se llega a serlo; en otras palabras, no existe destino biológico, psíquico o económico que defina la imagen de la hembra en la sociedad, puesto es el conjunto de la civilización la que define este producto ‘intermedio entre el macho y el castrado’ que se califica de femenino (Ibíd.). Asimismo, las categorías herméticas de hombre y mujer evocan una relación social construida/constituida mediante símbolos, conceptos normativos, instituciones e identidad subjetiva.

La categoría de género nos permite entender y a su vez evidenciar la violencia con la que se trata a la mujer en sus procesos de embarazo, sobre todo dentro de la salud pública, pues los roles históricos han permitido un menoscabo de la femineidad, una autoridad médica desmedida que relega la importancia del rol de la mujer-madre en su proceso de parto y la despoja del empoderamiento de su cuerpo, es decir, la cosifica. Ya no se toma como persona, sino como una máquina de parir hijos, dando paso a un tipo de violencia de género. Los procesos del parto se ven medicalizados y controlados desde la biopolítica estatal, actuando como un control autorizado sobre los cuerpos.

El Cuerpo como Agencia

El análisis sobre el parto abre una discusión acerca de las distintas definiciones culturales del cuerpo y su tratamiento. El parto permite re-instrumentar el cuerpo de la mujer según sean las hegemonías del contexto.

Según Mari Luz Esteban (2004), licenciada en medicina y doctora en antropología por la Universidad de Barcelona, la teoría social del cuerpo, donde se pone al cuerpo como objeto central en las investigaciones de ciencias sociales, es un enfoque teórico-metodológico relativamente nuevo, dentro de los cuales se contemplan trabajos como los de antropología de la salud (Esteban, 2004, p. 19).

No existe ‘un sólo cuerpo’, sino muchos cuerpos que conviven y discuten entre sí en diferentes niveles; en esta ocasión, se pondrá énfasis en dos dimensiones del cuerpo: la material y la agencial, siguiendo la propuesta teórica realizada por Mari Luz Esteban.

“Pensar en cuerpos sería pensar, en primer lugar, en las condiciones materiales de la existencia, que nos remiten a factores de diferenciación social como el género, la clase, la etnia, la edad, la preferencia sexual... ya que hay una conexión íntima entre los cuerpos y los contextos históricos, sociales, económicos y culturales en los que se conforman y viven dichos cuerpos” (Esteban, 2011, p. 49).

Según establece Esteban (Ibíd.) dentro de las sociedades occidentales capitalistas el cuerpo se constituye como dispositivo de regulación y control social, lo que no quita que tenga expresiones de denuncia y reivindicación. Por otro lado, esta regulación social sobre el cuerpo, que bien conceptualiza Foucault a través de su explicación del biopoder, no puede ser separado de la capacidad de agencia/resistencia que tiene cada individuo independiente del control ejercido (Esteban, 2011, p. 49).

El feminismo se ha propuesto dentro de sus desafíos la tarea 'antideterminista' sobre la visión de los cuerpos, que conlleva la subordinación social de las mujeres bajo un orden social desigual (de expresiones genéricas, de clase, racialización, sexualidad), lo que niega finalmente cualquier posibilidad de cambio, haciendo pasar un argumento que es político, por un argumento 'de la naturaleza'.

En la teorización sobre el cuerpo, se exponen las disyuntivas entre considerar a las mujeres como víctimas o como sujetos con agencia; en ese sentido, verlas "sólo como víctimas es un problema [...], una limitación teórica, política y social" (Esteban, 2011, p. 53).

En esta ocasión, nos distanciamos del feminismo de la igualdad propio de las pensadoras del siglo XX (como gran exponente tenemos a Simone de Beauvoir), y nos parcelamos más en el terreno de las feministas de la diferencia, donde se mantiene una visión menos negativa y limitante de los procesos biológicos del 'cuerpo femenino' y donde se ha percibido el cuerpo como una clave de entendimiento social, histórico y psicológico de las mujeres.

Aproximándonos así a las propuestas de Judith Butler (1997), entendemos el cuerpo como una encarnación de una manera de hacer, de reproducir y encarnar situaciones históricas. De allí su importancia como categoría de análisis: en el cuerpo de las mujeres-madres participantes se reproducen los principios de la modernidad controladora y de conocimiento autorizado, encarnando el cambio del espacio privado al público, igualmente privado para la mujer. "Un cuerpo constituido en lo que se ha denominado el orden del deseo, la significación, lo simbólico, el poder" (Esteban, 2011, p. 56).

En su trabajo sobre las funciones sociales de la sexualidad, Dolores Juliano (2011) establece que

"La relación con el propio cuerpo se aprende de acuerdo a los patrones de la cultura en la que cada persona está integrada. Esto implica diferencias notables en la manera de conceptualizar, utilizar y valorar las funciones corporales. En algunas culturas, como las amazónicas, la relación con el propio cuerpo se considera una fuente legítima de placer. En otras está marcada por tabúes y desvalorizaciones, como es el caso de Occidente. Pero ese rechazo general se manifestaba principalmente como rechazo de la sexualidad femenina" (Juliano, 2011, p. 21).

Juliano apunta al hecho de que se suelen criticar los actos más que los modelos en los que estos se inspiran. “Modificar sólo las prácticas es transgresión, mientras que modificar los modelos abre la puerta para el cambio social” (Juliano, 2011, p. 32). Y con ello nos referimos al cambio de paradigma necesario para el cuidado íntegro del cuerpo que supone la medicina moderna, el cambio del modelo cartesiano y dicotómico, ahistórico. De ahí la importancia de historiografiar las formas de parir y su significado otorgado, mediante el cual se ha identificado la cosificación del cuerpo.

La revalorización del cuerpo con agencia propia es uno de los tópicos que exploramos a través de los relatos de estas mujeres-madres.

Son estos conceptos, entonces, a partir de los cuales trataremos las experiencias de parto dentro de la Región Metropolitana en los Hospitales públicos ya definidos.

Metodología

En la presente investigación, llevada a cabo entre marzo a diciembre de 2017, se abordaron las cuestiones teóricas y metodológicas desde una epistemología feminista. La epistemología feminista se ocupa de la manera en que el género -categoría central de análisis- influye en la manera en que conocemos y validamos esta producción de saberes.

Dentro de los métodos y metodologías feministas se utilizan generalmente las mismas técnicas cualitativas, lo que cambia al respecto, es el punto de observación e interpretación de las personas estudiadas, así como el sentir propio de la misma investigación sobre la investigadora. En definitiva, “lo que escogen para observar y examinar puede diferir mucho de las elecciones de una persona que hace ciencia de manera tradicional con un punto de vista masculino” (Blázquez, 2012, p. 23). La elección sobre cómo utilizar aquellos métodos escogidos es lo que constituye la estrategia o abordaje metodológico.

La presente investigación es de carácter cualitativo. Este enfoque nos permite el alcance de la estructura de observación del otro o la otra, puesto apunta al “orden de los significados y sus reglas de significación: los códigos o significaciones” (Canales, 2006, p. 20). En concordancia con lo anterior, Canales (2006) postula que la sociedad y la cultura se ordenan desde dentro, por lo mismo, el trabajo de los investigadores/as será el intento de comprensión del otro/a, para poder descifrar este orden interno en un espacio subjetivo-comunitario.

La investigación cualitativa es indicadora entonces de los patrones subjetivos de las mujeres con las cuales se trabaja; explorar en sus mundos simbólicos y sus representaciones para entender de una manera más íntegra su experiencia de parto.

La hipótesis central de la investigación es que la salud pública y las concepciones de la medicina alópata determinan un modo de tratar a las parturientas que

desembocan en situaciones cuestionables en relación con el trato respetado y digno. Las condiciones de parir y el trato ofrecido por los profesionales de la salud que participan en el parto, determinan la experiencia de la mujer-madre, ya sea de manera positiva o negativa.

Desde un enfoque feminista, se consideró importante establecer una pregunta de investigación que contemplara las subjetividades de las mujeres, así como sus experiencias con el fin de problematizar y enriquecer de perspectiva empírica el tema. De este modo, la pregunta que guio esta investigación fue la siguiente:

¿De qué manera, las mujeres de entre 18 y 35 años, atendidas en la salud pública, se posicionan frente a la medicina alópata y frente a sus propios cuerpos a partir de su experiencia de parto?

El objetivo general fue comprender cómo el parto hospitalario, tal como es relatado por las mujeres, influye en su posicionamiento frente al propio cuerpo, al recién nacido o nacida y a la medicina alópata y las consecuencias simbólicas y prácticas que en general de esa experiencia se derivan.

Para responder a la pregunta de investigación se ahondó en la descripción de dimensiones en torno al parto en sí mismo, cómo se vivió, la manera en que se percibió la acción médica y cómo eso influyó en la vida posterior de la mujer, de su autoimagen y de su relación con el neonato. Se tomaron en cuenta, también, las condiciones materiales existentes en la salud pública chilena, así como la concepción del tratamiento de los cuerpos que se tiene por parte de la medicina alópata practicada en los hospitales públicos de la Región Metropolitana.

Las técnicas de investigación utilizadas se constituyen desde un enfoque principal que es el biográfico, pues como plantea Márquez y Sharim (1999), da cuenta más bien de un enfoque de trabajo con el fin de aprehender al sujeto en su quehacer cotidiano y en la manera en que negocia sus condiciones sociales y culturales (Márquez y Sharim, 1999).

La estrategia de obtención de información utilizada fue el Relato de vida, entendido como una entrevista semi-estructurada que busca conocer lo social a través del relato personal. Estos relatos se sustentan en la experiencia biográfica de la mujer.

Esta técnica resulta relevante ya que es a través de lo biográfico que se puede llegar a conocer los significados y contextos de lo individual-personal en tanto se es parte de una colectividad social, permitiéndonos indagar en la repercusión de estructuras y normas sociales (Díaz, 1999). Una vez llevado a cabo este relato, Díaz (1999) señala que el análisis del método biográfico nos permite detallar en profundidad, como una parte etnográfica que sirve como base para la interpretación posterior. Posibilita, además, el encontrar los códigos socioculturales que se hacen parte en estos hechos y en último lugar, poder interpretarlos en relación con la teoría y la hipótesis de la investigación.

Se hicieron un total de cuatro relatos de vida a mujeres de la Región Metropolitana. Sus edades corresponden a 35, 23, 27 y 23 años, dando un promedio etario de 27 años.

Universo y Muestra

Nos centramos en la Región Metropolitana, donde se concentra una alta demanda de atenciones en maternidad dentro del perímetro urbano. Las edades de estas mujeres fluctúan entre los 23 y 35 años, con el fin de que no hayan transcurrido más de 5 años desde su experiencia de parto.

Se ha delimitado la muestra considerando los hospitales públicos ya que estadísticamente representan menores inyecciones de recursos materiales. Asimismo, son a estos centros de salud donde puede acceder cualquier mujer sin limitantes económicas como lo sería el caso de una clínica privada.

En este sentido, el tipo de muestreo es no probabilístico según los criterios establecidos por Sampieri (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), puesto que la elección de las mujeres no dependió de una probabilidad de ser todas escogidas, sino de aquellas relacionadas y que sean afines con la causa investigativa, es decir, apunta a la paciente tipo más representativa.

Análisis de Resultados

Tratamiento del Cuerpo

Nos gustaría partir de la premisa de que el uso de la camilla horizontal implica una violencia intrínseca al momento de parir. Esta posición es específicamente para la comodidad del médico o médica que esté atendiendo el parto. Se conoce comúnmente como “posición ginecológica”, donde, de una forma tradicional de parir, que estaba dominada por la verticalidad, por la movilidad libre de la mujer, y ayudada por la ley de gravedad para la salida del recién nacido, se pasa a una posición compuesta por la horizontalidad y pasividad de la parturienta. La mujer madre no cuenta con esa ayuda gravitacional que facilita la salida del neonato, lo que, en última instancia, aumenta el uso de fórceps⁴ o cesáreas⁵. La camilla horizontal es uno de los signos más potentes que demuestra la paulatina forma en que la mujer-madre ha dejado de ser la protagonista de su propio proceso. Para explicar un poco mejor, en esta

4 Pinzas metálicas que ayudan a mover al feto para acomodarlo en el canal de parto.

5 En 1985, la Organización Mundial de la Salud emitió la Declaración de Fortaleza (Brasil) donde se consensuan recomendaciones sobre la práctica de parto. En ella, se recomienda el favorecimiento por partos vaginales, y no superar una tasa del 15% para el caso de las cesáreas (OMS, 1985) Chile posee una de las tasas más altas de cesáreas en el continente. El año 2015, según datos de la OCDE, la atención de parto mediante cesárea alcanzó un 44,7%, lo que sobrepasa en creces la recomendación de la OMS y por tanto se constituye como un problema de salud (Galaz, 2016).

posición horizontal el peso del útero comprime los vasos sanguíneos, lo que dificulta la oxigenación del bebé y daña, por otro lado, la columna de la mujer (Benito & Rocha, 2005; Lugones & Ramírez, 2011).

“Le pregunté [a la doctora encargada del parto] si podía tenerla en esas como camillas que estás más sentada y dijo que no porque para ella no era cómodo; le preguntamos si podía ser sin anestesia y dijo que no porque no estaba ni ahí con escándalos” (Entrevistada 1, 2017).

“[De pronto], siento que alguien de ellos me empuja hacia atrás para recostarme en la camilla, y el papá de mi hijo sabía que yo había averiguado que había que parir en cuclillas, como en las tribus, entonces él me empujó hacia adelante, y así nació mi hijo” (Entrevistada 2, 2017).

En contextos respetuosos de los ritmos naturales de cada parto, la libertad de movimientos se constituye como un mecanismo paliativo del dolor y control del parto por parte de la mujer madre (Castrillo, 2015) Asimismo, la mujer va buscando la forma más cómoda para ella de parir, adoptando posiciones variopintas y no una posición estandarizada para cada nacimiento.

La camilla horizontal no es el único factor que influye en el control del movimiento libre de la mujer madre.

La visión del parto como un proceso patológico implica que la mujer esté conectada a múltiples cables que sirven tanto para la monitorización fetal como para el suministro de suero y otras medicinas.

“Y no me podía parar ni nada, también era incómodo, no me dejaban pararme y estaba conectada con todo y no era un espacio como para pasearse, y eso lo encuentro muy brígido también, como tener que estar acostadas todas como si fuéramos animales, y en un lugar súper oscuro, feo, no sé si yo lo recordaré así porque me chocó mucho” (Entrevistada 1, 2017).

“Como no llegaba el anestesista me empecé a parar, instintivamente quería caminar como para evitar el dolor y me amenazaban todo el rato que como me habían puesto la anestesia se me iban a quebrar las piernas porque no podía caminar o que mi guagua se iba a morir” (Entrevistada 3, 2017).

A pesar de las prohibiciones sobre el movimiento corporal, a pesar de lo medicalizado de todo el proceso, el instinto está presente, y la capacidad de agencia de cada mujer también:

“Y yo vuelta loca, que ahora sé que así debería ser el parto, como un desahogo, una furia, y me saqué todo, todos los cables, me puse en cuclillas, cerré los ojos y no me preocupe de nada más, y era una sensación de alivio muy bacán, cada vez que sentía que quería pujar pujaba no más, y sentía como empezaba a nacer, sentía como una cosa saliendo, y era una sensación muy placentera, no escuchaba nada, no sé lo que pasó, no veía mucho” (Entrevistada 2, 2017)

“Cuando me dio por caminar, fueron cosas que leí después, pero entendí que había que ponerse en cuclillas, a mí me parecía muy extraño esa idea de parir, era como cagar a tu guagua, me pareció una idea muy marciana pero cuando estaba pariendo me ponía en cuclillas, caminaba, hacia muchas cosas que yo no sabía que eran; también quería estar sola [...] Me sentí todo el tiempo una histérica y me hicieron sentir todo el tiempo una histérica siendo que solo estaba haciendo lo que debería cualquier mujer hacer, lo que le nace hacer en el parto” (Entrevistada 3, 2017).

Se estable así la necesidad hospitalaria de atender cuerpos dóciles y quietos, para no dificultar el proceso técnico que se aplica en el cuerpo de la mujer que pare. Esta se ve anulada entre cables, anestesia y la camilla, lo que la convierte en una máquina reproductora inerte a la cual hay que sacar el producto de la concepción rápidamente. Para la entrevistada 2, el disciplinamiento de su cuerpo fue notorio cuando la llevaron a la sala de recuperación una vez que le hicieron la cesárea, en su segundo parto en el Hospital Sótero del Río.

“Estuve nueve horas en total y a las dos horas me dijeron que mi hijo estaba vivo. No me dejaron amamantarlo, me decían que tenía que esperar y cuando empezaba a reclamar me metían morfina, entonces estuve mucho rato luchando con mi cuerpo porque no quería dormirme” (Entrevistada 2, 2017).

A lo largo de las entrevistas se puede notar la conciencia que tienen estas mujeres sobre los actos médicos indebidos a los que fueron expuestas; una visión que, con el paso del tiempo, y el acceso a más información sobre el nacimiento respetado fue aumentando su sentido crítico. Empero lo anterior, en el momento mismo del proceso de parto la capacidad crítica se ve nublada por el miedo, principalmente por el desconocimiento de lo que ocurre, lo que provoca finalmente la disposición de la mujer frente a quienes ‘tienen el conocimiento’.

La entrevistada 3 sentía miedo porque su hija tenía más de 41 semanas y aún no nacía, por ello, se puso a total disposición de las profesionales que la atendían.

“Yo no tenía ganas de que hicieran todo eso, pero estaba tan asustada, ya tenía tantas semanas y quería que hicieran lo que fuera para que la niña salga. Decían lo que fuera y yo lo hacía” (Entrevistada 3, 2017).

“Y al otro día a las doce del día me indujeron el parto, me pasaron una pastilla. Esto fue como todo el rato sabiendo que podía estar entregándome a cosas que podían no ser tan buenas, pero tenía miedo entonces hacía todo lo que me pedían” (Entrevistada 1, 2017).

En otro nivel, se identifica un miedo al personal médico en específico, debido a la autoridad que ostentan y a su capacidad de manejar el cuerpo de la parturienta. De este modo, todas las entrevistadas manifiestan que guardaron silencio ante los malos tratos por miedo a que después pudiera ser peor. A pesar de que sabían que podían ser más duras con el personal de salud por los tratos que le daban, las entrevistadas no quisieron alegar porque se sentían en una posición vulnerable. Este sentimiento refleja las relaciones simbólicas de poder que acaecen en los procesos de parto con los actores que allí participan. La figura del profesional de la salud se impone como un ente que puede hacerte bien o mal; brindarte una buena atención o impedirla. La legitimación que tienen como concededores de salud no permite espacios de cuestionamiento a sus prácticas, dejando el cuerpo de la mujer en total disposición de sus formas y decisiones.

Impersonalidad y Cuerpo Expuesto

Otro concepto hallado es la impersonalidad en estos escenarios. El hecho de que te vean al menos dos doctores y tres técnicos/as durante el proceso de parto no permite generar un círculo de confianza con quienes te atienden. A su vez, las mujeres suelen desconocer que tienen como derecho la posibilidad de acompañamiento de alguien de su confianza. Está comprobado que los partos más exitosos, menos dolorosos y contenidos son aquellos donde la mujer está acompañada de un círculo de confianza. Se ha demostrado significativamente la reducción de ansiedad, menor tiempo de trabajo de parto, menor dolor, menor uso de analgesia e instrumentalización del parto, incluyendo la reducción de intervención con cesárea. Pese a que en Chile el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto se entiende como un derecho, sólo algunas mujeres tienen esta posibilidad (40%) (Lara & Wallace, 2009).

“En la práctica hospitalaria, el apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto es todavía una excepción en vez de brindarse en forma habitual. La preocupación por la consecuente deshumanización de las experiencias de parto ha llevado a la intención de volver a implementar el apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto, momento en el que la mujer puede ser particularmente vulnerable a influencias del ambiente” (Cantero et. al., 2010, p. 108).

El deseo de acompañamiento sin embargo es algo que dependerá de la mujer en cuestión, por lo que siempre debería constituirse como una opción factible de llevarse a cabo, pero no una obligación.

“Como yo tenía mi matrona de un principio esta matrona ya no me atendió más, después se le acabó el turno y se fue, y no me dijo que nada, quedaba ahí con quien me tocara no más, entonces eso a mí me provocó harta angustia porque era con personas desconocidas, como te dije antes, para mí era muy importante conocer al grupo” (Entrevistada 1, 2017).

“Cambian el médico todos los días lo que es súper incómodo. Cualquier persona puede revisar tu hoja, las personas de aseo también miraban tu carpeta; es súper poco privado” (Entrevistada 3, 2017).

El cuerpo expuesto se constituye también con la intervención y presencia de estudiantes en práctica, donde no existió en ningún momento el consentimiento informado por parte de las mujeres para que esas personas pudieran presenciar su trabajo de parto y mucho menos para intervenir en el cuerpo de ellas.

La entrevistada 4 cuenta que, mientras esperaba en la camilla a que comenzara el trabajo de parto, pasa por la sala una fila de internos; el doctor que los llevaba les dice a todos, sin mirarla, “ella está a punto de dar a luz”, y sin preguntar, sin hablarle, todos comenzaron a meter sus manos: uno a uno iban pasando haciendo tacto para verificar la dilatación. La mujer parturienta se sintió invadida y anulada, y desconocía en ese momento que podía escoger que no la tocasen. “*Era una muestra, un pedazo de carne, un animalito para la muestra*” (Entrevistada 4, 2017).

Igualmente, otra entrevistada nos relata:

“Fue súper violento me acuerdo de haber estado con mis cosas y como que solo me levantaron la enagua, ‘miren acá esta la cesárea’ y me empezaron a ver cinco practicantes. ‘Miren acá hay estrías, ven que el cuerpo se deforma’, como súper bruto con respecto a mí, igual nunca he sido acomplejada de las estrías ni de lo extraño que pueda quedar el cuerpo, pero el hecho de hablar como si yo no existiera, como si fuera una muñeca inflable, ahí todos se pusieron a opinar entre ellos, tampoco tomándome en cuenta” (Entrevistada 3, 2017).

“Yo estaba con las piernas abiertas acostada en la camilla y había unas niñas de práctica medias tontas, como pendejas de mierda que me miraron todo el tiempo en mi trabajo de parto con cara de asco, me tenían más incómoda aún” (Entrevistada 1, 2017).

El no preguntarles a las y los pacientes por la presencia de otras personas mientras se están controlando es una práctica recurrente dentro del sistema médico alópata, dejando en claro manifiesto la cosificación de las personas, como si fueran una muestra de la cual hay que realizar estudios, y donde el pudor y respeto de la persona atendida no son factores que considerar.

Percepción y Recuperación del Cuerpo

Hemos dicho ya, que los procedimientos médicos aplicados al cuerpo de la parturienta, en la mayoría de los casos, no son compartidos y mucho menos explicados a la mujer que padece, simbolizando su invalidez para tomar protagonismo.

Sobre los procedimientos que se llevaron a cabo en el cuerpo de entrevistada 4, sólo se le explicó el suministro de la epidural, "como no podía mirar no sé qué me hicieron, tampoco me explicaron" (Entrevistada 4, 2017). Una vez que llegó a su casa, se percató de que tenía puntos en la vagina. Los días en el hospital, al tener anestesia, no sentía dolor ni nada extraño en su cuerpo, por lo que no se dio cuenta que le habían hecho la episiotomía. A pesar de que la mujer tenía una dilatación óptima para el alumbramiento, le practicaron esa intervención de todas formas por efectos rutinarios del hospital. Asimismo, otra entrevistada relata que no sintió ningún dolor en el momento del parto vaginal de su primer hijo, dice haberlo sentido después,

"Nació mi hijo y luego de eso siento un tajo, y después un dolor muy grande que me estaban cosiendo, y después supe que me habían hecho la episiotomía porque era obligación, pero mi hijo ya había nacido, e igual lo hicieron y estuve más de seis meses con dolor" (Entrevistada 2, 2017).

La episiotomía es un proceso que implica la incisión del periné. Es utilizado principalmente en mujeres primíparas que tienen un parto vaginal con el fin de ampliar el canal de parto. En la última década su uso rutinario se ha puesto en duda porque las razones que avalan su práctica no son suficientes y además es una práctica que puede tener muchas complicaciones serias en el puerperio de la paciente (Berzaín & Camacho, 2014) Como nombramos anteriormente, desde 1985 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer una serie de rutinas practicadas en el parto que debían abandonarse o regularse en su uso. Dentro de estas recomendaciones se encuentra la eliminación de la episiotomía rutinaria por ser, en la mayoría de los casos, una intervención perjudicial para la salud tanto física como psicológica de la mujer parturienta (Fornes, 2009).

El uso de la episiotomía se refuerza con la camilla horizontal pues como se dijo anteriormente esta implica una posición que impide el buen encaje del neonato y disminuye la fuerza de la mujer para pujar, convirtiéndose en necesaria la apertura con episiotomía del canal de parto. Esto trae un mayor sangrado y riesgo de contraer infecciones, asimismo, impide el apego inmediato de la mujer con el recién nacido/a pues se le debe saturar de inmediato una vez nacido (Camacaro, 2009).

Entrevistada 1 tuvo un parto por cesárea de emergencia. Debido a las malas prácticas médicas se fue a su casa ocho días después de haber parido. Tanto ella como su hija quedaron con repercusiones graves en el cuerpo por las características del nacimiento. Su hija tuvo ictericia; se le inflamó la zona derecha de la cabeza con riesgo de quedar sorda de ese oído por el puje constante, sin darse cuenta de que la neonato venía con tres vueltas del cordón umbilical alrededor de su cuello, razón

por la cual comenzó a perder oxígeno y bajaron sus pulsaciones. La mujer parturienta por su parte quedó con preclamsia, perdió mucha sangre en el trabajo de parto entonces le dio anemia, por ello le tuvieron que hacer transfusión sanguínea durante dos horas. Se le desgarró el cuello del útero y no pudo estar con su hija durante tres días. Le dio endometritis, todo su cuerpo le dolía. Respecto a la cicatriz de la cesárea, le dieron el alta en el hospital y nadie se percató que tenía la cicatriz infectada; para ello tuvo que volver a la sala de recuperaciones una vez a la semana durante tres semanas para limpiarse. Hasta el día de hoy la piel de esa zona está sensible, la siente tirante y veces le duele.

“Yo después del abuso sexual tuve una rehabilitación, una terapia y pensaba que en ese momento mi vida volvía a ser un puto hoyo, y súper desvalidada para ser mamá, yo siempre pensé que iba a estar llena de vida para mi hija y acá nada, estaba muriendo” (Entrevistada 1, 2017).

Su vagina quedó extraña durante mucho tiempo por la hinchazón “me demoré harto tiempo en tocarme de nuevo, me daba nervio tocarme y que los labios siguieran así de hinchados” (Íbid.).

Respecto a la operacionalización de las intervenciones, identificamos en dos de los casos revisados, la dilatación de la intervención con cesárea, aun cuando el contexto indicaba que en esos casos (ahorcamiento del bebé con el cordón umbilical) era necesario realizarla. Las cesáreas implican un mayor costo de insumos, de recursos humanos y de días en la cama debido a la cirugía, sin embargo, se le paga al hospital la misma cantidad de dinero como si fuera un parto natural (Jiménez y Marinho, 2013). “Lo que es cuático es que alargan caleta la cesárea en el hospital público, al contrario de las clínicas, para ahorrar dinero. Encuentro violento que este todo tan ligado a la plata” (Entrevistada 3, 2017).

“No entendía por qué tanto afán porque fuera parto natural si la situación ya no era normal” (Entrevistada 1, 2017).

Una razón que puede dar explicación a la dilatación de la intervención con cesárea es la nueva política del Hospital Luis Tisné de priorizar partos vaginales con el fin de disminuir las intervenciones con cesárea siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Conclusiones

El parto es un rito de iniciación que, en el contexto de una sociedad como la chilena, de un desarrollo desigual, juega un papel central en la definición de los papeles que se asignan a las mujeres en su relación consigo mismas, con sus hijos o hijas y con la sociedad. Los roles sociales asignados a las mujeres implican que la violencia en el parto pueda ser vista como una separación de la mujer para convertirse en madre de acuerdo al modelo heteronormativo. Se niega su condición de mujer para convertirse en madre-objeto y por la vía de la ginecología hegemónica se le convierte en aparato reproductor. Es una práctica ginecológica cuyos contenidos de violencia obstétrica se dirigen contra los signos de la expresión de ser mujer para contraponer a ello la condición de madre. El rito del parto constituye entonces la socialización de la mujer en su nuevo rol. De este modo, la violencia en el parto castiga las expresiones de autonomía, promoviendo la docilidad y servidumbre del cuerpo, lo que, desde una perspectiva androcéntrica, constituye el ideal de la mujer madre.

El carácter disciplinador del parto se agudiza aún más en el ámbito de la salud pública, donde a la condición de género se suma la de clase y, de acuerdo a los testimonios recogidos, se profundiza con la de generación. Ello explica que, las cuatro mujeres entrevistadas declaran que jamás volverían a parir en las condiciones de un hospital público.

30

Identifican un trato denigrante y automatizado en situaciones en que la humanidad debe estar a flor de piel; el personal que atiende no confiere los resguardos psicológicos y físicos para condicionar una buena experiencia de parto, no hay interés en ello. Dicho lo anterior, nos interesa relevar el trabajo de Michel Odent, médico obstetra de origen francés, quien ha dedicado gran parte de su trabajo de investigación a la salud primal, aquella que aborda la vida humana desde el momento fetal, el tiempo en que transcurre el nacimiento (parto) y el año siguiente a este. Desde sus resultados más interesantes y atingentes con el tema aquí tratado podemos rescatar dos conclusiones principales a las que llega Odent; la primera es que nuestra salud se forma en el útero y la segunda, relacionada a ésta, es que el estado afectivo y libidinal de la mujer-madre durante la gestación, así como el período perinatal, se constituyen como momentos críticos en la vida de la persona que va a nacer, para el pleno desarrollo de su capacidad de amarse a sí mismo/a y a los demás, es decir, en la producción de deseo y la capacidad de autorregulación (Odent, s.a, citado en Rodríguez, 2010). La concepción que se tiene del parto en nuestra sociedad no tiene la connotación de importancia suficiente para verlo como un proceso de resguardo y cuidado, que tiene efectos en las personas que están naciendo y que, prontamente, formarán parte de esta sociedad; es entendido, más bien, como un mero proceso fisiológico, con el fin último de controlar la natalidad exitosa en términos cuantitativos y no experienciales.

Siempre existen porosidades, y las concepciones sociales no son rígidas. Los movimientos por parto respetado y el acceso a más información han influenciado

ciertas variaciones en entender la salud sexual y salud reproductiva en sus generalidades, abarcando el alumbramiento.

Independiente de ello resulta muy fácil identificar prácticas que a nivel mundial ya han sido consideradas como obsoletas. El Estado de Chile suele hacer caso omiso a los tratados que suscribe, sobre todo cuando se tratan de restitución de derechos humanos.

En un nivel básico, se violan los artículos de la ley 20.548 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en tu atención en salud, específicamente en los artículos referidos al trato digno y respetuoso, incluyendo el lenguaje empleado para atender a las pacientes. Asimismo, se viola el derecho a recibir información suficiente, veraz, oportuna y comprensible sobre la atención que está recibiendo, su estado de salud, los riesgos, entre otros. La información es una parte esencial para el empoderamiento y protagonismo de la mujer durante el alumbramiento. Los derechos y las leyes actúan como unidades vacías de protección, como si su mera escritura regulara y modificara la manera en que se entiende el parto y la visión construida históricamente que se tiene de las mujeres hoy, arraigado en concepciones simbólicas que se expresan en el tratamiento del cuerpo, el trato verbal y las jerarquizaciones ocurridas en el escenario de parto.

Por ello no estamos estableciendo que los cambios en la legislación garantizan *per se* un buen trato en el parto. Si bien se puede avanzar en la eliminación de rutinas innecesarias y nocivas como el monitoreo fetal constante y la episiotomía de rutina, el trato humano es algo que no depende de un protocolo y normatividad de salud, sino en la medida en cómo entendemos el parto, en la descolonización de las prácticas médicas que resultan nocivas, y en cómo se respetan a las mujeres como sujetos de derecho con agencia y autonomía.

Revisadas las experiencias de estas cuatro mujeres se comprueba la hipótesis de la investigación que establece que el tratamiento de los cuerpos desde la medicina alópata en el proceso de embarazo de una mujer madre desencadena una serie de actos donde se ve violentada tanto física como psicológicamente, impactando en la construcción posterior al parto de su ser como madre. Esta atención hospitalaria implica un grado de violencia, debido principalmente a los protocolos de parto establecidos y sus intervenciones médicas rutinarias. Sin embargo, se hace la salvedad de que el impacto sobre la mujer en su autoimagen como madre comienza en el momento del parto y no tan sólo en el tiempo posterior a éste. El lenguaje y trato empleado implica que la parturienta en ocasiones se sienta cuestionada como madre o impedida para ejercer ese rol por ser "incapaz", nociones que nacen principalmente del trato ejercido por los profesionales de la salud que intervienen y que repercuten posteriormente en la relación con el neonato, más no de manera permanente.

En tres de los cuatro casos revisados se encuentra que la experiencia vivida repercutió en el apego de la madre con la hija/o. Primero que nada desde una cuestión física, donde el cuerpo queda demacrado y débil como para hacerse cargo de

una vida. Y en segundo lugar porque las condiciones psicológicas impiden el buen amamantamiento.

El cuerpo se muestra como portador de experiencias y remite muchas veces a recuerdos pasados. La rabia y la impotencia quedan marcadas por tanto en los días posteriores al parto cuando se recuerda la forma en que se les trató. Una de las entrevistadas, por ejemplo, cada vez que sentía dolor por la episiotomía se llenaba de rabia hacia el personal que la atendió. Otra, al ver su vagina hinchada por el puje forzoso y exacerbado remitía a sus recuerdos de abuso sexual cuando era niña, y le daba rabia igualmente que hayan abusado de su cuerpo una vez más. Desde sus marcas corporales, las cuatro entrevistadas manifiestan una crítica hacia el sistema de salud y a partir de ello hay un intento de cambiar ciertas conductas como, por ejemplo, no parir nuevamente en hospitales públicos. En el caso más significativo, una de las entrevistadas inició un activismo que la ha llevado a conectarse con distintas mujeres que abogan por un parto diferente. El acceso a la información sobre distintas maneras de parir se puede transformar en una agencia a futuro donde la mujer madre se empodera de las maneras de llevar a cabo su parto, desde el conocimiento y desde sus preferencias. Luego de vivida su experiencia, las cuatro mujeres se informaron de otras maneras de parir, o de partos más respetados y de lo que se entiende por violencia obstétrica y prácticas nocivas en el proceso reproductivo. El acceso a esta información, que proviene principalmente de dos fuentes: conversaciones informales con pares y acceso a internet, implica una modificación en las pretensiones de vivencia de parto; ahora en más, si alguna tiene otro hijo/a emplearía estos saberes para llevar a cabo un parto diferente, lejos del marco hospitalario, más sin negar la tecnología médica disponible.

Por otro lado, hay un fuerte disciplinamiento del cuerpo en el que se intenta reducir todo lo posible su libre movimiento, para facilitar la intervención y el actuar del personal médico; mientras más inerte la mujer, mejor sienten que pueden realizar su trabajo, de otro modo, condicionan su atención.

El parto históricamente ha sido un acto privado, ligado a las mujeres y su círculo de acompañamiento. Su patologización no es más que una extensión de creencias antiguas sobre males de parto y acallamiento de situaciones feminizadas. Lo "femenino", siempre ligado a lo privado, a lo desconocido, ve acallado su empoderamiento sobre la salud sexual, antes reclusa socialmente, y hoy en día en manos de una institucionalización construida por hombres, para la atención de mujeres. Por lo mismo es importante el cambio de mentalidad que tuvieron estas mujeres sobre lo que quieren para ellas a futuro y para las distintas mujeres que van a parir.

En conclusión, es necesario cambiar un paradigma en torno al parto, pues más allá de las condiciones materiales y de infraestructura, importa también la calidez humana y la valorización que se le otorga como sociedad al nacimiento de una persona.

Referencias bibliográficas

- Alcaide, R. (1999). *La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico social* [En línea]. Universidad de Barcelona. 15 octubre 1999, no. 50. <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm> [Consulta: 26 abril 2016].
- Benito, E. & Rocha, M. (2005). Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *BIOCIENCIAS, Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, Universidad Alfonso X el Sabio. Vol. 3: 1-14
- Bertaux, D. (1981). *El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades. Revista Propositiones*. [En línea]. 29. Santiago de Chile: Ediciones SUR. <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=436> [Consulta: 27 de junio 2016]
- Berzaín Rodríguez, M. & Camacho Terceros, L. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencias Médicas*. [en línea]. 17 (2): 53-37. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181774332014000200011&lng=es&nrm=iso. [Consulta: 08 noviembre 2017]
- Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid, Síntesis. 271 p.
- Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de Estudios de la Mujer*. 14 (32): 147-162.
- Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, K., Jankovic, M., Llompart, V. & San Martín, E. (2010). Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 29 (3): 108-112.
- Castaneda, C. (1998). *Pases mágicos, las enseñanzas prácticas de Don Juan*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- Castrillo, M. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, 24 al 25 de octubre de 2014. [en línea] La Plata: Argentina. Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. En: Memoria Académica. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf [Consulta: 6 de septiembre 2017]
- Castrillo, M. (2015). Parir en casa, parir en el hospital: Algunas dimensiones para el análisis de los lugares de parto. [En línea] *Revista Geografando*. 11(2). <http://www.geografando.fahce.unlp.edu.ar/>. [Consulta: 11 de octubre 2017]
- Díaz, N. (1999). El relato de una vida: apuntes teóricos-metodológicos en comunicación. *Revista Latina de Comunicación Social* (22).

- Esteban, M., L. (2011). Cuerpos y políticas feministas: el feminismo como cuerpo. En: VILLALBA, C. y ÁLVAREZ, N. (Coords.). *Cuerpos políticos y agencia. Reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad*. España, Editorial Universidad de Granada. pp. 45-84.
- Fernández, C. & Contreras, N. (2015). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Santiago, Pensamiento de Batalla. 141 p.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. Actas 1° Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2009.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*, Tomo I.
- Galaz, O. (2016). Cesáreas en Chile: la "preocupante" realidad que mostró el informe del Instituto de Derechos Humanos. [En línea] En: Instituto de Políticas Públicas en salud, Universidad San Sebastián. <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/cesareas-en-chile-la-preocupante-realidad-que-mostro-el-informe-del/2016-12-16/175410.html>
- Jordan's, B. (1993). *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois, Waveland Press.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG.
- Lara, L. & Wallace, L. (2009). *El derecho de acompañamiento durante el parto*. *Revista Horizonte de Enfermería*. [En línea]. Pontificia Universidad Católica de Chile. 20(2): 45-51. http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/20-2/el_derecho.pdf [Consulta: 15 noviembre 2017]
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. 2 ed. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Lugones, M. & Ramírez, M. (2011). *El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura*. La Habana, Cuba. Policlínico Universitario "26 de Julio".
- Montes, M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* (Doctora en Antropología Social y Cultural). Tarragona, Universitat Rovira I Virgili.
- Odent, M. (2009). *Las funciones de los orgasmos: la vía rápida hacia la trascendencia*. Ob Stare.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1985). Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento.

2: 436-437. <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf> [Consulta: 07 septiembre 2017].

Rodrigañez, C. (2010). *El asalto al Hades*. [En línea] <http://www.nodo50.org/herstory/textos/La-Rebelin-INT.pdf> [Consulta: 07 junio 2017]

Sadler, M. (2011). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. [Tesis para optar al título de antropólogo (a) social y al grado de Licenciado (a) en Antropología. inédita]. Universidad de Chile.

Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: MARTA LAMAS. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, PUEG, 1996, pp. 265-302.

Viveros, M. (2009.) La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 1: 63-81.

Zárate, S. (2007). *Dar a Luz en Chile, S. XIX: de la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica*. Santiago, DIBAM-UAH.