

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/281101274>

"Así me nacieron a mi hija": Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario

Thesis · January 2003

CITATIONS

25

READS

750

1 author:



Michelle Sadler

Universidad Adolfo Ibáñez

59 PUBLICATIONS 405 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Men and Gender Equality Policy Project (MGEPP) [View project](#)



Masculinidades y Políticas [View project](#)

“ASI ME NACIERON A MI HIJA”

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

“ASÍ ME NACIERON A MI HIJA”

**Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención
Biomédica del Parto Hospitalario**

Tesis para optar al Título de Antropóloga Social

PROFESORA GUIA: SONIA MONTECINO
ALUMNA: MICHELLE SADLER
SANTIAGO, 2003

*A mi madre, Angela, por la fuerza de concebirme,
gestarme y parirme. Por enseñarme que somos artífices de
lo que queremos vivir.*

La investigación que a continuación presento es fruto de una larga reflexión y aportes de múltiples fuentes. Más bien se trata de una co-investigación, reflexión colectiva de la cual sirvo de intérprete. Por ello he decidido utilizar la tercera persona; para dar cuenta de las múltiples voces que se entrelazan en el texto.

Tengo mucho que agradecer: primero, y especialmente, a las mujeres y sus familias, protagonistas de esta historia, quienes me han permitido compartir momentos íntimos, confiado historias, recuerdos, alegrías, dolores; fragmentos de vida.

Del *mundo* antropológico, a mi profesora guía, Sonia Montecino, por su fuerza, cariño, y confianza en mi trabajo. A Mónica Weisner, quien consiguió mi primer permiso para ir a un hospital, y me incentivó a seguir trabajando en este tema. A mis compañeros y compañeras de trabajo en el Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, por sus valiosos aportes y comentarios.

Del *mundo* médico, a José Antonio Soto, por tantas conversaciones, apoyo, tardes en el hospital, por ocuparse de mi proceso de investigación y de mis inquietudes. A Marta Ocampo, por enseñarme con su ejemplo a creer en los sueños más elevados. A las mujeres de la Red Chilena por la Humanización del Parto: Gloria Iribarne y Delia Varaguas, ejemplos de fortaleza. A René Castro, por su paciencia y acertados comentarios. A Pedro Grandón, guía en mi camino de crecimiento personal. A Paulina López, Jorge Cabrera, Carmen Soto, Ricardo González, Héctor Cruzat, Sara Silva, Erik Cartes, Raúl Ortega, Mónica Candia, Hugo Muñoz, por confiar en mi trabajo.

De mis *mundos privados*, a mi madre y padre, por su apoyo incondicional, cariño y ejemplo. A mis hermanos Melissa y Patrick, transcriptores oficiales de entrevistas. A mis compañeras de casa, Florencia y Macarena, por soportar mi delirio y obsesión. A mis amigas Claudia y Camila, por su gran apoyo.

A cada persona con que he intercambiado experiencias, de quien he aprendido algo nuevo.

INDICE

PRIMERA PARTE, INTRODUCCIÓN: CONCEPCIÓN	6
I. APERTURA	6
II. ANTECEDENTES	14
II.1. Humanización de la atención del parto	14
II.2. Políticas públicas en Chile y atención de salud reproductiva	18
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
SEGUNDA PARTE, MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO: GESTACIÓN	31
I. MARCO TEÓRICO	31
I.1. Parteras, brujas y obstetras	31
I.2. ¿Ciencia objetiva?	40
I.3. Construcción simbólica de género	47
I.4. Antropología Médica	58
I.5. Antropología del parto	63
II. MARCO METODOLÓGICO	73
II.1. Métodos, metodologías y epistemologías	73
II.2. Orientación metodológica general	75
II.3. Técnicas de investigación	80
II.4. Proceso metodológico y selección de grupo de estudio	83
TERCERA PARTE, ANÁLISIS: NACIMIENTO	86
I. EL RELATO: UNA <i>INYECCIÓN</i> DE REALIDAD	86
II. CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO AUTORIZADO	94
II.1. De por qué le dijeron a Clara que se fuera a última hora al hospital	98
II.2. Definición cultural del parto: de pacientes y madres	100
II.3. De cómo a Clara <i>le nacieron</i> a Blanca	106
II.4. El <i>territorio</i> donde ocurre el parto	110
II.5. Participantes en el parto	114
II.5.1. Participantes especializados	115

II.5.2. Participantes no especializados	123
II.6. Medicación y tecnología: <i>No toque, que contamina</i>	130
II.7. De cómo Clara relata el parto	142
II.8. Violencia simbólica: <i>Además, yo sabía a lo que venía</i>	146
III. MECANISMOS DE DESAUTORIZACIÓN	152
CUARTA PARTE, CONCLUSIONES: PUERPERIO	157
QUINTA PARTE, PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN: FUTURO	165
BIBLIOGRAFÍA	171

PRIMERA PARTE, INTRODUCCIÓN

CONCEPCIÓN

I. APERTURA

La manera en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros refleja sus valores nucleares y principios estructurales. A través del estudio de estos comportamientos desde un enfoque antropológico con perspectiva de género, se puede dar cuenta de los modos en que las culturas informan a sus miembros de las conductas esperados en fases específicas de la vida, en este caso particular, durante el parto. Se pretende demostrar que la investigación acerca de salud reproductiva –que ha sido considerada por mucho tiempo un tema específico de mujeres- puede constituir un poderoso medio a través del cual analizar procesos sociales generales. Estos estudios no sólo contribuyen a avanzar en la comprensión de las relaciones entre lo biológico y lo socio-cultural, sino que se relacionan además con los patrones de organización de las identidades de género de una sociedad y las dinámicas sociopolíticas e ideológicas que se les asocian (Browner y Sargent 1990: 215).

Elegimos estudiar el proceso de atención de partos en hospitales públicos como una manera de comprender los procesos mayores a los que recién aludimos. El parto es sólo un momento fisiológico y cultural de un proceso continuo cuyo comienzo es tan arbitrario como su fin (Jordan 1993: 54). Este momento es, para una mujer, el clímax de un desarrollo que comienza en el momento de su propia concepción o incluso antes; en gran medida fruto de la internalización de las normas sociales que lo pautan en cada contexto particular.

El conocimiento hegemónico en nuestro país para enfrentar el parto es el de un sistema médico particular; la biomedicina¹. Ha sido su definición como un acontecimiento médico lo que ha orientado la investigación hacia sus aspectos fisiológicos y patológicos, prestándole poca o ninguna atención a su configuración socio-cultural. En una cultura heredera de la tradición positivista y androcéntrica occidental, de fuerte asidero en el poder de la ciencia y la tecnología, los cuerpos son reducidos a trozos aislables y medibles cuantitativamente, olvidándose la integralidad de los individuos, su relación con los demás miembros de las comunidades, y con la sociedad en general.

¹ También llamada *medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada*. Designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración, el cual se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas. Se le ha llamado también *Modelo Médico Hegemónico (MMH)* con el fin de designar el tipo de práctica médica característica de la biomedicina: biologismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El apellido *hegemónico* proviene de la teoría de Gramsci y se opone al de *subalterno* (Comelles y Martínez 1993: 85-87).

Concebimos a la medicina occidental como un sistema médico entre muchos otros; por sistema médico entenderemos un conjunto organizado de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de los miembros de un grupo perteneciente a una determinada cultura, relativas a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados (Comelles y Martínez 1993: 87; Citarella 1995: 45). El sistema médico occidental, en gran parte producto de una sola evolución histórica, es un sistema unitario, razonablemente coherente donde quiera que se encuentre. Proponemos considerarla como una *etnomedicina fisiológicamente orientada*², un sistema médico comparable con cualquier otro que, en nuestro país y en gran parte del mundo, se ha alzado como el modelo hegemónico de atención.

Por atender exclusivamente al ámbito fisiológico es que la biomedicina ha podido alzarse como el modelo hegemónico, pues el proceso fisiológico del parto es, a rasgos generales, el mismo en todas las culturas. Sin embargo otras sociedades y tradiciones han desarrollado prácticas acentuadamente diferentes de la nuestra. La antropología ha dado en las últimas décadas cuenta de estas diferencias. Resulta interesante constatar que desde el comienzo de los estudios antropológicos se prestó poca atención a la observación de este proceso en las distintas culturas. Esto puede explicarse por una inclinación general de las primeras generaciones de antropólogos/as hacia el estudio de los fenómenos sociales y culturales, en desmedro de los biológicos. Quienes escribieron acerca del parto, se concentraron en aspectos como los tabúes alimenticios y las creencias folklóricas, o bien en examinarlo no en sí mismo sino como un medio para estudiar el ritual y sus practicantes (Davis-Floyd y Sargent 1997:1).

Davis-Floyd y Sargent (Ibid.) señalan que en 1950 prácticamente no existían observaciones buenas, directas o personales de partos en culturas primitivas realizadas por investigadores/as competentes. Esta escasez de trabajo etnográfico de calidad, no experimentó cambios hasta fines de la década del sesenta, momento en que se comenzaron a explorar las costumbres indígenas para enfrentar el parto y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica, en contraste con el cada vez más hegemónico modelo alópata. Fue así como en los años 70 se afianzó el campo de la Antropología del Parto en los trabajos de una serie de investigadoras pioneras. Cada una de estas autoras realizó una significativa contribución, sin embargo, fue la publicación de *Birth in Four Cultures* de Brigitte Jordan, en 1978, la que sirvió para enfocar la atención antropológica en este tópico como digno de trabajo etnográfico y comparación intercultural, además de inspirar a muchos/as otros/as investigadores/as a interesarse en el tema. La aproximación *biosocial* de Jordan reconoció al mismo tiempo la función biológica universal y la matriz socio-cultural específica de cada cultura. Analizó las maneras de atender el

² Etnomedicina alude tanto a objeto que investiga como a la especialidad que se encarga de investigarlo. En su primera acepción se identifica con la idea de un sistema médico. En su segundo sentido designa al campo disciplinar que estudia estos sistemas. Tradicionalmente englobaba exclusivamente los sistemas médicos indígenas, actualmente se la considera una especialidad de análisis de cualquier sistema incluida la biomedicina, también llamada etnomedicina fisiológicamente orientada (Comelles y Martínez 1993: 86).

parto en cada cultura como un sistema coherente internamente y comparable con cualquier otro: una conceptualización holística que permite evitar otorgarle existencia objetiva y dominante a un modelo sobre otro. Así, dejó en claro que la exportación a todos los rincones del mundo de la biomedicina estaba causando serios daños en los sistemas indígenas tradicionales.

En estos estudios se acuñó el concepto de sistema (o cultura) de nacimiento, entendido como las percepciones acerca de la concepción, gestación y parto en los distintos grupos culturales. Estos sistemas de creencias heredadas informan a los miembros de una sociedad acerca de las reglas del comportamiento pre y post-natal (Helman 1994: 145; Jordan 1993: xi, 3).

En Chile, el sistema de nacimiento imperante corresponde a las prácticas obstétricas de la medicina occidental. El parto, antes un fenómeno social compartido por la comunidad donde una red de apoyo formada por familiares y amigos rodeaban a la mujer, ha pasado a estar en manos de la medicina y sus practicantes. Este fenómeno se relaciona directamente con el traslado del parto desde el hogar al hospital, lo que ha implicado que donde antes participaran principalmente familiares y amigos, hoy participe el personal médico; donde antes existiera una jerarquía equilibrada entre los participantes, hoy se aprecie una hegemonía del conocimiento médico; y donde se utilizaran métodos naturales, hoy se privilegie el empleo de sofisticada tecnología. Esto nos lleva a postular que, a mayor medicalización del proceso del parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan ejercer durante el proceso.

Consideramos este fenómeno de gran relevancia al estar inserto en el contexto de la medicalización que sufren diversos procesos bio-culturales de la vida humana. Por medicalización entendemos “la manera en que la jurisdicción de la medicina moderna se ha expandido en años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas” (Helman 1994: 137), y “un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización” (Menéndez 1984).

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 más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina” (1996: 87). 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 femenino). 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” (Ibid.).

El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos: podríamos hablar de un *conocimiento autorizado*³, como el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado (Jordan 1993: 152). El conocimiento autorizado que se impone en occidente es uno que patologiza las etapas del ciclo vital de las mujeres, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas. El control biomédico de estas etapas en el último siglo indudablemente ha logrado una considerable reducción en las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo, e increíbles avances en el tratamiento de la infertilidad, entre otros beneficios. Sin embargo, sus prácticas han sido objeto de crítica en especial por dos grandes motivos: su énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psico-sociales, y su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales. Esta propensión ha significado que el parto se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, que la mujer gestante se conciba como una pasiva y dependiente *paciente*.

En Chile, hoy contamos con una cobertura de un 99,7% de partos con atención profesional, la cifra más alta de Sudamérica. Al mismo tiempo, con la tasa de cesáreas más elevada del mundo, que ha superado el 40%. Entonces, de la mano del éxito en la cobertura de atención, surge la pregunta por la excesiva medicalización del parto, que produce un 30% de cesáreas innecesarias (la OMS ha declarado que no debiera haber país que supere un índice de un 10%), y que no da lugar a alternativas de atención. El discurso imperante en estas materias ha sido el oficial, el institucional, el profesional; el de las elites. ¿Qué ocurre con los/as usuarios/as del sistema de salud? Nos preguntamos por lo que les ocurre a las mujeres y sus familias, por sus personales vivencias de la atención de partos. Y especialmente por las experiencias de aquellas mujeres que no han sido escuchadas; las mujeres populares y sus familias.

El sistema médico imperante es uno que privilegia relaciones verticales y hegemónicas de dominación de parte del personal calificado hacia los/as usuarios/as. Nos enfocaremos en develar los mecanismos y condiciones organizativas, materiales e ideológicas que hacen posible que tanto los/as prestadores de servicios de salud, como los/as usuarios/as del sistema encuentren como naturales y legítimas estas relaciones de dominación. Para ello, revisaremos brevemente la historia de la atención obstétrica, que pasó de mano de mujeres sanadoras a un sistema basado en la ciencia moderna de base androcéntrica. Revisaremos las críticas a la ciencia moderna desde enfoques feministas, que nos pueden

³ El concepto fue acuñado por la antropóloga norteamericana Brigitte Jordan como *authoritative knowledge*.

ayudar a comprender los sesgos de la biomedicina occidental. Los ejes teóricos desde los cuales se desarrollará el análisis provienen de los Estudios de Género, con una aproximación simbólica, y de la Antropología Médica, en su perspectiva crítica.

Para el desarrollo de la investigación, recurrimos a dos tipos principales de fuentes: observación participante de atención de partos desde el año 1999, en 3 distintos hospitales públicos de la ciudad de Santiago, y entrevistas a mujeres cuyos partos fueron atendidos en estos recintos, y a sus familiares cercanos presentes en el hospital durante el parto. Hemos alterado los nombres de las mujeres y sus familiares para cuidar su intimidad. También se integran conversaciones con personal médico, aportes de congresos, seminarios y talleres a los que hemos asistido, testimonios escritos de varones que presenciaron el nacimiento de sus hijos/as, y otros materiales que consideramos de importancia para destacar temas específicos de análisis.

Estamos conscientes de que esta es una primera aproximación al problema, que requiere de mayor profundización. Son muchos los factores y mecanismos de poder en juego; en el análisis se hará un recorrido por éstos, a la luz de distintos indicadores definidos para el estudio. Consideramos que en la atención de partos se simbolizan las relaciones de poder y de inequidad de género presentes en la sociedad mayor. La subordinación de la mujer parturienta al personal de salud durante la atención de partos en los hospitales públicos de nuestro país, responde a la ideología mayor que sitúa a las mujeres -y sobre todo a las mujeres pobres- en la base de la pirámide social.

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

La excesiva fe que la humanidad depositó en las respuestas que la ciencia podía ofrecer para el mejoramiento de los niveles de vida ya va declinando. Se pensó que el sistema médico occidental iba a experimentar una expansión desenfrenada; ahora observamos que no ha sido así. Cada vez son menos los y las *pacientes*, y más los y las *usuarios/as* del sistema de salud, que buscan alternativas en modelos de atención que respondan de manera más integral a sus inquietudes. Al mismo tiempo, al interior del sistema médico occidental se cuestionan estos asuntos y se va generando una mayor conciencia enfocada a la atención del ser humano en una perspectiva holística.

La presente investigación va, entonces, dirigida a:

-Las mujeres y familias usuarias del sistema médico alópata, en un afán de promover su reflexión como usuarios/as del sistema de salud, capaces de generar cambios en los modelos de atención.

-Al personal médico que atiende y trata la salud reproductiva, y la salud en general; en un intento de promover el debate y diálogo al interior de su disciplina, con miras a generar cambios en la manera de concebir a los/as usuarios/as del sistema de salud, y de relacionarse con ellos/as. El trabajo que presentamos busca develar aspectos que cotidianamente pasan desapercibidos, invisibilizados en un modelo autocontenido de atención. Recordamos una experiencia, en un congreso de matronas, donde leímos el relato de nuestras observaciones en los box de atención de partos. Reprodujimos diálogos, interacciones, gestos; las matronas, asombradas, reconocieron participar de mecanismos de los cuales no son plenamente conscientes, inmersas en un contexto que no da espacio a los cuestionamientos o críticas. La reflexión, creemos, debe apuntar a que la gestación y el parto son procesos fisiológicos normales, que se insertan en el ámbito de la salud, y no de la enfermedad, donde las mujeres y sus familias deben ser protagonistas.

-A los demás actores sociales y gubernamentales, que puedan contribuir a un cambio en la perspectiva de atención.

Las reflexiones que presentaremos a lo largo del trabajo han sido compartidas y discutidas con matronas, obstetras y cientistas sociales. Hemos realizado talleres de trabajo con matronas donde exponemos nuestras observaciones, invitándolas a transformarse en observadoras de las prácticas cotidianas que realizan en la atención de salud. Han resultado ser instancias de extraordinaria riqueza. La invitación, es, entonces, a transformarnos en observadores/as críticos/as con el fin de producir cambios. La reflexión está abierta, en constante proceso de revisión. Este trabajo constituye sólo un punto del camino, que ha ido siendo transformado y releído con los aportes de un sinnúmero de personas. Esperamos que siga siendo así.

Y, antes de avanzar en el desarrollo de este estudio, nos gustaría exponer brevemente los motivos personales que lo impulsaron, para lo cual tomaremos la primera persona:

Desde que tengo memoria, me ha fascinado el tema del parto, los misterios que comienzan en la concepción y culminan en el nacimiento de un ser humano. Recuerdo haber leído apasionada cómo Don Juan le explicaba a Castaneda que de la energía del acto sexual con que un ser humano era concebido, dependería buena parte de su energía vital. Como estudiante de arte, realicé pinturas, grabados, e instalaciones relativas al tema, sin saber todavía cómo canalizar este interés, ni ser plenamente consciente de él.

Hasta que, como estudiante de antropología, un amigo neonatólogo, compañero de expediciones, me pidió ayuda para investigar acerca de las costumbres indígenas de atención de parto en nuestro país. Ese primer impulso me abrió las puertas de una pasión que hasta hoy me abrumba; comencé a visitar hospitales, conversar con mujeres sobre sus experiencias, y recoger todo tipo de testimonios; desde partos naturales en comunidades indígenas hasta los más tecnologizados escenarios.

Participé en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, realizada en Brasil en el año 2000, donde conocí a cientos de especialistas y mujeres trabajando en el tema, entre ellos/as a grandes intelectuales y activistas. Uno de ellos, Marsden Wagner, antropólogo y médico, consultor de la OMS, me recomendó: *eres joven, antropóloga y mujer. Difícil combinación para tener autoridad en el mundo médico. Te recomiendo que te especialices y estudies mucho* (¡y debo confesar que lo tomé en serio; pues no he dejado de estudiar!). En esa misma Conferencia, el conocido obstetra francés Michel Odent, cerró su presentación con una pregunta: *¿Cómo pretendemos que el mundo cambie, si nacemos como nacemos hoy?*

Quisiera aclarar que son muchos y muchas en el mundo quienes se han dedicado a este tema. Yo retomo su trabajo, y lo aplico a nuestro contexto, a nuestro país. No creo estar planteando nada nuevo, sino haciendo visible algo invisible. Como plantea Marsden Wagner en su artículo: *Fish can't See the Water: The Need to Humanize Birth* (los peces no pueden ver el agua: la necesidad de humanizar el parto), al personal especializado de atención de partos, que sólo ha trabajado en contextos medicalizados, le es muy difícil apreciar los efectos profundos de sus intervenciones, pues no conoce el proceso fuera de estos escenarios. La propuesta es la de generar un mayor debate en torno al tema, entre los distintos sectores, y sobre todo desde las mujeres y sus familias, que son, en definitiva, las/os usuarias/os del sistema, y quienes pueden exigir un cambio real en los modelos de atención.

En lo personal, el trabajo de investigación que aquí presento me ha conectado con los motivos profundos que me llevan a este interés. Ha sido un largo proceso que sólo ahora último, tras varios años de trabajo en hospitales, desembocó en un descubrimiento personal. Y se relaciona con aquellas cargas que traemos sin saber por qué, con esos pasados de quienes nos preceden y de nuestras propias vidas anteriores. En este sentido, el trabajo que presento constituye un intento de sanar profundas heridas de mis seres queridos, que he hecho propias sin saber cómo.

Creo firmemente que está en nuestras manos el poder para generar cambios en los modelos actuales de atención en salud. Tomo una frase de la célebre antropóloga Margaret Mead: *No dudemos jamás de la capacidad de tan sólo un grupo de ciudadanos insistentes y comprometidos para cambiar el mundo.*

II. ANTECEDENTES

II.1. Humanización de la atención de partos

En los últimos años se ha venido hablando de la *humanización* de la atención de salud. Este concepto alude a que el excesivo tecnicismo de la biomedicina occidental llevó al olvido de la integralidad del ser humano, y a tratarlo únicamente en sus aspectos fisiológicos. En este sentido, la salud ha tendido a ser vista más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual, sobre el cual intervienen factores de distinta naturaleza; es así como se ha puesto el mayor énfasis en evitar y curar la enfermedad, prestando poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de los individuos (Castro, R. 2001: 222).

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000, en Fortaleza, Brasil, se definió con precisión el concepto de humanización, con la expectativa de que éste sea centro y base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el naciente siglo XXI, como: un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. Se considera un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida (RELACAHUPAN 2000). La humanización de la atención de salud se orienta hacia la búsqueda del bienestar por parte de los propios interesados, como un factor de progreso y desarrollo humanos, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad (Castro, R. 2001: 222).

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; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas” (Muñoz et al. 2001: 6).

La mencionada conferencia celebrada en Fortaleza se realizó 15 años después de la primera reunión de la OMS para discutir la atención del parto, en la misma ciudad, donde se redactaron las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza (1985)*. Estas recomendaciones se basaron en el principio de que cada mujer tienen el derecho fundamental de recibir una atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de esta atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión en implementación de una apropiada atención prenatal (Ibid.: 274).

Exponemos a continuación algunas de estas recomendaciones, que nos parecen de gran relevancia para poder luego analizar las prácticas que hoy se siguen en nuestro país (Wagner 1994: 349):

-Los ministerios de salud deben establecer políticas específicas acerca de la incorporación de tecnología en los mercados comerciales y servicios de salud. Debe existir asesoría tecnológica multidisciplinaria, que incluya a epidemiólogos, científicos sociales y autoridades de la salud. Las mujeres sobre las cuales se usa la tecnología deben estar involucradas en estos procesos, así como en la evaluación y diseminación de los resultados. Los resultados deben retornar a todos los involucrados en la investigación y a las comunidades donde se condujo.

-Toda la comunidad debe estar informada acerca de los diferentes procedimientos en la atención del parto de manera de permitir a cada mujer elegir el tipo de atención que prefiera. Los sistemas informales de cuidado perinatal, donde existan, deben coexistir con el sistema oficial de cuidado del nacimiento y la colaboración entre ellos debe mantenerse para el beneficio de la madre. Estas relaciones, de establecerse en paralelo sin el concepto de superioridad de un sistema sobre el otro, pueden ser altamente efectivas.

-El entrenamiento de personas en el cuidado del nacimiento debe aspirar a mejorar su conocimiento de sus aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos. Debe promoverse la capacitación de matronas profesionales o de quienes atienden el parto. El cuidado del embarazo y parto normales y el seguimiento post-parto deberían ser tarea de esta profesión.

-Las redes de apoyo femeninas tienen un valor intrínseco como mecanismos de apoyo social y de transferencia de conocimiento, especialmente con relación al parto.

-La información acerca de las prácticas de atención del parto en los hospitales (incidencia de cesárea, etc.) deben ser de conocimiento del público usuario de los hospitales.

Con respecto a las prácticas de atención del parto, se recomienda lo siguiente:

-El bienestar psicológico de la madre debe asegurarse, no solamente por la presencia de una persona de su elección durante el parto, sino también por la posibilidad de recibir visitas libremente durante el período del post-parto. El recién nacido sano debe permanecer con la madre, si la condición de ambos lo permite. Ningún proceso de observación del recién nacido sano justifica una separación de la madre. El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, incluso antes que la mujer deje la sala de partos.

-Las mujeres embarazadas no deben ser acostadas sobre su espalda para el trabajo de parto y el parto mismo. Deben ser estimuladas a caminar y cada embarazada debe decidir libremente qué posición adoptar durante el parto.

-No existe evidencia de que el monitoreo electrónico de rutina tenga efecto positivo sobre el resultado del parto. Solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal y en los partos inducidos. Tampoco hay evidencia que justifique la episiotomía (piquete) de rutina, la provocación artificial del parto (inducción), la administración sistemática de analgésicos o anestésicos que no estén expresamente indicados para tratar o prevenir una complicación real, ni la ruptura artificial de membranas de una fase avanzada del trabajo de parto.

-Los países con las tasas más bajas de mortalidad perinatal en el mundo tienen tasas de cesárea inferiores al 10%. Claramente, no existe justificación en ninguna región específica para tener más de 10 a 15% de nacimientos por cesárea. No existe evidencia que indique que se requiera una cesárea tras una cesárea previa.

Si apreciamos lo que ocurre en nuestro país, nos encontramos con que estas recomendaciones no han sido incorporadas, o sólo recientemente han cobrado importancia, encontrándonos con un sistema altamente medicalizado y tecnologizado. Una tasa de cesáreas que bordea el 40% entrega evidentes pruebas de este fenómeno. Algunas prácticas institucionales se constituyen en rutinas que atentan contra la integridad de las mujeres, como por ejemplo los tactos vaginales rutinarios y frecuentes, lo que se refuerza por el hecho de que a las mujeres no se les entrega una información completa acerca de todos los procedimientos que se les aplican.

Esta elevada tasa de cesáreas es uno de los factores que en los últimos años ha llamado la atención hacia el tratamiento de los partos en nuestro país. Se está ya hablando de un proceso de *humanización* de la atención, que es necesario revisar. La palabra *humanizar* es bastante amplia y ambigua; alude al *hacer a uno o algo humano, familiar y afable*.⁴ La medicina nunca ha dejado de tratar con el ser humano, y el uso de este concepto se presta para una amplia gama de prácticas. Hay quienes plantean que en nuestro país existe una atención humanizada del parto porque se permite el ingreso del padre, o porque en algunos hospitales el/la bebé puede permanecer en estrecho contacto con la madre durante los primeros minutos de vida. Estos son ejemplos de prácticas que pueden promover una atención más humanizada, pero en ningún caso representan por sí solas un modelo de atención que considere la integralidad del ser humano, especialmente de las mujeres, y el respeto a sus derechos básicos. Dicho modelo contempla múltiples facetas que se deben interconectar; desde la concepción que la sociedad tienen de las mujeres y

⁴ Todas las definiciones que enunciaremos de aquí en adelante provienen del Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, vigésima segunda edición, 2001, versión electrónica en www.rae.es.

sus ciclos vitales, pasando por las prácticas médicas, hasta las políticas públicas que deben normar y favorecer una atención integral.

La pregunta que nos hacemos es ¿en qué momento se des-humanizó la atención de partos? El cambio más significativo en la atención reproductiva en el siglo XX fue el movimiento del traslado del parto desde los hogares hacia los hospitales. A principios del siglo pasado todos los nacimientos ocurrían en el hogar, y para fines del siglo prácticamente toda mujer que diera a luz en un país industrializado lo hacía en un hospital (Declercq 2001: 7). En el peak de este proceso de medicalización, fueron haciéndose evidentes las desventajas y problemas asociados a este tipo de atención. Las altas cifras de cesáreas, y de partos intervenidos con consecuentes complicaciones, demostraron que la cobertura médica alópata era eficaz en la reducción de la morbi-mortalidad materna e infantil, sin embargo traía otras consecuencias de gran envergadura.

Lo interesante de este fenómeno es que el mismo resultado final –la institucionalización del parto- obedeció a diferentes motivaciones y se logró de maneras también distintas. En Estados Unidos, el proceso de medicalización del parto ha sido hegemónico. En cambio, en Europa el proceso ha presentado más matices, con países como Holanda que nunca llegaron a una institucionalización completa del parto, manteniendo una atención que supera el 30% de partos en casa.

En la actualidad, en Estados Unidos se aprecia un leve declive en esta tendencia excesivamente medicalizadora del proceso del parto. Sin embargo, a pesar de la gran variedad de opciones que han surgido como alternativas en las dos últimas décadas, el parto biomédico sigue siendo ampliamente hegemónico: en 1997 el 98% de las mujeres norteamericanas tenían a sus hijos en hospitales, el 80% recibía anestesia epidural. Cerca de la mitad de los partos eran acelerados con medicamentos, se practicaban episotomías en cerca del 90% de las primíparas, la gran mayoría de las mujeres contaban con monitoreo fetal electrónico, y el índice de cesáreas alcanzaba un 21% (Davis Floyd, R. y C. F. Sargent, 1997: II). Estos índices casi no han variado hasta hoy.

Si nos situamos en Chile, encontramos que las cifras son muy semejantes, sin embargo hay dos elementos diferenciadores y que nos parecen muy relevantes: el índice de cesáreas supera el 40% del total de partos –el índice más alto a nivel mundial-, y existen pocas alternativas de atención de partos fuera de establecimientos médicos especializados. Las pocas familias que pueden optar a otros tipos de atención son aquellas que cuentan con recursos para costear un equipo médico especializado, y que conocen de su existencia. Para las mujeres y familias populares e indígenas, el parto en hospitales se constituye en la única alternativa de atención.

En los últimos meses, sin embargo, han salido a la luz algunas propuestas de proyectos que intentan cambiar esta situación: casas de partos para atención natural del parto, y proyectos de atención intercultural de partos. Estos proyectos están siendo formulados por

grupos de profesionales, y están recibiendo acogida por parte de los organismos gubernamentales respectivos. Sin embargo, son múltiples las trabas que encuentran, de todo orden; legales, económicas, etc., pero sobre todo, ideológicas. Consideramos, por tanto, que el trabajo de *humanización* de la atención de partos es una tarea compleja, que requiere además de la voluntad de un grupo de ciudadanos/as comprometidos/as, de políticas públicas que apoyen y promuevan nuevos discursos y prácticas.

Revisaremos a continuación antecedentes en nuestro país, que dan cuenta de políticas públicas para la atención de salud sexual y reproductiva, y de las actuales prácticas de atención de partos.

II.2. Políticas públicas en Chile y atención de salud reproductiva

En la última década, con el retorno del país a un régimen democrático, se ha planteado como un desafío central de la acción gubernamental propiciar un desarrollo con equidad social. Para ello, se han definido *grupos prioritarios* - sectores más vulnerables de la población - para la acción del Estado; mujeres, niños, jóvenes y tercera edad, hacia los cuáles se orientan las políticas públicas, especialmente aquellas que dicen relación con la oferta pública en materia social (Castro, R. 2001: 211).

En relación a las mujeres como sujeto prioritario de la acción del Estado, destacan dos hitos dentro del conjunto de políticas sociales existentes en el país: Creación del Servicio Nacional de la Mujer (enero 1991), constituyendo la base de su quehacer los principios estipulados en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que Chile suscribió en 1989; y la elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer 1994–2000, instrumento de planificación con un acotado diseño metodológico, que proporciona orientaciones para la acción que se sustentan en los principios éticos políticos adoptados. Se definen como principios inspiradores y ordenadores de las propuestas del Gobierno de la época los siguientes: la igualdad del hombre y la mujer en todos los planos de la sociedad, la autonomía de la mujer como persona capaz de tomar sus decisiones y comprometerse con la sociedad, la dignidad de la mujer, la valoración de sus capacidades y su quehacer, la protección y el fortalecimiento de la familia (Ibid.: 212).

En la atención integral de su salud, resulta fundamental asegurar las condiciones que permitan hacer decisiones reproductivas debidamente informadas, entregando servicios de buena calidad en los distintos sistemas y niveles de atención, tanto público como privado. En el marco ético formulado en 1994 por la O.M.S. en relación a los cuidados ginecológicos y obstétricos, se destaca el principio de la autonomía -rol que la mujer debe

adoptar en el cuidado de su salud- y el principio de la equidad -que todas las mujeres sean tratadas con igual consideración- (Ibid.: 214).

La misma O.M.S. ha desarrollado los conceptos de Salud Reproductiva y Salud Sexual, los cuales fueron aprobados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y, ratificados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); se definió la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (Obando 2003).

La definición y enriquecimiento del concepto de salud reproductiva responde en buena parte al trabajo de las mujeres organizadas, quienes han defendido y aportando concepciones que contradicen la visión tradicional acerca de la mujer como objeto de reproducción de la especie humana sin la menor posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Lo innovador desde el punto de vista de las feministas, es que se busca que el estado de bienestar físico mental y social se dé a través de la participación protagónica de las mujeres, lo que lleva consigo el ejercicio del derecho a decidir sobre sus procesos de salud-enfermedad (Ballesté y Fernández 1997).

Y acerca de los derechos en materias reproductivas, atendemos a que en el siglo XX nace el concepto de *derechos reproductivos* para designar al conjunto de derechos humanos que tienen que ver con la salud reproductiva y más ampliamente con todos los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana. Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, están dispersos en todos. Es por ello que se puede afirmar que los derechos reproductivos sí están reconocidos internacionalmente y sí son jurídicamente vinculantes (Obando 2003).

Varios tratados de derechos humanos y varios documentos aprobados por consenso internacional consagran estos derechos de aplicación universal. El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994, fue la primera conferencia internacional que definió el término *derechos reproductivos*:

"Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas.

Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalos entre éstos, a disponer de la información y los medios para hacerlo, así como el derecho a alcanzar el grado más alto de salud sexual y reproductiva.

De esta manera afectan sustancialmente en el ejercicio del derecho de todos a tomar decisiones relativas a la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencia" (Ibid.).

Por tanto, los derechos reproductivos aluden al derecho básico de las personas a acceder y obtener la información, los servicios y el apoyo necesarios para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, etc. (Castro, R. 2001: 215).

En nuestro país, resulta muy interesante analizar cómo la perspectiva de género se ha incorporado a los programas públicos de salud. El Programa de Salud Materna y Perinatal (1991), del Ministerio de Salud, se centraba en la atención durante la etapa reproductiva de la vida de las mujeres, y no incorporaba la perspectiva de género en sus objetivos. A partir de 1994, el MINSAL inicia la transformación de este Programa, orientado a la atención preferente de la mujer en el ámbito reproductivo hacia un enfoque de salud integral, que incorpore dimensiones no reproductivas (salud mental, salud laboral, salud en la post-menopausia), asumiendo los principios de igualdad de oportunidades para ellas. En 1997 se publica oficialmente el Programa de Salud de la Mujer, vigente a la fecha. “El replanteamiento de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona -hombre o mujer- conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre” (OPS 1990, citado en MINSAL 1997: 7).

En el nuevo Programa se define la categoría de género como un “conjunto de características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos” (OPS 1995, citado en MINSAL 1997: 15). Este enfoque de género en salud parte del reconocimiento de que en virtud de las diferencias biológicas inherentes a los sexos y, también, de los diferentes roles que mujeres y hombres tienden a desempeñar en la sociedad, existen necesidades y riesgos de salud que son exclusivos de uno de los sexos, o que se manifiestan diferenciadamente en cada uno, más allá de las relacionadas con la reproducción. Además se contempla que, como resultado de la división del trabajo entre los sexos y la valoración diferenciada asignada socialmente a los roles femeninos y masculinos dentro de esta división, el cumplimiento de dichos roles se asocia con grados diferentes de acceso y de control sobre los recursos necesarios para proteger la salud propia y la de los demás (diferencias de poder en la toma de decisiones que afectan la salud individual y colectiva).

El Programa Salud de la Mujer “desea incorporar en forma gradual y progresiva las distintas dimensiones a considerar en la satisfacción global de las necesidades de la mujer a través del ciclo vital” (Ibid.: 17), estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia. Su propósito central es el de “contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que introduzca la promoción, prevención, recuperación, y autocuidado de su salud” (Ibid.: 21).

Reconocemos el avance que ha significado pasar de un Programa centrado en la madre a uno centrado en la mujer, sin embargo, aún parece paradójico que en los Programas para las personas del MINSAL, se incluyan los programas: del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, y del adulto mayor. ¿Dónde está el hombre, o la salud sexual y reproductiva como *tarea de todos*? Se sigue en este sentido reforzando la idea de que es la mujer la encargada de la salud familiar, y de que su cuerpo es el que necesita control y atención por sobre el de los varones.

En el documento *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile* se plantea que el proceso de reforma de salud de nuestro país debe asegurar la incorporación y el desarrollo estratégico de una perspectiva de género, como elemento consustancial a los objetivos de equidad. Se exponen dos premisas fundamentales: que las políticas públicas no pueden ignorar identidades y roles culturales e históricos asignados a partir de relaciones de poder en su contexto social, económico y cultural; y que la perspectiva de género es parte ineludible del proceso de la formulación de políticas públicas, consideración fundamental para el logro de los propósitos de equidad, igualdad y justicia que ellas tienen (MINSAL 2001: 13).

Un paso importantísimo se refiere al reconocimiento de que en el ámbito de las políticas de salud, la perspectiva de género difícilmente podrá ser incorporada si el concepto de salud con el que se trabaja es estrictamente biomédico; si en los diagnósticos de la situación de salud del país se incorporan solamente los criterios epidemiológicos, y si no están presentes las consideraciones socioculturales acerca de las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres.

Se plantea el paso de una concepción de salud desde el paradigma biomédico hacia la noción de salud integral, el cual considera a las personas a lo largo de toda su vida y reconoce su diversidad, e incorpora el análisis de las relaciones de poder entre mujeres y hombres. Se plantea, entre otros puntos, la necesidad de superar una institucionalidad construida en torno al modelo biomédico jerárquico que favorece condiciones para el reforzamiento de los roles de género y las desigualdades consiguientes (Ibid.: 14).

Dicho modelo biomédico ha dado satisfactorias respuestas, que se han traducido en indicadores biodemográficos tales como las tasas de mortalidad materna, que reflejan índices que son parte de los grandes avances que han tenido lugar en Chile desde la década de 1960 en materia de atención primaria de la salud. Así, en América Latina y El Caribe, donde la mortalidad por factores relacionados con la gestación y parto continúan figurando entre las primeras causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva, la tasa de mortalidad materna en Chile ha seguido descendiendo desde un valor ya muy bajo de 0,4 por 10.000 nacidos vivos en 1990, hasta un 0,2 en el año 1999. Este éxito está directamente relacionado con los logros en términos de cobertura universal de la atención profesional del parto, la que ya alcanzaba un 99.1% en 1990 y representaba el 99.7% en el

2001 (CEPAL 2000, SERNAM 2001). Las estadísticas de nuestro país muestran índices que hacen posible plantearse una atención integral de salud, controlados ya algunos de los factores prioritarios de la atención, como la mortalidad materna. No obstante, las muertes por aborto aún representan cerca de un tercio de las muertes maternas en el país.

MORTALIDAD MATERNA				
AÑOS	MUERTES MATERNAS		MUERTES POR ABORTO	
	Número	Tasa*	Número	Tasa
1960	845	29,9	302	10,7
1970	439	16,8	185	7,1
1980	185	7,3	71	2,8
1990	123	4,0	23	1,3
1998	55	2,0	14	0,5
1999	60	2,0	5	0,2

*Tasas por 10.000 nacidos vivos.

Fuente: INE, Compendios Estadísticos. En SERNAM 2001: 86.

La baja mortalidad materna nos sitúa cerca de los índices de los países desarrollados, y algo similar ocurre con las tasas de fecundidad, que, durante las últimas cuatro décadas, se han reducido a la mitad. Según los datos censales, la tasa global de fecundidad (TGF) fue de 5,3 hijos por mujer en 1969 disminuyendo a 2,3 en 1998 (INE 1998), con una tasa de crecimiento demográfico anual de 1,4% (MINSAL 2001: 25). Esta considerable reducción tanto en los índices de mortalidad materna como de fecundidad, hacen plantearse una necesidad de reorientar la atención de salud hacia la satisfacción de los/as usuarios/as, y hacia los grupos más vulnerables.

Las madres adolescentes se encuentran entre los grupos vulnerables: durante 1990, el 13,8% del total de nacimientos fueron hijos de mujeres adolescentes. Esta cifra ha ido en aumento en los últimos años, alcanzando en 1999 a 16,1%, con todos los riesgos obstétricos y sociales que ello implica para las mujeres y para sus hijos/as. Para 1999, los datos disponibles sobre el embarazo adolescente informan que de un total aproximado de 40 mil embarazos registrados, el 97% se produce entre las adolescentes de 15 a 19 años. Con todo, se mantiene una preocupante cifra de 1.052 embarazos entre menores de 15

años. Se puede suponer un alto grado de vulnerabilidad de las adolescentes embarazadas y de sus futuros/as hijos/as, considerando que más del 90% declara ser soltera; al mismo tiempo, el 74% de las madres adolescentes se concentra en los dos quintiles de menores ingresos. Lo anterior demuestra que el embarazo y la maternidad adolescente son un tema de la agenda pública de salud y que, si bien se extiende al conjunto del país, su mayor ocurrencia se concentra en las regiones Metropolitana (37%), Octava (12%), Quinta (10%), y Décima (8%) (SERNAM 2001: 96).

Los temas urgentes en la atención de salud reproductiva, como la mortalidad materna producida por abortos, o el embarazo adolescente, necesitan ser reorientados desde un enfoque que tome en consideración a todos los actores involucrados, no sólo a las mujeres. En este sentido, el Programa de Salud Familiar del MINSAL, y el documento *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*, presentan propuestas para avanzar en el logro de objetivos de equidad. El último documento citado (MINSAL 2001) menciona un listado inicial de las necesidades y planteamientos prioritarios para la reforma de salud con una perspectiva de género, que involucra a los varones en los temas de salud sexual y reproductiva, con propuestas como las siguientes:

- Participar en las campañas continuas y masivas de educación e información en: sexualidad y cuidado de la salud reproductiva para mujeres y hombres; métodos anticonceptivos y prevención de embarazo no deseado; esterilización masculina o vasectomía y desarrollar cursos de capacitación para médicos para realizarlas; prevención de VIH/SIDA para mujeres y hombres de grupos de riesgo y población en general.
- Crear servicios de atención en salud sexual y reproductiva para hombres.
- Incorporar al sistema público de salud la vasectomía como un método regular de esterilización quirúrgica (Ibid.: 35).

La implementación de estas medidas sin duda contribuirá a reducir las brechas de género, pues las políticas de salud han tendido a reforzar el rol de la mujer como única encargada de la salud sexual y reproductiva. En este sentido, la Atención de Salud con Enfoque Familiar, impulsado por el MINSAL en el año 1998, también plantea medidas que significan avances en la inequidad de género, al considerar que apoyando a la familia y a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de habilidades y destrezas para una vida saludable, está actuando sobre el núcleo principal de la sociedad, aquel que le proporciona a la persona el sustento básico que necesita para ir construyendo sus valores de tolerancia y de respeto que le permitirán hacerse parte de un proyecto común (MINSAL 1998).

Elemento fundamental en el Modelo de Salud Familiar es la responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia, independiente del género, por la salud de su familia y la de cada uno de sus integrantes; se promueve la participación de más de un integrante de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo -

embarazo, parto, puerperio-, del padre en el cuidado de los hijos -controles de salud- (Ibid.).

Para el MINSAL, en la organización de los servicios a entregar a la población femenina, se requiere balancear adecuadamente dos aspectos. El primero se refiere a la calidad técnica de los servicios prestados, en gran medida determinada por la preparación y desempeño del personal que asume las respectivas responsabilidades. El segundo alude a la satisfacción de la población usuaria; lo que significa que junto a una atención de salud de alta calidad técnica, se requiere satisfacer las necesidades emocionales de las mujeres y sus familias. Se trata de incentivar la participación activa de las mujeres en el cuidado de su condición de salud (autocuidado) y, en la definición de las decisiones que le afectan, y no como meras destinatarias u objeto de programas diseñados sin incorporar su particularidad (Castro, R. 2001: 218).

En la atención de la gestación y de partos en nuestro país, nos encontramos con que la cobertura es casi completa, y que la calidad técnica de los servicios prestados es muy elevada. Sin embargo, al tratar con personas no sólo se requiere de una buena atención técnica, sino también, y como recién veíamos, de una atención que tome en cuenta las necesidades de los/as usuarios/as en los ámbitos no sólo fisiológicos, sino también afectivo-emocionales, y socio-culturales.

Cerca del 90% de los partos no debería requerir de ningún tipo de intervención y podría desarrollarse de manera natural. En Chile, del 99,7% de atención de partos por personal especializado, la gran mayoría de éstos son intervenidos, en diversas maneras. Esto quiere decir que en los hospitales se le brinda demasiada atención técnica a muchos casos que no lo requieren, interviniendo todos los casos por igual, y generando complicaciones en partos que no debieran presentar problemas.

Atendamos al siguiente cuadro, que ilustra el “número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en este mismo año, en un determinado país, territorio o área geográfica. Personal capacitado es el que ha adquirido habilidad para proporcionar supervisión, cuidado y asesoramiento necesarios a una mujer durante el embarazo, parto y puerperio, atender el trabajo de parto bajo su propia responsabilidad y asistir adecuadamente al recién nacido” (OPS 2001). En Chile, personal capacitado son técnicos y profesionales que hayan pasado por educación médica formal en alguna institución de educación técnica o superior del país. Esta educación médica es una y la misma en todo el país: corresponde al paradigma científico occidental. Este sesgo llama la atención, en un país con un importante componente étnico que cuenta con tradiciones de salud diferentes a la occidental.

PAIS	AÑO	PROPORCION DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO
Argentina	1999	99.0
Belice	1999	96.9
Bolivia	2000	52.0
Brasil	1998	97.0
Chile	1999	99.7
Colombia	2000	87.0
Costa Rica	1998	97.5
Cuba	2000	100
Ecuador	1999	83.5
El Salvador	1999	71.7
Guatemala	2000	84.0
Honduras	1999	60.0
México	1999	80.2
Nicaragua	1999	81.5
Panamá	1998	89.3
Paraguay	1999	85.6
Perú	2000	54.8
Puerto Rico	1999	99.9
República Dominicana	1999	95.5
Uruguay	1998	99.6
Venezuela	1997	95.3

Fuente: OPS 2001.

De toda Latinoamérica y El Caribe, sólo Cuba y Puerto Rico presentan una cobertura de atención de parto por personal capacitado mayor a la de Chile. Chile tiene la cifra más alta de Sudamérica, seguida de Uruguay, Argentina, Brasil y Venezuela, países que tienen índices superiores al 90% de atención. Perú y Bolivia, para el año 2000, contaban con un 54.8 y 52% de atención especializada del parto respectivamente, los índices más bajos de la región. Estos países presentan altos índices de atención de partos por parteras tradicionales o indígenas, y por familiares o amigos/as. En Bolivia en 1998, un 7.4% de los partos fueron atendidos por parteras, y casi un 35% por familiares o amigos/as. En Perú, en 1996, un 24% de los partos fue atendido por parteras, y un 19% por familiares o amigos/as (RELACAHUPAN 2001).

Países como Nicaragua, Brasil y México han implementado programas de capacitación a

parteras tradicionales, para que integren prácticas biomédicas que ayuden a reducir complicaciones e infecciones, pero sin dejar de practicar su profesión ni de atender a población rural y/o indígena. Estas medidas han resultado ser altamente efectivas, pues la población indígena puede seguir utilizando sus sistemas de salud, en concordancia con sus particulares culturas y su cosmovisión, y se reducen los índices de morbimortalidad en regiones donde no hay suficientes recursos una cobertura biomédica generalizada.

En Chile en las últimas cuatro décadas, apreciamos un constante aumento en las tasas de atención de parto por profesionales alópatas: en 1960 contábamos con un 66.9% de atención médica especializada del parto, en 1970 con un 81.1%, cifra que aumentó a 91.4% en 1980, y a 99,2% en el año 1991. El año 1997 se llegó a un 99,6% de atención profesional, que al año siguiente subió a 99,7%, cifra que se mantuvo hasta el 2001, último año para el cual contamos con datos estadísticos (INE, Anuarios Demografía, citado en SERNAM 2001:84). De este total, la casi totalidad de los partos ocurre en clínica u hospital.

Retomando las recomendaciones de Fortaleza de 1985 que enunciamos más arriba, nos parece relevante exponer qué sucede actualmente en Chile en relación a ellas.

En primer lugar, no existen en nuestro país políticas que regulen la incorporación de tecnología en los mercados comerciales y servicios de salud, ni se realizan estudios para evaluarla. No hay equipos multidisciplinarios que estudien estos asuntos, ni se consulta a las mujeres usuarias.

La atención alópata es hegemónica en el sistema público de salud, sin posibilidad de alternativas. No se permite la coexistencia de sistemas indígenas o populares de atención de partos con el sistema oficial. El conocimiento autorizado para la atención es el biomédico, por lo cual no se fomenta la existencia de redes de apoyo femeninas como mecanismos de apoyo social y de transferencia de saberes. Se privilegia una atención centrada en la esfera fisiológica, en desmedro de las dimensiones afectivas y socio-culturales de los/as usuarios/as.

Con respecto a la promoción de la presencia de una persona de elección de la mujer que la acompañe durante el parto, en la mayoría de los hospitales la única persona externa al personal médico que puede participar en el parto (período expulsivo final) es la pareja varón de la mujer. Su presencia en el año 2002 fue en un 30,9% de los partos en servicios de salud públicos (SERNAM 2003).

En algunos pocos hospitales, se permite la presencia de otro familiar cercano: madre, hermana, etc., en caso de no estar presente la pareja. No existe normativa al respecto; hay una recomendación programática que desde aproximadamente el año 1995 recomienda a

los hospitales permitir que el varón entre al parto. No se ha implementado en todos los hospitales, y se hace según propias voluntades, sin una normativa clara. Acerca de los horarios en que se puede visitar a la mujer, son restringidos en todos los hospitales.

Hasta hace pocos años, la norma hospitalaria era que los bebés permanecieran en las *nurseries* y las madres en las salas de puerperio, y sólo se reunieran en las horas de lactancia. Recién nacidos/as, los/as pequeños/as eran trasladados a ser examinados, y a permanecer en *observación* por un período variable, por lo general de entre una y cuatro horas. En este escenario, muchas veces se les alimentaba con *relleno* como primer alimento. En algunos hospitales, esto todavía ocurre así. Sin embargo, la tendencia ha sido propender a facilitar los vínculos madre-hijo/a a través de un contacto más permanente entre ambos/as. Esto depende del hospital del que se trate, así como también del equipo médico de atención.

En los hospitales que reconocen la importancia del primer vínculo, se pone al/la bebé en el pecho de la madre por unos minutos tras el nacimiento, para luego llevarlo a revisión. Se reunirán nuevamente cuando la madre pasa a recuperación, lo que por lo general ocurre entre 45 minutos y una hora más tarde (el tiempo que demora la sutura de la episiotomía). En caso de cesáreas, el tiempo es más prolongado, pues se trata de una cirugía mayor tras la cual la mujer duerme durante varias horas. Hay hospitales que han acondicionado cunas al lado de las camas de las mujeres, por lo cual están en contacto permanente. En estos escenarios el padre u otros familiares tienen acceso restringido.

En nuestro país, la totalidad de las mujeres (con muy pocas excepciones) atendidas en hospitales debe adoptar la posición supina o litotómica (sobre su espalda), para el trabajo de parto y parto mismo, sin posibilidad de movilidad. No contamos con datos acerca del monitoreo fetal electrónico, sin embargo en los hospitales donde se cuenta con este recurso, es habitual que se utilice sin una selección cuidadosa de los casos que lo requieren. Tampoco contamos con datos de la provocación artificial o inducción del parto, ni de la ruptura artificial de membranas antes de una fase avanzada del trabajo de parto, sin embargo se sabe y se constata que se realizan en más casos de los necesarios. Los rasurados pelvianos completos y los enemas (lavativas) ya casi no se practican. Se realiza rasurado parcial del vello púbico –tricotomía- en la zona de la episiotomía.

Con respecto a la práctica de la episiotomía (el piquete) en nuestro país, el dato más acabado proviene del estudio sobre *Episiotomía en Primíparas de América Latina* realizado por la OPS, que arroja un 95.9% de episiotomías en mujeres primíparas con partos vaginales en hospitales de Chile entre los años 1995 y 1998. La evidencia científica actual muestra que la episiotomía rutinaria no está justificada: no presenta beneficio para la madre o el/la niño/a, aumenta la necesidad de sutura perineal y el riesgo de complicaciones en el proceso de cicatrización a los 7 días posparto, produce dolor y

molestia innecesarios, y efectos a largo plazo potencialmente perjudiciales (Althabe et. al.: 2002).

Acerca de la administración sistemática de analgésicos o anestésicos durante el parto, en el sistema público de salud no existe cobertura completa (como en el privado), y la posibilidad de recibirlos dependerá del hospital, con excepción de las cesáreas, que reciben anestesia en la totalidad de los casos. Actualmente, en los partos vaginales en Chile se utiliza la anestesia epidural, óxido nitroso, y anestésicos locales para la episiotomía, principalmente. La cobertura de anestesia epidural, que es la más usada, en el año 2001, presenta grandes diferencias según servicios de salud. Disponemos de los siguientes datos de cobertura de anestesia epidural según servicio de salud⁵ (del total de partos normales): Arica, un 5%; Antofagasta, un 28.2%; Coquimbo, un 10.2%; Aconcagua, un 20.5%; Viña-Quillota, un 14.8%; Valparaíso-San Antonio, un 27.4%; Libertador Bernardo O’Higgins, un 3.1%; Ñuble, un 1.1%; Concepción, un 15.5%, Talcahuano, un 4.4%; Valdivia, un 10.9%, Osorno, un 71.8%; Magallanes, un 70%. En la Región Metropolitana, el servicio Norte con un 57.8%; el Occidente un 11%; el Central un 46.6%; Oriente un 47%; Sur un 48.5%; y Suroriente un 79.5%. Con respecto a utilización de óxido nitroso, sólo se presenta en Valparaíso-San Antonio (como piloto del Plan Auge), en un 23.9%. Como podemos apreciar, el índice más bajo corresponde al servicio de salud de Ñuble, con un 1.1% de epidural en los partos normales, y el más alto al servicio Metropolitano Suroriente, con un 79.5. Esto muestra grandes brechas entre diferentes servicios, con una centralización en la Región Metropolitana.

En Chile el índice de nacimientos por cesáreas es de aproximadamente un 40%: entre 20 y 30% en hospitales, y superando el 50% en clínicas privadas (donde se puede llegar a superar el 70%). La cesárea programada debido a una cesárea previa ocurre, pero ya no es de rutina como hace algunos años.

Como podemos apreciar en las cifras recién detalladas, nos encontramos aún lejos de cumplir con recomendaciones elaboradas hace ya 18 años para un adecuado manejo del parto. Sin embargo, se aprecia un cambio de actitud que ya se traduce en prácticas en diversos servicios de salud, impulsados tanto desde el gobierno como desde grupos de profesionales. Esta nueva reflexión se venía gestando hace años, sin embargo cristalizó en mayo del año 2000, cuando se realizó en Santiago el *Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo*, impulsado por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud, que contó con la presencia de connotados especialistas nacionales. Esta primera reflexión conjunta, que se expresó en un libro que contiene las ponencias de dicho encuentro (Muñoz et al. 2001), abrió las puertas para un camino de trabajo que recién comienza a dar frutos. Diversos encuentros posteriores, realizados tanto en Santiago como en regiones, han dado cabida a diversas inquietudes y propuestas para

mejorar la atención de salud reproductiva en nuestro país. Lamentablemente, existen grandes resistencias para incorporar nuevos temas y reflexiones, que vienen a cuestionar la práctica obstétrica desde sus cimientos.

El excelente nivel alcanzado en Chile por los indicadores habituales de salud materno-infantil, unido a una tendencia decreciente de la natalidad, permite al momento actual orientar los esfuerzos hacia una mejor calidad de los servicios que se entregan a la mujer y su hijo/a. El rol de los integrantes de los equipos de salud materno-infantil debiera orientarse a ayudar a las personas a adquirir las capacidades necesarias para el mejor desarrollo de sus tareas parentales en el espacio familiar (Castro 2001: 219).

Una nueva forma de organizar los servicios disponibles requiere de un cambio de mentalidad tanto por parte de los prestadores como de la población usuaria. El desafío actual es ampliar la mirada, en pos del pleno desarrollo de una adecuada Salud Sexual y Reproductiva, que incorpore el enfoque de género, la superación de las desigualdades hombre-mujer, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la sociedad (Ibid.: 220).

Presentaremos a continuación los objetivos del estudio, para luego entrar a los marcos teórico y metodológico.

⁵ Información proporcionada por el doctor René Castro, director del Programa Salud de la Mujer, Ministerio de Salud, Chile.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

Indagar en la construcción de las condiciones organizativas, materiales e ideológicas que legitiman la hegemonía de un tipo de conocimiento autorizado en la atención de partos –el biomédico- en hospitales públicos de Santiago.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la atención de partos en tres hospitales⁶ públicos de la ciudad de Santiago.
- Develar las condiciones que hacen posible que tanto los/as prestadores/as de servicios de salud como los/as usuarios/as del sistema encuentren como naturales y legítimas las relaciones de dominación que se establecen.
- Formular propuestas de intervención que contribuyan a mejorar la atención hospitalaria de partos, tomando en consideración las opiniones de las mujeres usuarias del sistema biomédico.

⁶ A pesar de haberse realizado la observación participante y las entrevistas en tres hospitales públicos de la ciudad de Santiago, dos de ellos corresponden al mismo servicio, que fue trasladado. La maternidad del Hospital Salvador dejó de atender en agosto de 2002, y se trasladó al Hospital Luis Tisné Brousse.

SEGUNDA PARTE, MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

GESTACIÓN

I. MARCO TEÓRICO

En este capítulo presentaremos cinco entradas teóricas que aportan elementos para el estudio de la atención de partos en nuestro país. Como primer punto, nos interesa analizar el desarrollo de la ciencia médica, específicamente de la obstetricia, como una disciplina que surge en el contexto de la inquisición y de la gran quema de brujas, donde ancestrales saberes femeninos acerca de la salud fueron condenados y literalmente quemados en la hoguera.

Tras este desarrollo, analizaremos la ciencia moderna como una creada por y para hombres, sobre la base de una radical distinción entre mente y cuerpo; cuestionaremos la objetividad de la ciencia así fundada a partir de aportes de las epistemologías feministas. Como tercera entrada, los estudios de género, en su perspectiva simbólica, hacen referencia al orden simbólico con que las culturas elaboran las diferencias sexuales, que son la base desde la cual se estructuran las categorías de lo masculino y femenino. Analizaremos cómo en nuestra cultura la construcción genérica responde a una ideología patriarcal que norma, en nuestro caso de investigación, los procedimientos que se aplican sobre los cuerpos femeninos en la atención de partos. En directa relación con esto, los aportes de la antropología médica en su perspectiva crítica, dan cuenta del modo en que las relaciones de poder moldean las prácticas médicas.

Un quinto apartado pretende desarrollar específicamente la línea de investigación de la antropología del parto, nacida como una subdisciplina con influencia tanto de la antropología médica como de los estudios de Género.

I.1. Parteras, brujas y obstetras

La salud, desde antes de Cristo y por más de un milenio, fue territorio de curanderos y curanderas, en especial de mujeres sanadoras. “Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras

farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral” (Ehrenreich y English 1988: 7).

La historia nos muestra que las mujeres fueron las sanadoras tradicionales en gran parte de las culturas del mundo, sin embargo hoy nos encontramos ante la hegemonía de un sistema médico construido por la ciencia moderna androcéntrica, que privilegia una aproximación masculina al entendimiento de la salud, lo cual incide en la manera en que se conciben los géneros y los cuerpos. Nos interesa indagar aquí en el modo en que la biomedicina se constituye en un agente socializador de la manera en que se concibe a las mujeres y sus ciclos vitales. Las formas en que son definidas y tratadas son introyectadas por ellas mismas, aprendiendo a establecer una determinada relación con su sexualidad, su cuerpo, y con el conocimiento que de él manejan. El cuerpo femenino se constituye así en “una ventana abierta a nuestra identidad (de mujeres), es el lugar donde se manifiestan, con extraordinaria nitidez, los signos de nuestra condición social. En su lenguaje expresa el carácter de una cultura, las formas de vivir y pensar, la dominación normativa e ideológica a la cual estamos sometidos” (Rodó 1985: 4). ¿Cómo es que la mujer dejó de ser dueña de su propio cuerpo y de los procesos que le atañen? ¿En qué momento de la historia se le negó el acceso a ámbitos que desde tiempos prehistóricos manejaba y constituían su dominio, como es la salud? ¿Por qué se les persiguió, quemó en las hogueras, excluyó de las prácticas médicas *oficiales*?

Tomaremos una pregunta que Barbara Ehrenreich y Deirdre English formulan, refiriéndose a las mujeres: “El lugar que actualmente ocupamos en el mundo de la medicina no es “natural”. Es una situación que exige una explicación. ¿Cómo hemos podido caer en la presente subordinación, perdiendo nuestra anterior preponderancia?” (1988: 8).

Las mujeres tuvieron por cientos de años en sus manos el rol de la sanación; eran las curanderas del pueblo. Este poder sobre la salud implicaba un poder sobre la vida y la muerte; en efecto, desde los primeros tiempos fueron ellas las comadronas que ayudaron a traer a los seres humanos al mundo. Gran poder que las transformó en peligrosas enemigas de las instituciones erigidas por hombres. En occidente, el proceso de expropiación de este poder ha sido tratado por diversos/as autores/as, que en el contexto europeo lo han centrado en la gran caza de brujas.

Jules Michelet, en su *Historia del Satanismo y la Brujería*, plantea que “durante mil años el único médico del pueblo fue la bruja. (...) Las masas de todo Estado, podemos decir todo

el mundo, no consultaban más que a la saga, o comadrona” (Michelet 1989: 9). El poder que detentaban las habría condenado a ser cazadas “como un animal salvaje, perseguida en las encrucijadas, execrada, despedazada, lapidada, sentada sobre carbones ardientes” (Ibid.:8). De este modo, a lo largo de la Edad Media, sucedió una degradación de la figura de la mujer sanadora en el símbolo de la bruja, llegando a declarar en el siglo XV que si la mujer se atrevía a curar sin haber estudiado era bruja y merecía morir. La naciente medicina moderna fundada en este contexto por varones de clases dominantes, se ocupó del ser superior y puro, el hombre, estudiando su cuerpo como el modelo y la medida de los seres humanos, y al femenino como una versión degradada y degenerada de éste.

Para ejemplificar esta situación, podemos mencionar que en 1271 la Facultad de Medicina de la U. De París comenzó a adquirir una gran relevancia e influencia política, ejerciendo control sobre las prácticas médicas. Estas limitaciones establecen que sólo los maestros con licencia de dicha facultad podían administrar medicinas. Más tarde, en 1421, el parlamento inglés solicitó la prohibición de ejercer curaciones a personas sin preparación, despreciando así la experiencia práctica de las mujeres. Durante y tras el Renacimiento, se reforzó esta visión. Europa se estaba urbanizando rápidamente, y mientras más personas migraban a las ciudades, alejándose de los cuidados personalizados de las curanderas rurales, se comenzaron a construir hospitales en los cuales los practicantes masculinos de las carreras médicas podían observar miles de pacientes al año.

Se debe recordar que las mujeres no tenían acceso a la universidad, por lo que se constituyeron en curanderas ilegales y perseguidas, y su saber en un conocimiento desvalorizado y reprimido. El conocimiento erudito y oficial debió controlar los otros tipos de saberes para así asegurar su hegemonía, para aparecer como único sistema válido y legítimo. De este modo, el advenimiento de la medicina científica moderna marca el comienzo de su hegemonía para tratar los procesos que atañen a la salud de la población, y sobre todo sobre el ciclo reproductivo de la mujer, ámbito que antes era ocupado casi exclusivamente por mujeres. El parto, desde antes de Cristo y por más de un milenio, fue territorio de parteras y comadronas. Así era considerado socialmente, con exclusión de los hombres, y así considerado tanto legal como religiosamente; lo que se evidencia en la historia de un médico alemán -el Dr. Wirtt- que se disfrazó de mujer para poder presenciar un parto. Fue descubierto y condenado a morir en la hoguera en Hamburgo en 1522. Queda claro que hasta entonces los hombres no ofrecían ninguna ventaja por sobre los conocimientos y atenciones de las parteras, y su participación durante los partos era considerada tanto alejado de lo natural como inmoral.

Parece paradójico que al mismo tiempo que se condenaba a la hoguera a un hombre por presenciar un parto, se condenaba a miles de mujeres a la misma suerte por poseer conocimientos curativos, y sobre los procesos reproductivos de la mujer. El escenario histórico de la gran caza de brujas era, sin duda, inquietante y amenazador y ello avalaba la condición apocalíptica de la *presencia del Demonio* en la vida de las naciones europeas: las

epidemias de peste, los cismas religiosos y las guerras que les siguieron, las revueltas de campesinos, todos factores de desequilibrio social que impulsaron a los poderes religiosos y seculares a ver en la persecución de las llamadas brujas una válvula de escape instrumental a los grandes miedos sociales. Es así como entre los siglos XIV y XVII (incluso hasta el XVIII), con casi ciento diez mil procesos, fueron condenados a la hoguera por los tribunales eclesiásticos y por los civiles cerca de sesenta mil personas, se calcula que entre el 75 y 85 por ciento de las cuales eran mujeres. Existen también estimaciones mayores del fenómeno; algunos investigadores sostienen que entre los siglos XIV y XVII no se condenó a la hoguera a menos de un millón de brujas, y hay quienes hablan de varios millones de víctimas.

Esta caza adoptó diversas formas según el momento y el lugar, pero sin perder en ningún momento su característica esencial de campaña de terror desencadenada por la clase dominante y dirigida contra la población campesina, en especial de sexo femenino. Esto, porque las brujas representaban una amenaza política, sexual y religiosa para la Iglesia, tanto católica como protestante, y para el Estado.

La mayor parte de las mujeres condenadas como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población, y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina. Como señalábamos anteriormente, la eliminación de las brujas como curanderas tuvo su contraparte en la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes. En este sentido, la Inquisición constituye, entre otras cosas, uno de los primeros ejemplos de cómo se produjo el desplazamiento de las prácticas artesanales por las profesionales, y de cómo el ámbito de la salud pasó desde las manos de mujeres hacia las de varones educados en las nacientes ciencias médicas.

Fue así como los elementos fundamentales del paradigma médico actual se determinaron durante el siglo XVII, al elegir un modelo mecanicista de observación del cuerpo que se concentró en el estudio de los determinantes bioquímicos de la enfermedad y, desde luego, en los principios que podían contrarrestarla. El desarrollo de la medicina occidental implicó un progresivo abandono de un enfoque integral del paciente y de la relación de éste con su medio ambiente. La física, la química, la biología son aún hoy consideradas las ciencias básicas de la medicina; las instituciones médicas están dominadas por la imagen del hospital y, en términos reales, se otorga menor importancia a los factores ambientales, psicosociales y de comportamiento de la enfermedad y a las necesidades integrales de los enfermos, que no son considerados un campo de análisis “objetivo” para investigaciones y tratamientos terapéuticos (Citarella 1995: 406).

El nacimiento de este modelo mecanicista el entendimiento de la salud y la enfermedad ocurrió de la mano de la deslegitimización del saber de las parteras tradicionales, mientras se construían hospitales en los cuales los practicantes de las nacientes médicas podían

observar miles de nacimientos al año y desarrollar técnicas estandarizadas y herramientas para el manejo del parto. En este contexto fueron ganando aceptación los médicos hombres, y comenzaron a participar de los partos, desarrollando objetos para intervenir en dicho proceso. Por ejemplo, una versión primitiva de los fórceps obstétricos fue inventado alrededor del año 1600 por Peter Chamberlain, un refugiado hugonote, que lo mantuvo como un secreto de familia, celosamente guardado por las cuatro generaciones -a lo largo de más de un siglo- de esta verdadera dinastía de siete médicos. Uno de sus descendientes vendió el secreto al Colegio Médico-Farmacéutico de Amsterdam, que montó un próspero negocio al vender los fórceps -bajo promesa de confidencialidad- a los médicos que licenciaba. Sin embargo, el secreto se escabulló y, en 1726, William Giffard utilizó el fórceps por primera vez en forma oficial y pública. En 1739, Richard Manningham abrió una sala para mujeres embarazadas con el fin de atenderlas en el parto. En esta época se escribieron los primeros tratados que se refieren a la atención médica del parto: en Francia, Francois Mauriceau publicó el *Tratado sobre las Enfermedades de las Mujeres Embarazadas y de las que Paren*, en el que se describe el proceso normal, el embarazo tubario y la fiebre puerperal; en Alemania, Hendrid von Deventer escribió sobre la mecánica del parto y las deformidades de la pelvis. En Inglaterra, William Smellie, gran maestro de obstetricia, publicó en 1752 su *Treatise on Midwifery*, donde describe el mecanismo del parto y fija las reglas concretas para la práctica de la obstetricia, el uso del fórceps y el tratamiento de la placenta previa. Su sucesor fue William Hunter, quien publicó *The Anatomy of the Human Gravid Uterus* en 1774 (Tezanos, 1987: 138). Podemos decir entonces, que, comenzando en el s. XVI y con fuerza durante el s. XVII, se desarrolló la obstetricia como una rama de la medicina.

Otro avance que contribuyó al cambio de mentalidad con respecto a la atención del parto fue la conquista de la fiebre o septicemia puerperal (infección uterina), mediante técnicas asépticas y antisépticas hacia fines del siglo XIX. Es interesante señalar que esta fiebre no había constituido un problema de importancia a lo largo de la historia; fue con el establecimiento institucional de hospitales -donde los gérmenes se concentraban y propagaban- durante el s. XVIII que se transformó en epidemia. Fueron las observaciones del médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis, quien ejercía en la sección de obstetricia del Gran Hospital General de Viena como primer interno -hacia mediados del s. XIX-, que notaron que las madres que eran atendidas por matronas tenían una mortalidad por infección cinco a seis veces inferior que aquellas que eran atendidas por los estudiantes de medicina que hacían su práctica simultánea en anatomía. De ello concluyó que las manos de los médicos transferían la enfermedad desde los cuerpos que disectaban hacia las mujeres que atendían: “La fiebre puerperal es producida por el contagio de la parturienta con partículas pútridas procedentes de organismos vivos, sirviendo de agentes transmisores los dedos de los que las examinan” (Ibid: 167) Propuso entonces que el personal del hospital se lavara las manos con una solución de cloruro de cal, antes de atender a las madres en el trabajo de parto, con lo cual la mortalidad materna bajó de un 18% a un 1%. A pesar de la gran reducción de las muertes maternas con esta medida, sus

ideas fueron objeto de burla hasta que el trabajo de Louis Pasteur y del cirujano inglés Joseph Lister -*la teoría de los gérmenes*- demostraron científicamente su veracidad.

El desarrollo de métodos anestésicos fue también un factor que sirvió para que la ginecología ganara territorio. En 1847, James Young Simpson usó éter como anestésico, y luego descubrió que el cloroformo presentaba ventajas sobre el último. En el siglo XX, el uso de la anestesia durante el parto se masificó; este fue el momento en que las parteras tradicionales ya no presentaron ventajas sobre los médicos para la atención de partos. Y fue el momento en que en Europa y Estados Unidos se siguieron caminos diferentes. En Estados Unidos, como lo señalan Barbara Ehrenreich y Deidre English, a principios del siglo XX se aprobaron leyes en todos los estados contra las comadronas, en virtud de las cuales sólo se permitía a los médicos la práctica de la obstetricia. “Se ridiculizó a las comadronas como personas *incurablemente sucias, ignorantes e incompetentes*. Particularmente, se las hizo responsables de la amplia difusión de septicemias puerperales (infecciones uterinas) y de las oftalmias neonatales (ceguera provocada por una gonorrea). Ambos males podían prevenirse fácilmente con técnicas accesibles incluso a la más ignorante de las comadronas (limpieza de las manos para las septicemias puerperales y gotas oculares para la oftalmia); la solución más obvia habría sido difundir y poner al alcance de la gran masa de comadronas las técnicas preventivas apropiadas. Así se hizo, de hecho, en Inglaterra, en Alemania y en la mayoría de las naciones europeas; las comadronas recibieron la formación necesaria y llegaron a convertirse en profesionales reconocidas e independientes” (1988: 30).

Latinoamérica ha recibido las influencias de ambos modelos. En Chile la biomedicina se fue imponiendo como modelo hegemónico hasta llegar durante el siglo XX a cubrir la casi totalidad de la atención de partos. No se capacitó a parteras indígenas, empíricas o populares para que pudieran seguir atendiendo partos, sino que se fueron reemplazando por profesionales de la salud educados/as en universidades o escuelas especializadas. Son los/as médicos obstetras y las matronas quienes atienden los partos en nuestro país, estableciéndose notorias diferencias entre la atención privada y pública. En el sector privado tiene mayor relevancia y participación el /la médico obstetra, quien siempre está presente en los partos, mientras que en la atención pública las matronas son quienes atienden la gran mayoría de los partos. Sólo cuando hay complicaciones deben intervenir los/as obstetras.

Nos interesa desarrollar brevemente cómo el modelo biomédico de atención de partos se fue implantando en América Latina tras la conquista española, y algunos hitos de la atención biomédica del parto en Chile. Hasta la conquista, la atención de partos en la mayoría de las culturas era realizada por mujeres y parteras -llamadas *empíricas* en oposición a lo *científico*-. Hay culturas donde los hombres también colaboraban en la atención del parto. Lo importante es que el parto era concebido como un proceso normal, y no patológico, donde la parturienta era la protagonista.

La mirada etnocéntrica de los conquistadores implantó un discurso donde lo indígena era considerado primitivo, pagano, bárbaro; había que hacer lo posible por erradicar sus costumbres e implantar la racionalidad. Con respecto al parto, esto significó ir capacitando a personal de atención especializado en las nascentes ciencias médicas. Con las expediciones de Hernán Cortés, llega a México el primer médico europeo (1519). Se construyen posteriormente los famosos protomedicatos, que se extienden por toda la América Hispana. Durante ese tiempo la atención obstétrica estaba en manos de las parteras y sus ayudantes. Muchas de estas mujeres eran analfabetas y sus conocimientos, empíricos. La obstetricia era considerada un *arte denigrante*. Los cirujanos que se aventuraron en el innoble oficio de parteras, tenían una fiera oposición de las mujeres dedicadas a estos menesteres. (Pérez 1999: 171)

En Chile, la primera profesional con el título de partera fue Isabel Bravo, graduada en Lima y autorizada para ejercer en Chile por el Cabildo de Santiago el 22 de octubre de 1578. Según relato de Benjamín Vicuña Mackenna, “en los estrados de La Nevería, en sesión pública, sentados los dos alcaldes bajo el dosel y los regidores en sus duras bancas con las varas en las manos, como hizo su prueba de aptitud la primera *matrona examinada* que vino de afuera a esta ciudad por excelencia de matronas sin examen. Llamábase aquella con un buen nombre, por el salto en el vientre de la visitación y el apellido, Isabel Bravo, natural de Lima y demostró en presencia de la comisión de alcaldes, que sabía todo lo necesario para que la criatura saliese entera y viva, así como cuantas maneras había de partos”. Continúa en sus relatos: “Afán inútil había sido, empero, aquel para la generalidad de los caos de la tierra, porque las indias, cuenta Garcilaso, en pariendo se iban a un arroyo, o en casa se lavaban con agua fría y lavaban a su hijo, y se volvían a hacer las haciendas de su casa como si nunca hubiese parido. Parían sin partera ni la hubo entre ellas, si alguna hacía oficio de partera, más era hechicera que partera. Esta era la común costumbre que las indias tenían en el parir y criar sus hijos, hecha ya naturaleza, sin distinción de ricas o pobres ni de nobles o plebeyas” (Muñoz et al. 2001: 78). En este testimonio queda claramente expuesto cómo se reproducía en América la sanción a las sanadoras tradicionales propia de la Inquisición europea, donde *si alguna hacía oficio de partera, más era hechicera que partera*.

En América Latina, en 1750, por edicto del rey Fernando VI, se exigió un examen a los parteros y parteras, para ejercer su oficio. Esta ley fue poco cumplida. En efecto, en el caso de Chile, el tercer protomedicato plantea en un informe a la real Audiencia “es tan deplorable el estado en que se encuentra este ejercicio, que sólo se aplican a él: mulatas, indias y gentes sin Dios ni Ley, basta para ello el no tener otro modo de ganarse la vida para dedicarse a partear” (Pérez 1999: 171).

En nuestro país, en 1772 se funda el Hospital de Mujeres San Francisco de Borja para la atención de mujeres, con 50 camas. Fue inaugurado definitivamente en 1782, fecha en que tenía 110 camas, con salas especiales para partos. La primera Escuela de Medicina fue

fundada el 19 de marzo de 1833 y la Escuela de Obstetricia, formadora de matronas, en 1834, siendo su primer director el médico francés Lorenzo Sazié. Dos años más tarde se emite el Decreto que autoriza el ejercicio de Matrona. El profesor Sazié difundió el uso del fórceps, del aversión interna, empleaba los espéculos y las valvas vaginales e implantó normas racionales en la asistencia de los partos (Muñoz et al. 2001: 80).

En 1866 se establecen en la Universidad de Chile los requisitos para ejercer la profesión de médico, cirujano, farmacéutico, flebotomo, dentista y matrona; siete años más tarde se establece el plan de estudios del curso de obstetricia para mujeres. En 1897 inicia sus actividades la escuela de Obstetricia, que pasó progresivamente de ser una escuela práctica a una de carácter más científico. Para 1901, ya habían 55 alumnas en la carrera de obstetricia, y en 1913 se crea la Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas (Ibid.).

La atención institucionalizada del parto en Chile, que en 1930 no superaba el 12%, pasó a un 65% en la década del 60, llegando en la actualidad casi a un 100%. En 1925, un 70% de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20% por matronas capacitadas, y 10% por médicos. Veinte años más tarde, un 30% de los partos eran atendidos por parteras empíricas, 20% por parteras adiestradas, 20% por auxiliares de enfermería, 15 % por matronas y 15% por médicos. En la actualidad, la totalidad de los partos son atendidos por personal médico capacitado; 70% por matronas y 30% por médicos (Muñoz et al. 2001: 80).

En estas cifras vemos cómo se fue desplazando una atención que hasta principios del siglo XX estaba principalmente en manos de parteras empíricas o tradicionales, hacia los y las profesionales de salud, educados en la ciencia médica occidental. Este hecho significó un radical cambio en la manera de concebirse las mujeres, sus procesos y su cuerpo; una visión patologizadora de sus ciclos vitales hizo necesario un estricto control sobre éstos. En este sentido, Michel Foucault plantea que la sexualidad no es una simple realidad natural que las distintas sociedades y épocas históricas reprimen cada una a su manera sino que es, ella misma, el resultado de un complejo proceso de construcción social. En su revisión histórica determina que el siglo XVIII inicia la aplicación de la razón al sexo. En este contexto reagrupa bajo el término de *dispositivos de sexualidad* al conjunto de procedimientos de poder, tendientes a crear y controlar el sexo de los individuos. En este dispositivo se incluyen los discursos científicos dentro de los cuales se incluye la medicina y psiquiatría del siglo XIX. (Foucault 1998). Estas disciplinas proceden a la histerización del cuerpo femenino, proceso por el cual pasa a considerarse su cuerpo como totalmente saturado de sexualidad. “La presencia misteriosa de esta sexualidad exige que el cuerpo de la mujer se someta al control médico que termina uniendo la identidad personal de ésta, pensada siempre como madre, con la salud futura de la población. La procreación pasa a ser objeto de interés del Estado” (Puleo 1992:8).

El control sobre los cuerpos se expresa de diversas maneras, sin embargo es particularmente explícito en la forma en que el sistema médico se apropia de los cuerpos femeninos, haciendo a las mujeres depender de tratamientos y diagnósticos ajenos a su conocimiento. “Debemos tener en cuenta, entre muchos otros factores, que la magia o que envuelve la armonía o desarmonía de nuestro cuerpo, es fruto de un total desconocimiento del mismo. Desconocimiento que nos hizo, años ha, depender de tratamientos y diagnósticos que hoy nos pueden parecer ridículos y nos hace actualmente depender de la magia que envuelve al saber médico con todos sus esoterismos lingüísticos, medicamentosos y científicos. Esta dependencia sólo podrá romperse a través del conocimiento, y más concretamente del autoconocimiento, del estudio de nuestro cuerpo, teniendo en cuenta que su actividad biológica viene condicionada por nuestra actividad social y que no tiene mucho sentido pretender incidir en una, sin modificar la otra” (Ehrenreich, B. y D. English, 1988: 4).

Ehrenreich y English postulan que la medicalización extrema de los procesos fisiológicos femeninos es una clara expresión de la hegemonía de la ideología patriarcal que intenta apropiarse de su cuerpo. Para ellas, “el profesionalismo médico no es más que la institucionalización de un monopolio de los varones de la clase dominante” (1988: 36). Siguiendo sus ideas, es interesante su concepción del sistema médico como un punto clave en la opresión de la mujer. Consideran que en nuestra cultura, la ciencia médica ha sido una de las más poderosas fuentes de ideología sexista. “*La principal contribución de la medicina a la ideología sexista ha sido su definición de las mujeres como personas enfermas y potencialmente peligrosas para la salud de los hombres.* Evidentemente, la medicina no inventó el sexismo. La noción de que las mujeres son versiones “enfermas” (degradadas) o defectuosas de los hombres se remonta al Paraíso bíblico. En el pensamiento occidental tradicional, el hombre representa la perfección, el vigor y la salud. La mujer es “un hombre espurio”, débil e incompleto. Desde que Hipócrates definió a las mujeres como “perpetuas enfermas”, la medicina no ha hecho más que repetir la reacción masculina dominante, tratando el embarazo y la menopausia como enfermedades, las menstruaciones como una afección crónica y el parto como un problema quirúrgico” (Ibid. 1988: 41, cursivas de las autoras).

En el caso de la salud en la actualidad, especialmente en lo que concierne a los procesos reproductivos de la mujer, observamos como claramente se impone el tipo de conocimiento biomédico por sobre cualquier otra fuente relevante de conocimiento, como es el de las experiencias previas de la mujer y el conocimiento que ella pueda aportar acerca del estado de su cuerpo, o sus tradiciones culturales. Quienes poseen el conocimiento autorizado son individuos, tanto hombres como mujeres, socializados en un sistema que privilegia la biomedicina como el saber legitimado.

La biomedicina nació de una ciencia que se fundaba sobre la base de una radical distinción entre mente y cuerpo; a continuación cuestionaremos la objetividad de los fundamentos de la ciencia moderna a partir de aportes de las epistemologías feministas.

I.2. ¿Ciencia objetiva?

“En la modernidad configurada conforme los planteamientos de la Ilustración y las revoluciones científicas del siglo XVII, los hombres se han acostumbrado a dar por sentadas su razón y su racionalidad. (...) Francis Bacon pudo hablar sin muchos reparos de las nuevas ciencias como de una filosofía masculinista. Había un sentido fundamental en el que la masculinidad ocupaba un espacio central en la modernidad y en el que la razón y el progreso se iban a vincular con el control y el dominio de la naturaleza” (Seidler 2000: 13). Cuando las instituciones de la ciencia moderna se formaban a mediados del siglo XVII, la Sociedad Real de Londres afirmó que su labor era *erigir una filosofía masculina*. Bacon era partidario del uso de la nueva filosofía experimental para inaugurar el *verdadero nacimiento masculino del tiempo*, para conducir al hombre a la *naturaleza con todos sus hijos, a someterla a su servicio, y hacerla su esclava para conquistarla y dominarla, para sacudir sus cimientos* (Sheperd 2002).

En el desarrollo que elaboramos a continuación, sostenemos que la ciencia es una empresa de intereses más que de búsqueda de verdades. Para sustentar esta postura, tomamos aportes de las epistemologías feministas, que, aunque presentan una diversidad de aproximaciones, tienen en común que “frente a la epistemología tradicional, donde el sujeto es una abstracción con facultades universales e incontaminadas de razonamiento y sensación, desde el feminismo se defiende que el sujeto de conocimiento es un individuo histórico particular cuyo cuerpo, interés, emociones y razón están constituidos por su contexto histórico concreto, y son especialmente relevantes para la epistemología” (González y Pérez:2002).

En opinión de muchos/as autores/as, los aportes de la crítica feminista han sido cruciales para este cuestionamiento. “La importancia del feminismo ha sido decisiva en el cuestionamiento de las ideas de la modernidad pues ha puesto en tela de juicio la distinción aún vigente entre razón y emoción” (Seidler 2000: 15). Siguiendo a Seidler, resulta de vital importancia reconocer cómo la distinción entre razón y naturaleza ha sido algo básico en nuestras concepciones de la modernidad ilustrada. La relación entre masculinidad y modernidad constituye un tema de investigación fundamental debido a la identificación de la masculinidad con la razón. La distinción entre cultura y naturaleza, que trataría lo natural como dado y por tanto ahistórico, y la cultura como algo construido social e históricamente, forma parte de una fragmentación que ha quedado inscrita en la

modernidad. En este sentido, plantea que hemos aprendido a vivir el dualismo cartesiano en un menosprecio por la sexualidad y la vida emocional (Ibid.: 17).

De Descartes heredamos una idea particular del yo racional que coincide con una distinción categórica constante entre mente y cuerpo. Esta separación se puede concebir como un yo masculino que se ha separado de las supuestas impurezas de la naturaleza y la vida emocional. La visión cartesiana de la conciencia está esencialmente descorporalizada, como lo está la concepción de agente racional que emana de ella. El que piensa es el hombre; es el hombre a quien nuestra tradición filosófica occidental considera el sexo racional, porque sólo él puede dar por sentado que posee razón y así poder escapar de las exigencias de la naturaleza (Ibid.: 41). Es fundamental apreciar que para una tradición cartesiana, el cuerpo pertenece a una naturaleza aparte y, por tanto, no forma parte de nosotros/as mismos/as. Esto resulta de fundamental importancia pues justifica la inclinación de la ciencia médica occidental a tratar el cuerpo como una entidad independiente y separada de los otros ámbitos constituyentes de nuestra identidad y existencia.

La razón así concebida, escindida de las fuerzas de la naturaleza, de los impulsos emocionales y subjetivos, es capaz de realizar observaciones objetivas de su entorno. La promesa de objetividad de la ciencia moderna se ancló en el método científico. “En la tradición cultural occidental en la cual la ciencia moderna y la tecnología han surgido, nosotros hablamos, en la vida diaria, de la realidad y de lo real, como un dominio de entidades que existen independientemente de qué hagamos como observadores. Aun más, actuamos y hablamos, tanto coloquial como técnicamente, como si saber significara ser capaz de hacer referencia a tal entidad independiente” (Maturana 1997: 39). Esta tajante separación entre objeto y sujeto nace de la ideología androcéntrica de la ciencia moderna que plantea como necesarios un conjunto de dualismos: cultura frente a naturaleza, mente racional frente a cuerpo pre-racional y emociones y valores irracionales, objetividad frente a subjetividad, público frente a privado; relacionando a los hombres y la masculinidad con los primeros elementos, y a las mujeres y la feminidad con los segundos (Harding 1996: 119).

En la actualidad, atendemos a un cuestionamiento de las bases epistemológicas de la ciencia moderna. La radical separación entre conciencia y materia, que postulara Descartes, no puede seguir sosteniéndose en pie. De la misma manera, la tajante separación entre sujeto y objeto carece hoy de sentido, sobre todo al interior de las ciencias sociales, al haberse comprendido que el sujeto, a la vez que observador, es él mismo objeto de observación. Por tanto, nos enfrentamos a una crisis del paradigma científico moderno. ¿A qué nos referimos al hablar de paradigmas? Siguiendo a Thomas Kuhn en *La Estructura de las Revoluciones Científicas*, el paradigma es el fundamento de una investigación, corresponde a los marcos referenciales que el investigador maneja. Al aparecer un paradigma, las investigaciones giran en torno a él, se constituye en un tipo de quehacer científico. Lo importante de ser destacado es que un paradigma no es una unidad

cerrada sino que está siempre en posibilidad de ser perfeccionada. Por ello es que posee dos características fundamentales: no tiene los suficientes precedentes como para atraer a un número duradero de partidarios, y deja problemas por resolver (Kuhn 1996).

La revolución es aquel paso en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por uno nuevo e incompatible con el anterior. Las revoluciones científicas cambian el concepto del mundo pues los paradigmas nos hacen ver algo nuevo. Para que emerja un nuevo paradigma, el anterior debe haber entrado en crisis, crisis que se identifica pues se empieza a hacer cada vez más difícil adecuar los hechos a la teoría, y porque proliferan muchas versiones sobre una misma teoría, lo cual indica que la teoría está ya en sí misma delimitada. El nuevo paradigma es más bien una reconstrucción de un campo a partir de nuevos fundamentos. Se manejan el mismo conjunto de datos anteriores, pero situándolos en un nuevo sistema de relaciones concomitantes al ubicarlos en un marco diferente (Ibid.).

Es, como veíamos, el paradigma positivista el que ha entrado en crisis, caracterizado por ser: fenomenista, es decir, basarse en los fenómenos como objeto de estudio, pues éstos permiten ser contrastados; nominalista, es decir, que los conceptos son nombres y lo que hay son objetos particulares; y por considerar a los hechos como base de todo conocimiento empírico. Sus supuestos resultan insostenibles: el dualismo, rasgo característico de la filosofía moderna desde Descartes, sostiene la radical separación entre conciencia y materia, entre mente y cuerpo. Recordamos a partir de este punto una hermosa cita de Bateson: “Lo monstruoso es intentar separar el intelecto de las emociones, y considero que es igualmente monstruoso intentar separar la mente externa de la interna. O separar la mente del cuerpo” (Bateson 1992: 494). El dualismo positivista se refuerza con una distinción primaria diferente, la separación entre sujeto y objeto, distinción filosófica que queda atrapada en los términos del dualismo moderno. Derivado de esto se establece una estricta correspondencia entre conciencia y sujeto, por un lado, y materia y objeto, por el otro. La fusión de ambas matrices de distinciones establece la forma más primaria de ordenamiento de lo *real*, de organización del mundo.

Al separar, por un lado, a la conciencia como sujeto, y por otro, al mundo objetivo, la pretensión de un conocimiento objetivo alcanzado mediante el despliegue de la acción de la conciencia no encuentra donde fundarse. A lo que se llega por este camino es a la imposición de una interpretación del conocimiento como *representación* de la realidad objetiva y en hacer de su capacidad de representarla su garantía de objetividad. Se comprende que no podemos representarnos cosas más allá del mundo de la experiencia, pues la forma, la estructura, el desarrollo de los procesos y el ordenamiento de cualquier tipo, son impensables en términos *objetivos*. Es imposible que lo que se llamaba saber pueda ser una imagen o una representación de una *realidad* no tocada por la experiencia. Se acepta, entonces, que todo conocimiento en el mundo de la experiencia no puede tener pretensiones ontológicas de objetividad.

Heinz von Foerster lo enuncia: “El medio ambiente, tal como nosotros lo percibimos, es invención nuestra” (1990: 38). En este mismo sentido, las investigaciones de Maturana y Varela en el ámbito de la percepción los llevaron a constatar empíricamente la indistinguibilidad entre ilusión y percepción, replanteando a partir de ello el problema del conocimiento, de la relación entre el observador y lo observado y, como consecuencia, de la validación de las afirmaciones científicas. “El conocer es un adquirir información de un ambiente cuya naturaleza es operacionalmente independiente del fenómeno del conocer, en un proceso cuya finalidad es permitir al organismo adaptarse a él (ambiente)” (Maturana y Varela, 1987: XVIII). Lo que el observador-investigador no puede hacer, es (que si se toma a sí mismo como objeto de estudio) pensar que sus conocimientos sobre el ambiente, serán independientes de sus propias experiencias perceptuales. No lo puede hacer porque no tiene manera de diferenciar lo que es propio del ambiente en sí, de la manera como él percibe tal ambiente.

Gregory Bateson rescata la importancia de las relaciones, proponiendo que reemplacen a los *elementos* u *objetos* que el investigador buscaba investigar. Este autor propone que las *cosas* deben ser pensadas no como entes diferentes unos de otros, sino más bien como miembros de clases de cosas definidas por su relación. Las partes deben ser clasificadas de acuerdo con las relaciones que median entre ellas, y esto es lo que la ciencia había sido incapaz de notar. La ciencia había centrado más su atención en la forma que en el contenido, en el contexto más que en lo que sucede *en* el contexto dado, sobre la relación más que sobre las personas o hechos relacionados.

Volvemos entonces al conocimiento situado: si seguimos a Bateson afirmando que “[...] nosotros creamos el mundo que percibimos, no porque exista una realidad fuera de nuestras cabezas [...], sino porque nosotros seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos” (Bateson 1992: 7), podemos plantear además que nuestras creencias sobre el mundo han sido las de la ciencia androcéntrica. Como hemos visto, la perspectiva del conocimiento situado no es exclusiva del feminismo. Pero “ha sido el feminismo el que ha planteado un reto a la modernidad a medida que nos lleva a explorar las conexiones entre modernidad y masculinidad” (Seidler 2000: 147), en el sentido de que las bases de esta ciencia son de carácter androcéntrico. La afirmación de Donna Haraway de que “la objetividad feminista significa, sencillamente, conocimientos situados” ejemplifica los esfuerzos feministas por esquivar el indeseable peligro del relativismo mediante la revisión de nociones tradicionales como la de objetividad, que hemos revisado (Haraway 1995: 324). Feminist standpoint (FS) se ha llamado a la propuesta de algunas investigadoras feministas.

El artículo considerado como inaugural de esta propuesta es *El Feminist Standpoint, desarrollando las bases para un materialismo histórico específicamente feminista*, de Nancy Harstock (1983). El FS postula que es posible desarrollar una teoría análoga al

análisis marxista –como estudio de las relaciones entre poder y conocimiento, desde las clases obreras-, tomando como base la situación y experiencias de las mujeres. Para el FS las diferencias relevantes serán las que se derivan de las relaciones entre las vidas de las mujeres y hombres. “El *standpoint* o punto de vista es un logro, una conciencia que se adquiere y que, en el caso del *FS*, toma como base la división sexual del trabajo” (Magallón 1995: 64). Diversas disciplinas colaboraron con el crecimiento de la emergente epistemología, con visiones aportadas por autoras que fueron dando lugar a distintas teorías con un núcleo común, entre ellas Sandra Harding, Patricia Hill Collins y Sara Ruddick, entre otras.

Harding señala que la ciencia tradicional comete un error al generalizar acerca de las relaciones sociales humanas basadas, principalmente, en estudios en los que los científicos sociales, que son varones, se basaban en experiencias sólo de hombres o consultaban informaciones históricas creadas por varones, sobre los comportamientos y creencias de hombres y mujeres. Los conocimientos así conformados constituyeron las bases empíricas para la mayoría de los descubrimientos en ciencias sociales. Sin embargo, para esta autora, estos intentos han llevado a “dudar sobre el poder del método científico para alcanzar la máxima objetividad, que es su meta. O dicho de otro modo, la objetividad ha sido conceptualizada de manera equivocada y con unas miras excesivamente estrechas” (Harding 1995: 19).

Los supuestos que sustentan a la formulación original del FS son dos: que todo conocimiento es situado, y que el sistema de referencias que parte de la experiencia de las mujeres es privilegiado porque proporciona un punto de vista que permite el logro de un conocimiento más profundo del mundo natural y social. Consideramos, siguiendo a Foucault, que no existen perspectivas epistemológicas privilegiadas para la elaboración de conocimiento. En este sentido no adherimos a la propuesta del *FS*, al no admitir que el discurso de un grupo oprimido sea mejor, o más cercano a la realidad, que los discursos dominantes. El discurso de las mujeres, o de ciertas mujeres de cierta raza y clase, como el de cualquier otro grupo oprimido o dominante, es igualmente válido epistemológicamente. Lo que ocurre es el punto de vista de las mujeres, por haber sido invisibilizadas del desarrollo de la ciencia, debe ser incorporado y revalorado.

El *FS* admite que en sociedades estratificadas por clase, raza y cultura no puede decirse que haya hombres y mujeres como tales. Este reconocimiento ha hecho que la teoría haya ido sofisticando sus primeros planteamientos. “Ahora se mantiene que la comprensión de la lógica del *standpoint* ha de ser enriquecida, por análisis de otras relaciones que la cruzan, solapando sexismo, racismo y clase” (Ibid.: 72). Harding ha postulado que cada uno de estos fenómenos es fundamentalmente una relación, no una cosa; una relación dinámica que cambia constantemente, en parte debido a cambios que ocurren en otras relaciones.

Concordamos con Harding: “No nos imaginamos dejando de hablar ni de escribir por el simple hecho de que el lenguaje sea profundamente androcéntrico, ni proponemos que se deje de teorizar sobre la vida social al descubrir que, incluso, nuestras revisiones feministas de las teorías sociales que heredamos estén informadas por perspectivas completamente androcéntricas. De igual manera, no propongo que la humanidad saque algún provecho de renunciar a los intentos de describir, explicar y comprender las regularidades, las tendencias causales subyacentes y los significados de los mundos naturales y sociales por el hecho de que las ciencias que tenemos sean androcéntricas. Trato de poner fin al androcentrismo, pero no a la investigación sistemática” (Harding 1996: 12).

En este sentido, concordamos con Sonia Montecino al plantear que no se trata de hacer tabla rasa de los cuerpos teóricos fundados desde la ciencia androcéntrica, sino de superarlos, conservando los elementos centrales, pero re-leídos desde la mirada de nuestra experiencia. “El resultado de hacer sospechosas las verdades adoptadas en el fenómeno de dominación (o de transnacionalización de la cultura), es el de productivizar, por medio de nuestro imaginario mestizo, aquellas ideas sobre la mujer, para proponer una mirada “otra” (...), un poco más cercana a las vivencias pluridimensionales que conforman nuestro ethos” (Montecino 1991: 21). Es así como a través de un proceso de autocrítica y de cuestionamiento podemos avanzar levantando algunas hipótesis y acercamientos provisionarios, que nos permitan leer nuestra identidad desde el marco de las diferencias, desde la particularidad; en un intento por especificar, nombrar y producir en el discurso de las mujeres latinoamericanas una silueta que defina su territorio, y que al hacerlo defina los otros espacios y siluetas que la acompañan en su constitución como género (Ibid.).

A nuestro juicio, de lo que se trata es de volver a revalidar los aspectos *femeninos* que la cultura androcéntrica occidental eliminó del quehacer científico. No es un asunto de incorporar más mujeres, ni de derrotar a la hegemonía masculina. Se trata de volver al diálogo entre los distintos aspectos de nuestro ser y de nuestro entorno. Revertir la escisión cartesiana, si se quiere. Mente, emociones, alma y cuerpo son sólo uno, a toda escala. Linda Jean Shepard, en *El rostro femenino de la ciencia* rescata los aspectos femeninos que la ciencia androcéntrica dejó de tomar en cuenta, y da ejemplos de cómo sí han servido y pueden servir a los mismos propósitos científicos. La autora habla de la necesidad de integrar a la investigación los principios de: sentimiento, nutrición, receptividad, cooperación e intuición; todos basados en la aceptación de la interdependencia y conciencia de las relaciones (Shepard 2002). Como Bateson, quien planteara que uno de los aspectos centrales del nuevo paradigma que debe emerger, es el paso del estudio de objetos a relaciones. En contraste con las relaciones, la ciencia moderna ha seguido el camino masculino de la lógica y del análisis basado en la separación y compartimentalización.

No nos detendremos en explicar cada uno de los principios recién enunciados, sin embargo un ejemplo nos parece muy interesante para el análisis, sobre todo porque se refiere a la enseñanza que reciben los profesionales de los ámbitos de salud reproductiva. En su conocido ensayo *The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles*, Emily Martin deconstruye las historias reproductivas acerca de los gametos femenino y masculino en los textos científicos, afirmando que revelan prácticas y creencias culturales. Le interesa develar cómo se mantiene vivo el antiguo estereotipo acerca de las débiles damiselas en peligro, salvadas por fuertes varones. A través de su análisis, vemos cómo las células se transforman en actores y actrices que representan las fantasías heterosexuales de la cultura patriarcal. Cita ejemplos del espermio personificado como enfrentado a una peligrosa travesía, y como sobreviviente, mientras el óvulo es concebido como el premio. Su trabajo nos invita a investigar los orígenes y fundamentos de estas construcciones genéricas de las funciones biológicas. Plantea que lo que ocurre al otorgar personalidad a entidades biológicas, es que se naturalizan las inequidades de género (Martin 1991: 500).

Otras autoras, como Dolores Sánchez en su ensayo *Mujer hasta la Tumba* (1999), examina la construcción ideológica del concepto *mujer* a través del estudio de un texto didáctico de ginecología, cuyo autor es el renombrado ginecólogo español José Botella, Doctor Honoris Causa de la Universidad de Alcalá de Henares, cuyas publicaciones más recientes son de 1997. Es decir, nos referimos a un connotado médico, de gran influencia, cuya obra está plenamente vigente. Expondremos a continuación algunas citas de su *Tratado de Ginecología* (la autora basa su análisis la versión revisada del año 1993):

“-No se puede comprender la patología de la mujer sin conocer su constitución. La patología femenina es esencialmente constitucional. Pero los tradicionales esquemas clasificativos de los “biotipos” fracasan al aplicarse a la mujer.

-La mayoría de las mujeres son, pues, un poco desequilibradas en sentido endocrino.

-(...)la hormona del folículo es la hormona de la feminidad. Su sentido biológico es el de exaltar todas las funciones somáticas y psíquicas de la atracción sexual. Por esta razón, la hiperfolicular es, sobre todo, una mujer muy femenina.

-(...)son (las mujeres hiperluteínicas) menos atractivas, pero buenas madres de familia y excelentes amas de casa” (Sánchez 1999: 69).

La anatomía de la mujer sigue siendo su destino, afirma Sánchez, en base a esta y otras citas que naturalizan su *feminidad*. Luego, otra cita de Botella: “Ya hemos dicho al empezar este capítulo que la feminidad no se perdía nunca: la mujer sigue siendo psíquicamente y, en muchos aspectos también, fisiológicamente, mujer hasta la tumba” (Ibid.: 73). Sánchez, en su análisis, afirma: “Cuando se remite a las lectoras y a los lectores del texto a las características –tanto físicas como psicológicas- que nuestra cultura asocia al hecho de ser mujer, se produce la ecuación: la feminidad es la forma natural de ser mujer que radica esencialmente en la maternidad. La contundencia expresionista de giros como “hasta la muerte” o “hasta la tumba” subraya lo ineludible de ese destino biológico” (Ibid.).

La biomedicina, hija de la ciencia moderna occidental, ha formulado sus preguntas desde el paradigma androcéntrico al que aludimos. Concibiendo al cuerpo como máquina, la escisión cartesiana aún no es superada. Nos interesa a continuación analizar cómo gran parte de lo que en las ciencias en general, y en la ciencia médica especialmente, se consideran diferencias de sexo, son el resultado de una construcción socio-cultural. De este modo, examinaremos cómo los simbolismos de género adquieren configuración política y “sirven de recurso para el progreso moral y político de las modalidades científicas de búsqueda del saber, y cómo la ciencia, a su vez, ha prefigurado las formas modernas del simbolismo de género” (Harding 1996: 98).

I.3. Construcción simbólica de género

Revisábamos cómo en los textos de ginecología se naturalizan las características que la cultura supone como femeninas y masculinas, con ejemplos en la biología. Vamos a continuar con el análisis del *Tratado de Ginecología* de José Botella, realizado por Dolores Sánchez, y con otros ejemplos, para abrir el debate teórico que sigue.

“Este cromosoma produce la inducción del testículo mediante un *antígeno de histocompatibilidad*, llamado H-Y, que permite al testículo desarrollarse como una glándula masculinizante activa, en pleno período embrionario en el seno del útero materno y bañado, por tanto, por estrógenos. (...) En la mujer, en el brazo corto del primer cromosoma X (del que no es común, con el macho, que también se llama X activo) hay también un gen que interviene en el desarrollo del ovario, pero éste no es un gen inductor, sino sólo un gen mantenedor que permite que las ovogonias no mueran y se conviertan en ovocitos. (...) El cromosoma X común con el macho tiene también un locus análogo a él en su brazo corto, pero, al ser excitado por el cromosoma Y, no ejerce efecto inductor alguno y, en ausencia de inducción genética, se desarrolla un ovario” (Sánchez 1999: 78, cursivas del autor original, y subrayado de Sánchez).

Vemos en este ejemplo como del lado de lo masculino está lo que *produce*, la *inducción*, lo *activo*, lo *inductor*. Del lado femenino está, por el contrario, lo que es *bañado por*, lo que es *no inductor*, *sólo mantenedor*, lo que es *excitado*, lo que *no ejerce*. Seguimos con el análisis de Sánchez: subyace en el texto la idea de que la mujer incorpora en su carne la pasividad como dato observable, y por tanto objetivo y natural, que impregna todo su ser desde el más íntimo fragmento corpóreo. Es decir, hasta qué punto su supuesta falta de aptitudes para la vida “activa” estaría inscrita en su biología. La lógica que subyace al proceso de naturalización es, para la autora, una estrategia de representación diseñada para fijar definitivamente la diferencia –como realidad natural y por tanto incontestable- y

con ello garantizar su permanencia en pos de la legitimidad del poder de los grupos dominantes (Ibid.).

Acerca de esta lógica, Linda Jean Shepard describe cómo hasta la década de los 80 la idea del óvulo pasivo y el espermatozoide activo, cual princesa esperando el beso del príncipe para despertar, dominó los textos científicos. Fueron Gerald y Heide Schatten quienes descubrieron que el espermio no entra por sí mismo al huevo adormecido. La superficie celular del óvulo extiende pequeñas fibras, como proyecciones, que abrazan al espermio y lo atraen hacia sí. En este sentido, es la Bella Durmiente quien abre la cama, atrapa al príncipe y lo mete a la cama con ella. A pesar de estas microfibras habían sido observadas desde 1895, no se les había prestado atención (Shepard 2002).

Nancy Stepan (1986) plantea que la analogía y metáfora en la ciencia se transforman en lentes naturalizadores a través de los cuales las situaciones sociales son explicadas. Como la metáfora o analogía no presentan directamente una naturaleza pre-existente, sino que ayudan a construirla, la metáfora genera datos que se ajustan a ella, de tal modo que la naturaleza se ve a través de la metáfora, y la metáfora se transforma en parte de la lógica de la ciencia.

Con estos ejemplos, atendemos a que el poder configura las esencias en el mismo movimiento a través del cual establece el mecanismo que le permite ejercer el control de la dominación. Como constata Celia Amorós: “La dicotomía macho-hembra nunca aparece en estado puro, empíricamente constatada, sino envuelta en otras oposiciones pertinentes para la vida social, recargada semánticamente y reelaborada ideológicamente por su inserción en el sistema de representaciones” (Amorós 1985: 32).

Al hablar de las construcciones socioculturales en torno a las diferencias sexuales, nos estamos refiriendo a la categoría de género. Para Joan Scott, la utilización de la categoría género aparece no sólo como forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales, sino también como forma de situarse en el debate teórico. El género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a diferencia de sexos y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana (Lamas 1996a: 330). Esta autora sitúa el centro de análisis de género en las relaciones de poder: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”. En este sentido, el género es el campo primario dentro del cual se articula el poder, y se compone de cuatro elementos principales: los símbolos y mitos, los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género, y la identidad. En conjunto, estos elementos determinan la naturaleza de las estructuras de género en cada contexto particular. El proceso de socialización de género, entonces, establece las bases de una desigualdad de poder al condicionar de manera preeminente

las identidades femenina y masculina. La interiorización del rol sexual *correspondiente* inunda la subjetividad de cada persona y la instala en el lugar asignado a su género, en el espacio del poder si es hombre y en el espacio del no poder si es mujer (Matamala et al. 1995: 8).

Gayle Rubin, desde la antropología, acuña el concepto de sistema sexo/género para referirse al “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin 1996: 37). Este enfoque va a ser de vital importancia toda vez que introduce al sexo y al género dentro de un sistema relacionado, interconectado, dando paso a la posibilidad de también analizar la sexualidad como una construcción social.

La antropóloga mexicana Marta Lamas (1996b) hace referencia al debate naturaleza-cultura, señalando que las investigaciones sobre la cultura humana han tenido como motivación principal aclarar hasta donde ciertas características y conductas humanas son aprendidas mediante la cultura o si ya están inscritas genéticamente en la naturaleza humana. En este sentido, aclara que se interesa por demostrar que desde los estudios de Margaret Mead en adelante ha existido una preocupación por los aspectos culturales de la diferencia sexual. La autora rescata y retoma los estudios de investigadores como Linton, Murdock y Margaret Mead, quienes buscaron interpretaciones ubicadas en el orden de la cultura para explicar las diferencias entre los sexos. Los estudios anteriores a 1930 se sustentaban en supuestos que no estaban sujetos a ningún tipo de cuestionamiento, como los papeles sexuales originados en la división sexual del trabajo, división que a su vez se sustentaba en la diferencia biológica y muy especialmente en la maternidad. Para Lamas son estos papeles sexuales los que marcan la diferente participación de hombres y mujeres y que una sociedad dada ha conceptualizado como femeninos y masculinos.

Resulta de extrema importancia para este debate rescatar la contribución de la antropóloga Margaret Mead (1990), quien tras realizar estudios en distintos pueblos llegó a rebatir la teoría de que los roles femeninos y masculinos son innatos y no pueden ser modificados. Atendiendo a sus observaciones en distintas culturas, postuló que los atributos de cada sexo son determinados por la socialización continua de los padres y miembros del grupo familiar, y no son un producto de diferencias sexuales innatas y genéticas, como se creía. De este modo, se entiende que la cultura influye en la conformación de la personalidad, más que los atributos anteriormente denominados *genéticos*. Por tanto, los aspectos del comportamiento que se consideraban invariables, resultaron ser productos de la civilización, y los aspectos del temperamento (o comportamiento) el resultado del medio ambiente en que hombres y mujeres son socializados. Así, se comenzó a comprender que las personalidades femeninas y masculinas son un producto social, y por lo tanto pueden variar de una cultura a otra, y pueden variar en el transcurso de la historia.

Para Lamas, desde la antropología, disciplina que orienta la presente investigación, la definición de género o de perspectiva de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual (1996a: 332). Esta perspectiva, llamada construcción simbólica del género⁷, plantea que las diferencias sexuales son la base desde la cual se estructuran categorías simbólicas que definen lo que corresponde a lo masculino y lo femenino en cada contexto particular. Estas categorías definen prácticas, ideas, discursos e ideologías que dan forma a las estructuras de prestigio y de poder de cada sociedad.

Sherry Ortner (1979) es una de las principales exponentes de la perspectiva simbólica del género; ante la constatación de que la mujer ha sido universalmente subordinada, se pregunta qué hay de común en las distintas culturas para que esto ocurra. La respuesta apunta a que las mujeres han sido asociadas a la naturaleza, mientras los hombres se han relacionado con lo cultural, apareciendo lo natural devaluado ante lo cultural. Desarrolla tres argumentos principales para explicar esta asociación: el cuerpo de la mujer y sus funciones están implicados más estrechamente que los del hombre a procesos relacionados con la vida de la especie (menstruación, embarazo, crianza hijos, lactancia, etc.); el cuerpo y funciones propias de la mujer la sitúan en roles sociales que tienen relación con la socialización de seres humanos, roles que tienen menor valoración social que los desarrollados por los hombres; y los roles sociales tradicionales de la mujer dan lugar a una estructura psíquica distinta de la masculina, y supuestamente más cercanas a las estructuras de la naturaleza que a las de la cultura. Como la cultura domina o controla a la naturaleza, se genera la noción de que los hombres controlan a las mujeres; y como consecuencia de esto se genera la distinción entre los dominios privados (femeninos) y públicos (masculinos).

La autora concluye que la mujer se encuentra ante una situación circular, tristemente viciosa: existen diversos aspectos que colaboran a que la mujer sea vista como próxima a la naturaleza, y esta concepción es incorporada en formas institucionales que reproducen la situación.

Los planteamientos de Ortner fueron criticados, por suponer que la subordinación de la mujer ha sido universal y por plantear que la cultura ha sido en todas las sociedades concebida como superior a la naturaleza. A pesar de que tras estas críticas la autora elaboró una respuesta basada en los conceptos de *dominio* y *prestigio*, su análisis sigue vigente por cuanto “permite identificar los valores que las culturas particulares otorgan a lo

⁷ Es posible distinguir dos grandes enfoques en los análisis de género: por un lado, aquellos que enfatizan en la construcción simbólica de lo femenino y lo masculino, y los que ponen el acento en lo económico como clave para entender cómo se posicionan hombres y mujeres en la vida social (Montecino 1996: 23). Estos enfoques han sido denominados de construcción simbólica y social del género, respectivamente. Nos detendremos en desarrollar la primera, pues es desde donde nos situaremos para el análisis de la información en la presente investigación.

femenino y a lo masculino. Esos valores, a su vez, nos dan pistas para conocer las ideologías de género que operan en cada sociedad” (Montecino 1996: 25).

Nos interesa también revisar los aportes de Pierre Bourdieu, quien se aproxima a la idea de la dominación masculina desde una perspectiva simbólica. Plantea que la desigualdad entre los géneros ha sido reproducida históricamente hasta un punto en el cual aparece como natural. Plantea una transformación de la historia en naturaleza, en el cual participan las instituciones (Iglesia, Estado, Familia y Escuela) y sujetos, los cuales mediante la violencia física y simbólica inscriben en los cuerpos los principios de visión y de división sexuales. Estos principios operan con una lógica binaria, la androcéntrica, donde el principio masculino es la medida de todo, vale decir entendiendo lo masculino como lo activo, y lo femenino como pasivo (Bourdieu 2000).

Bourdieu plantea que es en los cuerpos donde se centran las justificaciones naturalizantes o biologicistas de la división sexual del trabajo. En este sentido, el principio de visión social construye la diferencia anatómica, y esta diferencia social construida se convierte en el fundamento de la apariencia natural de la visión social. Es así como las desigualdades entre los géneros, producto de la diferencia sexual, son netamente arbitrarias (Ibid.).

Una de las armas que se utilizan para la perpetuación de la dominación, es lo que Bourdieu llama la violencia simbólica. Con ello se refiere a una serie de esquemas usados por dominados y dominadores para percibirse y apreciarse tanto a sí mismos, como a los demás y que son a la vez producto y fuente de dominación. Es justamente por el carácter *invisible* de la violencia simbólica (cuyo mandato se acata sin saberlo) que ella misma se autogenera y mantiene a lo largo del tiempo. De aquí se sigue que para lograr la liberación, no basta con *tomar conciencia* de esta posición subordinada; es necesario darse cuenta de todos los factores que intervienen en la generación y en la perpetuación de este carácter de dominadas. “Y siempre he visto en la dominación masculina, y en la manera cómo se ha impuesto y soportado, el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de lo que llamo la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento” (Ibid.: 12). Los/as dominados/as aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales. Eso puede llevar a una especie de autodepreciación, o sea de autodenigración sistemáticas, generalmente visible en su adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer.

¿Cómo cambiar entonces esta situación de dominación? Primero que nada, realizando un trabajo de *deshistorización*. Es decir, rehaciendo la historia pero no solamente dando cuenta de la exclusión que han sufrido las mujeres, sino denunciando el papel de las

instituciones y de otros agentes en la generación de la estructura de dominación entre los sexos.

En América Latina, la producción teórica simbólica ha estado principalmente vinculada a las identidades, donde destacan los trabajos de Milagros Palma en Nicaragua y de Sonia Montecino en Chile. Palma plantea como eje del análisis la tragedia de la conquista, que da lugar a una cultura de la violencia, pues el hombre conquistador doblega a la mujer india, a través de la violación. Es en esta pareja original donde se construyen las simbolizaciones de género para la América mestiza: el hombre es asociado con un valor positivo, la victoria, y la mujer con uno negativo, la derrota. El mestizo es entonces fruto de un acto violento, la violación; la vergüenza de este acto se encarna en la Malinche – cuya figura comienza a ser analizada en *El Laberinto de la Soledad* de Octavio Paz-, mito fundacional del orden social, para Palma. La Malinche encarna la derrota, pero también la vergüenza y la deshonra, al renegar de su origen para apoyar a Cortés, acto visto como traición por el mestizo, quien niega así su origen. De este modo, en Latinoamérica las relaciones entre los géneros están ordenados de acuerdo a este imaginario: la fuerza y el poder simbolizados en lo masculino, quien subordina a lo femenino. Palma plantea que es a través del matrimonio y la maternidad que la mujer supera su condición de traidora y manchada (Palma 1990).

Sonia Montecino también propone un modelo de análisis en torno al mestizaje, como acontecimiento desde donde se estructuran relaciones de género particulares que se reproducen hasta la actualidad. La autora plantea la tesis de que el mestizaje abarcó la unión de cuerpos y culturas, alianza de mujeres indígenas con hombres españoles que dieron origen a hijos/as mestizos/as fuera de las estructuras de parentesco de ambas culturas, siendo de este modo, doblemente ilegítimos. El único referente real para los/as hijos/as en cuanto a fuente de origen será la madre, el padre pasa a ser una imagen desconocida dando origen a la figura del *huacho*: aquellos/as sin relación paterna (Montecino 1991).

Siguiendo a Montecino, la figura de la Virgen María es clave en la conformación de las identidades genéricas y para la reproducción de ciertos valores asociados a lo femenino en Latinoamérica, existiendo para ello consenso entre diversas autoras. Se identifican en la literatura referida al tema posturas pro y anti-Virgen. En el primer caso se encuentran análisis que enaltecen a María concebida desde la religiosidad popular, donde su figura sería análoga a la de las mujeres populares, y por tanto tendría un valor crucial para el camino de transformación social y para la dignificación y participación de la mujer. También dentro de estas posturas están quienes ven en la Virgen una figura universal, que trasciende las clases; sería por tanto la recuperadora de la fuerza de la grandeza de la mujer.

Dentro de las posturas críticas se sitúan quienes ven en su simbólica y en el modelo femenino que de ella emana un reforzamiento de la discriminación y subordinación de la mujer. Como ejemplo, el trabajo de Evelyn Stevens ha remarcado que el marianismo es un estereotipo cultural que dota a hombres y mujeres de determinados atributos y conductas. Este estereotipo de espiritualidad, pureza, abnegación, sacrificio, virginidad, maternidad, etc., puede o no realizarse en las prácticas cotidianas femeninas; pero lo fundamental es que este ideal entregará a las mujeres latinoamericanas “un fuerte sentido de identidad y de continuidad histórica” (Stevens, citada en Montecino 1991: 27).

Para Montecino, el marianismo es un símbolo cultural universal que adquiere particularidades en el ethos mestizo latinoamericano: se ha erigido como relato fundante de nuestro continente, resolviendo nuestro problema de origen (ser hijos de una madre india y un padre español), entregando una identidad inequívoca en una Madre Común. “Desde la óptica de las identidades de género, el símbolo mariano constituye un marco cultural, que asignará a las categorías de lo femenino y lo masculino cualidades específicas: ser madre y ser hijo, respectivamente. Las implicancias de estas categorías en las vivencias y experiencias de mujeres y hombres poblarán su universo psíquico y darán modelos de acción coherentes con el espejismo que dibujan” (Ibid.: 30).

Nos interesa también esbozar los planteamientos de la historiadora francesa Elizabeth Badinter, en relación a la construcción de las identidades masculinas. En *XY: La Identidad Masculina* (1993), plantea que la opción heterosexual del patriarcado repite la educación de lo masculino como un no ser mujer, lo que implica dejar del lado todo lo femenino que constituye al hombre. Sostiene “que el proceso de identidad de los hombres es mucho más “dramático” que el de las mujeres puesto que la masculinidad se define como todo aquello que no es femenino: “...desde su concepción el embrión masculino “lucha” para no ser femenino. Nacido de una mujer, medido en un vientre femenino, el niño macho, al contrario de lo que sucede con la hembra, se ve condenado a marcar diferencias durante la mayor parte de su vida... Para hacer valer su identidad masculina deberá convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual” (Montecino 1996b: 17-18).

Según la autora habría una fórmula común a todas las sociedades: la femineidad aparece como natural, mientras que la masculinidad se adquiere pagándola muy cara, como lo evidencian las constantes pruebas de virilidad que se expresan en la frase: *demuestra que eres un hombre*. Así entonces se podría decir que la masculinidad se construye, que no está dada. Este punto merece nuestra atención, puesto que Badinter universaliza –a todas las sociedades- el hecho de que el ser mujer aparezca como natural. Nos parece importante discutir este planteamiento, desde lo que observamos en nuestro particular contexto.

Si volvemos a los aportes de autoras como Palma y Montecino, atendemos a que en Latinoamérica se conjugan diversos factores que norman una construcción de la feminidad, quizás tan *dramática* como la de los hombres. El hacerse mujer, podríamos plantear, no está simplemente dado por la identificación con la madre y posterior menarquia que marca su capacidad reproductiva. Supone el acercamiento a ciertos estereotipos, de entre los cuales el sacrificio y la maternidad aparecen como mandatos.⁸ Ambos elementos se encuentran íntimamente relacionados, y en el parto, como analizaremos más adelante, se conjugan en el *parir con dolor*, castigo que heredamos las mujeres por el pecado de Eva. Como pecadoras en la cosmogonía cristiana, y traidoras en la figura de la Malinche, debemos redimirnos a través de la abnegación, sacrificio y maternidad, simbolizados en la figura de María.

Los aportes de Marcela Lagarde (1994) son también relevantes: la autora plantea que el cuerpo sexuado no tiene peso por sí sólo sino que es la base sobre la que se construye y disciplina el cuerpo genérico. Cada mujer vive en su cuerpo y plasma en él la feminidad asignada. Lagarde introduce una noción interesante que se refiere a la expropiación de los cuerpos femeninos, idea que puede sintetizarse en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal. Según la autora, la expropiación genérica conduce a la cosificación, la enajenación y la opresión de cada mujer.

Lagarde plantea que los cuerpos femeninos son cuerpos destinados para funciones y usos que implican la negación de la primera persona. El cuerpo femenino es simbolizado como cuerpo *para* otros y las decisiones sobre éste son tomadas por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres decide la sociedad a través de las instituciones y las personas con poderío reconocido y legitimidad para hacerlo. En la cultura dominante, simbólicamente se venera al cuerpo femenino si expresa la maternidad y se le consume si es dedicado al eros; la norma central consiste en que la sexualidad femenina no esté centrada en ellas mismas. Cada mujer debe ser dejada de lado por sí misma y dar satisfacción a las necesidades corporales de tipo vital de otros. Así, la autora sostiene que las relaciones sociales fundamentales de las mujeres se derivan de la sexualidad, son funcionales a ésta, en torno a la cual giran las identidades de las mujeres y, en consecuencia a su cuerpo *de otros*, y *para otros*: fecundidad, conyugalidad, maternidad y erotismo, son ejes constitutivos de la identidad femenina patriarcal. El cuerpo de los hombres bajo este modelo es dotado de poderes políticos, sintetizando simbólicamente el poderío sexual y social, ya que el atributo de género central de la condición masculina es el poder. Los hombres son sujetos en y desde sus cuerpos sexuados masculinos y patriarcales (1994: 28).

⁸ Aclaramos que este análisis está enfocado al tema de investigación, a saber, la atención de partos, donde estos estereotipos se hacen especialmente presentes y salen a la luz.

Sin embargo, este poderío masculino entra en tela de juicio “en un mundo donde las mujeres comienzan a ocupar los espacios de los hombres, y en muchos casos como ocurre en nuestras sociedades mestizas, en donde prevalece su dominio materno agregándoseles otros en donde también puede ejercer su autoridad” (Montecino 1996b: 16).

Retomamos a Elizabeth Badinter, para plantear que hoy en día el sistema de referencias de lo masculino no es muy preciso y el hombre de fines de siglo no sabe cómo definirse. La autora considera que el hombre actual, en una sociedad patriarcal como la occidental, es un ser mutilado, que ha dejado de lado sus atributos femeninos, y que sólo podrá reconciliarse con ellos a través de lo que denomina una *revolución paterna*. Esta revolución marcaría el fin del patriarcado –el patriarca es sinónimo de la autoridad, la ley, la distancia y el abandono de los bebés por parte de los padres-, y el principio de una concepción de paternidad completamente nueva. Badinter observa que en las sociedades occidentales aumenta el número de padres que crían a sus hijos/as, y cuya satisfacción paterna depende de su libertad en la elección de este rol. Existiría un indicio de cambio social que iría desde *maternización a la parentización*. Para esta autora, la maternización no tiene sexo; se aprende con la práctica, y más rápida y fácilmente cuanto más maternales hayan sido sus padres (Badinter 1993).

Nos interesa rescatar estos elementos puesto que el fomento de la participación activa del varón en los temas de salud reproductiva en general, y en el parto en particular, propician, a nuestro juicio, esta *revolución paterna*. Desarrollaremos a continuación brevemente otros elementos que apoyen esta idea.

En nuestro país, José Olavarría señala que en los últimos años se han realizado “estudios en torno a las identidades masculinas y la paternidad de los varones urbanos en el país y la región que señalan la existencia de una forma de ser hombre, que se ha constituido en referente y norma de lo que debe ser un varón. Entre los aspectos más llamativos de este referente de ser hombre destaca la gran similitud sobre el significado que adquiere la paternidad y los hijos para los varones” (2001: 14). Siguiendo a Olavarría, este modelo impone mandatos que señalan, tanto a hombres como mujeres, lo que se espera de ellos/as, siendo el referente con el que se comparan y son comparados; este modelo se construye en oposición al modelo femenino, que pertenecería al ámbito de lo privado, de la casa, crianza de los hijos y de ser mantenidas y protegidas por el varón. Identifica a los varones adultos con el trabajo remunerado, y los caracteriza por constituir una familia, tener hijos, ejercer autoridad y constituirse en los proveedores del hogar.

Resulta interesante constatar que muchos varones afirman esta descripción de sí mismos, a pesar de no compartirla y en muchos casos no vivirla. “Se trata de un modelo que provoca incomodidad y molestia a algunos varones y fuertes tensiones y conflicto a otros, por las exigencias que impone. Si bien hay varones que tratan de diferenciarse de este

referente, ello no sucede fácilmente dado que, así como representa una carga, también les permite hacer uso de poder y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres y a otros hombres inferiores en la jerarquía social” (Ibid: 15). Uno de los aspectos centrales en la construcción del ser otro que la mujer, se relaciona con la esfera emocional de sus vidas; en este sentido, el mandato de que *los hombres no lloran* sigue pesando en las construcciones del ser masculino.

La construcción cultural histórica de este tipo de paternidad y sus mandatos asociados ha quedado invisibilizada por la permanencia en el tiempo de esta manera de ser hombre/padre, que la ha transformado en lo *natural*. Sin embargo, “los cambios sociales, económicos y culturales acontecidos durante el último cuarto de siglo en la sociedad chilena permiten en gran medida comprender el cuestionamiento que se hace del referente de masculinidad y paternidad dominantes y de las prácticas inspiradas en estos patrones, así como las demandas por cambios que hagan más “humanas”, íntimas, fraternas, colaborativas, igualitarias, tolerantes y democráticas las relaciones entre hombres y mujeres y entre padres e hijos” (Ibid.: 18).

El cuestionamiento del modelo de la masculinidad hegemónica se relaciona con poner en duda las características que se suponen *masculinas*, y dar la posibilidad de que los varones se conecten con esferas que por definición les estaban excluidas. Sobre todo, el ámbito de lo doméstico, el mundo llamado privado, y las emociones. Planteamos que el hecho de no involucrar al varón en los temas de salud reproductiva en general, y en el período específico del parto, contribuye a reforzar identidades de género que asignan el ámbito de lo reproductivo a la mujer exclusivamente, sin la participación del varón. Diversas plataformas y autores plantean que mientras menor participación tenga éste en los procesos reproductivos, habrá mayor rigidez en la asignación de roles de género (Barker 2002). El hecho de fomentar la participación de los varones en el parto genera una instancia de gran contenido emotivo, que los hace reflexionar, y produce fuertes cuestionamientos en sus definiciones de lo que significa ser hombre y ser padre.

El fomento de la participación del varón en espacios de donde antes se les excluía o que eran considerados exclusivamente femeninos, da respuesta a las necesidades masculinas que se identifican en los actuales escenarios. Diversas investigaciones identifican que en el campo de las necesidades masculinas, buena parte de ellas giran en torno a la comunicación, a la expresión de afectividad, la reflexión sobre su propia sexualidad, al ejercicio de la paternidad y las relaciones con sus hijos e hijas, al replanteamiento de la competitividad intragenérica, la formación, información y educación sobre los temas de Salud Sexual y Reproductiva, etc. Y estas necesidades se relacionan con la emergencia de nuevos tipos de masculinidad, cuyas características más relevantes se encuentran alrededor de un mayor compromiso con las actividades y decisiones antes consideradas de la competencia exclusiva de las mujeres; una mayor responsabilidad con el cuidado y autocuidado de la salud; un nivel más elevado de proximidad afectiva con los y las hijos e

hijas, con la pareja, con los pares, etc.; la construcción de sensibilidades diferentes alrededor de múltiples temas y escenarios (Díaz y Gómez 1998: 5).

La construcción de identidades femeninas y masculinas adquiere formas particulares en distintos contextos culturales; hemos querido entregar elementos para la reflexión que podamos utilizar más adelante en el análisis de la atención hospitalaria del parto. Hemos ya revisado cómo la ciencia moderna está *generizada*, imponiendo un punto de vista androcéntrico a las prácticas que genera; en este sentido la biomedicina nace como una ciencia de varones de clases privilegiadas que fueron invisibilizando –de la mano de procesos políticos y religiosos- ancestrales saberes femeninos acerca de la salud.

Nos interesa a continuación revisar los aportes de la antropología médica, específicamente en su perspectiva crítica. Se vincula estrechamente con las teorías de género por cuanto plantea que los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas y patrones externos a la biomedicina.

I.4. Antropología médica

El tema de nuestro interés, el parto, entendido desde una perspectiva biosocial, se inserta en el marco de una subdisciplina de la antropología, conocida como Antropología Médica, que estudia el modo en que las personas en distintas culturas y grupos sociales explican las causas de la salud-enfermedad, los tipos de tratamientos que practican, y a quienes acuden en caso de necesitar atención. Estudia cómo estas creencias y prácticas se relacionan con cambios biológicos y psicológicos en el organismo humano, tanto en salud como en enfermedad (Weisner 1999).

Esta subdisciplina se gesta en un ambiente en el cual el considerable avance tecnológico y científico de la medicina del siglo XX hizo olvidar durante algún tiempo sus aspectos más sociales y comunitarios. Sin embargo, la consideración de la medicina como una ciencia social es por lo menos tan antigua como Virchow, quien en 1849 acuñó la célebre frase de que: “la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala”.

Las relaciones entre la medicina y la antropología son antiguas, profundas y complejas. Se remontan a los orígenes de ambas disciplinas durante la Ilustración y se configuran en torno al papel que juegan las ciencias naturales, aplicadas y sociales en los cambios

relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado Liberal. Hasta fines del siglo XIX, la antropología fue una de las ciencias médicas básicas y como tal jugó un papel fundamental en la consolidación de la teoría médica y de su papel político (Peset 1984, citado en Comelles y Martínez 1993: 7). El discurso antropológico sostenido por los médicos hacía referencia a las diferencias biológicas y morales, y remitía a la discusión sobre el papel de las variables biológico/ambientales o social/político/culturales en la evolución de la especie humana. Los debates sobre los conceptos de raza, evolución, monogéismo, poligéismo, unidad o diversidad psíquica del hombre, selección natural, y finalmente, sobre la fiabilidad científica de los textos sagrados, permitieron la emergencia del modelo médico y del modelo antropológico conocido como antropología de salón (Comelles y Martínez 1993: 7).

El modelo médico es el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrática-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, a fines del siglo XIX, abandonó el discurso político social sobre la salud y la enfermedad. Su hegemonía reforzó el proceso de medicalización, esto es, la penetración de la mirada o perspectiva médica en los saberes ilustrados y populares. Este proceso no se debió tanto al progreso técnico, como a estrategias corporativas destinadas a asegurar el monopolio sobre la atención en salud. La implantación hegemónica del modelo médico fue haciendo a la medicina más dependiente de los parámetros biológicos y más centrada en la curación-cuidado que en la prevención (Ibid.: 8).

La antropología, por su lado, derivó progresivamente hacia un nuevo modelo de práctica: el modelo antropológico clásico, que se correspondió con un proceso de institucionalización de la disciplina. A principios del siglo XX, los vínculos entre esta disciplina y la medicina no resistieron el proceso de fragmentación de las ciencias naturales y sociales, escisión que se efectuó desde ambas disciplinas. Esta separación fue, no obstante, más aparente que real, puesto que se mantuvieron articuladas a través de sus respectivos paradigmas subalternos (Ibid.: 9).

Sin embargo, no fue hasta la década del 50 que volvieron a unirse en la subdisciplina que se ha llamado antropología médica. Una obra pionera que puede considerarse como el inicio de lo que se denominaría más tarde Antropología Médica fue *Medicine, Magic and Religion*, estudio etnográfico de medicina aborígen de William Rivers, publicada en forma póstuma en 1924. En 1926, Robert Redford publica *Plantas curativas de Tepoztlán: un Herbario Folk Mexicano*, y más tarde amplía las investigaciones de medicina entre los mayas junto a su mujer Margaret Park y a Alfonso Villa Rojas. En 1932 el norteamericano Forrest Clements en su *Conceptos Primitivos de Enfermedad*, tabula a 300 sociedades a partir de bibliografía etnográfica. Luego, entre 1935 y 1940, el antropólogo mexicano Miguel Othon de Mendizábal propone grandes cambios en la medicina oficial de su país tras advertir las malas condiciones de salud de los pueblos indígenas. A raíz de ello se

crea la Escuela Superior de Medicina Rural, donde los futuros médicos deben recibir instrucción en Antropología. En 1943 el médico Henry Sigerist publica *Civilización y Sociedad*, y entre 1940 y 1971 el historiador de la medicina Erwin Ackerknecht publicó extensamente (Weisner 1999).

Las obras mencionadas, anteriores a 1950, se limitaron a sociedades tradicionales de bajo nivel tecnológico, y presentan modelos centrados en los aspectos teóricos. Fue de los años 50 en adelante que los antropólogos demostraron la utilidad práctica de sus conocimientos y métodos de investigación al personal internacional de salud pública, que los acogió. De este modo, la Antropología Médica estaba tomando forma como subdisciplina de la antropología, con claras raíces en: un interés etnográfico sobre magia y brujería, y que incluye a la medicina primitiva dentro de esas nociones (la etnomedicina es actualmente heredera de esta línea); la antropología física, que dedicó su atención a tópicos de significación médica mucho antes que los antropólogos socioculturales; el movimiento de Cultura y Personalidad, durante la década de los veinte y treinta, que redefine la contribución freudiana desde una perspectiva más antropológica; y el movimiento de Salud Pública Internacional, que a partir de 1942, apoyados por la OMS, la PAHO, y algunas fundaciones gatilla la necesidad de crear esta subdisciplina (Ibid.).

Estas corrientes explican el nacimiento de una fructífera relación entre ciencias sociales y medicina desde los años cincuenta, que dieron forma a la Antropología Médica. Hacia 1952 todavía no existía un corpus propio de esta subdisciplina, sino más bien algunos antropólogos y sociólogos trabajando con datos sanitarios, sin embargo fue en esa década que numerosas publicaciones fueron fortaleciendo el campo. Hasta los años sesenta no se consideraba desde las ciencias sociales que la medicina mantuviese una autonomía como objeto de estudio. Más bien era considerada como un tema inseparable de los estudios de religión o los de cultura y personalidad. El término de *Antropología Médica* no empezó a utilizarse sino hasta principios de los años sesenta, conteniendo entonces no sólo aspectos aplicados (antropología en la medicina), sino contribuciones teóricas (antropología de la medicina). Este término fue fijado por Norman Scotch en 1963 al titular su contribución a la *Reseña bianual de Antropología* que edita la Universidad de Stanford. Fue en esta misma década (1968) que se creó la Society for Medical Anthropology, en Estados Unidos, afianzándose así la antropología médica (Ibid.).

La Antropología Médica se ha auto-definido desde sus inicios como una rama de la antropología con un fuerte énfasis aplicado. Así lo han expresado sus ámbitos de acción y reflexión, que abarcan temas como la educación de profesionales de salud para el desempeño de sus labores en contextos interculturales; la consideración de los aspectos psico-sociales y culturales de procesos vitales y biográficos altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas - tales como la sexualidad, embarazo y parto, toda la amplia gama de "enfermedades mentales" (desde la esquizofrenia hasta la epilepsia), entre otras;

y, más recientemente, el desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que fortalezcan la formación de sistemas interculturales de atención en salud (Junge 2001).

A partir de la década del 60 se produjo una adhesión al modelo ecológico para estudiar la enfermedad, que incorporó una orientación antropológica más biológica que sociocultural. En las últimas décadas del siglo XX, surgieron nuevas clasificaciones de las perspectivas teóricas al interior de la antropología médica: Byron Good identifica los paradigmas empiricista, cognitivo, crítico y la teoría cultural interpretativa; McElroy y Townsend se refieren a la existencia de las teorías interpretativas, críticas o de política económica, político-ecológicas, y médico-ecológicas (Weisner 1999).

Para el presente estudio, nos situamos en la perspectiva de la antropología médica crítica (AMC), que se ocupa del modo como las diferencias de poder moldean las diferencias sociales, postulando que las ideologías dominantes y los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas y patrones externos a la biomedicina. Constituye el más reciente paradigma en antropología médica, y sus raíces se remontan a Marx, Engels y C. Wright. A pesar de originarse en perspectivas teóricas críticas, incorpora las contribuciones de la ecología médica, enfoques etnomédicos, constructivismo cultural, postestructuralismo y posmodernismo (Junge 2001).

La AMC se desarrolla a partir de fines de la década del '70 en diversas universidades norteamericanas. Los primeros antropólogos médicos en identificarse con esta perspectiva fueron Bear y Singer, en un artículo presentado en la AAA en 1982. Su análisis parte de la visión marxista sobre las relaciones de poder al interior de los sistemas médicos, en cuanto expresión de las relaciones de dominación propias del sistema económico capitalista. Pone especial énfasis en la necesidad de democratización de la salud, tanto en lo que respecta a la superación de las relaciones de poder establecidas tradicionalmente entre el sistema alópata oficial y los sistemas médicos indígenas y/o alternativos, como en la participación de los/as usuarios/as, en cuanto ciudadanos/as y sujetos de salud, en los procesos de definición de sus necesidades, así como de los medios adecuados para satisfacerlas. En este sentido, se plantea la necesidad de la apertura a un pluralismo horizontal de sistemas médicos, donde los/as ciudadanos/as puedan elegir entre diversos sistemas médicos (Ibid.).

Este llamado hacia una democratización de la salud conlleva un cuestionamiento político y ético profundo a la forma de hacer medicina propia de la cultura occidental moderna, caracterizada por una tendencia hegemonzadora de su conocimiento biomédico y, en consecuencia, el establecimiento de relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos y hacia los y las *pacientes*. El análisis de la AMC busca los orígenes de dichas relaciones de poder en el paradigma cultural y social desde el cual se desempeña la medicina oficial, identificando particularmente al sistema capitalista globalizado como el fundamento de dichas relaciones. Se igualan así la tendencia hegemónica de la medicina

moderna y sus servicios de salud con la hegemonía mundial del sistema económico capitalista (Baer et alt., citado en Junge 2001).

Para comprender el enfoque de la AMC es útil distinguir tres elementos fundamentales de su perspectiva. En primer lugar, contiene una aproximación ecológica a los procesos de salud y enfermedad (Medical Ecological Theory); la salud es vista como un indicador de la adaptación ambiental de los individuos y de los grupos. Un segundo elemento se desprende de la teoría interpretativa de la cultura (Cultural Interpretative Theory), introducida a la antropología médica por Arthur Kleinman; esta perspectiva pone el énfasis en considerar la enfermedad como un modelo explicativo, más que como una entidad con existencia autónoma. Interesa estudiar cómo la comprensión de la enfermedad, por parte de los prestadores de salud y de los usuarios/as del sistema, es posible sólo a través de una serie de actividades interpretativas compartidas. Un tercer aspecto fundamental de la AMC es su acercamiento a las relaciones de poder inherentes a los contextos clínicos y de suministro de salud, considerando dichas relaciones en su utilidad para la mantención de la dominación social y cultural del paradigma moderno (Ibid.).

En el nivel específico de la atención en salud, la AMC pone énfasis en transparentar y superar la jerarquía *médico-paciente* y todo elemento de poder externo al objetivo de mejorar la salud. En el nivel de la experiencia individual, se concentra en las formas en que los/as *pacientes* responden, significan y actúan en relación con la salud y enfermedad. En nuestro tema específico de estudio, esto cobra particular importancia, pues nos encontramos con procesos fisiológicos normales del ciclo de vida de la mujer que son patologizados y transformados en enfermedad, perdiendo los sujetos la capacidad de tomar decisiones durante el proceso. En este sentido, la AMC tiene un importante rol que jugar en la entrega de análisis cuidadosos sobre los sistemas de atención médica y sus contextos sociales, así como en la aplicación directa de esta información en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el acceso a los distintos servicios y sistemas médicos, y en el empoderamiento de los/as usuarios/as en el ámbito de la salud.

En términos de la aplicación de la AMC, Nancy Scheper Hughes plantea tres propuestas o enfoques posibles; la primera se relaciona con la tendencia en la práctica biomédica clínica a reducir los parámetros de eficacia médica, dejando las enfermedades sociales y la curación de éstas en manos de activistas políticos. La autora reclama la capacidad del personal médico de atención asumir estos aspectos dentro de sus ámbitos de acción. El segundo proyecto se refiere al desarrollo de un discurso antropológico sobre las formas de curación problemáticas y no biológicas en términos de su propio marco de referencia, y en las alternativas posibles y válidas a la hegemonía biomédica. Scheper Hughes plantea que la antropología médica sigue aferrada a la ortodoxia epistemológica de la biomedicina, lo cual inhibe su habilidad para comprender formas no convencionales de sanación. La última propuesta que, en opinión de la autora debiera ser explorada, se refiere a “la radicalización del saber y la práctica médica, tomando (y usando) el hospital y la clínica –en el sentido

amplio que Foucault le da al término- como locus de la revolución social” (Scheper Hughes 1990: 14).

Esta última propuesta de una AMC comienza por el reconocimiento de que muchas dolencias que ingresan a la clínica representan experiencias trágicas del mundo. El discurso de la AMC podría comenzar preguntando: ¿qué sería de la medicina y la psiquiatría si más allá de las metas científicas y los valores que adoptan comenzaran a reconocer las necesidades insatisfechas y los anhelos frustrados que pueden desembocar en una explosión de síntomas de dolencia? (Ibid.: 15).

A nuestro juicio, el parto se concibe en la biomedicina como una *experiencia trágica del mundo*; como un proceso patológico, dramático, peligroso, que necesita ser intervenido. Para comprender cómo se configuran las culturas de nacimiento de cada particular sociedad es que una serie de investigadoras, en su mayoría antropólogas, a partir de los años 60, se dedicaron específicamente a estudiar el parto en distintas culturas. Expondremos a continuación los elementos esenciales que conforman la *antropología del parto*, de gran relevancia para la presente investigación.

1.5. Antropología del parto

Para nuestro análisis del parto nos interesa tratar con una subdisciplina de la Antropología, que encuentra sus orígenes tanto en la Antropología Médica, como en los trabajos que antecedieron lo que se conocería más tarde como Estudios de Género: la Antropología del Parto.

Como revisábamos en la introducción al presente estudio, el proceso del parto es universal en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, sin embargo, nunca ocurre como un mero proceso fisiológico, sino que se encuentra culturalmente moldeado en todas las culturas, difiriendo mucho entre una y otra. A pesar de esta diversidad cultural en la atención del parto, no se consideró como un tema de investigación antropológica sino hasta fines de la década del 60.

Brigitte Jordan (1993: 9) señalaba en los años setenta la dificultad de una comparación intercultural de distintos sistemas de parto debido a obstáculos situados en tres niveles: falta de información acerca del tema en distintas culturas, a pesar de constituir el parto un proceso universal; estrechez de la información accesible, que estaba, en general, médicamente orientada; y dificultad de organizar la información disponible, puesto que no quedaban claras cuáles eran las unidades relevantes de comparación intercultural. En este último sentido, tanto los estudios médicos como los antropológicos carecían de un marco de comparación biosocial para la recolección y análisis de la data.

Fue a fines de la década de los sesenta y durante la década de los setenta que se afianzó el campo de la Antropología del Parto, en los trabajos de una serie de investigadoras⁹, cada una de las cuales realizó una significativa contribución al campo. Por ejemplo, el estudio pionero de Mead y Newton de 1967 sobre comparación intercultural de distintos sistemas de parto, realzó la integridad y sistematicidad de las prácticas de parto en las culturas tradicionales, destacando la gran necesidad de realizar etnografías acerca del tema (Davis-Floyd y Sargent 1997: 2).

Fue la publicación de Brigitte Jordan, en 1978, *Birth in Four Cultures*, que sirvió para enfocar la atención antropológica en el tópico del parto como digno de trabajo etnográfico y comparación intercultural. Su trabajo describió detalladamente los aspectos del parto en una comunidad Maya en Yucatán, contrastando el modo comunitario y centrado en la mujer con el altamente tecnologizado modo de enfrentar el parto en los Estados Unidos, y con los sistemas de Holanda y Suecia, ambos atendidos por matronas. Para esta autora, el parto es un momento de crisis dentro de la vida, y como tal es en todas partes susceptible para una regulación social, que varía poco al interior de cada sistema, y mucho entre distintas culturas. En cada cultura el parto y los fenómenos relacionados con él adquieren una forma consensuada; se produce un set internamente consistente de prácticas y creencias con el fin de manejar y enfrentar los aspectos psicológica y socialmente problemáticos del parto, de una manera concordante con el contexto cultural particular. De este modo nos encontramos con que al interior de cada sistema, las prácticas relativas al parto aparecen como una rutina relativamente uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada (Jordan 1993: 4).

A pesar de que la obra de Jordan se ha considerado el punto focal para el estudio del parto, ha sido el trabajo de la antropóloga Sheila Kitzinger el que ha generado conciencia de la variabilidad cultural de las prácticas de parto en la conciencia popular. Su publicación en 1978 de *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures* otorgó legitimidad al movimiento pro partos naturales que entonces ganaba adherentes en Europa y los Estados Unidos, al demostrar la arbitrariedad y los límites del parto tecnologizado occidental. Durante los ochenta, se le unieron en este esfuerzo numerosos/as antropólogos/as que enfocaron la crítica en el modo de concebir el parto biomédico, entre ellos Shelly Romalis, Robbie Davis-Floyd, Pamela Eakins, Emily Martin, Robert Hahn, y otros. Ellos/as, junto a sociólogos/as e investigadores/as, concuerdan en la estrechez y sesgo etnocéntrico de la tecno-medicina occidental; un sistema de salud que objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo, y privilegia a sus practicantes por sobre los pacientes en un

⁹ Margaret Mead y Niles Newton (1967, *Cultural Patterning of Perinatal Behaviour*), Sheila Kitzinger (1962, *The Experience of Childbirth*; 1978, *Giving Birth: The Parents' Emotions in Childbirth* y *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*, entre otros), Lucille Newman (1965, *Culture and Perinatal Environment in American Society*), Nancy Stoller Shaw (1974, *Forced Labor: Maternity Care in the United States*), Dana Raphael (1975, *Women and Reproduction*), Carol McClain (1975, *Ethno-Obstetrics in Ajijic*), Sheila Cosminsky (1977, *Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca*), y Brigitte Jordan (1977, *The Self-Diagnosis of Early Pregnancy: an Investigation of Lay Competence*; [1978] 1993, *Birth in Four Cultures*) (Davis-Floyd y Sargent 1997: 2).

status jerárquico que le atribuye conocimiento autorizado sólo a quienes saben cómo manipular la tecnología y decodificar su información (Ibid.: 7).

Las primeras dos colecciones editadas enfocadas en embarazo y parto desde una perspectiva intercultural fueron *Anthropology of Human Birth* (1982) de Margarita Kay, y *Ethnography of Fertility and Birth* (1982) de Carol MacCormack. La década de los ochenta vio una explosión en el interés etnográfico en el tema del parto, en parte como consecuencia de los movimientos feministas. Profundos estudios acerca del parto fueron realizados por Sheila Cosminsky en Guatemala, por Sheila Kitzinger en Jamaica y el Reino Unido, por Carolyn Sargent entre los Bariba de Benin, por Soheir Morsy en Egipto, por Carol MacCormack en Sierra Leona, por Carol Laderman en Malasia, por Carole Browner en Colombia y México, por Patricia Jeffery, Roger Jeffery y Andrew Lyon en India, entre otros. En general, estos estudios muestran la existencia de sistemas indígenas viables y saludables que han estado o están en peligro de ser desplazados por la importación del modelo biomédico tecnologizado que los invalida, y que busca reemplazarlos por una *administración* del parto que se apoya en tecnología que es difícil de implementar y entender en áreas rurales; y que es muy cara para ofrecerse a nivel masivo. Lo que ha ocurrido en la mayoría de los casos, es que el modelo biomédico ha tendido a reemplazar a los sistemas tradicionales, en lugar de generarse un diálogo fructífero entre ambas tradiciones, en busca de sus usos complementarios (Ibid.).

En años recientes, antropólogos/as y otros/as científicos sociales han expandido su foco de interés más allá del fenómeno del parto a muchas áreas relacionadas, en especial a la emergencia y expansión de nuevas tecnologías reproductivas. Es el tema de la reproducción que opera como microcosmos de fenómenos más amplios: la aplicación masiva de la tecnología para el control total de lo que alguna vez se consideró natural.

Un concepto que resulta de gran utilidad para nuestro estudio es el de *conocimiento autorizado*, que ha recibido gran atención en la investigación antropológica, y, en las últimas décadas sobre todo de antropólogos/as médicos/as interesados/as en el examen crítico de la producción social del conocimiento. En su elaboración del concepto de conocimiento autorizado, Brigitte Jordan observa que, para cualquier dominio particular, existen ciertos sistemas de conocimiento, de los cuales algunos, por consenso, llegan a tener más peso que otros, ya sea porque explican el estado de las cosas de un modo más eficaz, o porque están asociados a una base de poder más fuerte, y usualmente ambos a la vez. La legitimación de un sistema de conocer por sobre los demás usualmente lleva a la devaluación de los otros. Quienes siguen practicando los sistemas alternativos tienden a ser vistos como ignorantes, incultos, y su opinión no es tomada en cuenta en los ámbitos de toma de decisiones. Esto lleva a que la constitución del conocimiento autoritativo sea un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad. Y llega a ocurrir que los participantes ven el orden social así construido como el orden natural de las cosas. De este modo, se puede decir que el conocimiento

autorizado es persuasivo porque parece natural, razonable, y construido consensualmente; por tanto, su poder radica no en que sea el conocimiento correcto, sino el que cuenta. Entonces, el conocimiento autorizado es aquel conocimiento que los participantes concuerdan en que cuenta en una situación particular, que ven como el conocimiento consecuente, y sobre cuya base se toman las decisiones y se justifican los cursos de acción a seguir. Es el conocimiento considerado legítimo al interior de una comunidad, oficial, adecuado, y apropiado para justificar las decisiones sobre cursos posibles de acción (1993: 152).

Jordan plantea que las relaciones de poder establecen un régimen particular de verdad en el cual ciertos conocimientos son admisibles mientras otros son devaluados. Es la tecnología la que en el contexto biomédico determina lo que se debe concebir como conocimiento autorizado, estableciendo un régimen de poder que no da cabida a otras formas de conocer. De este modo, la tecnología aparece como agente central de la ideología que busca legitimar una manera de conocer (Ibid.: 215). La tecnología se legitima en el contexto de una ciencia moderna occidental androcéntrica que escinde los cuerpos y se apropia de ellos, en especial de los cuerpos femeninos.

La antropóloga Robbie Davis-Floyd concuerda con que es la tecnología la que *reina con supremacía* en el sistema médico occidental. Considera que el modelo tecnocrático, que impera en nuestro contexto y en gran parte del mundo, refleja los valores centrales de las sociedades occidentales modernas, a saber; una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal. Hace más de 20 años existe claridad en que la mayoría de los procedimientos obstétricos de rutina tienen poca o ninguna evidencia científica que las avale. Son practicadas no porque tengan un sentido científico, sino porque tienen un sentido cultural. Los fundamentos principales de este modelo son: separación entre mente y cuerpo, y cuerpo entendido como máquina; el/la paciente como objeto y separación entre personal de atención de salud y el/la paciente; diagnóstico y tratamiento desde afuera hacia dentro; organización jerárquica y estandarización de los procedimientos del cuidado; autoridad y responsabilidad en el personal de atención, no en el/la paciente; sobre valoración de la ciencia y tecnología; intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo; muerte como derrota; intolerancia hacia otros modelos de atención (Davis-Floyd 2001: 5).

La autora describe también otros dos paradigmas del cuidado de la salud que influyen –o pueden influir– en la atención de parto: el humanista y holista. El modelo humanista surge como reacción a la excesiva tecnomedicina, desde profesionales que intentan cambiar el modelo desde dentro, a través de la humanización de sus prácticas y definiciones. Plantea como necesarios: conexión mente-cuerpo; concebir el cuerpo como un organismo; al /a paciente como sujeto relacional; una conexión y cuidado entre practicantes y pacientes; diagnóstico y curación desde dentro hacia fuera y viceversa; un balance entre las necesidades de las instituciones y de los individuos; información, toma de decisiones y

responsabilidad compartida entre practicantes y pacientes; ciencia y tecnología en equilibrio con el humanismo; énfasis en prevención; muerte como un resultado aceptado; y apertura hacia otros modelos. En opinión de la autora, este modelo –que es menos radical que el holista- presenta el mejor potencial para generar cambios en el modelo tecnomédico, desde el interior, sin generar un gran rechazo (Ibid.: 21).

El tercer modelo es el holista, que puede contener una multiplicidad de prácticas, y cuyo principio fundamental es la integración de mente, cuerpo, emociones, espíritu y medio ambiente del individuo en los procesos que atañen a su salud. Este modelo traspasa la responsabilidad del cuidado por completo al individuo, quien tiene la autoridad para decidir los procedimientos a seguir (Ibid.).

Davis-Floyd considera que la obstetricia contemporánea cuenta con la oportunidad de utilizar e integrar elementos de los tres paradigmas para crear el sistema de cuidado más efectivo que se haya conocido; utilizando la tecnología apropiada en combinación con los valores humanistas y el respeto por la individualidad del holismo.

Marsden Wagner, antropólogo y médico consultor de la OMS, realiza también una clasificación de los paradigmas de atención obstétrica, entre los cuales distingue dos grandes tendencias: el modelo médico, y el social. El primero hunde sus raíces en la filosofía griega, y encuentra su institucionalización en la era moderna luego que Descartes planteara la escisión mente-cuerpo. Se impone una visión dicotomizada del mundo; un modelo que tiene como principios básicos a la ciencia, la objetividad, lo masculino, la lógica y la cuantificación. El otro modelo (que el autor llama social) se basa en los principios del arte, lo subjetivo, lo femenino, la intuición, y la calidad. Plantea que es necesario combinar los elementos beneficiosos de cada modelo para lograr el cuidado integral de la salud (Wagner 1994: 27).

Como revisamos en los antecedentes de este estudio, en nuestro país no existen alternativas de atención obstétrica a la tecnomédica para familias populares, y sólo recientemente se han comenzado a discutir principios humanistas (o sociales, según Wagner) para integrar a la atención. Se impone el conocimiento alópata por sobre cualquier otra fuente relevante de saber, como es el de las experiencias previas de la mujer y el conocimiento que ella pueda aportar acerca del estado de su cuerpo, o las preferencias culturales que pueda tener para el momento del parto, que puedan implicar cambios en el modelo oficial.

El modelo para el análisis de las prácticas en torno al parto que será utilizado en el presente estudio, se basa en el enfoque biosocial propuesto por Jordan (1993). De acuerdo a los objetivos planteados para el presente estudio y a su carácter exploratorio, lo consideramos de gran utilidad en un contexto en el que no se han realizado estudios previos acerca del tema. La autora entiende el parto dentro de un marco biosocial, como

un fenómeno que es producido a la vez tanto por factores biológicos universales, como por factores sociales particulares. Cada sociedad tiene su manera de organizar y tratar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre y el/la hijo/a, como para los demás involucrados.

Detallaremos a continuación los indicadores que hemos elegido para analizar la atención hospitalaria del parto en nuestro país, tomados de Jordan (1993)¹⁰, incluyendo aportes de otras fuentes que serán relevantes para el análisis.

-Definición cultural del parto

Se refiere a la manera en que cada cultura particular concibe el parto; informa acerca del quién, dónde, y cómo debe ocurrir. Cada sociedad produce una configuración sistemática de las prácticas de parto que son mutuamente dependientes e internamente consistentes. Lo que las hace aparecer como correctas es la definición cultural específica que norma a nivel tanto práctico como simbólico lo que debe ocurrir.

Esta visión local adquiere un status ideológico en el sentido de que sirve como guía para conducir el proceso; asegura que los/as participantes compartan ideas similares acerca del modo de enfrentarlo y tratarlo, y al mismo tiempo entrega los recursos para lidiar con complicaciones. La definición del grupo es visible en las nociones compartidas acerca de las justificaciones para las prácticas que se realizan. En este sentido es que determina, justifica y se manifiesta en las características que el parto adquiere, como el territorio donde debe ocurrir, los/as participantes permitidos/as, la medicación y tecnología utilizada, etc. (Jordan 1993: 48).

En esta definición incluimos la preparación para el parto, entendida como la naturaleza de la socialización por la cual las mujeres son introducidas en los sistemas de parto de su cultura, y a los contenidos de esta información. El parto sólo representa el clímax de un proceso cuyo inicio es difícil de ubicar, que sin duda se remonta a la más temprana infancia de la socialización de cada mujer. Esta socialización contiene maneras formales e informales de transmitir a las mujeres la definición cultural del parto (Ibid.: 54).

-El territorio donde ocurre el parto

Puede parecer demasiado obvio plantear que el parto ocurre en un determinado lugar, sin embargo es de gran importancia debido a que ese lugar es *territorio* de alguien, o de un determinado sistema de atención. Por tanto, por *territorio* nos referimos tanto al lugar físico donde ocurre el parto, como a su correlato simbólico.

El parto puede ocurrir en una localización especializada, como un hospital, clínica, etc.; o en un espacio donde la mujer y su familia habitualmente se desenvuelvan, como su hogar o el de algún familiar o amigo/a. En cualquier caso, la naturaleza y arreglos espaciales del territorio donde ocurre el parto dan forma a las interacciones entre los participantes y a las redes de apoyo disponibles para las mujeres y sus familias. También

¹⁰ Los indicadores que describimos no son exactamente los mismos que propone Jordan; tomamos de ella algunos elementos y los releemos adaptándolos a nuestra investigación.

determinan el tipo de recursos disponibles y la asignación de responsabilidades y crédito por el parto (Ibid.: 75).

Este indicador se relaciona estrechamente con la naturaleza de la toma de decisiones, que determina el grado de intervención que se le asigna y permite a la mujer parturienta y a sus redes de apoyo. Quién puede determinar los procedimientos que se siguen, quién decide lo que es normal y lo que no lo es, indica a los dueños del conocimiento autorizado para conducir el proceso (Ibid.: 87).

-Participantes en el parto

En casi la totalidad de las culturas del mundo, el acceso al momento del parto ha estado restringido, y, al mismo tiempo, es muy raro que una mujer de a luz sola, sin el apoyo de otras personas. El parto incluye la participación de otros/as además de la mujer, que constituyen parte integral del proceso; estos/as participantes se pueden separar analíticamente entre quienes son especialistas, como doctores, parteras, matronas, y quienes no lo son (familiares, amigos, etc.).

El parto es una instancia interaccional; el tipo de participantes determinará la naturaleza de las interacciones con la mujer parturienta, e influirá en las experiencias que ella tenga del proceso. En este sentido, la inclusión de no-especialistas entrega un componente de apoyo emocional que lleva a una interpretación y experiencia del parto como más normal y natural que cuando no se les permite participar. Existe evidencia de que el tipo de participantes tiene efectos interaccionales, experienciales, y también médicos. Es así como los sistemas de atención que integran apoyo emocional para las mujeres, con la participación de no-especialistas en el parto, presentan menores índices de complicaciones (Ibid.: 60).

-El uso de medicación y tecnología en el parto

Por medicación entendemos el uso de cualquier sustancia que se introduzca en el cuerpo de la mujer para afectar el curso natural del parto (acelerarlo o des-acelerarlo), o para aliviar el dolor, que se relaciona directamente con la tecnología de cada cultura. La tecnología se refiere por una parte a un conjunto de equipos, aparatos, herramientas y máquinas. Estos artefactos, objetos utilitarios o rituales, instrumentos, y equipo necesario para el manejo cultural apropiado del parto, constituyen una parte significativa de la cultura de nacimiento de cada sociedad. Metodológicamente, los artefactos poseen una cualidad que los recomienda como vehículos para ganar acceso a un determinado tipo de proceso: en contraste con las intangibles conceptualizaciones, expectativas y actitudes, son visibles y manipulables, y por tanto directamente disponibles para las observaciones del/a investigador/a, para hacer preguntas acerca de su uso, y escuchar conversaciones acerca de ellos.

Si nos referimos a los artefactos que se utilizan durante el parto, nos preguntamos a qué tipo de información nos pueden dar acceso. Primero, el uso de determinados artefactos, insertos en una matriz de prácticas, hace que estas prácticas estén disponibles en el contexto. Segundo, la tecnología del parto nos entrega información acerca de la

definición local del evento y del grado de especialización de sus practicantes. En sociedades donde las herramientas son simples y se pueden reemplazar dentro de la economía local, es más probable que el parto transcurra en el reino de la vida familiar habitual, que en caso de existir un set extensivo de objetos tecnológicos especializados (Ibid.: 82).

La tecnología también alude a los métodos y técnicas desarrolladas en las comunidades de práctica que las utilizan; entendida así, vemos que crea tipos particulares de espacios sociales dentro de los cuales ciertas actividades son más o menos posibles y más o menos probables .

Dentro de estos indicadores, nos interesa incluir los aportes de la antropóloga Sheila Kitzinger, acerca del tacto como un elemento esencial de interacción humana, que se constituye en un elemento esencial en la atención de partos¹¹. La manera de tocar a los seres humanos constituye una forma de comunicación; tiene su propio lenguaje, específico a cada cultura. En situaciones culturalmente significativas como el parto, el tipo de tacto que la mujer recibe puede variar mucho: desde un contacto afectivo, con estimulación de la piel, masajes y apoyo físico, hasta un tacto autoritario y técnico en los sistemas alópatas más medicalizados (Kitzinger 1997: 209).

En los sistemas de partos tecnologizados, como el nuestro, el conocimiento adquirido a través del tacto se encuentra subordinado a la información externa que proveen los equipos electrónicos y los tests bioquímicos, los cuales suponen la inmovilización física y penetración del cuerpo de la mujer con electrodos, catéteres intravenosos, agujas, sondas, y otras herramientas de diagnóstico y tratamiento (Ibid.: 210). En este contexto sólo algunos individuos están autorizados para tocar a la mujer parturienta.

Kitzinger elabora una clasificación del tacto durante la atención de partos, en base a sus funciones sociales y al valor implícito que adquiere para los/as involucrados/as. Puede ser instrumental, para realizar una tarea, o expresivo, para entregar apoyo afectivo, o ambos a la vez. Por lo general es multifuncional y expresa significados en distintos niveles a los/as diferentes participantes, algunos/as de los cuales no son reconocidos/as o no tienen poder en la situación. La autora identifica siete tipos de tacto: de bendición, de bienestar, de apoyo físico, de diagnóstico, manipulativo, restrictivo y punitivo. Los primeros tres corresponden a apoyo a través del contacto físico, desde un nivel muy espiritual y emocional hasta uno físico donde se busca ayudar a la mujer parturienta a adquirir las posiciones y movimientos que le acomoden y la calmen; se encuentran rara vez en nuestro contexto alópata (Ibid.:215).

¹¹ Podemos situar analíticamente el tema del tacto dentro de *Participantes en el parto*, como también en *El uso de medicación y tecnología*. Por la forma que adquiere en el sistema médico alópata imperante, preferimos situarlo como parte del último indicador, y así lo trataremos en el análisis posterior.

El tacto diagnóstico y manipulativo se encuentran tanto en sistemas no medicalizados como medicalizados. El primero corresponde a poder obtener información sobre el curso del parto: una partera tradicional usa su vista, audición, y sobre todo, sus manos para diagnosticar. Palpando el vientre puede obtener acuciosa información de la posición del bebé y del curso del trabajo de parto. En hospitales, nos encontramos con que se diagnostica a través de tactos vaginales, sin embargo éstos adquieren un carácter totalmente diferente al de las parteras, más impersonal, rutinario, y más frecuente. Las manos son usadas como medio para medir, o para colocar y operar instrumentos que hacen las mediciones. En directa relación con el tacto diagnóstico se encuentra el manipulativo, que busca generar cambios en el curso del parto y/o posición del bebé. Incluye los masajes, sobadas, manteos y otras prácticas tradicionales, como también las episiotomías, rotación de la cabeza del bebé, y otras prácticas (Ibid.:225).

Los restantes tipos de tacto, el restrictivo y punitivo, se presentan principalmente en los contextos donde las mujeres son despojadas de cualquier autoridad para enfrentar el parto. El primero alude a las medidas que intentan restringir la autoridad de la mujer, como su inmovilización a la cama, la prevención de que haga mucho ruido, de que interfiera en las exámenes y procedimientos que se efectúan sobre su cuerpo, de que toque las zonas esterilizadas de su propio cuerpo durante el parto, incluido a veces el/la bebé (Ibid.: 225). El tacto de la madre puede ser concebido como potencialmente contaminante para su propio cuerpo y el de su bebé. Los paños esterilizados que se colocan cubriendo la zona inferior del cuerpo de la mujer, y el desinfectante que se aplica sobre su vagina, refuerzan las divisiones territoriales del cuerpo femenino, separando las zonas que ella está autorizada para tocar de las prohibidas, donde sólo el personal médico autorizado puede intervenir. En estas circunstancias el tacto restrictivo rápidamente se transforma en punitivo.

Los indicadores que hemos revisado se relacionan directamente con el concepto de conocimiento autorizado, que nos va a indicar que las decisiones y cursos de acción que se elijan y sigan, reflejan el tipo de saber que se considera correcto. En este sentido, y para la comprensión de la interrelación entre los indicadores recién señalados, nos interesa destacar el aporte del trabajo de Roberto Castro y Joaquina Erviti, quienes, en México, han realizado una investigación similar a la que ahora presentamos, y constatan la existencia de *formas elementales de abuso* que se ejercen sobre las mujeres durante la atención institucional de parto. Lo que se quiere decir con esto, es que la atención institucional de parto se da en un marco de mayor o menor maltrato hacia las mujeres. “Este abuso, que puede ser conceptualizado como violencia institucional, puede adquirir modalidades físicas y psicológicas, y se relaciona –entre otras cosas- con la forma como se organizan los servicios de ginecología, con la manera como se concibe la formación de los residentes, así como con la forma en que se concibe a las propias mujeres” (Castro y Erviti 2002: 249).

Concordamos con los autores, al constatar que los excesos son parte de un “*continuum* del que sólo las formas de violación graves son, a veces, conocidas (...) Pero en el otro extremo del mismo *continuum* se encuentra lo que podríamos denominar las *formas elementales* de abuso y violación de derechos de las mujeres, y que contemplan a todas esas formas de maltrato que al no estar tipificadas como delito no son trasladables a los tribunales, y que al no traducirse en un daño evaluable de la salud física de las mujeres tampoco son reclamables al interior de la propia institución de salud” (Ibid.: 251). Sin embargo, y para nuestros fines, preferimos no utilizar la palabra *abuso*, entendida como *acción y efecto de abusar*, que remite a *usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o de alguien, y a hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menos experiencia, fuerza o poder*.

Si buscamos sinónimos de abuso, nos encontramos con conceptos como: injusticia, exceso, maltrato, iniquidad, despotismo, dominación. También con: atropello, engaño, violencia, y violación. Hablar de injusticia, excesos y relaciones de dominación nos parece adecuado. Sin embargo, consideramos que la palabra abuso en nuestro contexto remite a violencia sexual, por tanto, al último sinónimo señalado: violación. En este sentido, alude a un engaño deliberado, a forzar y obligar a alguien a hacer algo contra su voluntad. Nos parece que en la atención de partos se generan otros tipos de dominación, más difíciles de observar y a la vez más sutiles, pero no por ello menos relevantes. No se trata sólo de dominadores –el personal de atención de salud-, y víctimas pasivas -las mujeres atendidas-, sino de articulaciones más finas donde las mujeres adoptan el lenguaje y las normas del sistema dominador como naturales, propias y válidas.

Por lo anterior es que preferimos hablar de *mecanismos de desautorización* durante la atención hospitalaria, que contemplan diversos tipos de interacciones que dan como resultado que las mujeres y sus familias sean despojadas de autoridad para intervenir en el curso del parto.

Sentadas ya las bases teóricas que utilizaremos para la comprensión de la atención de partos hospitalarios en nuestro contexto, pasamos a continuación a la exposición del marco metodológico de la investigación.

II. MARCO METODOLÓGICO

II.1. Métodos, metodologías y epistemologías

Para comenzar este capítulo, nos parece necesario explicar lo que entendemos por métodos, metodologías y epistemología. Seguiremos para ello los planteamientos de Sandra Harding: entenderemos por métodos “las técnicas de recopilación de información”; por metodologías las “teorías y análisis de los procedimientos de investigación”; y por epistemología las “cuestiones relacionadas con la teoría del conocimiento adecuado o con estrategias de justificación de conocimiento” (Harding 1998:10).

Tratándose de epistemologías, como vimos en el marco teórico, las investigadoras feministas argumentan que las teorías epistemológicas han excluido la posibilidad de que las mujeres sean agentes o sujetos de conocimiento, proponiendo teorías alternativas que legitiman a las mujeres como sujetos de conocimiento. Plantean que la ciencia moderna occidental es masculina y la historia ha sido escrita desde el punto de vista de los hombres blancos de clases privilegiadas.

Acerca de las metodologías, las investigadoras feministas sostienen que las teorías tradicionales han sido aplicadas de manera tal que dificultan la comprensión de la participación de mujeres en la vida social, y por ello han elaborado versiones feministas de las teorías; estos esfuerzos, sin duda rescatables, presentan problemas respecto de la capacidad del feminismo para aplicar esas teorías y realizar análisis completos y sin distorsiones sobre el género y las actividades de mujeres. En este sentido, uno de los problemas que dificulta la respuesta acerca de la especificidad de un método feminista tiene que ver con que las discusiones acerca de los tres ámbitos mencionados –métodos, metodologías y epistemología- se han mezclado y confundido, tanto en investigaciones tradicionales como feministas.

Si de métodos hablamos, Harding plantea que tanto para la investigación social feminista como para la investigación androcéntrica tradicional, todas las técnicas de recopilación de información pueden clasificarse en tres categorías: escuchar o interrogar a los informantes, observar el comportamiento, y examinar vestigios y registros históricos. No acusa diferencias en los métodos empleados, pero sí en la manera de aplicarlos; las investigadoras feministas mantienen posiciones críticas frente a las concepciones de los científicos sociales tradicionales sobre las vidas de hombres y mujeres, y observan comportamientos que desde la perspectiva de los científicos sociales tradicionales, no son relevantes (Ibid.).

Concordamos con Harding al afirmar que las tareas particulares que las investigadoras feministas realizan empleando los métodos convencionales de investigación no presentan entre sí una coherencia tal que permita calificarlas como “nuevos métodos feministas de investigación”. Sin embargo, es indudable que las nuevas metodologías y epistemologías exigen usos renovados de las técnicas tradicionales de investigación” (Ibid.:12).

A juicio de la autora, existen rasgos que se encuentran presentes en los mejores estudios feministas, que pueden servir como base para identificar las novedades y diferencias que presenta esta perspectiva frente a la tradicional. Nos interesa el punto que se refiere al rescate de las experiencias de las mujeres, planteando de este modo problemas que nacen desde una mirada femenina, y que ensanchan la visión parcial de los hechos al haber estado enfocados exclusivamente desde la perspectiva masculina. Es por ello que podemos decir que “un rasgo distintivo de la investigación feminista es que define la problemática desde la perspectiva de las experiencias femeninas y que, también, emplea estas experiencias como un indicador significativo de la “realidad” contra la cual se deben contrastar las hipótesis” (Ibid.:21). Y se debe enfatizar que se presentan *las experiencias de las mujeres*, en plural, como nuevo recurso para la investigación. Podemos sumar a esto la raza, etnia, clase, edad, etc., pues no es sólo el género lo que determina la condición de estas mujeres concebidas en sus particularidades.

El nuevo objeto de investigación, entonces, consiste en situar a/la investigador/a en el mismo plano crítico que el objeto explícito de estudio. Esta perspectiva insiste en que la investigadora o investigador se ubique en el mismo plano crítico que el objeto de estudio, recuperando de esta forma el proceso entero de investigación para analizarlo junto con los resultados de la misma. Crisis de la objetividad y de la tajante separación entre sujeto y objeto, como ya veíamos. Esta visión se refiere a “explicitar el género, la raza, la clase y los rasgos culturales del investigador y, si es posible, la manera como ella o él sospechan que todo eso haya influido en el proyecto de investigación. (...) Así, la investigadora o el investigador se nos presentan no como la voz invisible y anónima de la realidad, sino como la de un individuo real, histórico, con deseos e intereses particulares y específicos” (Ibid.: 25). De este modo se evita la posición *objetivista* que pretende ocultar las creencias y prácticas culturales del/a investigador/a, pues sus creencias y comportamientos pasan a formar parte de las evidencias empíricas que sustentan las conclusiones.

II. 2. Orientación Metodológica General

Desde la perspectiva médica oficial en nuestro país, el sistema de atención cubre las necesidades de salud y cumple a cabalidad los objetivos de una buena cobertura en atención de partos y de bajos índices de morbilidad materna e infantil. El parto ha sido conceptualizado y tratado como un suceso mucho más médico que social y cultural, y por tanto no se han relevado las consecuencias que la manera de afrontarlo pueden traer para las familias y la sociedad en general. Se trata de un problema poco estudiado en nuestro país, del cual nos proponemos entregar una primera lectura y análisis que permita posterior profundización.

Por lo anterior, planteamos que la presente investigación es de carácter exploratorio, y que mediante un énfasis descriptivo e interpretativo busca recoger elementos que permitan luego plantear estudios de profundización y estrategias concretas de intervención, tanto en el área de atención de salud pública, como también en la privada.

El tipo de información que se busca obtener pertenece a la esfera íntima y a la dimensión subjetiva de la vida de los individuos. El acceder a este tipo de información supone que el/la investigador/a se involucre muy cercanamente con los actores sociales, y que acceda a escenarios usualmente restringidos para la observación. Para dar cuenta del problema planteado, se considera fundamental plantear un programa metodológico inscrito en la orientación cualitativa de la investigación social, con una perspectiva de género que de cuenta de los mecanismos androcéntricos de poder dominantes en nuestra cultura, y que permita avanzar en el cuestionamiento de las bases de nuestra manera de conocer y de aproximarnos a los fenómenos.

La antropología, por el tipo de paradigma que desarrolla, ha privilegiado el uso de técnicas cualitativas, como es el caso del trabajo etnográfico. Estas técnicas se asocian a las llamadas observaciones naturales y participativas, a las entrevistas en profundidad, a la etnografía, estudios de casos, e historias de vida. El problema en una investigación de este tipo no es el de cómo generalizar los resultados, sino el de descubrir la especificidad cultural de los actores en estudio; por ello, se privilegia la información obtenida de una muestra específica de la población observada, entrevistándola a fondo y en un período relativamente largo de tiempo.

La metodología cualitativa sistematizada, nació y se desarrolló de la mano de la antropología, y hunde sus raíces en la fenomenología de Husserl. La fenomenología, como corriente filosófica, surge en un momento de gran transformación científica, en plena crisis del paradigma positivista de comienzos de siglo XX. Su método es aplicado a diversos campos de la ciencia, esforzándose los investigadores por entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva de los actores, examinando, por lo tanto, el modo en que las personas experimentan el mundo. De ahí que los fenomenólogos se interesen por la

metodología cualitativa, concibiendo a la conducta humana como producto del modo en que se define el mundo por parte de los sujetos. La tarea del cientista social, por ello, consiste en aprehender el proceso de interpretación del mundo que las personas llevan a cabo.

La adscripción a este tipo de metodología implica la elección de ciertos principios que rigen el proceso a través del cual se obtiene y se va co-construyendo la información. Nos detendremos a continuación en caracterizar este tipo de aproximación.

La investigación cualitativa es un campo muy amplio que atraviesa disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas. La autora mexicana Carolina Martínez, citando a Denzin y Lincoln, sostiene que este tipo de investigación está constituida por un acervo de prácticas interpretativas que no se encuentra ligado con una determinada teoría o paradigma en particular, ni es privativo de una u otra área del conocimiento, ni posee sus propios métodos, sino que se vale de las aproximaciones, los métodos y las técnicas de diversas disciplinas y perspectivas teóricas (Martínez 1996: 36). En distintos momentos este tipo de investigación ha adscrito a diferentes paradigmas teóricos. Revisaremos brevemente la propuesta de periodización de la investigación cualitativa elaborada por Denzin y Lincoln, para situarnos en el momento en que hoy nos encontramos:

A un primer *periodo tradicional* en la investigación cualitativa, transcurrido entre los últimos años del s. XIX y 1950, marcado por un paradigma científico positivista, preocupado por la objetividad, validez y confiabilidad, lo sucedió un *periodo modernista o edad de oro*, hasta principios de la década del setenta, dominado por el postpositivismo, en donde se quisieron formalizar los métodos cualitativos. Se estudiaron procesos sociales importantes y se buscó dar voz a los grupos menos favorecidos de la sociedad.

La obra de Clifford Geertz marcaría el siguiente período; llamado de los *géneros borrosos*¹², iniciado con *La interpretación de las culturas* en 1973, y finalizado con *Conocimiento local* en 1983. Su obra abrió camino a nuevas modalidades de aproximación, más plurales e interpretativas, cuyo punto de partida está en las representaciones culturales y su significado. El/la antropólogo/a hace una interpretación de una interpretación, pues la suya no es una voz privilegiada al escribir sobre el sujeto que estudia, como antes se consideraba. Lo que Geertz hace es renunciar a un intento de explicación de los fenómenos sociales que los entrelace en grandes texturas de causas y efectos, para optar por otra que trate de explicarlos situándolos en marcos locales de conocimiento. Para el autor, la mejor manera de aproximarse a los fenómenos es a través

¹² Clifford Geertz propone el término de *géneros borrosos* para referirse al creciente desdibujamiento entre las fronteras de las ciencias sociales y las humanidades, señalando una especie de mezcla entre géneros como la ficción, la etnografía y los tratados teóricos, que coincide con el surgimiento de nuevas corrientes interpretativas, con la flexibilización de las reglas sobre el proceso de conocimiento, y con la aparición de nuevas formas de comunicar los hallazgos de investigación (Geertz 1994).

de problemas específicos. Sostiene que el ser humano está suspendido sobre una telaraña de significados que él mismo ha creado; el propósito del/a investigador/a consiste en buscar un significado, una explicación. Interpretación es el nombre de la herramienta que utiliza para cumplir este objetivo.

Al anterior periodo lo sigue la llamada *crisis de la representación*, hasta principios de los noventa. Honda ruptura donde se hacen más patentes los planteamientos de la etapa anterior. Surgen nuevas perspectivas en donde se reclama la consideración de las diferencias de clase, género y raza. Se hacen más comunes las teorías interpretativas que las fundamentadas (*grounded theories*). Se cuestiona que el investigador pueda capturar directamente la experiencia vivida (crisis de representación), y los criterios de validez, generalización y confiabilidad (crisis de legitimidad).

Al periodo actual lo denominan *postmoderno*. Se caracteriza por una investigación orientada hacia la acción desde perspectivas críticas frente a las situaciones sociales, y tendientes a reemplazar las amplias narrativas por teorías locales, de pequeña escala, que tratan de ajustarse a problemas y situaciones específicos.

Consideramos que Clifford Geertz propone una forma de entender el trabajo antropológico que resulta de interés y utilidad para el presente estudio. Plantea que entendamos una cultura en sus propios términos, para lo cual debemos comprender sus complejidades, sutilezas y matices. Rechaza la idea de que la cultura se puede entender mejor a través de una teoría importante. Opina que el mejor enfoque para un mayor desarrollo del concepto consiste en enfrentarse con problemas específicos. El concepto de cultura que propugna es esencialmente un concepto semiótico. “Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdiambre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie” (Geertz 1989b: 20).

El propósito de Geertz consiste en buscar un significado. La etnografía, para este autor, es esencialmente escritura, y el etnógrafo se encuentra en un continuo movimiento entre el *estar allí* y el *estar aquí* (tema que trata en profundidad en *El Antropólogo como Autor*), entre la experiencia etnográfica y la escritura. ¿Cuál es la herramienta que utiliza para buscar el significado? La interpretación. El antropólogo sólo cuenta con interpretaciones de los *nativos* de sus propias experiencias, y lo que hace es una interpretación de esas interpretaciones: “[...] lo que nosotros llamamos nuestros datos son realmente interpretaciones de interpretaciones de otras personas sobre lo que ellas y sus compatriotas piensan y sienten” (Ibid: 23).

El proceso que utiliza para lograr describir las interpretaciones es el que llama *descripción densa* (concepto que toma del filósofo Gilbert Ryle). La descripción implica el hecho de que cualquier aspecto del comportamiento humano tiene más de un significado, presenta una variedad de niveles de significado. Describir una cultura de forma densa quiere decir tomar todas las interpretaciones posibles de un hecho en una determinada cultura. “La etnografía es descripción densa. Lo que en realidad encara el etnógrafo es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas primero y para explicarlas después” (Ibid: 24).

La descripción o etnografía densa es entonces aquella que permite descifrar los significados del fenómeno en estudio para acceder a sus contenidos más allá de su mera apariencia de superficie. Los escritos antropológicos son ellos mismos interpretaciones, interpretaciones de segundo y tercer orden, pues, por definición, sólo un *nativo* hace interpretaciones de primer orden. Por tanto, para Geertz, estos escritos son ficciones; ficciones en el sentido de que son *algo hecho, algo formado, compuesto*. Aquí podemos establecer una conexión con la concepción de la antropología como proceso creativo que postulábamos en un principio, en el sentido de que esta ficción que el antropólogo crea, opera como una propuesta para “ampliar el universo del discurso humano” (Ibid: 27), que es lo que Geertz considera como finalidad de la antropología. Tomando en cuenta los distintos puntos de vista de los actores sobre un mismo fenómeno, la antropología puede lograr interpretaciones que saquen a la luz aspectos desvalorados, puede recatar discursos escondidos bajo la opresión de discursos dominantes, y proponer nuevas formas de ordenamientos sociales que respeten los puntos de vista de los distintos actores.

Es el caso de nuestro tema de estudio, en el que se ha privilegiado el discurso de unos actores –en este caso, de la comunidad médica oficial- por sobre los discursos de los usuarios del sistema médico, y en especial por sobre las concepciones de las mujeres acerca de sus propias experiencias y su cuerpo. Por ello nos es de utilidad la aproximación geertziana interpretativa de la cultura, pues nos permite comprender que es necesario abarcar el conjunto de las actividades interpretativas de los distintos actores que median en un fenómeno para dar cuenta de él.

En el contexto actual se reconoce que la investigación cualitativa se plantea como preocupación central el conocer e interpretar la subjetividad de los individuos, buscando comprender el punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Por ello, estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones. “El supuesto fundamental consiste en considerar que los comportamientos humanos son resultado de una estructura de relaciones y significaciones que operan en una realidad, en un determinado contexto

social, cultural e ideológico; realidad que es estructurada o construida por los individuos, pero que a su vez actúa estructurando su conducta” (Lerner 1996: 13).

Siguiendo al sociólogo mexicano Roberto Castro, se plantea que la perspectiva cualitativa supone varios presupuestos metateóricos. En primer lugar, y como ya veíamos, el nivel de realidad que se busca conocer se relaciona con factores subjetivos, internos a los individuos. Por ser la dimensión subjetiva el centro de atención, se postula que son los actores los que crean el orden social mediante la interacción social, favoreciendo la comprensión por sobre la explicación, como el tipo de conocimiento producible. Es importante también recalcar que en orden de comprender adecuadamente estos factores subjetivos, se deben abordar en un plano de análisis micro los sujetos y las situaciones de estudio. De este modo, las particularidades interpretativas de los procesos sociales pueden ser aprehendidas (Castro, R. 1996: 64).

A partir de lo anterior se sigue que la perspectiva interpretativa opta por desarrollar el conocimiento en forma inductiva, a partir de observaciones específicas de individuos concretos y de sus interacciones. Los conceptos que se utilizan en este proceso deben ser flexibles, para poder capturar las variadas interpretaciones que los individuos realizan sobre su entorno, y los diversos significados que los objetos pueden representar para los mismos. Como resultado de lo anterior, la última decisión se refiere al carácter descriptivo, analítico y exploratorio que debe imprimirse en el ejercicio de la ciencia social.

La perspectiva interpretativa que adoptamos, se basa en la idea de que el/la investigador/a junto con los/as participantes construyen en conjunto la investigación, en un proceso constante de interpretación y reinterpretación. En este tipo de aproximación, el criterio de rigurosidad está dado por la conciencia y expresión de las condiciones sociales y subjetivas de producción de la investigación. En este sentido es necesario reconocer que tanto el/la investigador/a como el/la investigado/a comprenden los fenómenos sociales desde un particular posicionamiento, que influye en la interpretación que se hace de ellos/as. Es decir, no se puede hablar ya de un sujeto y objeto de investigación neutros, imparciales y objetivos, sino de sujetos que van co-construyendo el relato en la interacción que constituye el proceso de investigación.

II. 3. Técnicas de investigación

Para dar cuenta de los objetivos planteados en la presente investigación, se recurrió a dos técnicas principales: observación participante del contexto de atención hospitalaria de partos, y entrevistas a las mujeres atendidas y sus acompañantes. La observación, en

algunos casos, se complementó con la filmación del momento del parto y minutos siguientes, buscando obtener un registro paralelo al de la observación.

Una de las formas de poder lograr una adecuada aproximación a nuestro tema de interés, radica en un proceso de observación, denominado de **observación participante**, en el cual, en nuestro papel de observadores/as, debemos poseer la suficiente capacidad de compenetración con los sujetos observados. En este marco, la observación participante ocupa un lugar de privilegio entre todas las estrategias de investigación social, ya que constituye una técnica que permite conocer los aspectos más íntimos y cotidianos de los sujetos observados, en el propio contexto socio-cultural donde ocurren los fenómenos de interés.

Esta técnica de recolección de datos puede ser entendida como un proceso en el cual el investigador comparte, consciente y sistemáticamente, las actividades de la vida, intereses y afectos (si es posible) de un grupo de personas. Se busca obtener datos acerca de la conducta mediante un contacto directo y en términos de situaciones específicas en las cuales la distorsión producida por la intervención del/a investigador/a sea mínima. La comunicación lingüística entre observador/a y observado/a es esencial en esta técnica, como lo señala Miguel Beltrán (1994: 42) comunicación que será tanto menos estructurada y formalizada, esto es, tanto más rica e imprecisa, cuanto mayor sea el grado de participación del/a observador/a.

La observación participante no puede dar como resultado una descripción de *lo que ocurre* sin interpretarlo, y tal interpretación ha de comenzar por la identificación del *punto de vista del nativo*, de forma que se garantice la intersubjetividad en términos emic de sus conclusiones. Esto implica que el/a investigador/a trate de aprehender el conocimiento que los miembros del grupo o comunidad estudiados tienen de la cosa que se estudia, y sólo más tarde podrá pasar a describirla o explicarla con sus propias categorías. Se trata, pues, de la utilización consecutiva de criterios *emic* y *etic*.

La observación participante, siguiendo a Taylor y Bogdan, designa a “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (1992: 31).

Una de sus versiones más recientes es la que ha dado origen a la llamada descripción densa de Clifford Geertz. Recordemos que para Geertz la cultura constituye un entramado de significaciones y que la etnografía constituye una interpretación de una interpretación, por lo que la voz de el/la etnógrafo/a no es privilegiada para dar cuenta de la experiencia de los sujetos, sino que más bien constituye sólo una interpretación posible.

La observación presenta una serie de ventajas al investigador: hace posible obtener la información tal como ocurre, aporta datos que tratan situaciones de comportamiento

típicas, percibe formas de conducta que se escapan a la atención de los sujetos observados (o que éstos consideran sin importancia), se puede ocupar de sujetos que no pueden dar informes verbales, solicita menos la participación activa por parte de los sujetos observados que otras técnicas.

Evidentemente, también presenta dificultades, ligadas a las limitaciones de la percepción humana, derivadas de la selectividad natural de estímulos (localización observador en espacio y tiempo -toda observación es parcial-, imprecisión de nuestros medios sensoriales, selectividad de la atención, selectividad de la memoria), a dificultades originadas por la manera de ser del investigador y por la interpretación personal que hará de los fenómenos que observa. Existen también obstáculos provenientes del cuadro de referencias teórico: tendencia del observador a codificar según la teoría a la cual se adhiere, previsiones y anticipaciones del observador que inducen resultados; y otras derivadas de la modificación de los sujetos y de las situaciones por el hecho de su propia observación: reacciones automáticas al hecho de ser observado, lleva a evitar ser observado (mayor distancia), influencia de la personalidad del observador sobre los sujetos y resultados, modificación de la situación global y del campo psicosocial por la presencia del observador (Anguera 1997).

Se utilizó también la técnica de la **entrevista** para aproximarnos a nuestros objetivos; como herramienta cualitativa, se puede realizar en distintas formas. Valles, citando a Patton, sostiene que se pueden diferenciar: la entrevista conversacional informal, caracterizada por el surgimiento y realización de la entrevista en el contexto y curso natural de la interacción sin selección previa de temas; la entrevista basada en un guión que implica la preparación previa de una pauta con los temas a tratar, que permite la libertad del/a entrevistador/a para ordenar y formular las preguntas; la entrevista estandarizada abierta, caracterizada por el uso de un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos/as los/as entrevistados/as, pero de respuesta libre o abierta; y la entrevista estandarizada cerrada, la cual se encuentra entre el campo de las entrevistas cualitativas y las cuantitativas (Valles 2000).

La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa que permite abordar de manera vasta una temática particular. Ofrece las ventajas de ser flexible, dinámica, no estandarizada, y abierta. Taylor y Bogdan la definen como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas, sus experiencias y situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (1992: 186).

Existen diferentes tipos de entrevistas en profundidad, algunas muy poco pauteadas, donde el/la investigador/a inicia la conversación y la va reorientando cuando lo considera pertinente, y aquellas más estructuradas, en las que se hacen preguntas puntuales al/a

entrevistado/a (Beltrán 1994).

Dentro de las ventajas en el uso de entrevistas en profundidad, Valles señala que el estilo especialmente abierto de esta técnica permite la obtención de una gran riqueza informativa, en las palabras y enfoque de los/as entrevistados/as. Por otra parte, proporciona al/a investigador/a la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo que la entrevista estructurada o de encuesta. El autor también destaca su capacidad de generar, en la fase inicial de cualquier estudio, puntos de vista, enfoques, hipótesis, y otras orientaciones útiles para la investigación. Por último, Valles destaca que durante el desarrollo o la fase final de muchas investigaciones, la entrevista en profundidad ofrece un contraste cualitativo a los resultados obtenidos mediante procedimientos cuantitativos, y facilita la comprensión de los mismos (Valles 2000).

El uso de las entrevistas en profundidad también presenta algunas desventajas, a saber: el factor tiempo, ya que su realización consume mucho tiempo; el problema de la reactividad, fiabilidad y validez de este tipo de encuentros (Ibid.).

Para los efectos de nuestra investigación, realizamos entrevistas conversacionales informales (según la clasificación de Patton) durante la atención de partos, y entrevistas en profundidad después del parto, tanto en puerperio de los hospitales, como en los hogares de las familias atendidas. Estas últimas se realizaron de una manera muy flexible, tocando un mínimo de temas pauteados a priori, pero dejando que los/as entrevistados/as entregaran la información que a su juicio era relevante.

II. 4. Proceso Metodológico y selección de grupo de estudio

El material sobre el que se construye la presente investigación se ha recogido desde el año 1999 y se ha obtenido principalmente mediante dos vías complementarias; observaciones en secciones de pre-parto, parto y puerperio de hospitales públicos de Santiago, y testimonios de las mujeres atendidas y de sus familiares. Muchas son las experiencias y relatos que conforman este estudio: se han observado alrededor de 60 partos y cesáreas,

filmando algunos de ellos, se ha entrevistado a decenas de mujeres y sus familias, y se han establecido profundos vínculos con algunas de ellas, así como también con médicos y matronas.

La investigación y trabajo en hospitales, que comenzó con un objetivo meramente académico, fue insertándose en diversos proyectos e iniciativas de médicos o grupos de profesionales que intentan generar alternativas a la atención excesivamente medicalizada del parto. El acceso a hospitales se logró en la mayoría de los casos gracias a estos trabajos en conjunto. Es así como la investigadora ha trabajado en colaboración con diversos equipos de profesionales de la salud, en iniciativas que tiendan a humanizar la atención de partos en nuestro país, y ha asistido a muchos talleres de trabajo, congresos y seminarios, donde se han discutido estas temáticas, enriqueciéndose la reflexión.

Por tanto, el análisis que aquí se presenta es fruto de un trabajo conjunto entre las mujeres y familias usuarias del sistema de salud, profesionales de salud, cientistas sociales y muchas otras personas con quienes se ha debatido el tema.

El universo referencial de nuestra investigación está constituido por todas las mujeres que atienden sus partos en hospitales públicos en nuestro país. El año 2001 (último año para el cual se cuenta con estadísticas oficiales) hubo en Chile 246.116 partos, de los cuales 242.295 fueron atendidos en hospitales o clínicas. De éstos, 101.459 correspondieron a Santiago, donde hemos realizado nuestro estudio. A pesar de que las observaciones y entrevistas que constituyen el material de base de este estudio fueron realizadas sólo en la ciudad de Santiago, consideramos que la naturaleza de la atención de partos hospitalarios es muy semejante en todo el país. Conocemos experiencias de mujeres, familias y de personal de atención de salud de todo el país, y, creemos, el análisis que realizamos sirve como marco general de análisis.

Para la presente investigación se asistió a observar y participar en las secciones de parto, parto y puerperio de los hospitales San Borja Arriarán, Salvador y Luis Tisné Brousse, entre noviembre de 1999 y marzo del 2003. Los períodos de observación fueron fluctuantes, determinados en gran medida por la posibilidad de acceso a los recintos hospitalarios, y la disponibilidad de tiempo de la investigadora, concentrándose en dos periodos: noviembre a diciembre de 1999, y marzo de 2002 a enero de 2003.

Durante cada día de participación en los hospitales se realizó un promedio de 5 horas de observación. Por ser muchas de las entrevistas realizadas dentro del hospital, se usó muy pocas veces grabadora, pues su utilización generaba desconfianza de parte del personal de salud y de las mujeres. La mayoría de los contactos y conversaciones con mujeres y sus familiares no fueron grabadas, y se tomaron notas durante las conversaciones o

inmediatamente después de ellas.¹³

En los hospitales, el contacto inicial con las mujeres se estableció en la sección de partos. La investigadora acompañó a las mujeres en uno o varios momentos de su permanencia en esta sección, estableciendo un contacto inicial, y realizando las primeras entrevistas -conversaciones informales- tanto con ellas como con sus familiares. En estos momentos se pidió la autorización de las mujeres para presenciar –y en algunos casos filmar- el parto. En los casos en que se filmó, se pidió también la autorización de la pareja de la mujer, en caso de estar presente, explicándoles a ambos los fines de la filmación¹⁴, con el compromiso de entregarles una copia del video. Luego se presenciaron los partos, y en algunos casos también se filmaron.

Los siguientes pasos metodológicos no se siguieron en la totalidad de los casos de partos observados y mujeres contactadas en entrevistas informales: se trató de la realización de entrevistas en profundidad con las mujeres atendidas durante los días inmediatamente siguientes al parto, en las salas de puerperio de los hospitales, y meses tras el parto, en sus hogares.

HOSPITAL	MESES	DIAS OBSERVACION	HORAS OBSERVACION	PARTOS OBSERVADOS	ENTREVISTAS INFORMALES	ENTREVISTAS PROFUND.
San Borja Arriarán	Nov-dic 1999	6	30	19	7	-
Salvador	Marzo-Agosto 2002	10	50	14	16	6
Luis Tisné Brousse	Sept. 2002-Enero 2003	9	45	29	23	10
TOTAL		25	125	62	46	16*

*Cada entrevista en profundidad que registramos se refiere a un caso, mujer o pareja, que pudo haber sido entrevistada en más de una ocasión. De las 16 entrevistas, 4 se realizaron solamente en el puerperio de los hospitales, y las otras 12, además del puerperio, fueron continuadas y profundizadas en los hogares de las familias, en un período que fluctuó entre 3 meses, y un año y cinco meses tras el parto. La cantidad de contactos y visitas que realizamos a los hogares varió entre una y cinco ocasiones.

Las mujeres y familias entrevistadas vivían al momento del contacto en diversas comunas de la Región Metropolitana, principalmente en Peñalolén, Puente Alto, Macul, y Santiago

¹³ Los fragmentos textuales de entrevistas que transcribimos a lo largo de la investigación corresponden a casos en que sí grabamos las conversaciones.

¹⁴ Se realizaron filmaciones en los Hospitales Salvador y Luis Tisné Brousse, en el marco del trabajo con el doctor José Antonio Soto.

Centro. De extracción popular, todas se atienden en el sistema público de salud, sin posibilidad de cotizar en el privado. Del total de mujeres entrevistadas, dos (a quienes no se les realizaron entrevistas en profundidad) habían contado en el pasado con previsión en salud privada, sin embargo por motivos económicos ya no lo podían costear.

El criterio de selección fue simplemente el de mujeres cuyos partos fueran atendidos en los hospitales en que se realizó la observación, con la sola exclusión de mujeres adolescentes, por considerar que sus casos deben ser analizados desde otro marco de referencia. Esto significó una gran heterogeneidad en el grupo: se realizaron entrevistas informales a mujeres de entre 20 y 36 años; con y sin hijos/as anteriores; solteras, casadas, y convivientes. Ninguna se considera perteneciente a alguna etnia, son mujeres en su mayoría nacidas en Santiago. Sólo tres nacieron en regiones y se trasladaron a Santiago en el curso de sus vidas.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas en su totalidad a mujeres entre 24 y 34 años, con pareja estable (no todas las parejas viviendo juntas), y en algunos casos a sus parejas. Aunque no todos los embarazos fueron planeados, todos fueron deseados. Fuera del hospital, se realizaron entrevistas en los hogares de mujeres y parejas de las comunas de Peñalolén, Macul, Santiago Centro y La Cisterna. Tres mujeres vivían en casa de sus padres, y las otras 13 con sus parejas e hijos/as anteriores.

TERCERA PARTE, ANALISIS

NACIMIENTO

Para comenzar, y para situar al/a lector/a en el escenario hospitalario de atención de partos, realizaremos una descripción de dos días de observación en las secciones de parto y parto de un hospital público de Santiago. El relato corresponde a noviembre de 1999, a las primeras dos visitas que la investigadora realizó a un hospital.

I. EL RELATO: UNA INYECCIÓN DE REALIDAD

Día: jueves 18 de noviembre, 1999. 8:30 A.M. Llego al hospital, subo al séptimo piso, hablo con la secretaria del director de la maternidad para informarle del comienzo de mis observaciones. Ya pasé por todas las presentaciones, autorizaciones, cartas y demás requisitos formales para que mi ingreso sea autorizado. Me dice que está todo bien, que ya puedo comenzar, y que baje al zócalo a partos.

Mi pase a las secciones del hospital prohibidas para el observador común es el siguiente:

“MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SERVICIO DE SALUD M: CENTRAL
SERVICIO GINEC. OBST. Y NEONAT./

SEÑORES
P R E S E N T E

ESTIMADOS SRES:

LA SRTA. MICHELLE SADLER, ES ALUMNA DE 4TO. MEDIO DE ANTROPOLOGIA SOCIAL, QUIÉN PARA SU MEMORIA NECESITA EFECTUAR ENTREVISTAS AL PERSONAL, A LAS PACIENTES Y VISUALIZAR LA ATENCION DE PARTOS Y/O CESAREAS, ENTRE EL 15 DE NOVIEMBRE Y 10 DE DICIEMBRE DE 1999. PARA ELLO ASISTIRA A LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES LOS DIAS LUNES O JUEVES EN LAS MAÑANAS.

SE AGRADECE DARLE LAS FACILIDADES PARA REALIZAR ESTA ACTIVIDAD EN NUESTRO SERVICIO.

SALUDA ATENTAMENTE A UD.

JEFE SERVICIO
GINEC. OBST. Y NEONAT.

SANTIAGO, NOVIEMBRE 15 DE 1999

C.C.-JEFE UNIDAD PARTOS.

-MATRONA SUPERVISORA UNIDAD PARTOS.

-MATRONA JEFE SERVICIO U.F.M.

-MATRONA PUERPERIO.

-ARCHIVO.”

Esta carta sirvió de credencial para autorizar mi ingreso a los sectores prohibidos- de “sólo personal autorizado”. Como primer día, mostré la carta a la matrona jefa de la unidad de partos, y una vez puesto el delantal blanco, pude entrar a ese mundo escondido para el observador común, al respetado “territorio médico”. La mitología en torno a mí comenzó a construirse: alumna de medicina, extranjera en práctica, ¿doctora belga?

Una gran sala con subdivisiones, tres por un lado y cuatro por el otro, con dos camas en cada una. Algo de luz natural se filtra por las ventanas de vidrio opaco -las hay sólo en un muro, a media altura-; pareciese que fuera un día gris y nublado, y sin embargo afuera está soleado. Se escuchan los ruidos de los monitores fetales, el teléfono sonando de cuando en cuando, gemidos de mujeres, conversaciones paralelas de distintos grupos de profesionales del área. El personal médico que observamos es el siguiente: dos obstetras que hacen rondas cada media hora aproximadamente, tres matronas de turno, la matrona supervisora de la unidad de partos, varios alumnos y alumnas, tanto de medicina (obstetricia y ginecología), como de obstetricia y puericultura (matronas y matrones), becados de medicina, auxiliares de enfermería, personal de aseo; unas quince a veinte personas durante la mañana, cinco o seis durante la hora de almuerzo, y diez en la tarde, hora en que los alumnos y alumnas ya no están.

Hay diez mujeres en la sección, todas esperando el momento del parto con excepción de dos; una joven que está acurrucada debajo de la sábana, y a su lado una señora mayor, quien va a ser operada de quistes en los ovarios. La joven se ve incómoda y asustada; dice que tiene vergüenza, que nunca había ido al ginecólogo y “aquí me han manoseado toda la mañana. Yo nunca había estado en un hospital, y me daba miedo, no ve que a uno le dicen que es terrible, que lo tratan pésimo, pero a mi no me han tratado tan mal.” Está esperando que le hagan un legrado instrumental (raspaje), pues sufrió un aborto espontáneo tras tres meses de gestación. Tiene 20 años, está cursando cuarto medio. Tenía ganas de tener la guagua y de casarse. “El está conmigo y todo, y también quería a la guagua... Igual nos vamos a casar luego”. Tiene hambre y no la dejan comer nada hasta después de la intervención.

Al frente, una mujer llora y se queja. Se llama Alejandra, tiene 25 años, es de Río Bueno, cerca de Valdivia. Tiene dos hijos; el primero -que ya tiene ocho años- nació tras un parto normal, y el segundo mediante cesárea. Una voluntaria de la Cruz Roja pasa y le deja una bolsa con pañales y ropa. Alejandra tiene dolores y a ratos gime fuerte, entonces llega una auxiliar de enfermería, le dice que respire profundo y que no se queje porque asusta a las demás mujeres. Pasa un médico a revisarla, le rompe la bolsa de agua (rotura artificial de membranas, RAM) y la sientan en la cama. Apoya su cabeza en el regazo de la auxiliar, quien la peina con una trenza. Dice que siente mucho dolor, le contestan que “aguante un

rato más”. Dice que no aguanta, que la guagua va a salir, y le repiten que se calme, que “todavía no puede salir”, que tiene que esperar a que la atiendan.

Van a pasar a una mujer a pabellón, para cesárea, me avisan por si quiero entrar. Se acerca la matrona jefa y me advierte que se trata de un caso de hidrocefalia severa, que el bebé probablemente va a morir al momento de nacer, o poco después. La madre ya lo sabe, lo ha sabido hace algún tiempo, y ha tenido que esperar hasta este momento, sabiendo que su hijo va a morir. Hay susurros a su alrededor, todos saben lo que va a pasar. Decido no entrar.

Vuelvo donde Alejandra, y a su lado está Isabel, esperando para tener a su segundo hijo. El primero nació mediante cesárea, le dijeron que por tener la pelvis estrecha. El médico que la está examinando explica que aparentemente no hay ningún problema, que en lo posible ahora va a ser un parto normal. Ella cree que la cesárea ocurrió porque la atendía un médico privado —cuando podía pagarlo—; era verano y el doctor se iba a la semana siguiente de vacaciones. Le programó el parto para un día sábado. El médico agrega que es normal que eso pase, que llegan muchos casos que pasaron por una cesárea innecesariamente, lo cual implica más días de hospitalización y más personal, el procedimiento en sí es más caro, agregándole a esto la comodidad de programarlo.

En el pasillo se están juntando muchas personas; doctores que aparentemente no son de la sección, muchos/as auxiliares de enfermería que miran con asombro. Claramente se trata de una emergencia. Una mujer, joven, de unos treinta años, yace desnuda sobre una camilla, inconsciente. Un equipo de unas diez personas la atiende, intubándola, inyectándola, conectándola a máquinas. Se trata, en efecto, de una emergencia que no alcanzaron a llevar a otro sector del hospital: a la mujer le practicaron una cesárea hace dieciocho días, la habían dado de alta y hoy ingresó sintiéndose muy mal. Sufre de hipertiroidismo, y piensan que no se tomó los medicamentos que le recetaron, lo que desencadenó una crisis. Se comenta además que muestra señales de haber sido fuertemente golpeada.

Hay dos mujeres en trabajo de parto ubicadas al frente de esta escena, otras cuatro que pueden observarla de reojo. Llega un auxiliar y pone un biombo para evitar que miren, pero ya lo han visto, y se ven muy nerviosas.

Pasa más de una hora, y de pronto empieza a despejarse la “escena”, algunos médicos sudorosos se van, los demás se van alejando, se forman pequeños grupos de profesionales que comentan lo sucedido. Ya no hay nada más que hacer, la mujer murió. Por el pasillo que lleva hacia el baño de la sala de espera salen auxiliares a sacar a las personas que allí esperan, “porque tenemos una emergencia”. Los apuran, los llevan por otro pasillo hacia la entrada del hospital y los dejan ahí, con la puerta cerrada. Nadie les explica nada; son los familiares de las mujeres, que esperan por ellas. Entran en pánico,

pensando que su mujer, hija, hermana... puede ser la “emergencia”. Hay quienes miran con ojos llorosos pidiendo por favor una respuesta. Les explico lo ocurrido, y al hacerlo siento que estoy transgrediendo una norma implícita, eso de que no se sepa, de cubrir con un velo la realidad que se vive con una puerta y un pasillo de separación.

Vuelvo adentro, no quedan rastros de lo ocurrido. Se fueron los equipos, las máquinas, las auxiliares, los doctores. Sólo queda un espacio vacío donde antes había una camilla; y un piso recién trapeado.

Vuelven a prestarle atención a las mujeres descuidadas durante la “emergencia”. A Alejandra la llevan a pabellón, van a practicarle una cesárea. Ya la han anestesiado y se ve más tranquila mientras la llevan pasillo adentro. A Jessica la llevan a un box a tener a su bebé; ahora voy a participar. Es necesario ponerse otro delantal encima del habitual, un gorro, mascarilla y botas de género. “Esta es con paternidad compartida” dicen, para que alguien vaya a avisarle al futuro padre que ya es hora. ¿Por qué no está ya con ella? Simple: “paternidad compartida” significa que la pareja participe en un curso, al que el varón debe asistir a lo menos al 80% de las clases (aunque en la práctica no es tan riguroso) para permitírsele compartir el parto. “Compartir” el parto significa entrar solamente al momento en que el parto está por culminar (período expulsivo). No implica acompañar a la mujer ni darle apoyo emocional durante el trabajo de parto. Él llega tarde, pero a tiempo para estar con su hijo mientras lo examinan y visten.

El parto de Jessica es normal y transcurre bastante rápido. La instalan en la camilla, en posición supina, también llamada posición ginecológica o posición de litotomía; tendidas sobre el dorso, con las piernas abiertas, levantadas y flectadas sobre el abdomen. Le ponen una sábana por sobre las piernas, impidiendo que ella vea lo que pasa en el “territorio” de la matrona. Debajo de los glúteos y por sobre el abdomen le ponen otra sábana, con un agujero (sábana perforada) que deja expuesta sólo la vulva. Vacían povidona yodada sobre ésta, a modo de desinfectante, y luego la matrona -sentada en un piso entre las piernas de Jessica, y con un gran balde a sus pies recibiendo lo que cae- pincha la vulva con anestesia local, lo que parece doler mucho. Tras varias contracciones y pujos, se empieza a ver la cabeza del bebé y la matrona practica la episiotomía (corte quirúrgico realizado en la vulva para facilitar la salida del bebé), produciéndose un abundante sangramiento. Otro y otro pujo, y sale el bebé, que comienza a llorar a los pocos segundos. Lo apoyan durante un minuto o menos sobre el vientre de su madre, mientras cortan el cordón umbilical, antes de llevarlo a revisión a la sala de atención inmediata del recién nacido (llamada informalmente “inmediato”). Ella intenta tocarlo, ante lo cual le piden que se calme, que en un rato podrá tenerlo. Ese rato se extenderá por una hora.

Tirando del cordón con movimientos circulares, sale la placenta completa. Con masajes en la zona abdominal, sale más sangre y residuos. Antes de suturar, la matrona introduce un

pañó completo en la vagina, para detener el sangramiento y evitar que las secreciones interfieran con la sutura. Este proceso demora unos cuarenta minutos.

El parto lo observaron tres estudiantes de obstetricia, y lo asistieron una matrona más dos auxiliares. Llama la atención el rol pasivo que cumplió la mujer, la que se limitó a pujar, sin intervenir ni hablar en ningún momento. El “territorio” y la hegemonía médica se apropiaron de su cuerpo. Ella hizo todo lo que le dijeron, y punto. A ella le hicieron todo lo que “se hace” en esa situación en ese contexto, y punto. Es algo que no se cuestiona, y sobre lo cual no se interviene.

En el box del lado, Elizabeth está teniendo un bebé al que llamará Diego. Es su segundo hijo, pero dice que es el primero realmente, pues el otro murió poco después de haber nacido. El proceso es muy parecido al anterior, a excepción de que en un principio demora más, por lo cual le inyectan ocitocina. La ocitocina endógena es una secreción hormonal de la hipófisis que estimula las contracciones uterinas, en este caso se refiere a un sucedáneo sintetizado químicamente, que se aplica vía intravenosa para acelerar el proceso del parto. Ella se queja muy poco, y el trato que recibe de parte de la matrona y las dos auxiliares es bastante cálido y cariñoso: “Puja mamita, eso es, vas súper bien, ya va saliendo tu guagüita, dale un empujoncito, vamos, tú puedes, eso es...”

No saben su nombre, quizás por eso le dicen “flaquita”, “mamita”, “chiquitita” (nótese el diminutivo). Antes del parto y una vez terminado, pasa una enfermera que está elaborando las fichas a preguntar sus datos. Sí, se llama Elizabeth, tiene veinte años, este es su segundo parto, pero su primer “hijo vivo”, al que llamará Diego. Pero de eso no ha hablado la matrona con ella, ni nadie de los presentes. Me quedo a ver cómo suturan la episiotomía; es un largo proceso, capa por capa, hasta que queda otra vez cerrado.

Los dos recién nacidos ya están vestidos en la sala de “inmediato”. La hija de Jessica está en brazos de su feliz padre, y Diego está en una cuna en espera de que lo lleven con su madre. Traen a la hija de Alejandra y comienzan a examinarla. Entra el neonatólogo, le inserta sondas de aspiración por la nariz y la boca para sacar las mucosidades, mide el contorno de la cabeza, la toca por todas partes, la pesa, mide, y le asigna su Apgar (índice que se asigna al recién nacido –que va entre 1 y 10- según los parámetros FETIC: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad y color). Luego terminan de limpiar a la recién nacida, le aplican gotas desinfectantes en los ojos, la vacunan en el brazo (vacuna BCG antituberculosis) y le inyectan en la pierna vitamina K, mientras la pequeña chilla y chilla.

En box N°1 hay una señora, mayor que las anteriores, a punto de dar a luz. Se queja mucho de dolor, lo que lleva a que el trato que recibe sea más duro. Le dicen que no alegue, que nadie se muere, que eso le hace mal a su bebé, que así no está ayudando. Ya está por salir, otro pujo y sale. Viene con el cordón enrollado en el cuello por lo que, antes

de salir completo, cortan el cordón (una circular irreductible al cuello). Sólo entonces lo sacan -está muy morado, mucho más que los anteriores bebés- y lo llevan rápidamente a suministrarle oxígeno. Tienen cuidado de no asustar a la madre, a quien muestran al niño de reojo diciéndole que está todo bien. El trato que este pequeño recibe es más violento que los anteriores: le ponen oxígeno, lo examinan. Saca mala nota.

Hay otra mujer por dar a luz en el box N°2. Se preparan para un parto más largo, pues el bebé es enorme. La matrona a cargo hace preguntas a la mujer; se llama Sandra (lo cual no escuchan porque luego la llaman desde Celia hasta Zoila). El parto efectivamente se demora mucho más, viene otra matrona y ayuda, presiona sobre el vientre para ayudar a salir al bebé. Practican la episiotomía, pujando, pujando, ya viene, ¡y sale! Es una enorme niña (pesa 4.130 grs.). La ponen sobre el vientre de su madre, cortan el cordón y la llevan a “inmediato”.

La matrona saca la placenta, pero advierte que el alumbramiento fue incompleto, y llama al obstetra. De los cuatro partos que he presenciado, es primera vez que un médico participa, los anteriores fueron atendidos por matronas y auxiliares. Llega el doctor, le traen una serie de instrumentos; con algunos amplía la vagina para introducir una cucharilla quirúrgica y hacerla girar por el interior del útero sacando más residuos de tejidos y sangre. En este tipo de casos es el médico quien debe intervenir, pues las matronas no están autorizadas para manejar instrumental médico del tipo que se usó en esta situación. Apreciamos así que el médico posee una jerarquía mayor que las matronas, pues se encuentra capacitado para intervenir en las situaciones de mayor riesgo y complicación.

Tras este procedimiento, el obstetra cede su asiento a la matrona, quien comienza la sutura. Al enterarse de que estudio antropología, me cuenta que trabajó muchos años en las cercanías de Temuco, y que en el hospital le tocó atender partos de mujeres mapuche que se negaban a acostarse sobre la mesa ginecológica. En algunos casos, estas mujeres, para tener sus guaguas en cuclillas, eran capaces de encerrarse en el baño a escondidas, y así lograr su cometido.

Antes de irme, me despido de la matrona jefa. Ella me abraza y explica que no es común que pasen cosas así (se refiere a la muerte de la mujer). Está triste, pobre mujer, dice, morir así de sola, sin ningún tipo de consuelo, de apoyo espiritual.

Lunes 22 de noviembre, 10:00 A.M.

En pre-partos, Enriqueta espera que “la operen”, para “mejorarse”. Llama la atención el que muchas mujeres hablen de “mejorarse” al dar a luz; lo cual implica que estaban “enfermas”. Es la visión médica del proceso la que se apropia en este caso de los conceptos, pues se da a entender que la gestación es una enfermedad. Enriqueta tiene cuarenta años; había perdido la esperanza de tener hijos. Lo estaba intentando desde joven, y ya incluso se

había “peleado con Dios”, “tantas guaguas que nadie quiere, y a mí no me mandaba una”. Ahora ya se “pusieron en las buenas” y se ve muy contenta. No tiene claro por qué le van practicar una cesárea, al parecer tiene más de cuarenta semanas de gestación, y por su edad es un parto más riesgoso.

Voy a ver a los y las recién nacidos/as; hay cinco que han nacido en las últimas dos horas. En eso pasan a Valeska, de sólo diecisiete años, al box N°1. Está muy asustada y se queja mucho. Lloro y emite pequeños gritos. “No me pusieron anestesia”, dice asustada. En efecto, se dilató demasiado rápido, lo cual es poco común en una primípara (mujer que pare por primera vez), y la tuvieron que pasar al box sin anestesia. El personal de atención comienza a enojarse por su comportamiento: “¡Sin ruido!, ya, sin ruido, no se ponga mañosa”. Le ponen la inyección de anestesia local en la zona de la episiotomía. Ella grita muy fuerte. Nace su hijo, lo colocan sobre su vientre y ella intenta tocarlo, a lo que dicen “abajo las manos, sin tocarlo, sin tocarlo”. Lo toman, muestran rápidamente a la madre y llevan a revisión. Valeska se queda llorando en silencio mientras la suturan. Cuando deja de llorar, su mirada se ve perdida, inexpresiva. Al preguntarle cómo se siente, responde “mejor”. “¿Estás feliz?”; la respuesta es “no”. Tampoco parece triste. Se ve inexpresiva. Esto llama la atención de una auxiliar que comenta: “¡Qué impávida!”

Un auxiliar me avisa que me ponga los pantalones y delantal para entrar a una cesárea, que vaya a ver porque se trata de una emergencia. Tengo que pedir permiso, le digo. “No, entre no más, si está lleno de gente”. Avanzo por el pasillo y hay muchas personas en el sector de un pabellón. Una mujer con problemas cardíacos sufrió un paro al practicársele la cesárea. Hay muchas máquinas, doctores aplicando masaje cardíaco. ¿Y el bebé? Está bien.

Salgo afuera, al pre-parto. Acompaño a la señora Enriqueta, y a otra niña que llora y llora de dolor. Todavía no las pueden atender, están todos los médicos y matronas ocupados.

Pasa un buen rato, vuelvo a entrar al sector de los pabellones, sigue todo igual. Ya está muerta, pienso, ha pasado mucho tiempo, sin embargo siguen intentando reanimarla. Al igual que en el primer día, hay por lo menos veinticinco o treinta personas en el sector. Una matrona entra y pide a todas las personas no involucradas que por favor salgan. Con mala cara, lo hacen.

Voy a ver a la recién nacida. Está sola en una cuna, llorando. La tomo en brazos para calmarla; apoyada sobre el pecho, busca el pezón chupando la piel. Nació casi a las once de la mañana. Ahora son las doce y media. Entra una auxiliar con los ojos llorosos, por la mirada entiendo que su madre murió. En eso, la recién nacida se pone a llorar con más fuerza. “Ella sabe”, dice. Tras un largo rato, la bebé, en mis brazos, se calma un poco. De pronto entra un auxiliar para llamarme la atención porque la estoy malcriando, “después no

se la va a poder dejar sola, si tiene que acostumbrarse, es huacha, seguro va en adopción.”

Gina, de catorce años, va a tener a su hijo. Se ve inexpresiva, al igual que Valeska. Es normal, dice luego la matrona, “es que son muy jóvenes, no saben lo que es ser madre”. Tras un parto normal sin ninguna complicación, nace el pequeño. Ella se queja poco, luego dice que era más doloroso de lo que pensaba, pero su mirada no cambia de expresión.

A Margarita le falta poco para dar a luz; tiene veinticinco años, se trata de su primer hijo/a, a quien llamará Valentina o Jesús, pues no conoce su sexo. La examinan, y deciden pasarla a cesárea. La preparan para pabellón; le pedimos permiso para entrar con ella. “¿Y cómo pregunta?, se supone que todos entran no más”; no, no es así, le explico, y me autoriza a acompañarla. Está muy nerviosa, tiritando. Entra el anestésista, le pide que se apoye de lado en posición fetal; le ponen la epidural (anestesia toco-regional aplicada para disminuir o inhibir el dolor de la parturienta). Una auxiliar le pregunta a Margarita si sabe por qué van a practicarle una cesárea, ella contesta: “por latidos bajos” (técnicamente se llama bradicardia mantenida; baja de latidos del feto durante más de tres minutos). La auxiliar se sorprende; menos de un tercio de las mujeres preguntan y conocen el motivo de la cesárea, dice. Luego la preparan: estiran sus brazos hacia los lados, amarran sus muñecas a las “braceras”, le inyectan una infusión intravenosa, le ponen todas esas sábanas que la separan de su vientre abultado, y comienza la operación. El anestésista le pellizca el vientre para ver si siente algo; nada. Entonces cortan, capa tras capa hasta llegar al útero. Uno de los obstetras abre la incisión con instrumentos especiales, mientras el otro saca al bebé -¡es Valentina!-, le corta el cordón y se la llevan. “Está bien”, le dicen a la madre, y comienzan a sacar la placenta y todo lo que queda.

Margarita ya no puede permanecer despierta a causa de la anestesia; “me voy, me voy”, dice. Pide que le hable para impedir que se duerma, porque quiere alcanzar a ver a su hija antes de dormirse. Pregunta si puede ver a su hija, le contestan que se quede tranquila, que va a dormir un poco y al despertar va a poder verla. No puede permanecer despierta, se da cuenta, y me pide que vaya a ver a la pequeña. Así lo hago, y vuelvo para contarle que tiene unos enormes ojos rasgados -“igual al papá”-, que tiene pelo oscuro, pesa casi tres kilos y mide cincuenta centímetros. Pregunta si está rosada o morada, contesto que rosada, “ah, entonces va a ser blanquita”. Con los ojos llorosos de emoción, me da las gracias y se duerme. Pasarán tres horas antes de que se encuentren por primera vez.

En el box N°2 hay otro parto en curso. Al parecer ha transcurrido un buen rato -al preguntar dicen que lleva 10 minutos, lo que nos parece muy poco- y el parto no avanza. La matrona pide que inyecten ocitocina para apurar el proceso. La mujer sigue pujando y no pasa nada. Presionan su vientre, ella se esfuerza, y nada. El ambiente se torna tenso, empiezan comentarios como “es que no sabe pujar, es primeriza”, “no está haciendo todo lo que puede”. Ella se ve asustada, la matrona ya no sabe qué más hacer y llaman a la

matrona jefa, quien decide ir a buscar al obstetra. Llega él, toma la posición de la matrona, examina, y pide que le traigan el fórceps. Le traen una gran caja de metal cerrada con un grueso elástico. El doctor lo saca: son unas grandes tijeras de metal cuyas puntas son redondeadas en forma de cuchara. Ya hecha la episiotomía, introduce el instrumento, agarra la cabeza del bebé y lo saca afuera. Cortan el cordón, y se lo llevan. “Déjeles claro que fue con fórceps”. ¡Y todo esto pasó en media hora!

II. CONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO AUTORIZADO

En el relato recién presentado se pueden identificar relaciones de poder asimétricas, donde el personal de atención médico detenta la autoridad y las mujeres son despojadas de ella. Nos preguntamos cuáles son los mecanismos que hacen posible que un solo tipo de conocimiento, en este caso el médico alópata, se imponga como el *autorizado* en la atención de partos.

Utilizaremos el concepto de *conocimiento autorizado* para referirnos a este fenómeno (Jordan 1993), revisado anteriormente, que ha recibido gran atención en la investigación antropológica de los procesos reproductivos, sobre todo de antropólogos médicos interesados en el examen crítico de la producción social del conocimiento. Lo que buscamos analizar es el tipo de conocimiento que se impone como el hegemónico para la atención de partos en nuestro país, que construye y refleja las relaciones de poder existentes.

¿Cómo se construye este tipo de conocimiento? Como revisamos en el marco teórico, en el caso de los sistemas médicos hay un proceso histórico que llevó a la legitimación de la ciencia médica alópata como la oficial y la autorizada en occidente; esta hegemonía responde a su asociación con una base de poder más fuerte que los otros sistemas de salud imperantes, lo que llevó a la devaluación y desaparición de estos últimos en algunos contextos. En el caso particular de la atención de partos, nos ocupa el hecho de que las mujeres y sus familias han sido desautorizadas, y sus conocimientos y emociones relegados al ámbito de lo no atingente. ¿Cómo se justifica este fenómeno? ¿Tienen las mujeres usuarias y sus familias una lectura o reflexión al respecto? Podría parecer que es un sistema que, al cumplir en elevada medida con el resultado prometido y esperado, a saber, bebés sanos/as y baja morbimortalidad neonatal y materna, no despierta crítica. Esto, sobre todo en contextos populares donde la atención de salud a muy bajo o ningún costo se ha tendido a ver como un privilegio que no admite cuestionamiento. En este sentido, apreciamos como la ideología patriarcal ejerce su dominio situando a las mujeres pobres en la base de la sociedad. Existe una especie de acuerdo implícito entre todos/as

los/as involucrados/as de que es un privilegio que estas mujeres pobres estén siendo atendidas, por tanto deben agradecer al sistema en lugar de quejarse.

La pregunta central que nos hacemos es ¿mediante qué mecanismos se reproduce un tipo de conocimiento autorizado para tratar con patologías en un proceso fisiológico normal –el parto- que durante milenios perteneció a las comunidades y familias y no al reino de la enfermedad?

Recapitemos resumiendo brevemente ideas de interés para abrir el análisis. Nuestro sistema médico se inserta en la tradición occidental, heredera del paradigma positivista y androcéntrico que confía en la ciencia y en la tecnología como medios para acceder al conocimiento. En este contexto, la ciencia médica alópata ha desplazado a antiguas tradiciones médicas en las cuales el parto estaba en manos femeninas y era un espacio muy respetado que ocurría en el espacio familiar y comunitario. La mujer fue por miles de años el centro gravitante del parto, y tanto en ella como en las especialistas *empíricas* reposó el conocimiento autorizado para afrontarlo.

Nos encontramos hoy con una atención de parto medicalizado, en manos de personal alópata especializado, donde la mayor jerarquía la ostenta el médico obstetra (que sea varón o mujer, simboliza la ideología androcéntrica), y la mujer y familia –que son los verdaderos protagonistas- no tienen autoridad alguna para decidir cómo se afronta.

Chile cuenta con los más altos índices de cobertura médica del parto en Latinoamérica, lo que conlleva una muy baja tasa de morbilidad materna y neonatal, en comparación con los países vecinos. Este hecho se había tomado como muestra ineludible de calidad de la atención. Sin embargo, hay factores que han hecho y hacen que esta calidad sea cuestionada. En primer lugar, nuestro elevado índice de cesáreas, el más alto del mundo –alrededor de un 40%- volvió la mirada internacional sobre nuestro país. Los altos niveles de intervencionismo en el parto; inducción ocitócica, episiotomías, etc., son prácticas que deben revisarse.

Para comenzar, recordemos el objetivo general que nos planteamos: indagar en la construcción de las condiciones organizativas, materiales e ideológicas que legitiman la hegemonía de un tipo de conocimiento autorizado en la atención de partos –el biomédico- en hospitales públicos de Santiago. Una primera lectura a la luz del relato que presentamos, nos enfrenta a un sistema donde existe una clara desproporción en el poder que detentan los distintos participantes. Desde el análisis de la distribución del poder en estos escenarios es que planteamos que las mujeres y sus familias son despojadas de cualquier tipo de saber relevante para enfrentar el hecho, transfiriéndose toda la autoridad al personal especializado. En procedimientos médicos de alta complejidad esta distribución se hace no sólo necesaria, sino vital para salvar la vida de los individuos. Sin embargo, en el manejo de

un proceso fisiológico normal, como lo es el parto (que no presente complicaciones), es cuestionable, e iremos analizando por qué razones.

La organización de la atención de partos se puede situar en dos niveles: uno *institucional*, que prescribe los procedimientos generales que se deben seguir; y otro que denominamos *particular*, sin duda determinado en gran medida por el primero, pero que implica que el personal de atención tiene cierto nivel de autonomía para decidir los cursos de acción. Ambos niveles están directamente interrelacionados y limitan los cursos posibles de acción: por ejemplo, puede que una matrona u obstetra en un caso especial estuviera de acuerdo con que la mujer, si lo solicita, adquiera una posición distinta a la supina para el parto, pero no existe la infraestructura que lo pueda permitir. Está todo estructurado para que la mujer se acueste sobre la mesa ginecológica durante el parto; desde la disposición espacial de las salas hasta el más simple instrumento. Y no se trata sólo de la infraestructura; toda la organización apunta a que las cosas se hagan de determinada manera.

Como primera entrada, retomamos los aportes de Castro y Erviti, quienes plantean que en la atención institucional del parto existen *formas elementales* de abuso y violación de derechos de las mujeres (2002: 251). Como explicamos anteriormente, preferimos no usar la palabra abuso, y utilizaremos el concepto de mecanismos de desautorización para dar cuenta de las relaciones de dominación que se generan.

Los autores plantean que los abusos pueden ser conceptualizados como violencia institucional; aquí, como adelantamos anteriormente, consideramos relevante separar el ámbito institucional propiamente tal, de las interrelaciones que el personal de atención establece entre sí y con las mujeres y las prácticas que ejercen en la atención de partos, como dos niveles posibles de separar analíticamente. En lugar de violencia institucional, preferiremos hablar de *prescripciones institucionales*, dejando abierta la posibilidad de que no todas sean violentas, entendidas como todas aquellas prácticas que la institución médica dispone y permite, de las cuales algunas atentan contra la integridad de las mujeres y contra sus derechos reproductivos.

Si atendemos a los testimonios de las mujeres, a sus relatos y percepciones de la atención que reciben, identificamos que en la casi totalidad de los casos se refieren a los patrones de interacción y comunicación que el personal médico establece en relación a ellas, y a las formas en que aplican los procedimientos sobre sus cuerpos. En muy pocos casos aluden a las prácticas o procedimientos en sí. Es decir, no se refieren ni cuestionan las prescripciones institucionales –la posición que deben adoptar, prohibición de estar acompañadas por alguien cercano desde el pre-parto, medicación que reciben, tecnologías que se aplican sobre sus cuerpos, etc.- sino la manera de ser tratadas por el personal o de ser aplicadas estas prácticas sobre ellas. En este sentido, se da por sentado que muchas de las prácticas que se realizan deben ser así; la medicina posee una elevada jerarquía y

nivel de especialización frente a la cual las mujeres y sus familias se sienten desautorizadas. No ocurre esto con algunas prácticas específicas, como los tactos vaginales, que sí pueden ser considerados como un ejercicio de violencia de parte del personal médico, por algunas mujeres.

Son, entonces, las interacciones y prácticas que el personal médico establece y aplica hacia las mujeres el eje constitutivo de los relatos de éstas, y donde se concentran sus apreciaciones, tanto positivas como negativas. Hay mujeres que relatan haber recibido una excelente atención, mientras otras denuncian haber sufrido formas de maltrato psicológico, emocional y físico de parte del personal médico, como burlas, ironías, regaños, humillaciones, manipulación de la información, tactos vaginales dolorosos, y otros patrones de interacción y práctica asimétricos. Lo interesante es que podemos encontrar ambos testimonios en mujeres que estuvieron en el mismo hospital, a la misma hora, e incluso en camas cercanas. Son muchas las preguntas que surgen: ¿cómo internalizan las mujeres las normas del sistema?, ¿cuáles son sus expectativas de atención?, ¿qué consideran como *buena* o *mala* atención?, ¿cuánto influye su percepción personal de los hechos y cuáles son factores externos?

Intentaremos avanzar en estas y otras preguntas a continuación, mediante ejemplos de observación de atención de partos, y de testimonios de las mujeres y sus familias. Profundizaremos en la atención de partos hospitalarios examinando en detalle los indicadores biosociales propuestos por Jordan (1993), a través del relato de Clara y de la observación de su atención desde que ingresó al hospital hasta el nacimiento de su hija Blanca. Elegimos este particular caso pues tenemos un registro acabado del proceso: estuvimos presentes, presenciamos y filmamos el parto, y entrevistamos a Clara tanto en pre-parto como en puerperio, para conocer su propio relato de los hechos. Las entrevistas fueron grabadas, a diferencia de la mayoría de las entrevistas realizadas, en las cuales tomamos notas.

Quizás haya quienes objeten que este no es un parto normal y se trata de una excepción, de hecho se trata de un parto atendido con paletas (fórceps). Quisiéramos aclarar que nuestro objetivo no es elegir un parto que represente a todos los otros, sino sacar conclusiones que sí puedan servir para entender cómo el proceso es manejado en contextos hospitalarios. En cada punto de análisis, iremos dando ejemplos de otros casos observados para enriquecer la reflexión. Los ejemplos que presentamos corresponden a los hospitales en que hemos realizado observaciones, por tanto dan una idea de la atención hospitalaria sin representar necesariamente el tipo de atención y práctica de todos.

Los indicadores propuestos por Jordan servirán como eje temático, sin embargo no nos limitaremos a la descripción exclusiva de ellos. En cada punto, iremos desarrollando otros

elementos que nos parecen relevantes para comprender el fenómeno en nuestro contexto, incorporando aportes y testimonios de diferentes fuentes.

II. 1. De por qué le dijeron a Clara que se fuera a última hora al hospital

Clara tiene 24 años, vive en una población en Peñalolén con su madre y tres hermanos, todos hombres, dos mayores y uno menor que ella. Pololea con Alexis hace tres años, les gustaría poder vivir juntos, pero ninguno de los dos tiene trabajo. Mientras no puedan pagar sus gastos, no vivirán juntos. El embarazo de Clara es el primero, no fue planeado, a pesar de lo cual recibieron la noticia con alegría. La madre de Clara mantiene la casa donde viven, trabajando como costurera, y recibe ayuda de los pagos esporádicos que reciben sus dos hijos mayores. Antes no trabajaba y el padre, que ya no está, corría con los gastos. Fue la madre quien los crió: *mi papá participaba en lo normal de un papá, pero ella no trabajaba por ejemplo, o sea de hecho, gracias a ella somos quienes somos ahora y somos unidos, somos hermanables y todo eso; porque ella igual estuvo siempre preocupada de nosotros y todo.* El padre se preocupaba de *malcriarnos, de desordenar las reglas que ponía la mamá, pero era buen padre. Es que las mamás son la mala de la película siempre, porque ellos llegan en la tarde del trabajo y dejan que uno haga y deshaga en cambio las mamás son las que conviven todo el día con uno y eso siempre ha sido así.*

La madre de Clara tuvo a su primer hijo a los 21 años, mientras vivía con sus padres, quienes la acogieron. Por experiencia propia, le dice a Clara, la va ayudar y acoger cuando nazca su hija, mientras pueda, pero sí con el compromiso de que Alexis busque trabajo y colabore.

De Clara, en su familia *esperan que me preocupe cien por ciento de mi hija, que me dedique a ella y bueno de hecho, yo soy preocupada de esas cosas. Tengo una sobrina ponte tú, y mi cuñada es súper descuidada, yo tengo mucho instinto maternal, entonces por lo menos de mí esperan mucho. Por hacer cosas con mi sobrina por ejemplo, esperan mucho de mi hija que es mía. De hecho me he preocupado en todo el embarazo de tenerle todas sus*

cosas y de prepararle una pieza hermosa. La está esperando una pieza maravillosa, entonces siempre me he preocupado desde el principio, así que todos esperan mucho de mí. Del papá también, porque él también es importante. Bastante importante, pero las mujeres somos mas románticas, somos diferentes a los hombres. Por ejemplo yo me llevaba mirando la ropa, la tocaba, mira los calcetines. El no, él la miraba un ratito, ay que lindo y nada más. Yo no, yo soy más detallista, que ay, que mira este pinche bonito, que esto, que lo otro. Los hombres son, no sé, si son fríos o que, pero mi hermano, tenía las mismas reacciones con mi cuñada también. Ella miraba las cositas, que aquí, que allá, que los vestiditos, y él no. No, si yo me preocupo hartito y así lo voy a hacer con ella, pero si viviéramos juntos igual, porque yo con las niñas, soy muy delicada, pero muy delicada y de repente, exagerada de delicada, pero prefiero ser exagerada, entonces me gusta a mí mudarla, que esto, que lo otro. Yo soy mujer, entonces me gusta a mi participar en eso. Si él me ayuda, perfecto. Si quisiera ayudar hartito, lo dejaría, pero yo creo que hasta cierto punto no más. Por ejemplo, mudar, a mí, a mí me gusta... no sé... O levantarme en la noche, a mí, es que soy muy posesiva. Yo con mi familia soy muy apegada, entonces con mi hija me imagino que voy a ser más todavía, estar más pendiente y esas cosas.

Clara no conoce ni ha escuchado de nadie que no haya tenido su guagua en el hospital. La única opción que conoce y a la que debe optar es atenderse ahí, porque es lo único que uno conoce. Su madre y amigas le han contado sus experiencias de partos en hospitales. Nos cuenta: Mira, la experiencia de mi amiga, no fue buena. Entonces yo no venía pensando en lo que le pasó a ella. El bebé de ella nació con una asfixia severa, entonces ahora gracias a Dios el niño habla, camina, es normal, pero al principio le decían que no iba a hacer nada de eso, entonces igual me daba un poco de miedo. Pero yo venía pensando que mi parto tenía que ser diferente, porque todos los partos son diferentes. Con respecto al trato en el hospital, le habían dicho que era malo, por eso a una siempre le dicen ándate a última hora al hospital, no te vayas antes, que te de una contracción lejana, porque todos te empiezan a tocar, te dejan muy adolorida, delicada, y al final, ¡pucha! Lo típico que te dicen es que si gritas, que si tú lloras, que no te toman en cuenta. Siempre se ha dicho lo mismo, y yo creo que es verdad porque escuchaba a unas niñas y no las tomaban mucho en cuenta. Así que yo creo que debe ser verdad. Pero yo estaba tranquila no por

eso, si no que porque la doctora (matrona) me lo recomendó. Me dijo que si yo me desesperaba, los latidos bajaban, en cambio si yo estaba tranquila fui ayudando al bebé y por eso yo me quedé tranquila, porque si yo hubiese podido gritar, también, me hubiese gustado gritar, pero fue sólo por la recomendación de ella que yo me tranquilicé, y empecé a respirar y a no ponerme tan nerviosa.

II.2. Definición cultural del parto: de pacientes y madres

Si nos preguntamos cuál es la definición cultural del parto, debemos primero insertarlo en el contexto del dominio de la ciencia médica occidental, que, como hemos visto, se inserta en un paradigma positivista y androcéntrico. El parto se entiende como un procedimiento médico alópata, en el cual la mujer debe hacer ingreso a un sistema diferente al familiar y habitual para someterse a otras leyes y acatar lo que le dicen que debe hacer. Esta configuración es compartida por los distintos miembros que participan, y garantiza que todos sigan el mismo set de procedimientos.

La inclusión de la gestación y parto en el reino médico trae una serie de consecuencias, todas las cuales convergen en la transformación de la mujer en una paciente, lo que justifica la utilización de todos los métodos para tratar otras patologías, incluida la cirugía (cesárea). *¿Qué se entiende por paciente? Alude a quien sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo, a la persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo, y especialmente quien se halla bajo la atención médica.*

El lenguaje y términos utilizados para referirse a la mujer refuerzan esta lógica; si atendemos, por ejemplo, a la palabra embarazo, nos encontramos con que se define como: *impedimento, dificultad, obstáculo; como encogimiento, falta de soltura en los modales o la acción; y como estado en que se halla la hembra gestante.* Por tanto, el preñado de la mujer es un estado que incomoda, que obstaculiza, que impide. A lo largo de este trabajo, preferiremos hablar de gestación, como la acción de gestar: *llevar y sustentar la madre en su seno el embrión o feto hasta el momento del parto,* que también se entiende como *el preparar o desarrollar algo, especialmente un sentimiento, una idea o una tendencia individual o colectiva.*

Como paciente, la mujer se define como incapacitada para lidiar con el proceso que está viviendo, y se le obliga a buscar asistencia técnica especializada para enfrentar su condición (Jordan 1993: 52). Este sistema de atención se alza como la única posibilidad de atención, *porque es lo único que uno conoce.* Recordamos cuando Clara dice que sabía

que el trato *era malo, por eso a una siempre le dicen ándate a última hora al hospital, no te vayas antes, que te de una contracción lejana, porque todos te empiezan a tocar, te dejan muy adolorida, delicada...* Al hospital hay que ir, como única alternativa de atención. Este fenómeno es muy reciente, desde que la cobertura de atención de partos se expandió hasta cubrir casi la totalidad de los nacimientos. Hasta hace algunas décadas atrás, era común que los partos ocurrieran en los hogares, con ayuda de una matrona, partera, o incluso de una mujer de la familia con experiencia.

Para el sistema médico oficial la mujer es una paciente. Y si atendemos al relato de Clara, el hablar de gestación y parto la lleva a plantear que la mujer es madre, en el contexto de su propia identidad y de la de su familia. La ideología de género que aparece en su relato ha sido asimilada por Clara como algo natural e innato: *las mamás son las que conviven todo el día con uno y eso siempre ha sido así*. Por eso, en su familia: *esperan que me preocupe cien por ciento de mi hija, que me dedique a ella y bueno de hecho, yo soy preocupada de esas cosas (...)* *Yo tengo mucho instinto maternal, entonces por lo menos de mí esperan mucho*. Y agrega: *Yo soy mujer, entonces me gusta a mi participar en eso*.

Esta idea de la mujer como madre, de que la mujer sólo se constituye como tal a través de la maternidad, la encontramos presente en todos los testimonios de mujeres que recogimos. En este sentido, planteamos que para las mujeres populares no basta con la menarquia como rito de pasaje entre la infancia y la adultez, entre el ser niña y mujer, pues una mujer sin hijos no está *completa*. El parto es, entonces, otro rito de pasaje. Rescatamos el testimonio de Marta, mujer de treinta y seis años que tuvo su primera hija: *Si esto ha sido como una bendición, yo ya había perdido esperanza... ahora sí que me siento mujer*. Ella se separó de su primer marido por no poder hijos: *es que uno se siente como inútil, como que no sirve pa na*. Ahora no tiene pareja estable, lo cual no la preocupa mayormente, pues su mayor anhelo era la maternidad.

En este sentido, y como revisábamos en el marco teórico, planteamos que el hacerse mujer no está dado por la simple identificación con la madre y posterior menarquia, como propusiera Badinter, sino responde también a un complejo proceso de construcción. En este proceso, el ser madre, y a través del sufrimiento (como veremos más adelante) se constituye en un imperativo.

Nos encontramos entonces con que la mujer, al enfrentarse al parto, es concebida: como paciente en el mundo hospitalario, y como madre, en el contexto familiar y comunitario. Se podría realizar una primera lectura horizontal: la mujer al ingresar al hospital para dar a luz como paciente, se está transformando en madre. Pero el punto merece mayor atención; la despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades es tal, que incluso puede deconstruir el valor madre. Y, a diferencia de la naturalización de la calidad de madre que encontramos en los testimonios de las mujeres,

el sistema médico las puede despojar simbólicamente incluso de esa categoría. Un ejemplo puede servir para ilustrar esta idea:

A una mujer se le practicó una cesárea; por efecto de la anestesia se durmió antes de ver a su hijo ni saber en qué condiciones había nacido. En la sala de recuperación, al despertar de la anestesia, preguntó muy angustiada por su bebé. Una auxiliar, en tono irónico, le contestó: *¿Cuál guagua?, ¡si Ud. no ha tenido guagua!* Las otras auxiliares siguieron la broma, y se rieron de la situación. La mujer estalló en llanto, pidiendo que por favor le explicaran lo sucedido. Tras decirle que se trató de una broma, le llevaron el bebé; la mujer lo rechazó en un primer momento, desconociéndolo y dudando que fuera realmente suyo.

Este ejemplo nos muestra un caso extremo donde se le niega a la mujer que ha sido madre. Las prácticas hospitalarias han reforzado este hecho, al separar tempranamente a la madre del/a bebé para que éste/a sea examinado/a, reuniéndose horas más tarde. Esta práctica, que era común en todos los hospitales hasta hace pocos años, se ha ido reemplazando por la promoción de un estrecho vínculo entre recién nacido/a, madre, y padre en caso de estar presente, que se traduce en la práctica que se denomina como *apego* en algunos establecimientos. El primer contacto en algunos casos se promueve inmediatamente tras el nacimiento, y en otros tras un breve chequeo del/a bebé, y puede prolongarse desde unos pocos minutos hasta horas. Lo que llama la atención es que estas prácticas responden a las normativas hospitalarias y a las voluntades de los equipos médicos de atención. No hemos visto que se involucre a las mujeres ni a las familias en la toma de decisiones sobre la naturaleza de los vínculos que se promoverán con el/la bebé tras el parto, ni que se les informe adecuadamente de los beneficios de estas prácticas.¹⁵

Retomamos los aportes de Marcela Lagarde (1994), quien se refiere a la expropiación de los cuerpos femeninos, sintetizada en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal. El cuerpo femenino está destinado para funciones y usos que implican la negación de la primera persona; es simbolizado como cuerpo *para* otros y las decisiones sobre éste son tomadas por terceros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Agregamos que esta expropiación de los cuerpos se intensifica cuando se trata de mujeres pobres, pues se considera que éstas no tienen derecho de realizar demandas en función de sus necesidades, pues están siendo atendidas a muy bajo costo, o gratis. El sistema entonces se apropia de sus cuerpos y decide sobre ellos.

La definición cultural del parto tiene estrecha relación con la preparación para enfrentar el proceso, entendida como la naturaleza de la socialización por la cual las mujeres son insertadas en los sistemas de parto de su cultura, y a los contenidos de esta información (Jordan 1993: 54). Todos los sistemas tienen maneras formales e informales de transmitir a

las mujeres lo que se considera que necesitan saber; en las culturas occidentales se asume que por lo general este acervo de conocimientos se traspasa por canales formales; en las consultas prenatales con matronas y/o médicos, publicaciones especializadas, etc. Las mujeres desde pequeñas son socializadas en que la manera de enfrentar sus ciclos reproductivos es a través del sistema médico alópata y sus practicantes.

Nos encontramos así con que en las explicaciones y relatos que las mujeres hacen de su salud reproductiva, en general utilizan el lenguaje médico (simplificado), es decir, toman ese set de procedimientos y explicaciones como el legítimo, y lo asumen como propio. La menstruación es, de este modo, concebida como enfermedad (*estoy enferma*) y el parto se entiende como *mejorarse*.¹⁶ El *me fui a mejorar* remite más al parto que a cualquier otro tipo de afección, cuando en realidad no indica el término de una enfermedad, sino de un proceso fisiológico normal.

Los controles prenatales se constituyen en poderosos canales socializadores, que van normando y pautando los procesos a los cuales las mujeres deben someterse. El ideal es que la mujer se controle en un establecimiento médico desde la más temprana gestación, y lo haga varias veces hasta el momento del parto. En estos controles se va reforzando la naturaleza patológica del *embarazo*, la necesidad de estricto control sobre el proceso y de utilización de tecnología especializada para conocerlo en detalle.

La investigación de la matrona Paulina López acerca de la evaluación de la precisión del diagnóstico de edad gestacional, entrega a este respecto un dato muy significativo (López 2003). De 243 mujeres entrevistadas, 35 declararon haber reconocido la fecha exacta de la fecundación. Cuatro de ellas relataron que sus parejas también identificaron esa misma fecha. Luego, al ir a controlarse, la fecha de fecundación entregada por la biomedicina no correspondía con la que ellas habían identificado. Al preguntarles qué fecha tomaban como la legítima y verdadera, todas optaron por la biomédica. Este ejemplo deja en claro que el conocimiento que se valida y que detenta mayor poder es el alópata, por sobre sus conocimientos y experiencias referentes a su propia vida y salud.

Las mujeres en los controles prenatales se familiarizan con que es el personal especializado quien puede lidiar con su estado, y que esto se realiza a través de la tecnología. En estas instancias, las mujeres conocen los monitores fetales, exámenes de ultrasonido, ecografías, etc. En cuanto a procedimientos, no se separa una gestación normal de una con complicaciones, y son todas las mujeres preparadas para una atención de partos de similares características, independientemente de su situación particular.

¹⁵ No tenemos información acabada al respecto, sin embargo en los casos que conocemos no se les informa ni pregunta a las mujeres ni a sus familias. Esto no significa que no se realice en ningún establecimiento.

¹⁶ El uso del término *mejorarse* está muy extendido en los contextos populares y rurales de nuestro país. No hemos indagado si proviene de una medicina popular con influjos biomédicos, o si se remonta a periodos anteriores a la influencia alópata.

Identificamos que existe en contextos populares un rico y complejo sistema de conocimientos no alópatas relativos a la concepción, gestación, parto y puerperio, que contiene prescripciones, tabúes, normas y recomendaciones, que por lo general no encuentra acogida en los ámbitos médicos occidentales de atención. Estos conocimientos, fruto de tradiciones médicas indígenas y populares¹⁷, se traducen en prácticas reproducidas y acogidas en contextos familiares y en las redes sociales de apoyo. No nos detendremos mayormente en este punto, pues constituye un ámbito muy extenso de estudio, en el cual no hemos profundizado. Observamos que a mayor complejización del nivel de atención, hay menos recepción del personal médico a aceptar este tipo de conocimientos, o a intentar un diálogo entre los distintos modos de acercarse al fenómeno. Las mujeres entienden estas distintas dimensiones, y generan sistemas híbridos donde toman elementos tanto de sus conocimientos populares como de la medicina alópata.

El sistema médico popular puede operar en forma exclusiva en algunos tipos de afecciones, como empachos, males de ojo, y otros. De no dar resultado las prácticas populares, se consultará a la medicina alópata. Para el periodo de la gestación, existen una multiplicidad de prescripciones populares, que van desde no mirar un eclipse hasta no comer ciertos alimentos, que se cumplen en mayor o medida según el contexto particular. Las prácticas populares llegan hasta el pre-parto, cuando las mujeres pueden recibir masajes, friegas, compresas, tomar infusiones; sin embargo, para el momento del parto, existe consenso en que la mujer debe ingresar al hospital, donde se sabe que todos estos procedimientos no encontrarán acogida, y donde la mujer ha sido socializada en que debe acatar las normas médicas en orden de recibir un buen trato *-Lo típico que te dicen es que si gritas, que si tú lloras, que no te toman en cuenta-*.

También debemos tomar en cuenta otros agentes socializadores, como los medios de comunicación. El parto es mostrado casi sin excepción como un momento muy dramático y doloroso para las mujeres, inserto casi en un 100% de las comunicaciones en un contexto médico. En nuestro país, algunos reportajes televisivos en los últimos años han mostrado alternativas al parto medicalizado, sin embargo, quedan como anecdóticos, pues las mujeres que optan a estas son en su mayoría indígenas, extranjeras o *hippies*. Es decir, *otras*.

Las imágenes y discursos que circulan en los medios acerca del parto aluden a un proceso muy delicado, riesgoso para la madre y el/la bebé, que necesita de intervención médica para tener éxito.¹⁸ Hemos creado nuestra propia mitología occidental del parto, plantea la

¹⁷ Entendemos por medicina popular “aquella surgida del contacto entre la medicina indígena precolombina y la que traían conquistadores, misioneros y médicos que llegaron a América entre el siglo XVI al XVIII” (Citarella 1995: 317). Tras la conquista, esta medicina ha recibido otras múltiples influencias, por ejemplo de medicinas alternativas y de la misma biomedicina.

¹⁸ Existen pocos estudios de este fenómeno, podemos citar a Sheila Kitzinger, quien afirma que cuando el parto es tratado en los medios, especialmente en la televisión, se presenta invariablemente como una emergencia. Cita un estudio acerca de telenovelas y seriales en la televisión británica, que muestran el trabajo de parto con

antropóloga Sheila Kitzinger. El drama de este mito está en la emergencia médica, la ambulancia a toda velocidad, la batalla de un equipo médico por combatir la muerte. Hay monitores cardíacos, operaciones cesáreas, hemorragias masivas, resucitación de la mujer y del/a bebé. Es un drama que alimenta los temores inherentes al modelo médico de atención, que condiciona a las mujeres embarazadas a someterse a su ritual (Kitzinger 2000:63).

A través de la televisión por cable, recibimos estas mismas imágenes y mensajes. En la televisión nacional el modelo no es distinto, y podemos agregar el estereotipo de la maternidad victimizada. Ejemplo clásico es una de las escenas más recordadas y dramáticas de la televisión chilena: el capítulo final de la telenovela *Ángel Malo*, transmitida por Universidad Católica de Chile Televisión en 1986, cuando Nice (la actriz Carolina Arregui) murió dando a luz al hijo de Roberto (Bastián Bodenhofer). Nice era la villana, empleada de la casa de Roberto, y durante toda la novela, impulsada por el amor, urdió trampas para que él cayera en sus redes. Nice se embarazó del protagonista, tras lo cual se casaron, sin estar él enamorado. Finalmente, cuando Roberto se había enamorado, ella murió dando a luz a su hijo, en una escena impactante. La mujer fue así castigada por su maldad con la muerte, y expiada de su culpa a través de su sacrificio por la vida de su hijo.¹⁹

Y ocurre que el motivo del sacrificio aparece en gran parte de los relatos de partos de las mujeres. Esto llama nuestra atención, al compararlo con investigaciones de antropólogas norteamericanas y británicas, que plantean que muchos de los relatos de partos de las mujeres se centran en los aspectos positivos de sus experiencias (Kitzinger 2000, Jordan 1993). En nuestro contexto, si bien se identifica una tendencia a minimizar los aspectos negativos de la atención y destacar los positivos, las mujeres prestan mucha atención y enfatizan el sufrimiento y dolor que debieron soportar, como victimizándose. Como analizaremos más adelante, se establece una estrecha relación entre el sufrimiento y sacrificio con una cierta calidad de maternidad. En este sentido, se es mejor madre a través del sufrimiento. Este sufrimiento se desprende del dolor propio del trabajo de parto, y también de las condiciones de atención hospitalarias. Las mujeres son socializadas por sus pares en que deberán soportar las condiciones impersonales del hospital, donde, de no acatar las normas, serán castigadas:

rotura de membranas, sucedida de fuertes contracciones inmediatas, luego de lo cual se debe ir muy rápido al hospital temiendo que no se llegará a tiempo. La mayoría de los partos que se muestran son atendidos por obstetras varones, usando el vestuario para una cirugía. El parto en los medios es rápido, dramático e impredecible. La autora cita otros ejemplos de los medios; un estudio de la televisión australiana mostró que la mayoría de las imágenes de parto son violentas y la mujer parturienta es muchas veces opacada por un héroe masculino que la salva y auxilia, de quien depende el éxito del parto (policía, doctor, salvavidas) (Kitzinger 2000: 63).

¹⁹ *Ángel Malo* pertenece al autor brasileiro Casiano Gabus Mendes y fue rodada en Brasil en en 1975. Lo que resulta interesante es que en la versión brasileira, la protagonista no muere. La lectura local de la historia plantea que Nice debe morir para expiar su culpa. Su sacrificio logra su redención.

A mí me habían contado que si uno se quejaba mucho te decían no, que usted mucho gritó, que exagera mucho, que pedías ayuda y todas esas cosas y las enfermeras como que se molestaban y trataban de calmarte pero de una manera como que ¡cállate! O por favor mantenga la calma que así es, si usted tuvo que tener el hijo²⁰, tiene que soportarlo, o sea prácticamente como un animal sin ver los sentimientos, sin ver lo que sienten, porque todos los seres humanos son diferentes.

Volveremos a estos temas más adelante y mediante otros ejemplos, ahora nos interesa detenernos en la descripción de la atención de partos en casos que hemos observado.

II. 3. De cómo a Clara le nacieron a Blanca

Clara ingresa al hospital a las 15:30 horas de un caluroso día de diciembre, con 38 semanas de gestación. Su madre y Alexis, su pareja, la acompañan, y se les pide que esperen en el pasillo pues Clara va a ingresar a pre-partos, donde no pueden entrar acompañantes.

Nos conocemos en la sección de pre-partos, cerca de una hora después de su ingreso. Ella está acostada de espaldas en la cama, con un monitor fetal conectado sobre su abdomen que marca los latidos de la bebé y la presión del útero, y una vía intravenosa colocada en su ante brazo. Tras una conversación de algunos minutos, en los cuales le pregunto cómo se siente y le acaricio la mano, me dice: *¿Usted no es doctora, no cierto?* Cierto, y le pregunto cómo lo supo. *Se nota al tiro*, y en ese momento establecemos una especie de complicidad, al ser ambas *extra-sistémicas*. Tiene contracciones suaves, y me dice que está un poco menos asustada que cuando recién llegó, que al parecer es *verdad que si una se porta bien el trato es mejor*. Indica a otras dos mujeres que se quejan mucho, y a quienes las matronas y auxiliares *no pescan*. Me indica que hay una matrona que la ha tratado muy bien, y que le aconsejó que no se desesperara *porque entonces le podía hacer daño al bebé*. Dos factores le molestan: no poder ir al

²⁰ *Si usted tuvo que tener el hijo, tiene que soportarlo*, alude, como analizaremos más adelante, a la culpabilización por el placer sexual durante la concepción. Se relaciona con otras frases que hemos escuchado de parte del personal médico hacia las mujeres, como *¿No la gozó acaso que ahora se está quejando?*

baño, y que su mamá no haya podido entrar a acompañarla en estos momentos.

Una matrona pasa a ratos observando el monitor fetal y anotando datos en la ficha de Clara. No la mira a ella ni le dirige la palabra. Es Clara quien pregunta si va todo bien, para obtener como respuesta un sí.

Pasan algunas horas, el trabajo de parto de Clara va en aumento. Se queja en silencio; dice que las contracciones son casi insoportables. Debo salir unos minutos pues un neonatólogo me ha hecho llamar, y al volver veo que a Clara ya le han roto artificialmente las membranas, y le están poniendo anestesia epidural. Tras la anestesia, se ve más tranquila, y me explica que la matrona *consiguió que se la pusieran porque se había portado bien*. La matrona sigue con detalle los registros del monito fetal, de rato en rato. En uno de estos chequeos, parece preocupada, y decide hacer un tacto vaginal. Sin explicarle nada a Clara, le pide que separe sus pierna para proceder a la examinar. Clara parece sentir mucho dolor, intenta gritar y la matrona le dice que no puede dolerle mucho porque ya está con anestesia, que se calme y la deje hacer su trabajo. Clara pregunta insistentemente qué le está haciendo y si está todo bien. La matrona le pide que espere un poco, llama a otra matrona, conversan en silencio de lo que ocurre, y deciden ir a buscar a un obstetra. Le dicen que hay baja de latidos, por lo que van a llamar a un médico.

Llegan al pre-parto dos médicos becados de obstetricia (una mujer y un hombre) y piden que se les explique la situación; la matrona lo hace. Al equipo se suma otra matrona, y dos auxiliares. Chequean la ficha, miran el monitor, piden a Clara que abra las piernas para otro examen. No basta con la información que la matrona entrega del tacto realizado hace pocos minutos, sino que es necesario volver a examinarla. El becado lo hace, y mientras lo hace Clara no deja de hacer preguntas. *¿Está bien mi bebé?* Le contestan que sí, pero que tiene que poner toda su fuerza para ayudarlo a salir.

El becado se ubica entre las piernas de Clara, la becada por su costado derecho junto a una auxiliar, y las matronas y otra auxiliar por el otro lado. Con cada contracción le dicen que haga fuerza. En menos de dos minutos, la becada, con tono muy autoritario y el dedo de la mano derecha levantado en señal de dar órdenes, le dice: *Vai a tener que poner más de tu parte, no tenís fuerza. Vamos,*

vamos, haz fuerza! El becado agrega: *¡Con fuerza de mujer!* Las matronas y auxiliares, por su parte, también le dan instrucciones, en forma desordenada. Clara se ve angustiada, y a ratos pregunta: *¿Está bien así, doctor?* Las respuestas e instrucciones se componen de muchas negaciones: *no estás respirando como te enseñamos; no estás haciendo fuerza; no sabes pujar bien; no hagas ruido; no grites.*

Deciden llevarla a pabellón, y el becado pide que preparen las paletas (fórceps) y llamen al médico obstetra residente. Una vez en el pabellón, el equipo médico se compone de: el obstetra residente (tutor de los becados), dos médicos becados (un hombre y una mujer), una matrona de pabellón, un auxiliar de pabellón, un neonatólogo, una matrona de neonatología, una auxiliar de neonatología, un anestesista, un técnico paramédico de anestesia, dos auxiliares mujeres (¡y una antropóloga!). Los auxiliares y anestesistas no están todo el tiempo dentro del pabellón, entran y salen: la mayor parte del tiempo hay entre 10 y 11 personas.

Clara está acostada de espaldas, horizontalmente sobre la mesa ginecológica, sus piernas abiertas y dobladas en 90 grados con los pies afirmados en estribos. Tiene puesta una camisa verdosa, en un brazo la vía intravenosa, por donde pasan suero. Sobre su abdomen y piernas, las auxiliares ponen varios paños verdes que cubren su piel, con un agujero que deja expuesta la vagina. El becado se ubica entre las piernas de Clara, y es el encargado de dirigir el parto; el médico residente detrás de él, observando lo que hace y dándole instrucciones. La becada se ubica al lado derecho de Clara, escuchando los latidos con el ultrasonido y presionando el vientre con las contracciones; la matrona y auxiliar de neo al lado de cuna; las auxiliares repartidas por el pabellón, una o dos generalmente por el lado izquierdo de Clara.

Mientras el obstetra becado vierte desinfectante sobre la vagina, una auxiliar sube la mesa ginecológica y pregunta *¿está bien la altura, doctor?* Él responde afirmativamente, y más tarde ésta y otra auxiliar insisten en preguntarle si no está muy arriba o muy abajo, y él responde que está bien. Le preguntan cada tantos minutos si necesita algo, más luz u otra cosa; responde negativamente. A Clara no le preguntan nada: es ella quien pregunta qué le están haciendo, cómo está su bebé. Con cada contracción, puja y pregunta *¿está bien así?*, y le contestan que necesitan más fuerza de su parte.

El becado realiza la episiotomía, tras lo cual comienza a introducir las paletas; Clara emite un corto y agudo grito y lo apaga rápidamente, como sabiendo que no debió haberlo hecho. La becada levanta el dedo mirándola intensamente, en gesto de *no vayas a ponerte a gritar ahora*. Clara se queja de mucho dolor, pero muy suavemente, con voz débil. Pregunta qué le están haciendo. Le explican que son las paletas, ella pregunta si son fórceps, le dicen que no, que es parecido pero no es lo mismo.

El obstetra residente examina, luego el becado examina de nuevo y dicen que le van a poner más anestesia, explicándole a Clara lo que está pasando. Llamam al anestesista; entra y pregunta si Clara ya está con epidural, le dicen que sí. Se sienta en el lugar del becado y aplica anestesia local a la zona vaginal.

Baja un poco la tensión, se relaja el ambiente por unos minutos, los/as auxiliares constantemente chequean con la vista si está todo *en orden*, y preguntan a los becados y al obstetra si necesitan algo. La becada pone el ultrasonido al vientre cada cinco minutos. Tenemos la sensación de que todos/as los/as presentes tienen que mantenerse realizando actividades *médicas*, pues de otro modo su presencia no se justifica.

Transcurridos unos minutos desde la aplicación de la anestesia, comienza nuevamente la acción: el equipo médico vuelve a ubicarse en torno a Clara, y con una nueva contracción una auxiliar dice: *¡Ya, haga caca, pujel!, ¡tiene que pujar cuando venga la contracción!* El becado introduce las paletas, y otra auxiliar agrega: *¡Ya pues mamita, saque fuerza!* El obstetra le pregunta a Clara si le duele, Clara responde que menos. *¿Es tu primera güaguita?*, agrega él, a lo que Clara responde afirmativamente. La cabeza de la bebé ya está afuera, y el becado pide que avisen al papá.

Entra Alexis, le piden que se ubique en la cabecera de la camilla, apoyando a Clara. Con la nueva contracción, se escuchan distintas voces: *¡Viene otra, pujel!*; *¡Respire, con fuerza!*; *¡Puje largo, manteniendo, de nuevo!*; *¡Tiene que mantenerlo, no lo suelte!*; *Siga, siga, mantenga el pujo*; *¡Más pues hija, si está la contracción!*

Clara se queja de mucho dolor, suavemente. Alexis le toma la mano, mientras repite las mismas frases del equipo médico. Con la nueva contracción, una auxiliar la alienta: *Está súper bien, a la próxima puja largo, largo, saca el alma, como nunca has pujado.*

Clara grita ¡No, no puedo! Voces: ¡Vamos, vamos, mamita, vamos!;
¡Vamos, el último!; ¡Tú puedes, vamos, puja!

Y nace Blanca, a las 20:48.

II. 4. El *territorio* donde ocurre el parto

Muchos fenómenos aparecen retratados en el relato recién presentado. Analizaremos a continuación, basándonos en este ejemplo y con elementos de otras observaciones, la naturaleza de el *territorio* o localización del parto, para luego analizar los/as participantes y el uso de medicación y tecnología.

Por territorio entendemos el lugar físico donde ocurre el parto, que simbólicamente es *territorio* de alguien o de algún sistema. Cada sistema de parto prescribe el lugar apropiado para este proceso; puede ocurrir en una localización marcada y especializada, como un establecimiento médico alópata, o en una localización no especializada y dentro del ambiente cotidiano de la mujer (por lo general su casa u otro lugar familiar). Resulta de importancia puesto que el lugar donde ocurra el parto tendrá consecuencias en el tipo de interacción social que se producirá (Jordan 1993: 67).

En el sistema médico alópata observamos que el parto ocurre en la casi totalidad de los casos en un lugar físico que corresponde a *territorio* médico. Este hecho tiene gran importancia, por cuanto norma la naturaleza de los eventos que se sucederán: no se diferencia un parto normal de uno con complicaciones, y son todos los casos tratados con el mismo set de procedimientos.

Desde el momento en que la mujer ingresa al sistema, una serie de mecanismos se conjugan para expropiarla de su identidad, de sus conocimientos, de cualquier autoridad que pueda ejercer, incluso de su propio cuerpo. Lo que debería suceder como un proceso normal, se interfiere hasta ser tratado como cualquier intervención compleja: la mujer debe desvestirse y ponerse una camisa que el hospital le entrega, acostarse de espalda sobre una cama, conectarse a un monitor fetal y a vía intravenosa (con lo cual queda inmovilizada y obligada a permanecer en la cama), permanecer en esa posición durante las contracciones, para luego ser trasladada a un box o pabellón de atención de parto que en casi nada se diferencia de una sala de cirugía compleja. Este tipo de escenario sin duda remite a malestar y sufrimiento; es un lugar para personas enfermas. Los especialistas para lidiar con enfermedades son el personal médico, por tanto las mujeres que darán a luz tendrán muy poco espacio para opinar o intervenir en el proceso. No sólo no se les

permitirá que opinen, sino tampoco que expresen lo que sienten. Tal es la autoridad que se impone sobre ellas, que en gran parte de los casos no se atreven a preguntar qué está ocurriendo.

No existen estudios específicos de la influencia del territorio en el curso del parto, sin embargo existen grandes estudios comparativos entre partos en hospitales y clínicas, por un lado, y casas de parto²¹ y el hogar de la mujer, por otro. Es difícil hacer una comparación, pues por lo general las mujeres que optan por las distintas alternativas tienen preparaciones y referentes culturales diferentes.

Lo que se desprende de dichos estudios es que cuando el parto transcurre en un lugar acogedor, donde la mujer se siente cómoda y tiene injerencia en el curso de los eventos, hay menores complicaciones durante el proceso. Esto tiene directa relación con el hecho de no concebir el parto como una enfermedad *riesgosa* que debe ser intervenida, sino al contrario, como un proceso normal y natural que en pocas ocasiones se complica. En este contexto, la mujer no sufre los elevados niveles de stress de un ambiente altamente medicalizado, pues se concibe que ella y su familia son protagonistas del proceso.

Este último punto merece mayor atención, pues, como decíamos anteriormente, dependiendo de la socialización y referentes culturales de la mujer será lo que ella considere más seguro y *apto*. Muchas mujeres no se sentirían seguras en un ambiente sin acceso a tecnología, sobre todo en contextos medicalizados, donde se entiende por consenso que el parto requiere de este tipo de intervención. Sin embargo, en sociedades donde el sistema médico hegemónico es el alópata también hay mujeres y familias que portan otros referentes culturales y preferencias, y quisieran optar a otras alternativas de atención con personal especializado y entrenado para ello. En nuestro país estas otras alternativas son sólo accesibles para mujeres de ingresos elevados, no para mujeres populares.

También es necesario señalar que el territorio donde ocurra el parto va a pautar la naturaleza de los primeros vínculos que se establecen entre la madre y padre y el o la bebé. En la mayoría de las culturas en las cuales el territorio del parto no es especializado, el/la bebé permanece en estrecho contacto con su madre u otra figura desde el momento del parto y durante un largo periodo, que va desde días hasta años. En cambio, en hospitales ocurren dos tipos de separación: la primera corresponde a una distancia atencional y emocional producida por el efecto de los medicamentos y anestésicos que la mujer ha recibido: tras el parto, tanto la mujer como el/la bebé están drogados. La segunda

²¹ Las casas de parto (Birth Centers) son lugares donde se atienden partos en un contexto no-hospitalario. Por lo general la atención especializada está en manos de matronas y no de obstetras, para reforzar el hecho de que el parto es un proceso natural y no una patología. La mujer es la protagonista del evento, se utiliza poca tecnología y medicación, y en casos de haber alguna complicación, se traslada a un hospital o clínica. En Chile no existe esta alternativa de atención; actualmente hay un proyecto para habilitar la primera experiencia en Santiago, que aún no logra concretarse.

está determinada por la estructura espacial hospitalaria, que en muchos casos está diseñada para producir una temprana separación entre el/la bebé y sus progenitores. Sólo los hospitales más nuevos cuentan con la sección de atención al/la recién nacido/a dentro del box o pabellón de atención de parto. La mayoría de los hospitales tienen salas separadas para estas dos funciones, por lo que la madre puede ver a su hijo/a sólo unos instantes antes de que lo/a lleven a examinación.

Revisemos el testimonio de Pamela y Víctor: tienen tres hijas, a los dos primeros partos Víctor no entró, y las bebés fueron inmediatamente separadas de su madre por un lapso cercano a las dos horas; en el último parto él participó, y la bebé permaneció en estrecho contacto con ambos durante sus primeros 10 minutos de vida. Pamela nos cuenta: *Mis dos primeras hijas no las vi para nada, se las llevaron al tiro. A ellas las traían después vestidas no más, con la ropita, porque te llevan la muda y después te la traían vestida y te la entregan, por eso cuando nosotros supimos que se podía entrar al parto, el Víctor me dijo al tiro que quería entrar.*

Víctor establece una clara diferencia en la relación que tiene con sus hijas, y lo relaciona con el temprano contacto tras el nacimiento: *El hecho que ella (su hija) se encuentra con tantas cosas raras, de salir de un medio y encontrarse con otro medio, yo creo que bueno, a medida que vaya creciendo, nosotros nos vamos a ir convenciendo de esa parte, de que es importante, así como fue para nosotros tenerla, tocarla, para ella yo creo que también fue importante que su padre o su madre la tocara primero que otra persona desconocida. Y eso lo vamos a ir viendo, o sea, igual queremos a nuestras otras hijas pero hay algo especial, pero ese momento, ese segundito, ese rato, lo hace especial y como que te abre otro lazo. Siempre andas con la preocupación de la niña de que se acabe el pañal, la leche, que cualquier cosa; no es como con las otras niñas, ah se acababa, chuta hay que ir a comprar; no, esto no, estás un paso más adelante.*

Esa comprensión de una diferencia en el lazo que une a padre y madre con sus hijos/as la encontramos en el testimonio de diferentes parejas, que son capaces de articular -en distintos niveles- la importancia del primer vínculo para las relaciones futuras. Identificamos dos elementos que surgen como relevantes: el primer contacto con el/la bebé, y la presencia del padre.²²

El territorio donde ocurre el parto también norma la naturaleza de la información que las mujeres y sus familias reciben. El conocimiento médico es altamente especializado, y el lenguaje utilizado es muy técnico. Ocurre que las mujeres muchas veces no entienden lo que escuchan a su alrededor acerca de su estado, y no se les explica de forma sencilla para facilitar su comprensión. Tampoco se les avisa, explica o pregunta acerca de los procedimientos que se les van a aplicar, pues se supone que no es necesario, o que no

²² Este punto lo analizaremos en detalle en el capítulo *Participantes en el parto*.

entenderán. En este sentido, cuando se habla del derecho de las mujeres a estar informadas y decidir conjuntamente con los profesionales de la salud la forma de atención, suele pensarse en las mujeres que acuden a los servicios privados. ¿Quién ha oído hablar de que las mujeres atendidas en hospitales puedan decidir conjuntamente con el personal de atención la forma en que serán atendidas y los procedimientos que se les aplicarán? “Es claro que en muchas instituciones públicas las mujeres no son tomadas en cuenta para opinar y decidir sobre su embarazo y parto, y si se decide practicarles una cesárea no se le explica la causa, porque se considera que su nivel de escolaridad no es suficiente y porque se le ha hecho pensar que los servicios públicos son *gratuitos* y hay que *aguantar*. Al parecer, quienes pagan un alto costo y están mejor preparadas tienen pase automático para *entender*, *opinar* y recibir una atención más personalizada. Por lo visto el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres depende de su nivel socioeconómico y escolar” (Ballesté y Fernández: 1997). Esta cita corresponde a investigadoras mexicanas, sin embargo su apreciación es aplicable a nuestro contexto. Por ser mujeres de un bajo nivel de escolaridad, de extracción popular, no se considera que tengan los mismos derechos que las mujeres de clases acomodadas.

El ingreso al territorio del hospital significa para las mujeres quedar aisladas, sin sus redes sociales de apoyo, en un mundo médico especializado donde sus estrategias de comunicación habituales quedan inhabilitadas. Lo mismo ocurre para los parientes que esperan afuera, que solicitan información que pocas veces les es satisfecha. Recordamos un caso en los primeros relatos de observación que expusimos: una mujer murió en la sección de pre-partos de un hospital, y el personal de atención sacó a los familiares del pasillo donde estaban esperando, diciendo que había una emergencia -mientras por el mismo pasillo pasaban una camilla con un cuerpo cubierto de una sábana-. Los y las familiares de las mujeres gestantes pedían con súplicas información de lo que había ocurrido, temiendo una desgracia. No les entregaron información; fue la investigadora quien lo hizo.

El caso de las parejas de las mujeres, que esperan para entrar a los partos, ejemplifica también la falta de información entre personal especializado y usuarios/as al interior de los hospitales. Los varones pasan largas horas en pasillos o salas esperando noticias acerca de sus parejas, que pocas veces reciben. En esperas de muchas horas, pocas veces reciben aviso del tiempo aproximado que falta para el parto. Ocurre que por esta falta de información, en ocasiones no se encuentran presentes en el momento que los llaman para el parto, pues han salido a comer, a caminar, han debido ir a sus hogares o trabajos, etc. En nuestras visitas a hospitales, muchas veces realizamos esta labor; la de informar a los varones acerca del estado de sus parejas. En uno de estos casos, en que nos acercamos a entregarles información, uno preguntó a la investigadora: *¿Ud. no es doctora, no cierto?* Asintiendo, le preguntamos por qué hizo esa pregunta. *Es que a uno no le dan información. La mayoría de los papás, el problema es que no le dan información. Yo estoy de las 11 de la mañana* (y esta interacción ocurrió a las 17:30) *y una pura vez me han venido a hablar,*

¡y me dijeron que faltaba poco! Y agrega: Si uno pregunta, no le dicen nada, y la otra es que si uno pregunta mucho, se enojan y menos le dicen.

El lugar donde el parto ocurre es reflejo del sistema médico imperante, e indudablemente repercute en la manera en que se conducirá; sin embargo, el lugar por sí solo no norma todas las acciones a seguir ni todas las interacciones que se generan. Es importante analizar también otros elementos, entre los cuales se encuentran los/as participantes en el proceso.

II. 5. Participantes en el parto

Con respecto a los participantes en el parto y sistemas de apoyo, se puede hablar de individuos especializados y no especializados; nos encontramos en un sistema que privilegia la participación de personal alópata especializado. Esto significa y tiene directa relación con el hecho de que el parto sea concebido fundamentalmente como un proceso fisiológico y patológico. Durante el trabajo de parto de Clara, la única persona no especialista que participó fue Alexis, su pareja, quien entró sólo en el periodo expulsivo, cuando su hija estaba a punto de nacer. No hubo otra figura no especialista presente en el parto (¡a excepción de una antropóloga!), ni ninguna de las 13 personas presentes cumplieron alguna tarea que no fuera estrictamente *médica*.

Esto es así en la totalidad de los partos que hemos presenciado. Sólo en los casos en que la pareja está presente y así lo deciden, puede entrar en el período expulsivo final del parto. En algunos hospitales, en caso de no estar presente la pareja, puede entrar otro familiar cercano.

II. 5. 1. Participantes especializados

En los partos que hemos observado, la cantidad de personas que están presentes en el box o pabellón de atención varía según el tipo de parto y la disposición espacial del hospital. En la mayoría de los hospitales, el espacio físico donde se atiende el parto está separado del espacio de atención inmediata del/la recién nacido/a. En otros, los más nuevos, la atención del/la recién nacido/a está incorporada dentro del pabellón de atención de partos. En cuanto al personal de atención, la diferencia radica en que en los primeros

hay una matrona o auxiliar de neonatología en el box de atención, y en los segundos hay dos o tres.

Hay hospitales en que el personal especializado de atención va desde 4 personas en algunos partos normales, a casos como el recién descrito (paletas, fórceps, cesáreas, etc.), en que pueden haber hasta 15. El equipo mínimo en un parto normal lo conforman una matrona de pabellón, una auxiliar de pabellón y una matrona y/o auxiliar de neo. Por lo general en un parto normal participan entre 4 y 6 especialistas, algunos de los cuales entran y salen. En partos normales, hemos visto en el box o pabellón hasta 11, y en emergencias hasta cerca de 30.

Hay dos especialidades médicas que se encuentran en el box o pabellón de atención de partos: la obstetricia y la neonatología. La primera se ocupa de la mujer y del parto, la segunda del/a bebé. La obstetricia se compone de médicos/as obstetras (ginecología y obstetricia) y matronas/es (ginecología y puericultura). También se encuentran anestesistas, que sólo participan en breves momentos de cada atención, y no forman parte constante de las interrelaciones.

Las jerarquías entre los potenciales participantes hacen que cada uno/a pueda realizar determinadas tareas y no otras. Es un trabajo muy segmentado que responde a la lógica de la fragmentación de los cuerpos. Cada especialista se ocupa de ciertas tareas específicas, y se ubica espacialmente en directa relación con el poder que detenta.

El obstetra varón se encuentra en la cima de la escala de poder. Aunque tenga poder para ejercer las mismas funciones que una obstetra, simbólicamente se le asigna mayor poder a él. Es un sistema que se basa en una lógica androcéntrica, de ahí se desprende que la especialidad que más prestigio y poder detenta en el sistema, se masculinice, independientemente del sexo de los/as practicantes. En una jerarquía levemente inferior, se ubica el neonatólogo, y luego la neonatóloga, quienes son también médicos de un alto nivel de especialización, pero que no son los *dueños* del box o pabellón de atención de partos. La posición que ocupa esta especialidad va a depender de la disposición espacial del hospital, pues hay hospitales que tienen la atención del/a bebé incorporada en la misma sala de atención de partos, mientras en otros se realiza esta labor en salas separadas. En este último caso, el/la neonatólogo/a, o la matrona de neo, recibe al/a bebé y lo/a lleva a la sala de atención del/a recién nacido/a a ser atendido/a de inmediato, por lo cual no pasan a ser parte de toda la interacción del box (excepto en los casos en que se fomenta el vínculo temprano).

La jerarquía de género presente en la gineco-obstetricia y neonatología, se invierte en la especialidad de obstetricia y puericultura. En este caso, en la gran mayoría de los casos

son las matronas quienes detentan un mayor poder que los matrones.²³ Los partos normales sin complicaciones son atendidos completos por matronas/es; esto corresponde a un 70% de los partos en nuestro país. No tienen autonomía para atender partos con complicaciones, y no pueden realizar intervenciones que requieran de instrumental durante el parto (paletas, fórceps, cesáreas, etc.).

Al imaginarnos una situación de atención de partos, ¿quiénes visualizamos que lo atienden? En el imaginario médico occidental del parto, la díada paradigmática de atención es la del obstetra –varón- y la matrona –mujer-. Y la relación que se establece entre los mismos se carga de una fuerte connotación sexual (lo que nos hace recordar lo erotizada que se encuentra en nuestra cultura la figura de la enfermera). Aunque en la práctica sean matronas quienes atienden la gran mayoría de los partos, existe la figura del obstetra, y revestida de un mayor status. La gineco-obstetricia, masculina, domina a la puericultura, femenina; díada que reproduce las polarizaciones binarias de los atributos que se le asignan a los géneros.

Los/as becados/as de gineco-obstetricia (médicos ya recibidos que están estudiando la especialidad) se ubican jerárquicamente bajo los/as médicos residentes, y sobre las/os matronas/es. Los/as internos se ubican bajo los/as matronas/es, y los/as estudiantes de medicina, más abajo. Los/as estudiantes para matronas/es van por debajo de los de medicina.

Por último, se encuentran los y las auxiliares tanto de pabellón (obstetricia) como de neonatología. ¿Y la mujer y su familia? En el piso *inferior* de la escala jerárquica, sin autoridad para tomar decisión alguna. En este sentido, el personal de atención de partos, independiente del género de los individuos que lo componen, se masculiniza para oprimir a la mujer, que es la base de la escala. Si recordamos los ejemplos que expusimos de los textos de obstetricia, podemos analizar cómo el personal ha sido entrenado y educado en una ideología sexista que desvaloriza y desempodera a la mujer, a quien se la concibe como el óvulo pasivo y sin iniciativa que espera ser fecundado por el vigoroso espermatozoide.

Al atender a la ubicación de cada especialista en la atención de partos, se refuerza la jerarquía recién señalada. Dependiendo del tipo de parto, será el/la obstetra o la/el matrona/n quien se ubique en la posición de mayor poder: entre las piernas de la mujer en partos vaginales, y por los lados del abdomen en partos por cesárea. Los/as demás participantes se ubican en torno al o a los especialista/s *principal/es*, realizando actividades

²³ Resulta interesante atender a que este orden de género, donde lo masculino domina a lo femenino, se quiebra cuando el matrón es un varón. En ese caso no se puede ejercer el mismo dominio vertical; hay un orden sexual que se rompe. Por lo mismo, en los discursos se tiende a homosexualizar al matrón, lo mismo que al enfermero.

de directa relación o apoyo a aquella. La mujer, en posición litotómica, horizontal sobre su espalda, no interviene sino para hacer lo que se indica.

Este orden de género, donde lo masculino posee mayor jerarquía que lo femenino, se hace presente en todas las relaciones e interacciones durante la atención de partos. Las reacciones ante el sexo del/la bebé constituyen un poderoso indicador de este orden; desde el primer momento de la vida extrauterina se discrimina (o se puede discriminar) a las niñas, y a los/as bebés que no son dignos representantes del modelo hegemónico – varón, sano, blanco-. Como ejemplo, los diálogos en el pabellón en el momento del nacimiento de una bebé, donde la matrona le dice a la mujer: *Puja, puja, fuerte, muy bien, sigue pujando, sigue pujando, a ver, dale, puja más, puja más, ya, no pujes más, salió la cabecita ya de tu bebé... ahí salió un hombrito, ¿a ver qué es, señor o señora? ¡Es una señorita, mírela! Límpiela un poquitito y póngala con la mamá* (se dirige a una auxiliar). *¿Y qué lo que tenías, puras mujeres!? ¡Chuta!* La auxiliar: *¿¡Tenía puras mujeres!?* La mujer asiente con la cabeza. Matrona: *¡Puras mujeres tenía, chancletera!* Y se escuchan risas del personal de atención.

En otro parto, tras el nacimiento de una niña, la matrona, dirigiéndose al padre, dice: *Bueno, para la otra será. ¿Será qué? Varón.* Está diciendo, sin siquiera preguntar, que se supone que él hubiera preferido un varón, pero que se conforme por esta vez con una niña, ya tendrá mejor suerte, *para la otra será.*

El testimonio de Carlos, otro padre, refuerza este último punto: *Cuando ya se notó* (en las ecografías) *nos dijeron al tiro es hombre. ¿Quieren saber lo que es? Yo le dije que sí, es hombre, dijo, y uno dice ¡bien! Dice uno al tiro, porque siempre espera que el primero sea hombre. Lo que quería yo po, ya le tenía comprada una pelota de fútbol.* Al preguntarle por qué quería que su primer hijo fuera varón, responde: *No sé, siempre había querido que el primero fuera hombre.* Y al nacer, tras corroborar que efectivamente fuera varón, lo primero que llamó su atención fue el color de piel de su hijo: *Que era muy blanco, es que era blanquito, y es que uno es moreno, en cambio salió así como talco. Salió blanco así como con talco, que le habían echado talco y bueno la primera impresión fue que yo dije que es blanquito y me puse bien contento así que después ya me despegué, lo envuelven en una toallita y queda un paquetito así.*

El género aparece entonces como uno de los referentes sobre los cuales se construye la valoración y status, dentro de una ya precaria condición de pobreza; se valora lo masculino por sobre lo femenino.²⁴ El estado de salud y el color son también parámetros que se observan y determinan la *calidad* –en sentido valorativo- de los recién nacidos. Acerca de la salud, lo primero que se busca es la *normalidad*, que no exista malformación o rasgo que

²⁴ No queremos decir con esto que todas las parejas esperen tener solo hijos varones, hay muchos casos en que sí desean una mujer, pero la valoración que se le asigna al sexo del/a bebé es diferenciada según sea niña o niño.

aleje al/la bebé de las características consideradas normales. Primero se observa que el/la bebé venga *enterito/a*, y podemos ver que las mujeres y sus parejas toman largos minutos en examinarlos/as, contando sus dedos y recorriendo sus pequeños cuerpos para ver que todo esté en orden. La primera examinación biomédica indica también ciertos parámetros, a partir de la asignación del Apgar (índice que va entre 1 y 10 según los parámetros FETIC: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad y color). El color es un importante referente, y lo blanco aparece como el ideal. Lo mestizo e indígena tiene una valoración muy inferior a la pureza de lo blanco; se espera que los/as bebés sean blancos, de ojos y pelo claro.²⁵

Siguiendo a Jordan (1993: 61), la presencia casi exclusiva de especialistas médicos trae como consecuencia que la mayoría de las interacciones y transacciones que ocurren entre la mujer y el personal de salud sean médicas, es decir, al servicio de monitorear el proceso fisiológico y patológico. Las tareas que los especialistas médicos están preparados para hacer -esto es, tratar el stress, dolor, dificultades fisiológicas- se efectúan a través de procedimientos médicos. El dolor se alivia con medicamentos, la ansiedad con sedantes, las contracciones son químicamente estimuladas si son lentas y desaceleradas si son muy fuertes, y el/la bebé nace frecuentemente con ayuda de instrumental médico o mediante cirugía.

Como resultado de la estandarización y rutinización del sistema, no existe un mecanismo institucional para separar los partos normales de los que presentan complicaciones, y por ello se tratan todos los partos con el mismo set de procedimientos. Es la disponibilidad de todas las técnicas lo que introduce la posibilidad siempre presente de interferencia en el curso normal del parto. Aunque el personal médico reconozca que para un parto normal lo mejor que puede hacerse es *no hacer nada* (en el sentido de no interferir con el proceso natural), su entrenamiento profesional y orientación de trabajo militan en contra de esa actitud. Es casi imposible, por ejemplo, no actuar cuando las contracciones de una mujer se desaceleran una vez dentro de la sala de partos. De no haber un progreso aparente tras un corto periodo de tiempo, alguien va a sugerir que es necesario intervenir; y puesto que los recursos para hacerlo están al alcance de la mano, existe una presión considerable por usarlos. Entonces a la mujer se le aplica una inyección intravenosa de ocitocina que estimula el trabajo de parto.

En el caso de Clara, vimos cómo se le inyectó ocitocina, luego se le rompieron artificialmente las membranas, tras lo cual un equipo de especialistas decidió pasarla a pabellón a un parto con paletas (fórceps). No somos especialistas en los aspectos fisiológicos del parto, por tanto no podemos juzgar si la decisión fue o no correcta, ni es el

²⁵ En la primera serie de relatos de partos que realizamos, recordamos a Margarita, que con la anestesia de la cesárea no podía permanecer despierta y nos pidió que fuéramos a ver a su hija. Lo que más le importó fue saber si la recién nacida estaba rosada o morada, al decirle que la vimos rosada, exclamó con alivio: *Ah, entonces va a ser blanquita.*

propósito de este trabajo. Lo que sí nos interesa es analizar la naturaleza de las interacciones que se dan en dicho contexto, y el trato que la mujer recibe. Clara percibió claramente, por la naturaleza de los acontecimientos, conversaciones e interacciones, que su proceso se había *complicado*, lo cual la puso muy nerviosa. A diferencia de la mayoría de las mujeres en estas situaciones, ella preguntó constantemente qué estaba ocurriendo, con insistencia, lo que hizo que hubiera un intercambio de información *médica* con ella. Esto rara vez ocurre. En otro caso que presenciamos donde una mujer tenía una actitud similar a la de Clara, el personal médico se asombró, comentando que es muy poco común que pregunten detalles de los procedimientos.

En la situación de Clara, el personal médico le entregó respuestas simples de lo que iba ocurriendo, siempre seguidas de recomendaciones con respecto a la actitud que ella debía seguir para *ayudar*. Resulta paradójico que la mujer parturienta sea quien debe ayudar al personal médico y no al revés. En este sentido, observamos como Clara preguntó constantemente si estaba bien lo que hacía: *¿Está bien así, doctor?* Ella repitió el tipo de interacción presente entre todos/as los/as presentes en la sala. Los y las auxiliares preguntaban constantemente al interno que atendió el parto si necesitaba algo -*¿está bien la altura, doctor?, ¿necesita algo más?*; en ningún momento se dirigieron a Clara a preguntar si ella necesitaba algo. Ella sólo recibió instrucciones.

Como vimos en el relato, las instrucciones durante gran parte del trabajo expulsivo de parto (a excepción de los momentos finales) se basaron en constantes negaciones: *no estás respirando como te enseñamos, no estás haciendo fuerza, no sabes pujar bien, no hagas ruido, no grites. Vai a tener que poner más de tu parte, no tenís fuerza.* El *no* aparece como una manera de reforzar que es el personal médico el que sabe, versus la mujer que *no* hace las cosas como se le indican. En este sentido, el *como* refuerza la idea de que sólo cuando la mujer hace lo que le dicen y responde a las expectativas del personal médico, está haciendo las cosas bien. Si respira *como le enseñaron*, está respirando bien, si puja *como le dijeron*, lo está haciendo bien.

En otro caso observado, durante el trabajo expulsivo de parto, Carmen se persignaba, y emitía gemidos suaves. *¡No hagas ese ruido!*, le ordenó el obstetra (becado). *¿No puedo hacer ningún ruido?*, preguntó. Y la respuesta fue un cerrado: *¡No!* Al nacer la bebé, Carmen se dirigió al médico diciéndole: *¡Gracias doctor!* En respuesta, éste le preguntó: *¿Te gustó?* En esta interacción apreciamos como Carmen le entregó el parto al personal médico, al agradecer; inversión de roles reforzada por el *¿Te gustó?* (pregunta que además alude a la culminación de un acto sexual: la mujer ha sido penetrada por el obstetra).

Muchas de las interacciones que se generan desde el pre-parto, y sobre todo durante la atención de parto en el box, se relacionan con el apuro de un sistema que no permite que los procesos se desarrollen a su ritmo normal. Parte de este apuro tiene que ver con la mera incomodidad social de un grupo de personas, paradas sin nada que hacer o de qué

conversar. Una vez que la mujer ha sido preparada para el parto, que la matrona o doctor está instalado, y los/as auxiliares han dispuesto los instrumentos esterilizados, no hay nada que hacer más que esperar. La mujer, en muchos aspectos, no es considerada parte de la interacción. La barrera esterilizada sobre sus rodillas la separa de la parte inferior de su cuerpo, y ella no tiene acceso visual al área del parto ni al/a especialista sentado/a entre sus piernas. Los silencios se tornan dolorosos, y todos se sienten aliviados cuando se toma la decisión de apurar el proceso (Jordan 1993: 61).

No es la rapidez sino la actividad que emerge como fuerza motivante en estas situaciones. Mientras todos estén haciendo las cosas para las que han sido entrenados, las situaciones incómodas no emergen. La episiotomía, por ejemplo, probablemente va a hacer que el/la bebé nazca unos pocos minutos más rápido, pero la matrona o doctor va a pasar media hora o más suturándola después; por lo cual no se ahorra tiempo. La ventaja interaccional es que la media hora se llena con actividades apropiadas para el equipo de parto, más que con inactividad y silencio incómodo.

El que los/as participantes sean personal médico especializado hace que las interacciones sean médicas: la mujer es, en este contexto, una paciente, un número de ficha, una primípara o multípara con tantos centímetros de dilatación, de tantas semanas de gestación, etc. No es Clara, de 24 años, que quería que su madre la acompañara, que está asustada por lo que han contado de los hospitales. Desde el pre-parto y durante el parto, el personal médico la llamó *hija*, *mamá*, *mamita*, y *mujer*. Nunca Clara. En otros partos, hemos visto que a estas denominaciones se agregan *gorda*, *gordita*, *chiquitita*. Nombres impersonales, que homogeneizan a las mujeres en su condición de parturientas, y que las disminuye con diminutivos, infantilizándolas.

Esta infantilización se relaciona con que se concibe a las mujeres en un estado poco racional, como *incapaces de entender razones*. Observamos casos en los que el tono de voz con que el personal médico se dirige a las mujeres es similar al utilizado para hablar con bebés, niños/as o enfermos mentales. En un proceso que remite a funciones fisiológicas naturales, a las mujeres se las concibe como alejadas de la esfera racional, y más próximas a la naturaleza que a la cultura. Y naturaleza se define como el *principio universal de todas las operaciones naturales e independientes de arteificio*, y en otra acepción, como *sexo, especialmente en las hembras*.

Entendida como sexo, la *naturaleza* de las mujeres da pie para la sexualización de las interacciones y las mujeres. Relatamos recién el caso de un parto que culminó con un *¿Te gustó?* de parte del obstetra. Otro ejemplo es la alusión al placer sexual en el momento del parto; cuando la mujer se queja de dolor, se alude a que debe sufrir por lo que ya gozó – sexualmente-. Culpa por el acto sexual. Hemos escuchado de parte de matronas: *¿No la gozó acaso que ahora se está quejando?*; *Por donde entró tiene que salir*. Hay muchas frases que apuntan a esto mismo, y en conversaciones con matronas, ellas reconocen

haber oído estas recriminaciones sexuales hacia las mujeres. En el *mundo* médico se comenta que este tipo de violencia es mucho menos común ahora que antes; no sabemos si es así. Las mujeres usuarias también relatan experiencias de este tipo donde ellas u otras han sido receptoras de este tipo de tratos.

La sexualización de las interacciones va más allá de las mujeres pacientes, permeando todas las relaciones. Una situación que observamos es muy ejemplificadora de este punto: en el pre-parto estaba una mujer quejándose mucho de dolor, y diciendo que su bebé ya iba a salir. La matrona la examinó varias veces, indicándole que el bebé *todavía no podía salir*, pues no estaba suficientemente dilatada. Es decir, apeló a un criterio médico cuantitativo, para explicar algo que era contradictorio con lo que la mujer estaba sintiendo. La mujer se seguía quejando mucho, vino otra matrona a examinar y decidieron llamar al anestésista. Llegó éste, indicó a la mujer que se ubicara en posición fetal sobre la cama, y mientras le colocaba la anestesia epidural, nació el bebé. El anestésista dejó lo que estaba haciendo para tomar al bebé, que casi cae al suelo, y pedir ayuda. Sosteniéndolo en sus manos, se paró firmemente, esbozando una sonrisa, y exclamó: *¡Pa que vean que soy potente!*

Retomemos a Marcela Lagarde, que, como veíamos, plantea que las identidades de las mujeres se derivan de la sexualidad y giran en torno a ésta, y, en consecuencia a su cuerpo *de* otros, cuerpo *para* otros. El cuerpo de los hombres es dotado de poderes políticos, sintetizando simbólicamente el poderío sexual y social (Lagarde 1994: 28). En esta lógica, el *¡Pa que vean que soy potente!* cobra todo su sentido.

Otra situación que hemos presenciado es la siguiente: inmediatamente después del nacimiento, cuando se pregunta por el sexo del/a bebé, sigue una broma de parte de algún miembro del personal médico, como por ejemplo: *¿Sexo?, no gracias, es muy temprano. O ¿Aquí mismo?, ¿no habrá mucha gente?*

Y un ejemplo que involucra a la investigadora. Tras varios meses de observaciones en un hospital, un día escuchamos a una matrona decir: *Ahí viene la lechugita*. Preguntamos al neonatólogo con quien asistíamos a los turnos si sabía de lo que se trataba: *Sí, lo que ocurre es que yo soy vegetariano*, contestó.

Dentro de esta homogeneización y despersonalización de las mujeres en la atención de partos, hay patrones de interacción desde el personal hacia ciertos tipos de mujeres que presentan recurrencia. Por ejemplo, con las adolescentes o mujeres jóvenes que ya tienen varios hijos/as, se da un trato más recriminatorio por su comportamiento sexual. Ya vimos que en general se sexualizan muchas de las relaciones en el contexto, sin embargo es hacia estas mujeres que observamos más interacciones recriminatoras por su conducta sexual. Al haber explícitamente comenzado una vida sexual activa muy jóvenes (lo que se verifica en su embarazo), pareciera que han trasgredido, en mayor medida que mujeres

mayores, las normas de la *buena conducta* y por tanto merecen recibir ese trato. Estas jóvenes pueden ser receptoras de burlas, ironías, y las hacen sentir que ya no hay forma de cambiar su comportamiento. En este sentido, de distintas maneras les dicen que las van a ver seguido en el hospital, queriendo decir con esto que se van a embarazar con cierta frecuencia y van a volver a ser hospitalizadas. También es, en cierta medida, una amenaza, al implícitamente reforzar la necesidad de que se comporten según las normas, pues pronto las van a volver a ver. Es decir, si se portan mal, pueden ser castigadas no sólo en esta instancia sino también en su próximo parto.

Otro patrón recurrente de interacción es el siguiente, en palabras de Gema: *Si lo único es portarse bien, así a uno la atienden*. Por tanto, a las mujeres que se quejan mucho, no las atienden *bien*. Ya hemos revisado ejemplos, y seguiremos analizándolo otros más adelante, pues consideramos que es un punto central de análisis. Desde antes de ingresar al hospital, las redes de mujeres en torno a la gestante le han recomendado quejarse lo menos posible, no gritar, no molestar mucho al personal de atención, es decir, *portarse bien*. ¿Para qué? Para recibir un *buen trato*. Al transgredir esta norma básica, serán castigadas. En los distintos relatos de mujeres, encontramos que estos castigos se ejecutan de diferentes formas. Pueden adquirir la forma de violencia verbal, que por lo general tiende a culpabilizarlas por su comportamiento, donde si la mujer se queja: asusta a las demás mujeres (por tanto les causa daño), le causa daño a su bebé, va a hacer que el parto se complique, etc. Pueden también traducirse en prácticas concretas: tactos prolongados, dolorosos, y/o muy frecuentes, no atenderlas si piden ayuda (por ejemplo que necesitan orinar), hacerlas esperar mucho cuando ellas sienten que el/la bebé ya va a nacer, etc.

Insistimos en que no en todos los casos se dan estas interacciones, sin embargo los hemos observado a menudo, y todas las mujeres-usuarias con que hemos sostenido conversaciones reportan conocer este tipo de trato, por haberlo vivido ellas mismas o familiares y amigas cercanas. Resulta importante señalar que existe la percepción en las mujeres de que lo que ellas consideran *malos tratos* han ido disminuyendo en los últimos años. A pesar de reconocer que siguen existiendo, saben por experiencia propia o de mujeres cercanas, que hay, sobre todo en algunos servicios, un *mejor trato*. Más adelante profundizaremos en este punto, que merece atención.

Nos interesa también indagar en lo que ocurre con los participantes no especializados que pueden ingresar al parto en hospitales, que en el caso de nuestro país corresponde en la gran mayoría de los casos a los varones; padres y/o parejas de las mujeres.

II. 5. 2. Participantes no especializados

Información del Ministerio de Salud nos indica que en un 30% de los partos hospitalarios en nuestro país en el 2002, ingresó el varón –pareja de la mujer gestante- al parto. Esta cifra es considerable, considerando que hasta el año 1995 no estaba permitida la participación de ningún no especialista en el parto hospitalario. Es principalmente el varón quien puede ingresar al box o pabellón; y puede hacerlo a partir de la fase expulsiva final del parto. Es decir, no ingresa junto a su mujer desde que la trasladan desde el pre-parto al box de atención, sino sólo cuando el/la bebé está a punto de nacer.²⁶

El hecho de favorecer la participación de no especialistas, personas cercanas a la mujer, durante el parto, es de gran importancia. Como hemos visto, la institucionalización y medicalización del proceso del parto ha mejorado los índices de morbimortalidad materna e infantil asociados al parto, sin embargo, con respecto a los participantes, dejó a la mujer sin el apoyo y compañía que tradicionalmente recibía de una red social de apoyo. Devolver la posibilidad de que participe al menos un no-especialista, en este caso, el varón, es por tanto, muy relevante tanto para él como para la mujer.

La manera en que se permite la participación del padre varía entre los hospitales, y hay servicios donde aún no es permitida. En todos los casos en que participa, lo hace en el período expulsivo del parto, y por lo general no ha recibido una preparación previa.

Como primera entrada al tema de la participación del padre en el parto, contamos con testimonios escritos de hombres que estuvieron presentes en el parto de sus hijos/as. Los varones, tras el parto, al salir del pabellón o box, tienen en algunos hospitales la posibilidad de relatar su experiencia en libros especialmente dispuestos para ello. Es un momento muy cercano al parto, y dentro del mundo médico, por lo cual se debe tener esto en cuenta al realizar una lectura.

Realizamos un análisis en base a los testimonios contenidos en libros de actas del Hospital Félix Bulnes entre los meses de julio y noviembre de 2001, y con los registros del Hospital Salvador desde noviembre de 2001 hasta junio del 2002, que son cerca de doscientos. Este tipo de testimonio constituye una valiosa fuente de información, que entrega relatos de actores que hasta hace poco no tenían acceso a presenciar el nacimiento de sus hijos/as, insertos en un contexto médico que propiciaba el desconocimiento de los eventos que sucedían al interior de sus pabellones.

En primer lugar, destacamos la gran emoción que los varones expresan tras presenciar el momento del parto y compartir esa instancia con sus parejas. Diversos testimonios nos hablan de que la posibilidad de acceder a ese espacio los ha hecho conectarse con sus

²⁶ No conocemos las prácticas de todos los hospitales de Santiago; sabemos que en la mayoría se autoriza sólo la presencia del varón, que en algunos, en caso de no estar presente la pareja de la mujer, se permite el ingreso de otro/a familiar cercano; y casos de otros establecimientos donde en casos especiales también se permite.

emociones, darse cuenta de lo que ese momento significa; en suma, reflexionar. La masculinidad tradicionalmente ha sido definida con características que se alejan del reino de lo emotivo, por tanto este momento les permite conectarse con una dimensión poco explorada por muchos de ellos.²⁷

Como revisamos en el marco teórico, diversas plataformas y autores plantean que mientras menor participación tenga el varón en los procesos reproductivos, habrá mayor rigidez en la asignación de roles de género. En los testimonios de los varones comprobamos que la participación en el parto produce fuertes cuestionamientos en sus definiciones de lo que significa ser hombre y ser padre. Revisemos algunos testimonios que así lo ilustran:²⁸

En mi vida he sentido experiencias muy fuertes, pero lo que senti hoy no lo podria explicar ni aismilar con ninguna otra vivida antes soy ateo pero estas cosas me hacen dudar de esta posicion.

No encuentro palabras para describir lo que senti en estos 20 minutos atrás que van ha ser una de las grandes experiencias de mi vida. Todavia me late el corazon que pareciera que me da vuelta por todo el torax. Se que hoy a la 00 10 hrs es el momento mas grato. reconfortante, nervioso pero feliz.

Fue una experiencia hermosa donde se ve que los hombres tambien se emocionan en momentos tan especiales como es el nacimiento de un hijo.

Este último testimonio ilustra lo que encontramos en diversos testimonios: los hombres también se emocionan, y podemos agregar, también se *pueden* emocionar. El parto es un momento tan impresionante, que los autoriza para demostrar sus emociones; este *permiso* para expresarse los lleva a repensar esta esfera de sus vidas y su relación con su mujer e hijos/as.

En este sentido, encontramos testimonios en los que se valora o revalora a la mujer, por su fuerza, por el *acto heroico y sobrecogedor* de dar a luz un/a hijo/a. Esta valoración cobra gran importancia en contextos donde encontramos elevados niveles de violencia intrafamiliar, donde la mujer e hijos/as son en muchos casos maltratados/as. Para ilustrar esto, copiamos a continuación un fragmento de una entrevista que sostuvimos con Susana, acerca de la participación de su marido, Lito, en el parto de su segundo hijo:

Si el Jordan llegó así mandado del cielo, porque él (Lito) llegaba en la pura noche, de repente hablábamos, de repente no. Después ya quede embarazada, ¡pero de que entrara él a ver que lo que era! Fue lindo porque yo llegué aquí y me pidió perdón de todas las

²⁷ El análisis en profundidad de la participación del varón en el parto constituye parte de la investigación en curso de la Tesis de Magíster –en Estudios de Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales- de la investigadora.

formas, de todo lo que me había hecho (él la golpeaba). Es que cuando yo llegué me decía: yo nunca había pensado, ni se me había pasado por la cabeza que sufrí tanto, pero si yo te veía y era pa decir... que no sé, me decía que se sentía tan culpable y a la vez tan contento. Y conmigo cambió hartito. (...) Fue, es que fue tan diferente el parto (al de su primer hijo), o sea fue desde un principio todo diferente. Con el Pablo (primer hijo) él no entró al parto, entonces él no vio lo que sufrí.

Susana compara la actitud de Lito con sus dos hijos: Cuando el Pablo nació, nació no más. Era llegar, verlo en la noche y ver que no le faltaran los pañales, pero con el Jordan no po, con el Jordan fue distinto, es distinto. Llama por teléfono, que cómo está, que no se te vayan a olvidar los remedios. Si porque cuando nació el Pablo, él seguía con su onda de salir. Y ahora no po, el no halla la hora de llegar, de estar con el Jordan.

La relación entre Susana y Lito *cambió hartito*, como ella lo expresa, cambio que fue propiciado por la participación de Lito en el momento del parto. Muchas preguntas pueden surgir de este caso: ¿qué otros factores generaron esa reflexión?, ¿cuánto durará ese cambio de actitud?, etc. No nos detendremos ahora en estas inquietudes, que quedan abiertas. Lo que sí es muy significativo, desde nuestro punto de vista, es que hubo una reflexión, hubo cambios reales en la manera de ser hombre y de ser padre de Lito tras esa experiencia, y, hasta la última vez que los contactamos, lo que ocurrió cinco meses tras el parto, él no había vuelto a golpear a su mujer.

Atendamos a otros testimonios:

Gracias Dios mio por el gran momento q vivi hoy es lo mas hermoso que jamas e vivido ya hoy me he dado cuenta q lo mas hermoso en una vida es una madre.

Yo Patricio vi nacer a mi hijo Cristobal Patricio el dia 10 de agosto de 2001 a las 18 59 Hr dado a luz por mi mujer Jocelyn en un acto heroico y sobrecogedor impulsando a nuestro hijo a la vida. Nunca crei poder presenciar un echo en mi vida que causara tal alegria y felicidad. Creo que amo aun mas a mi mujer al participar alentandola con mi presencia.

Si hoy para mi es un día muy especial Quiero que sepan que no habra igual, valoro gracias a ver hoy, más a mi madre y a toda mujer que tiene este don.

Pienso que es lindo y acerca mas a la pareja a pesar que con mi polola Johanna e tenido muchos problemas y celos, te da fuerzas para seguir a pesar de todo lo que emos pasado.

Hoy fue un día muy especial para mi por ser mi tercera niña y quiero dar gracias a las matronas asistentes Y a todo en general. Por darme el privilegio de estar en el Parto y saber que es lo que sienten las mujeres en general.

²⁸ Copiamos los testimonios como aparecen en los libros, sin cambiar la ortografía.

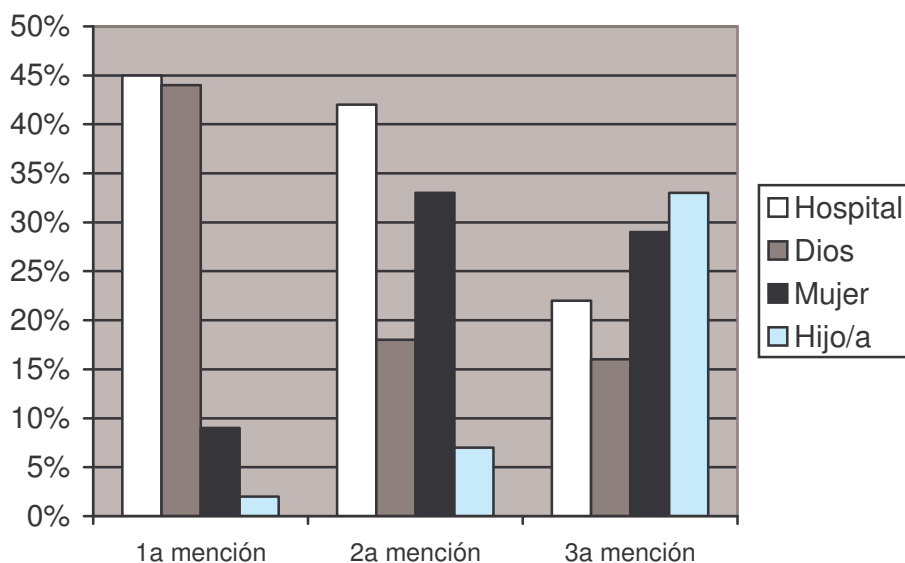
Hoy a sido un día glorioso en mi vida solo Dios sabe la emoción que siento, es decir agradezco al cielo por la maravillosa mujer que tengo a mi lado que me permitió gozar de estos momentos. Maravillos agradezco a los hombres Escogidos de dios que an traído a mi hijo al mundo a todos aquellos que participaron que dios los bendiga y a mi hijo Benjamin Ignacio le contare como vino al mundo.

Este último testimonio hace referencia en primer lugar a la mujer: *agradezco al cielo por la maravillosa mujer que tengo a mi lado*. Es el único caso que encontramos en que el varón concibe primero en su relato al parto como obra de la mujer: (agradezco a la mujer) *que me permitió gozar de estos momentos*. Es la mujer quien da a luz, pero luego nos encontramos también con la mención *a los hombres Escogidos de dios que an traído a mi hijo al mundo*, y al resto de los participantes. Interesante resulta que agradezca a los hombres y no al personal en general o a las matronas, que son parte esencial en la atención de partos. No sabemos si fue un parto atendido por un obstetra, o si el hablante está masculinizando la atención hospitalaria. Pero a estos hombres les agradece el haber traído a su hijo al mundo, por tanto, corresponde a una definición medicalizada del parto.

En el total de los relatos, llama la atención la mención a cuatro esferas: al hospital y personal médico, a Dios, a la mujer y al/la hijo/a recién nacido/a:

Gracias a Dios y a los medicos por aver traído a un ser muy especial. Es algo emocionante ver naser a lo que tu mas amas en la vida. Nueve meses lo ves crecer y toda tu vida los tienes contigo Gracias a Dios y a mi esposa y a los doctores.

Nos interesa analizar dónde ubican los varones el parto, en que ámbito. Si realizamos una primera lectura sólo cuantitativa, de la cantidad de veces que en los testimonios mencionan cada una de estas dimensiones y en qué orden, nos encontramos con lo siguiente:



Esta tabla se elabora en base al total de testimonios; la gran mayoría de los varones alude a varias dimensiones, sin embargo un 7% se refiere sólo al hospital y un 5% sólo a Dios.

Como podemos apreciar, el parto se ubica primero dentro del reino médico, en la mayoría de los casos, y los varones agradecen la posibilidad que se les da de compartir esa instancia con sus mujeres, en especial aquellos padres que no pudieron ingresar a los partos de sus anteriores hijos/as:

Agradesco la oportunidad que e tenido al ver el nacimiento de mi hijo ya que hace mucho tiempo Nos tenían practicamente prohibido esta gran experiencia la cual a resultado maravillosa. Gracias.

Es mi tercera hija y es la primera vez que estoy en el parto es maravilloso Doy las gracias al las señoras que me Permitieron estar con mi mujer y mi Hija.

Para mi señora y yo fue algo realmente hermoso, no tengo palabras para el sentimiento que me rodea. Estoy muy agradecido de todos los funcionarios que me dejaron vivir algo tan hermoso. Bueno lo mas importante es que, Siempre Quice Poder estar Presente en el nacimiento de mi Hijo.

Y Felicitar a todas las personas que hicieron posible esta iniciativa y que nos permite ser partícipe de tan bello alumbramiento que llena de orgullo y gozo realmente faltan palabras para agradecerles A este equipo medico tal acontecimiento. Y muchas pero muchas gracias a todas y que siempre les valla muy bien por tan linda labor que desempeñan y un gran saludo a las señoritas todas Se despide un padre agradecido.

Yo doy muchas gracias al Hospital por haberme dado autorización para ingresar al nacimiento de mi hijo, felicito el trabajo que realizó el personal con mi señora y mi pequeño tesoro. Todo salio muy bien gracias a los profesionales del Hospital y a dios es muy Impresionante y Hermoso gracias.

Se le entrega el parto al personal médico, quien *realiza el trabajo* con las mujeres y los/as recién nacidos/as. El parto es primero médico, por tanto se agradece la posibilidad de que les den la posibilidad de participar en una instancia donde los no especialistas tenían prohibida la entrada. En este sentido aluden al hospital y personal en general, y también en particular:

La atencion que le brindaron a mi esposa fue muy buena y la acogida que nos brindan a los padres al asistir al parto es lo mejor que uno puede contar, como la mayor alegría y experiencia vivida y un agradecimiento muy especial a la srta. Matrona Guillermina por ser tan gentil y amable hacia mi persona y ojalá Hubieran más personas de tan noble corazón como ella.

La mujer aparece mencionada en la mayoría de los casos tras el hospital y personal médico y/o Dios. Como segunda y tercera mención, aparece una gran valoración hacia la mujer, que ya revisamos anteriormente. Los y las bebés también se mencionan, y aparecen con la mayoría de las menciones en un tercer lugar.

Entonces, a través de estos testimonios apreciamos que los varones establecen una jerarquía entre los y las distintos/as participantes en el parto: primero se ubica el reino médico, luego el divino, luego la mujer y por último los/as hijos/as.

Para cerrar este punto, un testimonio que ilustra la relevancia de esta medida para los varones:

Hoy comienza una nueva vida, la de mi hija, Angra Esperanza. La espera fue larga casi eterna pero Todo ha salido muy bien de ver tanta cosa en las Calles en tv etc hoy he visto un milagro, no porque sea mi hija si no el hecho de verte salir en un Manto rojo tejido por tu madre durante todo este periodo de tiempo. Todo se ve más hermoso No importo que los medicos esten acostumbrados Total tambien son parte de la magia existente, sin sus conocimientos de magia Todo este gran milagro no hubiese sido posible. Gracias.

Tambien doy gracias al todo poderoso, al potetente Por darme la posibilidad cierta de poder asistir al encuentro de nuestra hija. A mi Elizabeth te dare todo lo mejor de mi aunque nada se compara con lo que me has regalado. Sinceramente te amo. GRAN MADRE. Aline ha llegado tu hermanita cargada de ancias de poder jugar contigo. A mi me queda todo grabado, la sangre, su aroma, las lagrimas la emocion la gran esperanza a nacido y nunca me dejara de sorprender lo grande que es vivir.

La alusión de este varón a la Gran Madre nos remite a la figura de la Virgen. En este sentido, y tomando los aportes de Sonia Montecino con respecto al marianismo en Latinoamérica, debemos atender a las particularidades que adquiere María en nuestro ethos mestizo. Para la autora, el símbolo mariano resuelve nuestro problema de origen (ser hijos de una madre india y un padre español), entregando una identidad inequívoca en una Madre Común, y asignando a las categorías de lo femenino y lo masculino cualidades específicas: ser madre y ser hijo, respectivamente (Montecino 1991: 30). A este respecto, y como hipótesis, planteamos que la participación del varón en el parto es un momento especialmente significativo para identificarlos con una identidad paterna, diferente a la de *hijo*. Esta participación sin duda que debiera ser más activa, y desde la más temprana gestación, sin embargo en los casos que hemos observado y entrevistado, encontramos elementos que sugieren que hay cambios importantes en las definiciones de masculinidad, que se traducen en cambios actitudinales.

Los testimonios que revisamos de los varones sugieren que sus reflexiones tendrán expresión en sus vidas de pareja y de familia; y las mujeres entrevistadas así lo confirman. Para ellas, en primer lugar es importante que se permita la presencia de algún/a no especialista durante el parto, pues la presencia de una figura no médica reduce sus

sentimientos de soledad y ansiedad, y las conecta con las esferas cotidianas de sus vidas. En los relatos de partos de las mujeres atendidas en hospitales se distingue un cambio en la manera de describir los eventos, entre los momentos en que se encontraban solas con el personal médico, y luego de que ingresa su pareja. Con la compañía de un ser cercano, los sentimientos de angustia disminuyen y se sienten más confiadas y seguras.

Para ellas, la relevancia de la presencia del varón no está dada sólo por la compañía afectiva que implica; recordamos el testimonio de Susana, quien relata que su pareja reconsideró su actitud tanto de padre como de marido, tras participar en el parto. En este sentido, las mujeres reconocen cambios en el comportamiento de parte de sus parejas tras la experiencia, y cambios en la manera en que las valoran. Esto nos parece de fundamental importancia, en el sentido que apunta a generar redefiniciones de las identidades genéricas, y permite a los varones conectarse con esferas que ellos mismos identifican como necesidades, por ejemplo, la expresión de afectividad.

La naturaleza de los/as participantes en el parto, como analizamos, norma e influye en la manera de conducir el parto, y se relaciona estrechamente con la medicación y tecnología que se utilizará. A continuación analizaremos estos factores, como indicadores de importancia en la configuración cultural del parto.

II. 6. Medicación y tecnología: *No toque, que contamina.*

El uso de medicación y tecnología durante el parto nos habla acerca de la definición local del proceso, del grado de especialización de quienes lo atienden, y del nivel en que el sistema médico interfiere en los procesos fisiológicos naturales. El parto, en el contexto de nuestra medicina, es tratado como una *enfermedad* que requiere de intervención para *mejorarse*. Un proceso que en la gran mayoría de los casos no debería necesitar de intervención quirúrgica, ha pasado a estar fuertemente intervenido, aplicándose sustancias para acelerar o des-acelerarlo, aliviar el dolor, practicándose episiotomías como rutina habitual, y cesáreas en una cifra alarmante de casos.

¿Qué vamos a entender por medicación? Siguiendo a Jordan (1993: 76), entenderemos por medicación cualquier sustancia introducida en el cuerpo de la mujer para afectar el curso del parto (acelerar o desacelerarlo), o para aliviar el dolor. La gran mayoría de estas sustancias son farmacológicas.

Como veíamos al analizar los participantes en el parto, en el contexto hospitalario el tener que esperar sin estar realizando actividades médicas *apropiadas* se torna incómodo e insostenible. Un parto que no progresa según la norma médica se torna peligroso, y debe

ser intervenido. En muchos casos, unos tipos de medicación se hacen necesarios por otros, por ejemplo; muchos de los anestésicos administrados para aliviar el dolor desaceleran el trabajo de parto, por lo cual se hace necesario inyectar ocitocina para acelerarlo nuevamente. En el sentido contrario, cuando se administra ocitocina, puede ocurrir que la intensificación de las contracciones haga que la mujer se desespere de dolor e incomodidad, por lo que se hace necesario aplicar anestesia. Sin embargo, los efectos de la ocitocina son impredecibles; mientras algunas mujeres casi no responden a su administración, en otras el trabajo de parto se acelera considerablemente.

En contextos de atención pública, la posibilidad de recibir anestesia dependerá del hospital. Hay distintos tipos de analgesia; para las cesáreas, siempre habrá anestesia, pues se trata de una cirugía. Actualmente, en los partos normales en Chile se utiliza la anestesia epidural, óxido nitroso, y anestésicos locales para la episiotomía, principalmente. Los testimonios que hemos recogido y observaciones que hemos realizado corresponden a la región Metropolitana (servicios Oriente y Central), por tanto nos situamos en contextos de cobertura de anestesia epidural de entre 46 y 47%, lo cual es elevado en comparación con los índices del resto del país.

En estos servicios, las mujeres esperan que haya anestesia (epidural), sin embargo saben que no es seguro, pues conocen muchos casos en los cuales el parto ha ocurrido sin ella. En muchos relatos de mujeres encontramos que ellas consideran que si se *portan mal* durante el pre-parto -gritan, se quejan, *molestan* al personal médico-, entonces las castigarán no administrándoles anestesia. Atendamos al relato que Clara nos entregó el día siguiente del parto: (la matrona) *me dijo que me iba a ayudar, porque me había portado muy bien, los latidos empezaron a mejorar, me rompieron las membranas y la doctora consiguió que me pusieran la anestesia, para calmar un poco los dolores, porque ya había sufrido harto*. Es decir, cabe la posibilidad de que si no se hubiera portado bien, no la hubiesen ayudado. *Consiguió*, como si se tratara de algo de difícil acceso. Siguiendo esta línea de análisis, la anestesia puede ser entendida en algunos casos como un premio que se gana al acatar las normas médicas y someterse a sus leyes.

Sin embargo, no todos los relatos apuntan en este sentido. Hay mujeres para quienes la anestesia constituye una sustancia peligrosa y temida, que puede tener efectos nocivos tanto en ellas como en los/as bebés. Encontramos dos testimonios de esta índole, y varias matronas corroboraron haber atendido casos semejantes, aunque muy poco frecuentes, en los cuales las mujeres solicitan no recibir analgesia. Uno de los casos que encontramos corresponde a una mujer de 35 años, hija menor de 6 hermanos/as. Los partos de sus cuatro hermanos/as mayores ocurrieron en la casa, con la ayuda de una partera rural. A pesar de estar de acuerdo en que debe ir al hospital a dar a luz, para recibir una atención especializada, concibe el parto como un proceso natural que no necesita de mayores intervenciones. Su madre tuvo a todos/as sus hijos/as sin anestesia, y ella prefiere hacerlo de igual modo. Teme al pinchazo de la anestesia, lo considera muy peligroso y muy

invasivo. Este caso, entonces, es el de una mujer que fue socializada en una definición natural del parto, como un proceso fisiológico normal que puede ocurrir sin un gran intervencionismo.

El otro caso corresponde a una mujer más joven, de 28 años, que da dos razones principales para no querer recibir anestesia epidural. Primero, y al igual que el caso anterior, teme a la jeringa y posibles efectos nocivos de la sustancia. Y segundo, considera que es necesario sentir dolor al dar a luz, para ser madre. Este último punto nos parece de gran importancia, y nos remite al tema del sufrimiento, que se encuentra presente en muchos de los relatos de mujeres que recogimos.

Proponemos dos lecturas, que pueden o no ser complementarias. Primero, existe contundente evidencia científica de que el uso de agentes farmacológicos (ocitocina artificial, preparados anestésicos, analgésicos) durante el trabajo de parto presenta desventajas, como la interferencia en la liberación natural de hormonas, tanto en la madre como en el/la bebé²⁹ (Jordan 1993, Odent 2001). El uso de estos agentes interfiere en los primeros vínculos que se establecen entre madre y recién nacido/a; en la reacción a estímulos, reconocimiento, capacidad de succión del/la bebé, etc.³⁰

Pensamos que quizás sea posible que en la socialización femenina puedan haber contenidos que apunten a reforzar este fenómeno, no desde la *evidencia científica*, sino desde el saber tradicional y empírico que ha sido traspasado a través de mujeres. No nos detendremos en esta idea, pero una analogía puede servir para aclararla. Las culturas indígenas han desarrollado riquísimas tradiciones de salud desde una manera de aproximarse al conocimiento, que dista mucho de la rigurosidad científica que hoy se exige en la investigación, y que, sin embargo, sirve para los mismos fines; curar afecciones fisiológicas. En el parto, existe un vasto conocimiento ancestral de mujeres parteras que traspasaron sus saberes de generación en generación; en las tradiciones populares e indígenas, aún se preservan muchos de estos conocimientos.

Como segunda lectura, creemos que la tradición cristiana, ha tenido injerencia en la concepción simbólica del sufrimiento en dos sentidos principales, estrechamente relacionados: como castigo por el pecado, y como medio a través del cual expiar ese pecado, y purificarse espiritualmente. Nos preguntamos: ¿en el parto, qué culpa se debe pagar? La culpa de Eva, la primera mujer, quien al comer el fruto del árbol prohibido fue condenada a parir con dolor y a ser dominada por el hombre:

²⁹ La literatura acerca del tema se centra por lo general en la díada madre-bebé. Sin embargo, no sólo en la madre y bebé se generan reacciones hormonales con el parto; los otros participantes no especializados también tienen reacciones hormonales, como liberación de adrenalina, endorfinas y otras, factor que no ha sido tomado en cuenta en la investigación.

³⁰ Esto no quiere decir que creamos que los partos deben conducirse sin estas sustancias; sin embargo, sí creemos que el punto merece mayor reflexión que el que se le ha dado en nuestro país, y que las mujeres debieran estar informadas de los efectos tanto positivos como negativos de su uso.

“(Dios) Dijo asimismo a la mujer: Multiplicaré tus dolores en tus preñeces; con dolor parirás los hijos, y estarás bajo la potestad de tu marido, y él te dominará.

Y a Adán le dijo: Por cuanto has escuchado la voz de tu mujer, y comido del árbol del que te mandé no comieses, maldita sea la tierra por tu causa: con grandes fatigas sacarás de ella el alimento en todo el curso de tu vida. (...)

Y el hombre puso a su mujer el nombre de Eva, puesto que había de ser madre de todos los vivientes” (Génesis 3, 16-17-20).

La sentencia de *Parirás con Dolor*, se alza entonces como un imperativo, del cual se desprende la maternidad: (Eva) *había de ser madre de todos los vivientes*.

La figura de María, se relaciona con el segundo sentido que planteamos del sufrimiento, como medio a través del cual lograr la pureza del espíritu. Habíamos revisado anteriormente las posturas pro y anti-Virgen que se pueden encontrar en la literatura que analiza la simbólica mariana. En el caso del parto, surgen elementos de ambos enfoques: por una parte, el parto es un momento en que la mujer demuestra una gran fortaleza, y así es reconocido por el entorno social. Recordemos la Gran Madre a la que aludía el testimonio de un varón que presencié el parto de su hija, que sin duda remite a la figura de María en su sentido de grandeza. Por otro lado, el parto es un momento cargado de significados que refuerzan los estereotipos que, según las posturas anti-Virgen, refuerzan la subordinación y discriminación de la mujer. En este sentido, se valora la abnegación femenina, y se concibe la maternidad como resultado del sacrificio y del dolor y sufrimiento de dar a luz.

El sufrimiento aparece así como un elemento recurrente en los testimonios de las mujeres; incluso aunque hayan recibido analgesia, en muchos relatos consideran que *ya habían sufrido demasiado*, o lo *suficiente*. ¿Suficiente para qué?, nos preguntamos. Suficiente para ser consideradas buenas madres. De este modo, la maternidad se logra con dolor.

Hay diversos testimonios en los que menciona que para ser madre es necesario pasar por dolor y sufrimiento. Atendamos a lo que Clara nos contó el día siguiente del nacimiento de su hija: *Y eso que me daban hartas ganas de llorar porque me daba de repente pena, me acordaba de mi papá, de mi mamá, que no sé, que de repente uno no sabe las cosas. Uno con la mamá por ejemplo que de repente es como alejada de ella y lo que se sufre para ser madre. Ahí uno entiende hartas cosas, pero bueno, dentro de todos los dolores, es lo más maravilloso que me ha pasado.*

Se sufre para ser madre. Pero es un dolor con sentido, que lleva a la maternidad que más vale; la que se ha conseguido con sufrimiento.

En el siguiente relato, Patricia, de 29 años, y tres hijas, cuenta: *Para mi la Camila es especial, es especial la Camila. Porque yo lo deseaba y yo hice todo lo posible de tener, de*

quedar embarazada y aparte que sufrí tanto de ella, de mi otras hijas yo no había sufrido tanto; y que él viera el parto, oh!, eso fue lo más bonito, que viera lo que uno realmente sufre, porque a veces como que no saben lo que uno hace por ellos. Claro, tenís la guagüita, te viene a ver, te la pasan, pero no es lo mismo a que él viera lo que uno realmente sufre. Porque si uno le dice: ah, sabís que sufrí, como que no lo cree; ¡pero que él me haya visto! El me decía: ah, yo te vi todo lo que gritabas, que sufriste, realmente sufriste. Porque yo antes había sufrido a mis hijas, pero nunca tanto, primera vez que sufrí. Así que no, yo la quiero, pa mí es especial, aparte que es más chiquitita, necesita más cuidado; claro con mis otras hijas igual las quiero, estoy al lado de ellas pero nunca tanto como ella.

Patricia establece una diferencia entre sus dos primeras hijas y la última, Camila, en cuyo parto sufrió más –*primera vez que sufrí*-. Dice que es primera vez, no porque en los anteriores partos no hay sufrido, sino porque en este *realmente sufrió*. De este sufrimiento se sigue que sienta algo distinto por esta última hija, que la considere especial. No planteamos que este sea el único factor que marca la diferencia, pero sin duda aparece como relevante.

Lo más bonito para Patricia fue que *él* (su marido) *viera el parto, que viera lo que uno realmente sufre, porque a veces como que no saben lo que uno hace por ellos*. Patricia está feliz de que su marido haya visto su sufrimiento; en este sentido, que más allá de contarle lo que pasó, él mismo haya presenciado lo que ella padeció, es decir, visto lo que se *hace por ellos*. ¿Qué se hace por ellos? Se les dan hijos/as. Se sufre para ser madre, que es algo que se hace para ellos: ser para otros, no ser para sí.

El testimonio de Walter, pareja de Patricia, refuerza el relato de ella: *Claro, lo que pasa es que donde la vi sufrir tanto, tú sabes que no estaba anestesiada entonces no, fue el parto así no más. Entonces, de repente uno se pone en el otro lugar; la veía sufriendo, gritando, llorando, y uno no se lo imagina que sufran así.*

El relato de Clara tras el parto también contribuye a reforzar esta idea: *A mí me parece bien que entren (los varones al parto). Sí, porque tienen que ver lo que uno sufre para tener un bebé, y para que lo cuiden, lo valoren, tanto a la mujer como al hijo, porque no es solamente cosita rica cuando están chiquititos, entonces para que ellos vean lo que cuesta. Sí, porque de repente hay hombres que tienen... pucha por aquí y por allá y chao no más, en cambio si lo ven como viene, quedan pero impactados y también valoran a su pareja. Que no es llegar y decir ya, voy a tener un bebé. Yo creo que ayuda eso.*

En este punto, hay una observación que consideramos relevante mencionar. En algunos partos presenciados, tuvimos la impresión de que al ingresar el varón al box o pabellón, las mujeres se quejaban más que cuando ellos no estaban presentes. Nuestra primera interpretación apuntó a que en un contexto tan enajenante y desempoderante para las

mujeres, donde se les niega cualquier tipo de manifestación, la presencia de alguien cercano y extramédico les permitía conectarse más con lo que estaban sintiendo, y darse más *permiso* para expresarse. Sin embargo, revisamos esta interpretación al repasar las experiencias internacionales donde una doula³¹ acompaña a la mujer parturienta, partos en los cuales las mujeres se relajan más, positivizan la experiencia y se quejan menos. Por supuesto, estas doulas tienen un entrenamiento especial y saben como proceder en estas situaciones, a diferencia de los varones que no han sido preparados. Pero en distintas experiencias, aparece que la presencia de personas familiares relaja a la madre y disminuye su nivel de stress. No es un punto en el que hayamos profundizado demasiado, sin embargo, creemos que puede haber un mayor alarde de dolor debido en parte a que las mujeres en nuestro contexto quieren demostrarle a sus parejas lo que *realmente se sufre para ser madre*.

Observando el comportamiento de los padres que participaron en el nacimiento de sus hijos/as y atendiendo a sus relatos, encontramos también presente como un eje muy relevante el tema del sufrimiento.

Lito, inmediatamente tras el nacimiento de su hijo, cuando lo pusieron sobre el pecho de su madre Susana, le dice: *¡Hiciste sufrir a tu madre huevón!* El recién nacido llora, y le dice: *¿Qué pasó guatón? ¡Mi huachito! ¡Qué pachó mamor, puta que hiciste sufrir a tu madre! ¡Hiciste sufrir a tu madre huevón, a mí me retaban por tu culpa!*

Vemos que es el sufrimiento el primer elemento que sale a la luz tras el parto. Unas semanas más tarde, entrevistamos a Susana en su casa; en su relato, el sufrimiento presenciado por Lito aparece como el eje que salvó su matrimonio, como necesario para que él reevaluara y revalorara su relación matrimonial y el trato hacia su mujer. En posteriores entrevistas nos enteramos de que él golpeaba a Susana, y hasta el momento de la última entrevista (ocurrida cinco meses tras el nacimiento de Jordan), Lito no la había vuelto a golpear. Sabemos que en este hecho pueden haber influido muchos factores; no podemos plantear que fue solo la participación de Lito en el parto lo que causó el cambio de actitud. Sin embargo, aparece como el hito que lo llevó a la reflexión y al arrepentimiento. Y esto nos parece de una importancia difícil de dimensionar, y necesaria de ser tomada en cuenta.

Dos testimonios escritos de varones ilustran la relevancia que adquiere para ellos el hecho de presenciar el sufrimiento de las mujeres al dar a luz:

³¹ En varios países, principalmente países desarrollados, existe la figura de la doula para prestar apoyo emocional a la mujer durante el trabajo de parto. *Doula* es el nombre que recibe una persona, generalmente mujer, especialmente entrenada para entregar continuo apoyo físico, emocional, y de información antes, durante y tras el parto a la mujer y su familia, que no pertenece al sistema médico hegemónico y no ejerce labores técnicas ni clínicas. El término es griego y designaba a la esclava más importante de la casa, que probablemente estaba encargada de ayudar a la señora durante el parto.

Hoy fue un día muy especial para mí nace mi 2 do hijo fue mujer y Estoy Feliz. Hoy también vivi una experiencia inolvidable Ver nacer mi segundo hijo y el sufrimiento de mi esposa pero le doy gracias a Dios al hospital y a las enfermeras que gracias a todos ellos tengo a mi 2 do hijo sano. Muchas Gracias.

Yo agradezco a mi Dios por la bendición de darme una mujer y mi hijo tan maravilloso lo cual es un privilegio para el hombre. Es algo el cual uno no puede describir la experiencia vivida de ver un parto y comprendo el sufrimiento de una mujer y e aprendido a valorar lo que es la vida. Gracias.

El sufrimiento nos conecta con otro tema que consideramos de fundamental importancia en la atención de partos: las formas en que se toca a las mujeres.³² El cuerpo de la mujer es central en la atención de partos, y pese a su protagonismo, nos encontramos con que poco se toma en cuenta lo que la mujer dice sentir, y lo que su cuerpo expresa. Es decir, las interacciones entre el personal médico y las mujeres son primero técnicas y tecnologizadas, otorgándole gran importancia a la información arrojada por monitores, pulso, centímetros. Esta información se traduce en palabras, en habla, y las interacciones no discursivas son trivializadas o ignoradas. Atendamos a continuación a las interacciones a través del tacto en la atención hospitalaria de partos.

En el marco teórico expusimos una clasificación de tipos de tacto en la atención de parto, que nos interesa analizar en el contexto hospitalario observado. Como revisábamos, en sistemas de partos tecnologizados, como el nuestro, el conocimiento adquirido a través del tacto se encuentra subordinado a la información externa que proveen los equipos electrónicos y los tests bioquímicos, los cuales suponen la inmovilización física y penetración del cuerpo de la mujer con instrumentos de diagnóstico y tratamiento. En este contexto sólo algunos individuos pueden tocar a la mujer parturienta. Recordemos a Clara: a Alexis, su pareja, se le permite ubicarse en la cabecera junto a la cabeza de ella, abrazándola y tocando sus manos y la parte superior de su cuerpo. A él no se le permite tocar la mitad inferior del cuerpo de Clara, ni siquiera situarse en ese espacio físico, pues en esas zonas el tacto es sólo permitido al personal médico competente. El tacto médico es considerado más importante que el de Alexis, quien está sujeto a las órdenes del personal *calificado*, y debe moverse y retirarse cada vez que se lo indican.

De los siete tipos de tacto que revisamos, identificados por Sheila Kitking (1997) -de bendición, de bienestar, de apoyo físico, de diagnóstico, manipulativo, restrictivo y punitivo-; en los contextos hospitalarios de atención observados no encontramos el primero, y observamos en muy pocas ocasiones la presencia del segundo y tercero. La manera de tocar es con fines diagnósticos y manipulativos principalmente, los cuales adquieren formas restrictivas y punitivas. Por ejemplo, las mujeres atendidas deben mantener sus

³² Como indicamos antes, decidimos tratar este tema en el presente capítulo por relacionarse estrechamente con la tecnología disponible para atender el parto.

manos alejadas de la zona inferior de su cuerpo, deben mantener la posición supina sin posibilidad de levantarse, caminar o moverse, no deben emitir ruidos fuertes. El poder del sistema médico es tal, que cualquier manipulación de la mujer durante el parto puede ser realizada en una forma punitiva, y las mujeres parturientas que no acatan las normas usualmente temen las represalias.

Si volvemos a Clara, observamos que todas las veces que el personal médico la tocó fue con fines puramente técnicos, para conectarla a la vía intravenosa, monitor fetal, para realizar tactos vaginales, utilizar el ultrasonido, colocar la anestesia, romper artificialmente las membranas, realizar la episiotomía, utilizar las paletas. Sólo Alexis la tocó de una manera diferente, prestándole apoyo emocional, acariciándola y besándola.

Apreciamos que a mayor especialización y jerarquía del personal médico que trata con las mujeres, el tacto se hace más impersonal, técnico, y pasa a ser un tacto únicamente diagnóstico, manipulativo, restrictivo o punitivo; es decir, instrumental. El personal de atención de menor jerarquía, que pasa la mayor parte del tiempo con las mujeres desde el pre-parto, tiende a establecer relaciones más emotivas y a realizar algún tipo de tacto expresivo, como acariciar las manos o la cara de las mujeres, ordenarles el pelo, etc. No ocurre en todos los casos, y hay también ocasiones en que personal con más jerarquía, como los/as obstetras, realizan un tipo de tacto afectivo. Sin embargo, no es lo común. Son los y las auxiliares, y las matronas quienes por lo general realizan este tipo de acercamiento. En muchos casos sólo observamos un tipo de tacto instrumental, desde que la mujer ingresa al pre-parto hasta el nacimiento de su bebé.

En los instantes inmediatamente posteriores al parto, es más común observar actitudes cariñosas hacia las mujeres, en señal de que ya han cumplido su misión, y han *ayudado* al personal a realizar su trabajo.

Pero al tratar el tema del tacto en la atención de partos con las mujeres usuarias, lo primero que las ellas relevan son los tactos vaginales. En muchos relatos, lo que las mujeres consideran es que les realizan tactos innecesarios, a veces muy seguidos unos de otros, y efectuados por personal diferente. Se les informa de la realización de los tactos sin pedir su consentimiento, aunque sea obvio que lo van a dar. Pero en caso de los alumnos/as, hay mujeres que consideran que debieran pedirles permiso, pues supone que además de realizarles más exámenes de las rutinarias, son realizados por personas diferentes cada vez.

El relato de Cecilia acerca de los tactos vaginales es revelador, y representa testimonios similares de muchas mujeres:

Cuando usted me vio yo estaba pero... ya estaba que me volvía loca con los dolores, pedía a gritos la anestesia. Cuando yo decía que el parto (se refiere a los tactos vaginales) me

dolía, que por favor no me hicieran nada más, me decían pero chiquilla si esto es para ayudarte, esto es para que se dilate más y tu guagua salga luego. Porque por ejemplo cada vez que metían la mano yo tenía dilatación cuatro y ya metían la mano, y era seis por ejemplo, porque hacían no sé po, un masaje adentro, algo que hacía que uno dilatara más y que demorara menos la preparación para el parto. Pero yo no daba más de dolor. Y la niña del lado me decía que yo había gritado mucho, y que por eso me tocaban tanto.

Camila tuvo a su primer hijo con un médico particular, en una clínica. Ahora la situación económica no les permitió atención privada, y tuvo a su segundo hijo en el hospital. Su embarazo y parto fueron normales, sin complicaciones. Nos cuenta:

Yo con las contracciones estaba pendiente de relajarme, de agarrar un ritmo de respiración para relajarme, y haciendo ruido fuerte, eso como que me calmaba. La otra vez fue así y la matrona me enseñó a hacer unos “oms” y entonces como que con los ruidos fui aprendiendo a aceptar el dolor que venía. Pero acá no pude, no la dejan a una. No ve que me decían que asustaba a las otras mujeres y que le hacía daño a mi hijo el ruido. ¡Cómo le iba a hacer daño, creerán que una es tonta! Pero no la dejan, y empiezan con que si sigo no me atienden, y yo ahí sola no más. Si la otra vez estaba con mi esposo todo el tiempo. Y viene la matrona, me dice que vamos a ensayar, que empiece a pujar, con cuatro centímetros. Metió los dedos, los sentí, y me empezó a abrir con los dedos. Algo hizo con la guagua porque la sentí más adentro, y ahí me dijo que pujara, con su mano bien adentro, para una especie de ensayo. Ahí el dolor fue insoportable, me dieron arcadas, vómitos. Me puse a vomitar y creo que dijeron que era una exagerada. Y ella dijo que lo hizo para ver cómo iba todo. Creí que me moría de dolor... Si tengo que tener otra guagua así, prefiero no tener más hijos. (...) Es como si con plata no más uno mereciera que la traten como persona.

Recordamos el principio de los relatos, cuando encontramos a una mujer joven asustada, que había sufrido un aborto espontáneo; se sentía avergonzada, nunca antes había ido a un ginecólogo ni obstetra, nunca la habían tocado, y *aquí me han manoseado toda la mañana*.

Como veíamos anteriormente, los relatos de las mujeres van desde aquellas que consideraron que recibieron una muy buena atención, hasta las que denuncian maltratos que sufrieron. Parte importante de lo que se evalúa en la atención es la manera en que son tocadas. En muchos casos, las mujeres relatan haber temido ser castigadas si no acataban las normas, es decir, si en pre-partos se salían del comportamiento esperado: no hacer mucho ruido –ni gritar ni quejarse–, no preguntar demasiado, y seguir siempre las instrucciones del personal. Por tanto, cuando han transgredido alguna de estas normas, esperan sanciones, y a veces describen las examinaciones vaginales largas y dolorosas, como castigos por no haber sido *buenas pacientes*. En estos relatos, lo que más nos impacta es la utilización de lenguaje referente a violencia sexual al describir cómo fueron

tocadas. Hay relatos en que mujeres expresan haberse sentido *víctimas, invadidas, violadas, abusadas, manoseadas, humilladas, avergonzadas*.

Si la manera en que las mujeres son tocadas las hace aludir a violencia sexual, observamos cómo esta sensación puede intensificarse al encontrarse sus cuerpos prácticamente inmovilizados, en posición horizontal sobre sus espaldas, un brazo por lo general conectado a vía venosa, lo cual limita sus movimientos. Durante las operaciones cesáreas es normal que ambas manos de las mujeres se afirmen a barras, quedando crucificadas, en un intento de que no vayan a contaminar la zona de la cirugía. Es la misma posición de una violación; pero en este caso se trata de personal médico e instrumental *masculinizado* que penetra los cuerpos de las mujeres.

El instrumental utilizado en la atención de partos, así como los equipos, aparatos y artefactos, forman parte de la tecnología para conducir el proceso. Los métodos y técnicas desarrolladas para utilizar este instrumental, que indican cuáles son las prácticas y actividades posibles, son también parte integral de la tecnología. Su uso *adecuado* depende del grado de especialización y profesionalización del personal de atención. El uso de fórceps, o de monitores fetales, por ejemplo, son procedimientos técnicos que sólo una persona debidamente entrenada puede manejar. Lo importante entonces es que los artefactos asociados al trabajo de parto deben ser examinados no sólo en los efectos inmediatos de su uso, sino también en relación al impacto que tienen en definir la naturaleza de las relaciones entre los/as participantes a través de las demandas que sostienen. Las herramientas del parto proveen apoyo para las demandas de algunos/as participantes de tener un status especial a través de la generación de ocasiones para desplegar su experticia en operar la tecnología requerida.

En el caso de Clara, observamos que ella aparentemente entiende poco acerca del rol de la ocitocina que se le inyecta, que ha ido apurando el ritmo de sus contracciones, ni sabe por qué se ordenó la necesidad de ese aceleramiento. Del mismo modo, no comprende las señales emitidas por el monitor fetal, que entrega información que es a veces contradictoria con su experiencia. Ella no mira ni toca. Está pasivamente conectada a la intravenosa por un lado de la cama, y al monitor fetal por el otro. Esto le impide moverse o cambiar de posición, lo cual le molesta. Le hubiera gustado poder ir al baño.

La matrona que la controla va observando de tanto en tanto el monitor fetal y anotando datos en la ficha de Clara. A ella la mira menos que a la máquina, y no parece atender a sus respiraciones, a su cuerpo, no toca su abdomen, nada. Sólo el monitor entrega información válida. Cuando las contracciones se aceleran y el monitor parece indicar algo extraño, procede a palpar a Clara, sin explicarle lo que está ocurriendo. Es ella quien pregunta constantemente qué está ocurriendo, lo que lleva a que le expliquen en palabras simples. Lo mismo ocurre más tarde dentro del pabellón: el personal decide utilizar paletas en el parto; ella pregunta qué le están haciendo. Le explican que son las paletas, ella

pregunta si son fórceps, le dicen que no, que es parecido pero no es lo mismo. Esa es toda la explicación que recibe.

Excede a nuestro trabajo el detallar cada herramienta que se utiliza en la atención de partos, sin embargo hay un objeto que simboliza las relaciones de poder que se generan en este contexto, que es de utilización masiva: la mesa ginecológica. Este objeto determina la posición que se espera que la mujer adopte durante el trabajo de parto; la litotómica o supina -de espaldas y horizontal-. Consecuentemente, una vez que la mujer ingresa a un hospital con este tipo de equipamiento, prácticamente no habrá manera de que conduzca el parto en otra posición. Las piernas quedan abiertas, con las rodillas flectadas, y los pies se apoyan en estribos. Esta posición permite que la matrona u obstetra se siente entre las piernas de la mujer y pueda observar cómodamente el transcurso del parto.³³

En ningún testimonio de las mujeres hemos encontrado que cuestionen la posición que deben adoptar para el parto. Algunas se molestan por no poder ir al baño o caminar durante el período que permanecen en pre-parto (en algunos hospitales y casos específicos, las autorizan a hacerlo). Y llama también nuestra atención el hecho de que no hemos visto mujeres que cuestionen la decisión de practicarles una cesárea, cuando se había programado un parto normal.³⁴ A pesar de no cuestionar esta práctica, sí se refieren a algunas consecuencias que conlleva, una de las cuales se ilustra en el siguiente caso.

Una joven mujer, Rocío, de 21 años, realiza una tajante diferencia entre los partos de sus dos hijos, donde el eje diferenciador es la tecnología utilizada (cesárea) y el dolor aparece como uno de los factores diferenciadores de su calidad de madre. Su primer hijo, de un año de edad, nació tras cesárea, y el segundo, a quien vimos nacer, tras un parto vaginal. Después de la cesárea, no pudo ver ni tener contacto directo con su hijo, pues fue prematuro y necesitó incubadora. Esto, para ella, marcó una diferencia en su *calidad* de madre:

Es bien distinto. Como fue cesárea, uno no siente nada. Con la cesárea uno queda adolorida, y queda como inconsciente. No era como tener guagua, era una inyección y después nada. Entonces uno no sufre los dolores de parto, no siente nada y después está la guagua. Claro que después uno está toda adolorida, pero no es lo mismo. Y entonces también me sentía culpable.

Siento que este fuera mi primer parto de verdad, porque lo sentí, lo sufrí harto sí, pero yo he tenido suerte, me han atendido súper bien las dos veces. La otra vez no me lo entregaron, no lo vi, después lo iba a ver a la incubadora, pero no le daba pecho. Cuando

³³ En ninguna otra tradición médica la mujer adopta esta posición para el parto; por lo general las posiciones son verticales, y las mujeres pueden realizar movimientos mientras están en trabajo de parto. Existe contundente evidencia médica que explica las desventajas de la posición supina (Jordan 1993, Wagner 1994, Muñoz et al. 2001).

³⁴ La práctica de cesáreas es un tema de gran relevancia, pues, como habíamos visto, nuestro país presenta los índices más altos a nivel mundial. Consideramos que es un fenómeno que excede los objetivos de esta investigación, por lo cual no nos dedicaremos a analizarlo en detalle.

recién lo sacaron, me estaba mirando, alcanzó a mirarme y se lo llevaron. En cambio ahora es más emocionante, como lo sacan, y uno lo va viendo.

Nos preguntamos a qué alude el: *también me sentía culpable*. En el contexto de la entrevista completa, atendemos a que se refiere al mandato de *parir con dolor* que revisamos anteriormente. Es decir, la maternidad supone una cuota de dolor y de sufrimiento. Rocío se siente culpable por no haber sufrido, lo que hace ser *menos madre*, o *menos buena madre* que a través del sufrimiento. Además, en esa ocasión no pudo estar con su hijo inmediatamente tras el parto, y el pequeño debió permanecer en incubadora, lo que implicó que no le dio pecho. Ella siente que el segundo es el *primer parto de verdad, porque lo sentí, lo sufrí hartó*.

Rocío considera que ha *tenido suerte* porque la han atendido *súper bien* en sus dos partos. Es decir, la buena atención es una suerte, se podría decir una excepción, mientras la norma sería una *mala* atención. Podemos relacionar esta apreciación con los testimonios de mujeres que consideran que si se portan bien, las atienden bien; de lo cual se desprende que la *buena* atención es una recompensa por un determinado tipo de comportamiento.

Como hemos visto, este comportamiento se basa principalmente en seguir las normas médicas y no *interferir* en el trabajo del personal de atención con actitudes que respondan a necesidades individuales. En este sentido es que la estructura de atención de partos hospitalarios mantiene la definición de la situación como una en la que los conocimientos y las experiencias corporales de las mujeres no cuentan para nada. Por ejemplo, todos/as los/as participantes concuerdan en que la mujer no puede pujar hasta que esté *médicamente* preparada en el box o pabellón, y que el personal de atención le indique que así lo haga. En el relato del bebé nacido en pre-partos que revisamos, esto se hace evidente. En este contexto, sólo los/as especialistas pueden determinar cuándo la mujer está lista para pujar, información que se obtiene a través de la lectura del monitor fetal, de los centímetros de dilatación, y tactos o exámenes vaginales. Lo que la mujer conozca y exprese, en base a sus experiencias corporales, no detenta ningún grado de autoridad en dicho contexto; se transforma en un problema tanto para ella como para el personal de atención, como algo que debe ser cognitivamente suprimido y manejado a través de la imposición de un determinado tipo de comportamiento.

Esta *supresión* de las experiencias de las mujeres se simboliza poderosamente en la figura de la mujer como contaminante. Si entendemos que contaminar significa *alterar nocivamente la pureza o las condiciones normales de alguna cosa*, entonces las condiciones normales son aquellas en que la mujer no interviene en el curso de los eventos. Como ejemplo, atendamos al siguiente caso:

Bárbara, de 22 años, está en pre-partos con fuertes contracciones. Con expresión de angustia, pide ayuda: *¡Me voy a hacer!* Una matrona camina por el frente de su cama; Bárbara le repite, en tono desesperado: *¡Señorita, me hago!* La respuesta es un: *¡Hágase!*, con expresión de indiferencia.

Más tarde, en el pabellón, la matrona, refiriéndose a Bárbara, exclama: *¡No puja nada! ¿Quién le enseñó a pujar? ¡No sabe pujar!*, y las auxiliares aprueban la afirmación. *¡No pasa na!... si no puja ella...* Una auxiliar presiona su vientre y al parecer el trabajo de parto no avanza; llaman a un auxiliar varón y él presiona, con más fuerza. Bárbara empieza a emitir un gemido, él ordena: *¡No, sin hacer fuerza en la garganta!* Nace una bebé de 2.825 kg. Una auxiliar dice la hora: 5:20. La auxiliar de neonatología pregunta: *¿Sexo?* La matrona se ríe y contesta; *¿A esta hora?, ¡no gracias, hace mucho calor!*, y siguen risas.

Mientras cortan el cordón, Bárbara apoya las manos en el paño que cubre su vientre; una auxiliar, en fracción de segundos, le toma una mano y se la baja diciendo: *¡No toque, que contamina!, ¡baje la otra mano!* Al rato ella toca de nuevo el paño y de nuevo le toman la mano y se la bajan con más violencia: *¡No toque, le dicen!*

II.8. De cómo Clara relata el parto

Tras este relato y el análisis que fuimos desarrollando, resulta muy interesante conocer la versión de Clara de lo ocurrido durante el nacimiento de su hija (algunos fragmentos ya los adelantamos). Un día después del parto, la visitamos en puerperio para entrevistarla, y esta es la historia desde su punto de vista:

Empecé con contracciones cada cinco minutos y bueno, me decían en mi casa que no, que no era tiempo de venir. Me vine porque mi mamá me dijo que tenía que venirme y al llegar acá encontraron los latidos bajos, entonces estaba empezando a dilatarme, tenía tres centímetros de dilatación, entonces ya estaba OK. Y ahí me ingresaron por los latidos bajos más que nada, estaban preocupados por eso y todo y estuvo todo el rato con el monitoreo del corazón, y bueno, las contracciones fueron cada vez más fuertes y todo. Me atendieron muy bien, quedé feliz porque me atendieron súper bien y hay una matrona que ella estaba todo el rato pendiente de mí y me dijo que tenía que ser valiente, que no llorara, porque eso subía al bebé, y si yo me ponía nerviosa también. Claro, que se subía, para arriba, no bajaba; y faltaba que

bajara el bebé, entonces yo traté de calmarme, en las contracciones no lloraba, sino que respiraba a pesar de que eran insoportables. Y de repente ella vino, me dijo que me iba a ayudar, porque me había portado muy bien, los latidos empezaron a mejorar, me rompieron las membranas y la doctora consiguió que me pusieran la anestesia, para calmar un poco los dolores, porque ya había sufrido hartos, y bueno, ahí me dilaté creo que dos centímetros más y me llevaron a la sala de parto.

Ahí ya empecé con el trabajo de parto, y nació, no se demoró nada, fue rápido, pero la doctora dijo que fue que yo puse mucho de mi parte porque no gritaba. Sí, porque hay niñas que gritan, se desesperan, entonces eso le hace mal al bebé, entonces yo estaba tranquila, respiraba cuando me decían que tenía que respirar y todo eso, entonces por eso fue como tan rápido. Porque había otras niñas que estaban una noche entera, un día entero, entonces yo no estuve tanto. Claro, así que puse hartos de mi parte, traté de no llorar nada, ni siquiera en el último momento, para que nada se echara a perder. Y eso que me daban hartas ganas de llorar porque me daba de repente pena, me acordaba de mi papá, de mi mamá, que no sé, que de repente uno no sabe las cosas. Uno con la mamá por ejemplo que de repente es como alejada de ella y lo que se sufre para ser madre. Ahí uno entiende hartas cosas, pero bueno, dentro de todos los dolores, es lo más maravilloso que me ha pasado.

Me hubiera gustado estar todo ese rato con mi mamá, sí, con ella. Porque ella ha participado en todo mi embarazo, está conmigo, me cuida. Sí, estaba feliz, entonces con ella me hubiese gustado haber estado, que hubiese estado al lado mío.

Lo que sí le digo es que fue buena la atención, fue buena. Bueno, no tengo nada que decir, sobre todo de una señorita Patricia, que me quedó grabado el nombre, porque ella me pidió la anestesia y yo siempre dije que nunca voy a pedir esa anestesia porque me da terror. Claro, me daba miedo y ella me tomaba de la mano, me ayudaba a no moverme, porque fue totalmente difícil esa anestesia. Así que me trataron súper bien. Mucho mejor de lo que me habían dicho. Me acuerdo que ahí había una pareja de doctores, de matrones, una matrona que estuvo ahí todo el rato y dos enfermeras.

Lo que sí no me gusta es hacer pipí en las chatas, no las soporto, eso era incómodo, pero no había otra (alternativa). Tenía una

cositas para el corazón, en mi guatita, del bebé, tenía el suero y otras cosas, entonces no podía pararme yo. Pero eso fue lo que me hubiese gustado haber hecho; ir al baño.

Insistimos en que nos entregue más detalles de la atención, y de lo que sucedió cuando el personal se asustó por la baja de latidos del bebé:

A ver, estaba el doctor, quería romperme la bolsa, por los latidos del bebé que eran los que les preocupaban mucho a ellos, porque en un momento bajaron de nuevo y después volvieron a subir otra vez, entonces ya había que sacarlo, en cualquier momento había que sacarla luego. Y bueno ahí es que después que me pusieron la anestesia por ejemplo, se me pasaron esos dolores ya me pude quedar tranquila y esperar solamente a que me llevaran al parto, sala de parto.

No me acuerdo de otras cosas especiales, lo que sí me quedó muy grabado, fue el parto, que todos los doctores te dan ánimo, que puje, que tienes que ayudar a tu hija, como que te alientan y te hacen como que oh sí, yo tengo que ayudar a mi hija porque si yo no pujo ella no sale; y no era solamente uno, si no que todos se ponen alrededor tuyo a decirte esas cosas y eso me quedó bien grabado.

Me dolía harto, era como que me iban a sacar algo enorme por abajo y no iba a pasar. Yo pensé que la habían tomado a ella y que no pasaba ella, que era algo muy grande, que a pesar de estar anestesiada, lo sentía y ahí me daba miedo, me daba miedo porque yo la sentía que la estaban tirando. Me decían que tenía que seguir pujando y yo trataba de seguir pujando, pero igual preocupada de que ese dolor y de imaginarme que la estaban tirando de la cabeza, no sé po, porque yo siempre suponía que ella estaba de cabecita entonces yo decía que a lo mejor la están aplastando tanto con esas paletas que ella no va a venir bien y cosas que uno ha visto y escuchado que pasan. Entonces uno también de repente no lo dice, pero lo piensa. Que puede pasar esto, que puede pasar lo otro.

Y también entró el papá. El es súper especial, es súper, a ver, como te digo, como débil. Siempre yo soy como más fuerte que él en hartas cosas, entonces cuando él entró, yo no sé, como que me sorprendió, porque él también me decía: ayuda a nuestra hija, ayúdala, puja, puja; me decía, y lo que yo pensé siempre era que

me iba a poner nerviosa. Y yo siempre le decía, que si vai a entrar a ponerme nerviosa, mejor que no entres y me dejes sola, pero él entró y me ayudó; él, sus palabras también me ayudaban, porque me abrazaba y me decía ayuda a nuestra hija, tú tienes que hacerlo, tú puedes y todo, así que eso. Me apoyó eso sentí, que me apoyó.

Me preguntaron siempre si estaba mi pareja, si yo quería que lo entraran y todo. Claro, y ellos esperaron el mejor momento para que él entrara, porque antes, como me introdujeron unas paletas, no era bueno que lo viera así que esperaron al mejor momento para que él entrara. Esto que le digo a mí nadie me lo explicó, yo me daba cuenta sola. Sí, porque siempre el papá entra al tiro, junto con la mamá y ahí esperaron, y volví a preguntar y me dijeron, sí, si ya va a entrar.

Con lo de las paletas tampoco me explicaron, pero yo pregunté, si yo soy muy preguntona, yo todo el rato pregunté; que para qué era eso, que si estaba bien el bebé, qué pasaba, si estaba enredado el cordón. Y me explicaron que no, que con eso lo iban a ayudar un poco pero que era, no era lo mismo que el, que el force, porque al force le tengo terror, me da terror el force, así que igual ellos me explicaban, yo creo que es porque les preguntaba tantas cosas. Y si no me contestaban, les volvía a preguntar, es que estaba preocupada, entonces yo quería saber qué lo que era.

Y ya cuando salió, me la pusieron en el pecho y estaba sanita y era niña. Yo ya sabía que era niña, pero es que a veces se pueden equivocar, entonces a ella le tengo todo rosado. Mi pieza, yo la arreglé con todos los más mínimos detalles rosados y bueno, lo principal, era verla bien, porque tanto rato con los latidos preocupados. Cuando nació la vi que venía completita, que venía bien y que no pasaba nada, porque igual hasta último momento, veía que los doctores se miraban unos a otros y decía a lo mejor me están ocultando algo. El cordón, yo decía el cordón debe venir enredado o algo así y cuando ya la vi bien, me quedé tranquila pero la miraba y como que ah, mi bebé, tanto tiempo esperándola, tan ansiosa y que por fin llegaba así que bueno, es lo más emocionante que me ha pasado.

El papá está feliz también, mira a nuestra hija, porque el nombre se lo tenemos hace tiempo y estaba fascinado. Después le tocó ir a mirar como la limpian y ahí le dio ataque, porque le metieron las

sondas así que bueno, él vio hartas cosas que no pensó que iba a ser capaz de ver, porque él me decía, a lo mejor no voy a ser capaz de estar, pero bueno, fue valiente y entró. A mí me parece bien que entren. Sí, porque tienen que ver lo que uno sufre para tener un bebé, y para que lo cuiden, lo valoren, tanto a la mujer como al hijo, porque no es solamente cosita rica cuando están chiquititos, entonces para que ellos vean lo que cuesta. Sí, porque de repente hay hombres que tienen... pucha por aquí y por allá y chao no más, en cambio si lo ven como viene, quedan pero impactados y también valoran a su pareja. Que no es llegar y decir ya, voy a tener un bebé. Yo creo que ayuda eso.

Nunca me sentí incómoda con el trato, además yo sabía a lo que venía. Ahora lo encontré bien, porque yo vine hace como dos meses a urgencia y salí hasta acá (señala su frente) porque nadie me dijo te vamos a hacer esto, te vamos a hacer lo otro y me hicieron tacto y me dolió mucho. Ahora yo sabía que me iba a doler, pero tenía que relajarme y esas cosas me ayudaron y también que los doctores... es que yo soy muy preguntona, pero muy preguntona. ¿Qué me va a hacer?, ¿por qué me puso eso?, ¿y ese remedio? Y entonces ahí me explicaron todo, entonces no me sentí incómoda.

II.9. Violencia simbólica: Además, yo sabía a lo que venía.

Claramente nos encontramos con un sistema en el cual las decisiones son controladas por quienes poseen el *conocimiento autorizado*, en este caso el personal médico. Son ellos los *dueños* del parto, quienes tienen el poder para determinar cuándo pasa cada cosa, y quienes determinan lo que debe ser tratado como normal o anormal. En una escala jerárquica, que va desde el médico hasta los/as asistentes, cada individuo está capacitado y autorizado para enfrentar ciertas situaciones. La mujer que dará a luz, que debiera ser la protagonista del parto, se limita a seguir órdenes, a recibir información acerca de lo que le está pasando -que puede ser contradictoria con lo que está sintiendo-, y a confiar en que son los *otros* quienes realmente saben. No tiene injerencia en la toma de decisiones; se define y trata como una *paciente*. Desde la admisión al hospital, el poder de la toma de decisiones y la autoridad son automáticamente transferidos desde la paciente hacia el personal médico y administrativo del hospital. Esta transferencia implica que la mujer, sin importar que su proceso sea normal o presente complicaciones, sin mediar sus

conocimientos previos o preparación, es despojada de cualquier responsabilidad sobre su estado, es definida como incompetente para manejar la situación, y se espera que se someta a la competencia profesional de quienes la atenderán. Esta competencia es alópata, y por tanto se ocupa del tratamiento de la patología a través de medios quirúrgicos, farmacológicos y técnicos.

Nos preguntamos cómo es que este tipo de conocimiento autorizado se legitima, y los participantes –incluida la mujer– concuerden en que en el personal médico recae la autoridad para tomar todas las decisiones. El relato recién expuesto, de Clara, entrega pistas para avanzar en la respuesta; contiene elementos semejantes a diversos testimonios de otras mujeres de quienes hemos observado sus procesos de atención de parto. Lo que primero aparece como relevante es que describen una atención de características distintas a las que hemos observado en sus particulares casos, invisibilizando su percepción subjetiva y hablando desde la normatividad médica. Este fenómeno nos parece de fundamental importancia para analizar las maneras en que las mujeres asumen que el conocimiento médico autorizado –el biomédico– es el único adecuado para enfrentar el momento del parto. Las *pacientes* internalizan las normas del sistema hegemónico haciéndolas propias, y transformándose en cómplices de su propia subordinación, participando así de una forma de dominación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador. Esto ocurre cuando no se dispone de otros esquemas de percepción y apreciación del mundo que aquellos que comparte con el dominador, que da lugar a lo que Pierre Bourdieu llama violencia simbólica. O cuando se dispone de otros esquemas, pero quedan subsumidos bajo la supremacía del paradigma hegemónico que goza del poder.

La violencia simbólica se define como aquella amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que es ejercida esencialmente a través de los caminos simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento. En este sentido, los sometidos aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los opresores, haciéndolas aparecer como naturales, lo que puede llevar a una especie de autodenigración sistemática, generalmente visible en la adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer (Bourdieu 2000:12).

En las mujeres, esta autodenigración toma la forma de culpabilización por sus actos, emociones y sensaciones. Todo lo que hagan –e incluso sientan–, que se escape de la norma médica, es concebido como potencialmente peligroso, contaminante; y se les hace saber que puede interferir y complicar el proceso del parto, e incluso dañar a sus bebés. *Si salió así todo morado porque yo no sabía pujar, y casi le causé una asfixia con secuelas*; es uno de los relatos en que las mujeres creen ser culpables.

En el relato de Clara, resulta evidente cómo ella asume que debe comportarse de cierta manera para recibir un buen trato, lo cual sabía antes de ingresar al hospital, por lo que sus

amigas y otras mujeres le habían contado. Es así como relata que la matrona *me dijo que me iba a ayudar, porque me había portado muy bien*, y luego, *consiguió que me pusieran la anestesia*. Luego Clara repite que fue la matrona quien pidió la anestesia, a pesar de que a ella la epidural le daba *terror*. La frase *yo siempre dije que nunca voy a pedir esa anestesia* es relevante por cuanto Clara –antes del ingreso al hospital- se ubica y se concibe a sí misma como quien puede y tiene la autoridad para *pedir*, versus lo que ocurrió, donde una persona médicamente entrenada pidió la anestesia, sin preguntarle a Clara. Ella no cuestiona esta decisión, y dice que la trataron *súper bien*, tras narrar que la matrona la ayudó a que le pusieran la anestesia –*ella me tomaba la mano, me ayudaba a no moverme*.

El caso de Clara es especial pues existía baja de latidos y se temía un parto con complicaciones. Sin embargo, no existe lugar para que ella exprese que tiene miedo a la epidural, que cree que puede dañarla a ella o a su bebé, y no le explican por qué se la van a aplicar. Clara reconoce que no le explicaban lo que sucedía: *Esto que le digo a mí nadie me lo explicó, yo me daba cuenta sola* (se refiere al momento en que su pareja entró al pabellón). Y luego agrega: *Con lo de las paletas tampoco me explicaron, pero yo pregunté, si yo soy muy preguntona*. Más adelante dice: *Igual ellos me explicaban, yo creo que es porque les preguntaba tantas cosas. (...) es que yo soy muy preguntona, pero muy preguntona. ¿Qué me va a hacer?, ¿por qué me puso eso?, ¿y ese remedio? Y entonces ahí me explicaron todo, entonces no me sentí incómoda*. Es decir, Clara se da cuenta de que el personal médico no informa ni explica a las mujeres lo que va ocurriendo, y asume que por ser ella *muy preguntona* es que le fueron dando respuestas. Y con las explicaciones, no se sentía incómoda. Sin embargo, la actitud *preguntona* de Clara la hemos observado en muy pocas mujeres; en la mayoría de los casos se quedan en silencio y no intervienen ni preguntan; la información que reciben es muy poca y en términos muy simples.

Lo que nos interesa reforzar es que Clara traspasa el poder de la toma de decisiones al personal de atención médica, dando por sentado que lo que se le indique es lo correcto, independiente de lo que ella sienta o quiera. Por ejemplo, a pesar de que a Clara no le gusta *hacer pipí en las chatas*, y no las soporta, asume que no hay otra alternativa, pues al estar conectada al monitor y vía intravenosa, no puede pararse de la cama. Del mismo modo, le hubiese gustado estar acompañada en el pre-parto de su madre, pero ni siquiera pregunta si es posible, pues las normas no permiten que las mujeres estén acompañadas de un familiar en ese período.

El comportamiento de las mujeres, como veíamos, incide en la manera en que serán tratadas por el personal. Por ello, aquellas que acatan las normas y se portan bien, recibirán un mejor trato que quienes no las cumplan. Esto se hace evidente en testimonios de mujeres que comparan los comportamientos de las mujeres en pre-parto con los tratos que recibieron. Es interesante atender al relato de Carmen, quien considera que recibió

una *atención muy linda*, en contraposición con otras mujeres a quienes no atendían. El eje diferenciador se encuentra en que ella estaba tranquila y no se quejaba, mientras las otras mujeres gritaban:

A mí me contaban que no, que te hacen esto, que te hacen lo otro, que tienes que hacer esto, que te ponen aquí, y a mí no, era una atención muy linda, muy espectacular, o sea yo miraba que todos andaban pendientes de mí. Además que yo estaba tranquila, trataba de mantenerme en calma sin los nervios, saqué fuerzas de no sé dónde para vivir todo ese momento que fue tan lindo.

El ambiente de pre-parto para mí, fue algo, una impresión distinta (a la de las otras mujeres). O sea en mi caso no se sentía pero en el otro caso yo no sabía si exageraban o si era normal, porque habían señoras que gritaban, pedían ayuda, pedían auxilio, y uno como ser humano decía que no es capaz que no les hagan caso, pero yo veía que no, que el personal no estaba pendiente. Pero no sé si es su organismo, los dolores eran más, sus organismo es distinto al mío. No sabía qué ocurría, incluso yo quería preguntar que por qué no las atienden, que por qué no les hacen caso.

En ese momento no recuerdo cuántas horas fueron, porque no veía ningún reloj y además que pasaban y pasaban y no sabía exactamente la hora, y fueron momentos para mí un poco dolorosos, porque nunca pensé que fueran así, claro, eran distintas (a mí), pero por lo general, casi todas las camas, o sea las señoras, casi todas las señoras que estaban en las camas se quejaban. Era un quejido de ayuda, de auxilio, era doloroso, de llanto, pero así el personal iba y las atendía y les decía no, si ya viene el doctor, cálmese, y las dejaban solas.

Por ejemplo la Pamela que estaba al lado mío después me decía que el dolor era tremendo, que no había atención, que no estaban pendiente de ella. Ella tenía otra historia, entonces yo no, seguía manteniendo mi punto de vista que para mí fue bueno. Pero para ella fue horrible, yo después no podía creer las cosas que me decía, porque estábamos ahí mismo las dos. Debe influir harto en que el organismo es de acuerdo a cómo uno es, porque por ejemplo yo soy un poco más tranquila y yo creo que por eso también que trato de centralizar en lo que es el momento que está pasando.

Carmen desplaza, en dos momentos de su testimonio, al *organismo* la causa de que ella haya estado tranquila y otras mujeres no, en el sentido de que los dolores y nervios son mayores en algunas mujeres que en otras. Ella se mantuvo tranquila, en calma, no gritó, vemos que estos elementos aparecen como relevantes para que estuvieran pendientes de ella. En su caso, su fuerza y voluntad propias son el eje de su buena experiencia: *saqué fuerzas de no sé dónde para vivir todo ese momento que fue tan lindo*. Si no se hubiera comportado *bien*, probablemente no habría recibido una atención tan *linda*. Carmen nota este factor e incluso quería preguntar al personal de atención por qué no atendían a las

otras mujeres, pero no lo hizo. Entonces, a pesar de ella recibir un buen trato según sus parámetros, pasó *momentos (...) un poco dolorosos, porque (...) casi todas las señoras que estaban en las camas se quejaban. Era un quejido de ayuda, de auxilio, era doloroso, de llanto*. Sin embargo, y a pesar de realizar un relato donde el dolor y sufrimiento de las mujeres aparece como central, ella considera que era una *atención muy linda, muy espectacular*.

Nos interesa ilustrar otro caso, para reforzar la violencia simbólica que se genera en la atención de partos. Gema tiene 30 años, trabaja como empleada doméstica en el barrio alto. Tiene una hija de 5 años. Al preguntarle por su experiencia de parto, lo primero que dice es que *estuvo bien, me atendieron súper bien, no puedo quejarme*. Ella tenía mucho miedo de ser hospitalizada, por las historias que conocía. Su madre le había dicho que lo más importante era que no gritara, para que la atendieran bien. Y, *aunque a mí me tocó una matrona buena en la noche, había otra señora que gritaba y gritaba, y se hacían las desentendidas. Entonces es como uno se porta, lo que vale. Me dejaron toda la noche para esperar que me dilatara, sola con los dolores, y en la mañana como no avanzaba, me pasaron para cesárea. Entonces es verdad eso que dicen, si aunque a uno no le toque, igual lo ve* (se refiere a que si las mujeres gritan, no las atienden).

El relato que Gema realiza muestra en múltiples puntos, al igual que el de Clara, Carmen y muchas otras mujeres, que no fue escuchada, que no se le permitió expresar su opinión, que debió acatar pasivamente todo lo que se le indicó. Y, en estos tres casos, ellas consideran haber recibido una buena atención, y recibido un buen trato.

A las mujeres se las hace sentir responsables del curso de los eventos, en términos de que si no acatan la normatividad médica, pueden alterar el curso normal de los procesos e interferir causando problemas. Como recién veíamos, lo primero que ocurre al no cumplir las normas es el castigo, al no recibir la atención que esperan. Y luego, se les hace entender que pueden complicar el proceso del parto y causar daños a sus bebés, es decir, se las inculpa por los problemas y dificultades que puedan presentarse durante el parto. Clara dice que *hay niñas que gritan, se desesperan, entonces eso le hace mal al bebé*. Ella no gritó, y puso hartito de su parte: *traté de no llorar nada, ni siquiera en el último momento, para que nada se echara a perder*. La expresión de lo que las mujeres sienten *echa a perder* el orden médico, interfiere, y como veíamos, contamina.

Como parte de la violencia simbólica, las mujeres introyectan la culpa, sintiéndose responsables por el curso de los eventos. Como veíamos anteriormente, se entiende que la tarea de las mujeres es la de ayudar al personal de salud, cooperar para que ellos hagan su trabajo. Esta transferencia de la responsabilidad hace posible que se las culpe en caso de que algo salga mal. En este sentido, las mujeres internalizan y repiten lo que el personal de salud les ha dicho, por ejemplo que no saben pujar, que no tienen fuerza, que por quejarse mucho han hecho daño al bebé, y lo dan ellas mismas como explicación.

Nos interesa cerrar este capítulo con otro fragmento del testimonio de Carmen, que ilustra, literalmente, como en la atención de partos se *suprime* a las mujeres: *Cuando yo estuve en el parto mismo se me salieron unas ganas de gritar, pero no era de los dolores, era como querer salir ya, porque yo creo que eran los nervios del estado de querer saber cómo iba a salir la guagüita o el estrés de ese momento no más. Me daban ganas de gritar, de sacar algo para afuera, no sé, un pujido así fuerte como decir ya se terminó. No grité, porque a pesar de todo estaba en manos de la matrona y tenía que seguir los consejos que ella me decía. Ella me dijo, ya, a la cuenta de tres vas a pujar, y cuando yo te diga ahora, tú pujas. Yo ni traté de hacer otra cosa, ahí ya no, solamente seguía las instrucciones que me decía la matrona. Por respetar más que todo lo que ella me recomendaba porque si yo hacía algo que yo... entonces me suprimió, o sea dije no, no voy a gritar, no voy a hacer nada que no me digan.*

III. MECANISMOS DE DESAUTORIZACION

Hemos realizado un recorrido por diversos aspectos que nos parecen relevantes de la observación realizada de atención hospitalaria del parto; nos referimos a la definición cultural del proceso, al territorio donde ocurre, a los/as participantes, medicación y tecnología, como ejes constitutivos de un conocimiento autorizado que se encuentra en manos del personal alópata especializado. Hemos ido analizando cómo en el contexto biomédico de atención de partos, se generan relaciones de poder asimétricas, donde el personal médico detenta la autoridad y las mujeres son despojadas de ella. Hicimos mención a distintos mecanismos que legitiman y perpetúan este orden; ahora nos detendremos, a modo de resumen y de cierre del análisis, en nombrar cada uno de ellos como piezas de un engranaje que funciona sólo cuando todas sus partes operan simultáneamente y en sincronía. Al hablar de mecanismos y engranaje quizás damos la sensación de estar aludiendo a una máquina; precisamente esa es la metáfora que queremos utilizar, la del sistema como una máquina que nos pare al mundo en un determinado orden consensuado, donde debemos comportarnos como nos lo indican.

Insistimos en que no es nuestra intención dar la idea de que en la atención de partos es todo negativo. Hay grandes diferencias entre distintos hospitales y distintos equipos médicos. Sin embargo, es posible identificar patrones de interacción y prácticas que ocurren con frecuencia en la atención, que violentan a las mujeres usuarias, y que no son relevadas por considerarse que no intervienen en el resultado esperado, a saber, mujeres y bebés fisiológicamente sanas/os. Conscientes de que no en todos los casos se presentan estos mecanismos, los hemos observado a menudo, y todas las mujeres-usuarias con que hemos sostenido conversaciones reportan conocer este tipo de trato, por haberlo vivido ellas mismas o familiares y amigas cercanas. Es importante señalar que consideran que lo que ellas consideran *malos tratos* han ido disminuyendo en los últimos años, a pesar de seguir existiendo en mayor o menor medida.

Varios términos pueden servir para dar cuenta de lo que queremos analizar; podríamos hablar de: desapoderar, despojar, desposeer, desproveer, enajenar, expropiar, privar, usurpar, entre otros conceptos. Escogimos referirnos a mecanismos de desautorización, considerando que este concepto incluye muchos de los sentidos de los anteriores términos, y se vincula estrechamente con el concepto de conocimiento autorizado que hemos desarrollado a lo largo del presente trabajo.

Desautorizar se entiende como el *quitar a alguien o algo autoridad, poder, crédito o estimación*. Es a las mujeres y sus familiares y redes sociales de apoyo a quienes se desautoriza en la atención de partos. Expondremos a continuación los mecanismos que se interrelacionan para despojar de poder a unos/as y entregarles la autoridad a otros/as. En cada contexto particular y caso específico estos mecanismos adquieren una forma única,

dependiendo de múltiples factores; sin embargo, en toda atención hospitalaria encontramos algunos o muchos de ellos operando. La idea del esquema analítico que presentamos a continuación es el poder aplicarlo para el análisis de contextos específicos de atención.



Las mujeres son socializadas en una cultura que privilegia los saberes de la biomedicina como único conocimiento autorizado para enfrentar el parto. Esto implica una medicalización de procesos fisiológicos naturales y normales del ciclo vital de las mujeres, que, como hemos visto, supone una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia un control y normatización de las vidas y cuerpos, en este caso, especialmente femeninos. En este sentido, las mujeres saben y asumen que al ingresar al hospital deberán acatar las normas médicas y serán despojadas, en menor o mayor grado, de cualquier autoridad que pudieran detentar en otros escenarios.

El ingreso al hospital implica la sucesión de una serie de prácticas que despojan a las mujeres de sus identidades particulares. El sacarse su ropa, ponerse una camisa a modo de *uniforme*, y deber someterse a un set de procedimientos estandarizados, supone una homogeneización donde se asume que las mujeres parturientas son similares por estar en la misma condición, sin considerar diferencias identitarias individuales ni socio-culturales. Una mujer mapuche o aymará será atendida de la misma manera que una mujer popular urbana sin adscripción étnica determinada, a pesar de que sus referentes culturales son completamente diferentes.

De la mano de esta homogeneización, ocurre que la inclusión del embarazo y parto en el reino médico transforman a la mujer en una *paciente*, es decir, en una enferma. Atendemos a una patologización de la condición de las mujeres, que lleva a que lo que en la mayoría de los casos debiera suceder como un proceso normal, se interfiera hasta ser tratado como cualquier intervención compleja. Los procedimientos que se utilizan son estandarizados, y no se diferencia entre un parto normal de uno con complicaciones. En este contexto, se da por sentado que es el personal médico el que maneja el conocimiento autorizado para lidiar con el proceso concebido como una patología. Como veíamos anteriormente, la mujer en pre-partos no se diferencia de cualquier paciente en un pre-operatorio: conectada a vía intravenosa, de espaldas e inmovilizada sobre una cama, siendo monitoreada y examinada con cierta frecuencia.

Por ser concebida la enfermedad como una alteración de la salud que se traduce en síntomas físicos, casi toda la atención se centra en lo fisiológico, en el cuerpo, atendiendo en ninguna o mucha menor medida a las otras esferas de los individuos, a saber, sus emociones, sus percepciones subjetivas, sus identidades culturales, sus conocimientos, etc. Se genera, en este sentido, una fragmentación de los individuos, en este caso de las mujeres, olvidándose su integralidad. Esto queda en evidencia al observar que el personal médico sigue la evolución de las gestantes a través de la lectura de instrumental, técnicas y máquinas especializadas. Estos procedimientos entregan información acerca de la evolución fisiológica del parto, y de nada más. E incluso hemos observado que esta información puede no dar cuenta acuciosa de lo que ocurre, como en el caso que relatamos de la mujer que dio a luz en el pre-parto, cuando el personal leía que el bebé todavía no podía nacer, lo cual era contradictorio con lo que la mujer expresaba.

La estructura en la que se concibe la atención de partos hospitalarios mantiene la definición de la situación como una en la que los conocimientos y las experiencias corporales de las mujeres no cuentan para nada. Sólo el personal médico especializado está facultado para lidiar con enfermedades, lo que invalida tanto a las mujeres como a sus familiares en la toma de decisiones o injerencia en el curso de los procedimientos. Esto se expresa en la descalificación de las opiniones e intervenciones de las mujeres. Al mismo tiempo, muchas veces se da por sentado que ellas no comprenden el lenguaje técnico y especializado, lo que lleva a que no se les explique lo que está sucediendo, o se les

explique de manera muy sencilla y casi infantil, como si no fueran a entender. Como veíamos, no es poco frecuente observar que se les habla utilizando diminutivos que las empequeñecen, en un tono semejante al que se utiliza para dirigirse a bebés, niños o enfermos mentales. La impresión es que se las concibe como en un estado poco racional, donde son *incapaces de entender razones*.

Esta infantilización es parte de los mecanismos que denominamos de naturalización de las mujeres, donde se las concibe como más próximas a la naturaleza que a la cultura, por estar viviendo un proceso que remite a procesos fisiológicos naturales comunes a las hembras de las especies animales. La naturaleza es entendida como sexo, por lo cual dentro de este mecanismo encontramos también la sexualización de los cuerpos de las mujeres y de las interacciones que suceden a su alrededor.

Sólo los/as especialistas pueden determinar cuándo la mujer está lista para pujar; lo que ella conozca y exprese, no detenta ningún grado de autoridad en dicho contexto, se transforma en un problema tanto para ella como para el personal de atención, como algo que debe ser cognitivamente suprimido y manejado a través de la imposición de un determinado tipo de comportamiento. Esta *supresión* toma forma en la figura de la mujer como contaminante. Mediante la alusión a la contaminación que la mujer produce, se está diciendo que ella es un elemento que interfiere, que hay que suprimir e invisibilizar.

Todos estos mecanismos dan lugar a que las mujeres puedan ser inculpadas por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto. El personal médico se exime así de toda responsabilidad, acusando que las mujeres no cooperan adecuadamente, que interfieren el proceso. Este mecanismo de culpabilización opera transfiriendo la responsabilidad hacia las mujeres, en el contexto de opresión de género que hemos desarrollado.

Las mujeres en la gran mayoría de los casos asumen la responsabilidad que se les transfiere y se sienten culpables, situándose desde el lenguaje del sistema biomédico y de lo que el personal de salud dice sobre ellas, para describir la situación. Observamos así como la violencia simbólica opera en esta introyección por parte de las mujeres del lenguaje y de los parámetros de referencia de sistema hegemónico, que se apropia de sus cuerpos y existencias durante la atención de partos.

Es así como las mujeres invisibilizan situaciones e interacciones donde han sido maltratadas en alguna forma, e incluso llegan a justificar esas prácticas por su propia actitud. Al introyectar la culpa, justifican los castigos que pueden recibir. La forma de castigo más observada y recurrente en los testimonios es que si las mujeres se quejan demasiado, no las atienden, o no las atienden *bien*. Algunas mujeres son capaces de notar que se trata de un tipo de maltrato de parte de personal de atención, sin embargo muchas

lo justifican y lo ven como natural, pues ellas no han acatado las normas; consideran que se han comportado *mal*, se han salido de sus casillas, o han perdido el control.

Como resultado del entrelazamiento de estos mecanismos, nos encontramos con que las mujeres internalizan en mayor o menor medida las normas impuestas como naturales y las aceptan, pasando a ser cómplices de su propia subordinación. En este contexto, son muy pocas las mujeres que cuentan con las herramientas para reaccionar a la imposición del conocimiento biomédico durante la atención, e incluso teniéndolas, muchas veces no se atreven a opinar o intervenir en el curso de los eventos por temor a las *represalias*.

Habiendo analizado los mecanismos de desautorización que identificamos en la atención hospitalaria del parto, nos interesa a continuación cerrar la reflexión mediante conclusiones en las que recapitulamos las ideas principales del análisis, y planteamos posibles líneas de profundización a futuro. Como capítulo final, tras las conclusiones, intentamos plantear recomendaciones que ayuden a devolver la autoridad a las mujeres y familias usuarias del sistema de atención de salud, tanto público como privado. Decidimos ubicar este capítulo al final, por exceder los temas que hemos tocado y constituirse en un marco referencial más amplio para una atención de parto, que pudiendo rescatar los beneficios del modelo tecnomédico, integre elementos de los paradigmas humanistas y holísticos, como lo planteara Robbie Davis-Floyd (2001).

CUARTA PARTE: CONCLUSIONES

PUERPERIO

Durante miles de años, en las distintas culturas, el parto sucedió como un proceso natural, atendido por redes de apoyo de la mujer constituidas por familiares, amigos/as y personas especialistas en su atención, por lo general mujeres. Las parteras o comadronas tenían la labor de ayudar a la mujer durante el parto, operando como facilitadoras de un proceso que pertenecía a la parturienta. A partir del siglo XVII, el desarrollo de la ciencia médica occidental fue dando forma a la obstetricia como una práctica de hombres, donde los saberes de las mujeres fueron desplazados y desvalorizados. La Inquisición había quemado a miles de mujeres en la hoguera por considerarlas brujas, muchas de las cuales eran sanadoras populares, comadronas y parteras. Y las nacientes instituciones universitarias donde se formaron las primeras generaciones de médicos, no aceptaban mujeres en sus filas. No fue sino hasta dos siglos más tarde que se permitió a las mujeres ingresar y ser educadas en las ciencias médicas, pero, a diferencia de sus ancestrales conocimientos holísticos acerca sobre la salud, se las formó en un sistema de salud constituido sobre una visión androcéntrica y fragmentaria de los seres humanos. En el sistema médico así fundado, la fisiología de los individuos fue el centro de la atención, quedando marginadas las dimensiones socio-culturales, afectivas, emocionales, psicológicas, espirituales, etc., al ámbito de lo no atingente. El parto en este contexto se transformó en una enfermedad que debía ser controlada e intervenida, y los saberes de las mujeres y sus familias, protagonistas del proceso, fueron desautorizados.

El parto es un proceso fisiológico que, de no presentar complicaciones, puede ocurrir sin ningún tipo de intervención. Resulta paradójico que en un proceso donde la mujer parturienta es la natural protagonista, y en el cual lo mejor que puede hacerse es no intervenir y dejar que transcurra por sí solo, nos encontremos en un sistema de atención altamente intervencionista en el que las mujeres son pasivas pacientes que deben ayudar y cooperar con el personal médico, que es dueño del proceso. Es en este sentido que planteamos que la atención biomédica del parto en la actualidad es una poderosa metáfora de la opresión que el sistema patriarcal ejerce sobre las vidas femeninas, lo cual es a su vez símbolo de la *supresión* de todas las maneras de conocer no hegemónicas.

Es indudable que la biomedicina se asocia a grandes beneficios a nivel de salud, como la importante reducción de las tasas de morbimortalidad materna y neonatal en

gran parte del mundo. Sin embargo, en el mundo entero se cuestionan sus prácticas por no permitir –o permitir en muy pocos casos- la coexistencia de otros sistemas de atención, y por su por su elevado nivel de intervencionismo no justificado. Este cuestionamiento, de larga data en diversos movimientos sociales, encontró un correlato *oficial* en 1985, cuando se realizó en Fortaleza, Brasil, la primera reunión de la OMS para discutir el asunto. Como resultado de dicho encuentro se emitió la *Declaración de Fortaleza; Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento*. Estas recomendaciones se basaron en el principio de que las mujeres tienen un rol central en todos los aspectos de la atención de parto y nacimiento, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión en implementación de una apropiada atención.

Dieciocho años han pasado desde la reunión de Fortaleza, y en gran parte del mundo la atención alópata del parto ha ido en aumento, con índices de intervencionismo injustificados que no cuentan con evidencia que los respalde. Ejemplo paradigmático es el índice de cesáreas, que en muchos países supera la recomendación de la OMS de un máximo de 15% de nacimientos por esta vía, para llegar a casos extremos como Chile, que cuenta con la tasa más alta del mundo, de alrededor de un 40%.

Nuestro país cuenta con casi un 100% de partos atendidos por personal capacitado. Este personal, a diferencia de otros países, corresponde en su totalidad a personal capacitado únicamente en la ciencia médica alópata. Este hecho implica que tengamos los más bajos índices de morbilidad materna y neonatal de América del Sur, sin embargo conlleva muchas consecuencias negativas, que se resumen en la completa desautorización de los/as usuarios/as en un proceso de gran significado simbólico, emocional y socio-cultural. No existen alternativas de atención al parto biomédico para las familias populares, ni existen alternativas de atención intercultural, a pesar de existir la demanda de diversos grupos por incorporarla.

Durante los últimos años, se ha venido gestando en nuestro país una intensa reflexión acerca de estos asuntos, que cristalizaron en mayo del año 2000, cuando se realizó en Santiago el *Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo*, impulsado por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud. Desde esa fecha, se han realizado diversos encuentros que buscan traducir estas reflexiones en prácticas concretas en la atención obstétrica. Estas instancias han sido impulsadas por grupos de profesionales, desde diversas instituciones, pero, por lo general, no han considerado las voces de las mujeres usuarias del sistema como punto de análisis. De este modo, se sigue reproduciendo un sistema donde el conocimiento circula entre las elites educadas, y donde las reales protagonistas de los eventos no son consideradas en la toma de decisiones.

Incluso cuando los testimonios y experiencias de las mujeres han sido incorporados, no se han revisado en el contexto de dominación y hegemonía de un sistema de atención que opera a través de mecanismos simbólicos de ejercicio de violencia. En este sentido, se dice que muchas mujeres se encuentran satisfechas y consideran haber recibido, durante la atención de parto, una muy buena atención y trato. Hemos tenido la oportunidad de presenciar la atención completa de mujeres que relatan haber recibido una *buena atención*, y podemos comprobar que han sido objeto de diversas formas de violencia y abusos, que no son capaces de articular por haberse transformado en *cómplices* del sistema a través de diversos mecanismos de dominación. Por ello sostenemos que la experiencia de las mujeres usuarias (y de sus familias y redes de apoyo) analizado en un marco que debele dichos mecanismos, se constituye en un poderoso marco de análisis de la atención de salud.

Sin embargo, no sólo hay mujeres que relatan una buena atención. Hay muchas para quienes el parto se transforma en un doloroso momento, que expresan frustración con sentimientos de pérdida de vivencias, impotencia por la falta de participación y decisión durante el proceso, incapacidad para expresar sus necesidades, indefensión ante el personal médico que, al decidir sobre la gestación y su resolución, no informa claramente, no disipa dudas, ni permite que la mujer pueda opinar sobre el proceso.

En este marco, la investigación que hemos presentado pretende constituir un aporte desde un marco antropológico de investigación donde la observación de la atención y los testimonios de las mujeres y familias usuarias del sistema constituyen el eje de análisis. Como objetivo general, nos propusimos indagar en la construcción de las condiciones organizativas, materiales e ideológicas que legitiman la hegemonía de un tipo de conocimiento autorizado en la atención de partos –el biomédico- en hospitales públicos de Santiago.

Para ello, como primer objetivo específico, nos propusimos caracterizar la atención de partos en tres hospitales públicos de la ciudad de Santiago. En torno a un relato central, y revisando otros casos, describimos desde nuestra óptica: la definición cultural del parto, el *territorio* donde ocurre, la naturaleza de los/as participantes, y la medicación y tecnología utilizada. En el recorrido por estos indicadores, dimos cuenta de cómo en el sistema de atención alópata del parto se conjugan diversos elementos para despojar a las mujeres y sus familias de cualquier autoridad para conducir el proceso. En este sentido, la ideología androcéntrica y fragmentaria sobre la que la ciencia médica occidental se basa, se traduce en una organización de la atención donde; lo fisiológico es lo esencial, se patologiza a los individuos transformándolos en enfermedades aisladas, y se les transforma en pacientes que deben acatar las normas médicas sin posibilidad de intervención.

Con respecto a la definición cultural del parto, prima entre los/as usuarios/as del sistema de salud una concepción médica alópata del proceso, donde se entiende, por consenso, que la mujer debe hacer ingreso a un sistema diferente al familiar y habitual para someterse a otras leyes y acatar lo que le dicen que debe hacer. Esta configuración, gestada desde la más temprana socialización en el consenso de que es el sistema alópata el que entrega las herramientas para enfrentar adecuadamente el proceso, es compartida por los distintos miembros que participan, y garantiza que todos sigan el mismo set de procedimientos. De este modo, nos encontramos con que los testimonios de las mujeres incorporan el lenguaje médico (simplificado) como referente, asumiéndolo como propio y adecuado.

Como consecuencia, en el mundo *médico* la gestación y parto son concebidos como *enfermedades* que deben ser intervenidas y las mujeres se transforman en pasivas *pacientes*, lo que justifica la utilización de métodos para tratar otras patologías, incluida la cirugía (cesárea). Paralelamente, en sus mundos familiar y comunitario, las mujeres son concebidas principalmente como *madres*. Una primera lectura de estas dimensiones podría llevar a plantear que la mujer al ingresar al hospital para dar a luz como *paciente*, se está transformando en *madre*. Sin embargo, atendemos a que la despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades es tal, que incluso puede deconstruir esta categoría, despojando simbólicamente a las mujeres de su calidad de madre a través de interacciones como ironías, burlas, regaños, etc., y a través de prácticas como la temprana separación entre los progenitores y bebé o su separación física prolongada durante la permanencia en el hospital.

Si atendemos al *territorio* en que el parto ocurre, es biomédico en la casi totalidad de los casos en nuestro país. Este hecho tiene gran importancia, por cuanto norma la naturaleza de los eventos que se sucederán: no se diferencia un parto normal de uno con complicaciones, y son todos los casos tratados con el mismo set de procedimientos. Del mismo modo, esta condición norma la naturaleza de los primeros vínculos entre los progenitores y el/la bebé, y el tipo y calidad de información que las mujeres y familias reciben. En suma, el lugar físico que corresponde a *territorio* médico, implica que las mujeres quedan aisladas de sus redes sociales de apoyo, y que sus saberes, emociones, sensaciones y experiencias no se constituyen en *conocimiento autorizado* para lidiar con el proceso que las atañe íntimamente.

El territorio, en directa relación con la manera en que el parto se concibe, define además la naturaleza de los/as participantes permitidos durante el proceso. Si realizamos una diferenciación entre participantes especializados y no especializados, nos encontramos con que en hospitales son los primeros quienes casi exclusivamente participan en los partos. Esto conlleva que la mayoría de las interacciones y transacciones que ocurren entre la mujer y el personal de salud sean

médicas, es decir, al servicio de monitorear el proceso fisiológico y patológico, lo cual implica el uso rutinario de técnicas intervencionistas que interfieren en el curso natural del proceso. El uso de medicación durante el trabajo de parto, y utilización de tecnología, se han transformado en procedimientos rutinarios para todos los casos, sean normales o con complicaciones. Existe contundente evidencia de que muchas de las prácticas realizadas no son necesarias, y acarrearán más consecuencias negativas que positivas, sin embargo, se practican como rutina. A las mujeres no se las involucra en las decisiones que conciernen al tipo de medicación y de herramientas que se utilizarán para conducir sus partos, a pesar de que hay mujeres con referentes culturales muy disímiles, así como mujeres que temen a cierto tipo de intervenciones.

El sistema así organizado da pie para que tanto los/as prestadores de servicios de salud como los/as usuarios/as del sistema encuentren como naturales y legítimas las relaciones de dominación que se establecen. Como segundo objetivo específico nos planteamos develar las condiciones que posibilitan este orden; desarrollamos el concepto de violencia simbólica, de Pierre Bourdieu, para dar cuenta de ello. La violencia simbólica se define como aquella amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que es ejercida esencialmente a través de los caminos simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento. En este sentido, los sometidos aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los opresores, haciéndolas aparecer como naturales, lo que puede llevar a una especie de autodenigración sistemática, generalmente visible en la adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer (Bourdieu 2000:12). Es así como las *pacientes* internalizan las normas del sistema hegemónico haciéndolas propias, y transformándose en cómplices de su propia subordinación.

Durante el análisis, nos referimos a prescripciones institucionales e interacciones entre el personal de atención y las/os usuarias/os, donde identificamos una serie de mecanismos que se conjugan para expropiar a las mujeres y sus redes de apoyo de cualquier autoridad para conducir el proceso, y que en muchos casos ellas introyectan como lo normal y adecuado, siendo incapaces de ver la propia subordinación de que son sujeto. En un intento de clasificación analítica, los llamamos mecanismos de homogeneización, patologización, fragmentación, naturalización, contaminación y culpabilización. Creemos que estos mecanismos son comunes a la atención hospitalaria en nuestro país, a pesar de habernos basado en tres hospitales de Santiago. Hemos tenido la posibilidad de colaborar con equipos de profesionales de las regiones II, V, VII, y VIII, encontrando testimonios y situaciones que no se diferencian en esencia de lo relatado en esta investigación. En regiones de elevado componente étnico, la dimensión cultural cobra mayor importancia pues opera una completa invisibilización de sus referentes.

Si atendemos a los testimonios de las mujeres, a sus relatos y percepciones de la atención que reciben, identificamos que en la casi totalidad de los casos se refieren a los patrones de interacción y comunicación que el personal médico establece en relación a ellas, y a las formas en que aplican los procedimientos sobre sus cuerpos. En muy pocos casos aluden a las prácticas o procedimientos en sí. Es decir, no se refieren ni cuestionan las prescripciones institucionales –la posición que deben adoptar, prohibición de estar acompañadas por alguien cercano desde el pre-parto, medicación que reciben, tecnologías que se aplican sobre sus cuerpos, etc.- sino la manera de ser tratadas por el personal o de ser aplicadas estas prácticas sobre ellas. En este sentido, se da por sentado que muchas de las prácticas que se realizan deben ser así; la medicina posee una elevada jerarquía y nivel de especialización frente a la cual las mujeres y sus familias se sienten desautorizadas.

Es necesario recalcar que existen diferencias en las prácticas de atención entre hospitales, y entre el personal de atención. Hay hospitales donde se promueven algunas prácticas humanizadoras de la atención obstétrica, y hay profesionales de la salud que, a nivel individual y/o en equipos de trabajo, practican y defienden un trato respetuoso y amoroso hacia las mujeres. Sin embargo, se insertan en el marco de un sistema de atención que dificulta estas iniciativas, y donde los cambios encuentran mucha resistencia.

En la investigación pudimos constatar de que existe la percepción, tanto a nivel de prestadores/as de salud como de usuarios/as, de una mejora en la calidad de la atención de partos en nuestro país en los últimos años. Sin embargo, y a la luz de los testimonios que revisamos, no podemos quedar tranquilos/as con esta constatación. Los mecanismos de desautorización que describimos operan en todo servicio de salud, y se cometen abusos contra las mujeres, en distintos niveles. No queremos con esto dar la impresión de que la atención de partos en nuestro país es horrible ni dramática. Se encuentran buenos tratos, a niveles personales de interacción. Sin embargo, sucede que con un nivel de atención institucionalizado del parto cercano a un 100%, se impone un solo tipo de conocimiento como el hegemónico y el consensado, que promueve una serie de prácticas que derivan en un trato impersonal y deshumanizado de los/as usuarios/as.

Atendemos a la perpetuación de fenómenos etnocentristas y androcentristas, que tanto hemos criticado de los conquistadores y colonizadores europeos. Se sigue reproduciendo un paradigma importado desde el Primer Mundo, sin releerlo y adaptarlo a nuestros contextos culturales; y que además ha sido creado por hombres y para hombres. ¡Y se trata del parto, que concierne directamente a los cuerpos y vidas de las mujeres! Consideramos que ellas debieran ser voces privilegiadas para definir los procedimientos que se aplican sobre sus cuerpos; si volvemos a la historia, han sido las mujeres las principales encargadas de atender el parto en las distintas

culturas, y devolverles el protagonismo pasa a ser una manera de recuperar y revalorar su ancestral vínculo con la salud. En este sentido, el parto puede ser un camino para que las mujeres recuperen la confianza en sí mismas, en un sistema que las deslegitima y subvalora constantemente.

No se trata a nuestro juicio de lograr un sistema concebido por mujeres y para mujeres, lo cual no haría más que invertir la actual situación. Más bien se trata de volver a integrar a la investigación y práctica los principios de: sentimiento, nutrición, receptividad, cooperación e intuición; todos basados en la aceptación de la interdependencia y conciencia de las relaciones (Sheperd 2002). Integrando los avances y aportes de la biomedicina –androcéntrica- y de modelos humanistas y holísticos de atención –asociados a principios femeninos-, se puede lograr en la actualidad un modelo que conjugue los beneficios de diversas tradiciones para brindar una atención integral de salud.

Consideramos que en el momento actual existen las condiciones para traducir la reflexión que se ha venido gestando desde algunos años en prácticas concretas. Esto necesita no sólo de personas comprometidas, sino de políticas públicas que les apoyen, y de una masa crítica de usuarios/as que exijan ser respetados/as. La disposición al cambio existe en el MINSAL, hay diversos grupos de profesionales comprometidos con el tema, y sin duda, hay un elevado número de mujeres y familias disconformes con el actual sistema de atención del parto. Es hora de hacer confluir las distintas voces, y transformar propuestas en acciones.

La investigación que hemos presentado presenta una variedad de temas relevantes, sin embargo, constituye una primera aproximación, que es necesario profundizar. Como puntos relevantes que merecen, a nuestro juicio, mayor atención en el corto plazo, se encuentran los siguientes: alternativas de atención al parto biomédico; rescate y revaloración de sistemas de nacimiento no biomédicos –indígenas y populares-; participación de no-especialistas en el parto hospitalario, especialmente del varón; atención al/a recién nacido/a; atención privada del parto.

Para cerrar, vuelvo a la primera persona: a pesar de haber recibido aportes de diversas fuentes y personas, el análisis que he presentado corresponde a mi particular punto de vista, a mis personales maneras de observar. En este sentido, y como planteara en la introducción, soy plenamente consciente de la subjetividad de mis observaciones. Me considero una intérprete, que, lejos de ser objetiva, se ha vinculado profundamente con el tema de estudio; me ha sido muy difícil evitar juicios apresurados, sin embargo he hecho un esfuerzo por traducir lo más fielmente posible lo que las mujeres y sus familias expresan y sienten. En este sentido, creo interpretarles.

Me parece urgente reconsiderar el tratamiento actual que se le da al parto, para volver a considerarlo un proceso natural, normal y saludable, cuya experiencia afecta profundamente a las mujeres y sus familias, y para devolverle a la mujer la confianza en que su sapiencia interior puede orientarla durante el proceso. El cuidado de salud necesita un giro hacia el respeto por la mujer, el/la recién nacido/a y las familias en sus dimensiones psicológicas, afectivas, sociales y culturales, devolviéndoles la facultad de incidir y de participar en procesos que los atañen íntimamente.

La invitación es a generar un debate donde profesionales de distintas disciplinas, y usuarios/as del sistema participen en una reflexión conjunta que apunte a entregar una atención de calidad y con humanidad. Devolver el protagonismo del parto a las mujeres y sus familias me parece de vital importancia para fomentar una sociedad sana, que desde su nacimiento tenga conciencia de su voz y de su autoridad.

Y, para concluir, presento a continuación un capítulo que, a modo de cierre, integra recomendaciones de diversas fuentes con las opiniones y experiencias de las mujeres usuarias del sistema biomédico, para formular propuestas de intervención que contribuyan a mejorar la atención hospitalaria de partos.

QUINTA PARTE, PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

FUTURO

¿Qué queda por desarrollar? Posibles caminos para avanzar hacia una real humanización de la atención del parto en nuestro país. A lo largo del presente trabajo expusimos las observaciones en tres hospitales de la ciudad de Santiago; conscientes de que no damos cuenta de toda la diversidad de la atención en nuestro país, sí da una idea de mecanismos que despojan a las mujeres de cualquier grado de autoridad y de intervención en un proceso que las atañe íntimamente.

A continuación quisiéramos plantear posibles líneas de intervención que apunten a devolver a las mujeres y sus familias protagonismo y autoridad en el curso del parto, atendiendo tanto a los niveles que denominamos de prescripciones institucionales, como de interacciones específicas entre el personal de atención y las mujeres y sus familias. Estas recomendaciones trascienden las clases, en el sentido de que no apuntan sólo al sistema público de atención, que ha sido foco de nuestra investigación, sino también al privado, donde se generan mecanismos de desautorización similares.

Integramos aportes de diversas fuentes (Wagner 1994, Ballesté y Fernández 1997, Campero et al. 2000, Muñoz et al. 2001, PRIMAL 2001, RELACAHUPAN 2003), tomando también en consideración las experiencias de las mujeres usuarias del sistema de salud para integrar sus necesidades y requerimientos. Las recomendaciones que planteamos contemplan apoyo para las mujeres, sus familias y redes sociales, en cuatro dimensiones: socio-cultural, cognitiva, emocional, y física.

La dimensión socio-cultural se refiere a los referentes culturales particulares que las mujeres y sus familias portan, que contienen información, pautas, creencias, y prácticas en torno a la manera de enfrentar y conducir el parto. La cognitiva alude a la información, conocimientos y/o consejos que ayudan a entender el entorno y adaptarse a los cambios. La emocional se refiere al comportamiento que favorece sentimientos de comodidad y dirige a un individuo a sentir que es admirado, respetado y amado, y que otros/as están dispuestos a proveerle cuidado y seguridad. Y la física o material se refiere a acciones y servicios que ayudan a resolver problemas prácticos. Una adecuada y completa atención necesita de medidas que contemplen estas dimensiones en su conjunto.

Enunciamos a continuación las medidas que nos parecen esenciales para la adecuada atención de partos:

-Conocer la realidad de la atención del parto y el nacimiento: para poder proponer nuevas formas de atención del parto es necesario conocer a profundidad la realidad en las salas de parto de los hospitales, lo cual se puede lograr si hay una investigación inter y multidisciplinaria que incluya la visión de las usuarias como la principal fuente de información, ya que son ellas las que realmente viven esa experiencia. Estas investigaciones ayudarán a proponer nuevas alternativas, basadas en las costumbres, necesidades y expectativas de las mujeres de cada localidad o región (RELACAHUPAN 2003).

-Capacitar de manera permanente (con evidencia científica y sabiduría ancestral) a las personas encargadas de los servicios de salud: el equipo de salud debe basar su práctica clínica en las mejores evidencias científicas disponibles y aplicarlas. Deben además revisar en forma frecuente y periódica la literatura científica para actualizar su conocimiento y brindar así la mejor atención. Debería incluirse en las universidades públicas (y alentar a las privadas) a la creación o mejora de las carreras para formación de parteras profesionales. Aquí es clave la inclusión de las parteras empíricas como parte del cuerpo docente. No trayéndolas a las universidades sino, más bien, llevando a las estudiantes a las comunidades a visitar y aprender de su forma de ver la profesión y la vida. Uno de los mecanismos es la retroalimentación en la formación. Tanto se puede aprender como enseñar y en el intercambio de las capacidades y nociones del oficio está el aprendizaje mutuo (RELACAHUPAN 2003).

-Buscar alternativas y opciones diferentes para la atención del embarazo, parto y nacimiento, en concordancia con las preferencias de los/as usuarios/as: la mayoría de los países con los más bajos índices de morbilidad materno infantil son aquellos que han incluido en los sistemas de atención del parto casas especiales o maternidades y el parto en casa. Estos sistemas han demostrado que ahorran recursos económicos ya que no se abusa de las nuevas y costosas tecnologías que se aplican indiscriminadamente en los lugares de atención en la actualidad. Se pueden crear espacios *humanizados* en los hospitales lejos de los espacios dedicados a las enfermedades como un primer paso. El objetivo es que las mujeres y sus familias tengan opciones para elegir verdaderamente la forma en que será atendido su parto (RELACAHUPAN 2003).

-Asegurar el derecho a información: el derecho a la información es básico, y contempla diversas esferas. Primero, el derecho de las mujeres y sus familias a tener acceso gratuito y fácil a la información acerca del proceso del parto, y a las alternativas para la atención. Asimismo para obtener ayuda en la preparación para el

parto y la maternidad. Segundo, el derecho a acceso a información de las instituciones públicas y privadas sobre sus estadísticas de intervención y seguridad y a su expediente médico. Este derecho incluye poder hablar con personas que les puedan explicar la información en una manera precisa, clara y sencilla. Tercero, que durante la atención, exista acceso inmediato a información completa acerca de todos los procedimientos que se le aplican a las mujeres o a sus bebés en el parto o el posparto. Las mujeres se deben informar de los posibles daños que provocan las intervenciones. Un derecho que tiene que ser respetado de manera escrupulosa es el de la información clara y sencilla a las usuarias acerca de las causas por las que se les va a practicar una cesárea, ya que permitiría que las mujeres estuvieran seguras y confiadas de que la intervención fue la mejor opción. Por otra parte las posibilita para tomar futuras decisiones sobre su salud, con el suficiente conocimiento previo. El consentimiento informado significa no solamente estar informada, significa poder decidir sobre lo que le informan, la mujer tiene derecho a decir no, y ser respetada (Ballesté y Fernández 1997).

-Crear espacios para la participación activa de las mujeres durante la atención materno-perinatal y en la elaboración y evaluación de políticas: sólo con una verdadera participación de las usuarias de los servicios podrá establecerse un sistema democrático en donde el servicio está en constante mejoría y avance a favor de toda la sociedad. No es suficiente brindar la información a las usuarias sobre el tipo de servicio que recibirán. Se deben crear instancias permanentes y abiertas donde se establezcan diálogos entre el personal de salud, la administración de las instituciones médicas y las usuarias para que las sugerencias de todas las partes puedan ser incorporadas en las normas o políticas nacionales relacionadas con la atención materno-perinatal (RELACAHUPAN 2003). La participación activa de las usuarias debe darse durante todas las fases de su atención, con la posibilidad de que sus conocimientos y sugerencias sean integrados en los procedimientos y prácticas inmediatas que se les aplican o prescriben. Esto implica el respeto por las tradiciones particulares de las usuarias, sus emociones, etc. Significa hacerlas sentir que son protagonistas del proceso, y que lo que sientan será tomado en cuenta.

-Asegurar el acompañamiento de personas de elección de la mujer, no especialistas, durante el parto: esta medida implica el reconocimiento de las necesidades emocionales de la mujer parturienta, y busca brindarle compañía y apoyo físico y emocional en trabajo de parto durante su estancia en el hospital. Se trata idealmente de la presencia y apoyo de personas que no sean parte del personal médico; la pareja u otros familiares o amigos, o personal especialmente capacitado para cumplir con esa función (como las doulas³⁵). Se han comprobado grandes

³⁵ En nuestro país, se realizó una experiencia del apoyo de doulas y de pareja en el contexto de atención hospitalaria, con el fin de reducir la elevada tasa de cesáreas. La experiencia, llamada *Efectos del apoyo social en nulíparas durante el embarazo y parto*, fue realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, en el año 2001-2002. Se realizó en

beneficios derivados de la presencia de personas que presten a las mujeres un apoyo y ayuda que diste de lo meramente fisiológico y que se centre en lo emocional. Entre los posibles acompañantes, consideramos que el varón, pareja de la mujer, constituye un apoyo fundamental, y debiera promoverse su participación, a través de medidas que aumenten y mejoren la calidad de su intervención. Para las mujeres es de gran importancia el poder compartir la instancia con alguien cercano/a, lo que las hace sentirse más confiadas, reduce su nivel de stress y ansiedad y mejora la percepción del proceso. En una atención completamente medicalizada, la presencia del varón las hace conectarse con la esfera cotidiana y habitual de sus vidas. En el caso de los varones, la experiencia los conecta con esferas emocionales que han estado alejadas de la definición tradicional de masculinidad, sobre todo en sectores populares, y los hace valorar a la mujer.

El apoyo psicosocial durante el trabajo de parto y parto ha sido objeto de interés sobre todo por el impacto que genera en los resultados obstétricos y en la salud del/a recién nacido/a. Diversos estudios clínicos han demostrado efectos positivos en la implementación de apoyo a la mujer a través del acompañamiento de no especialistas. Las mayores contribuciones de estos estudios han sido destacar la relación entre apoyo psicosocial y la reducción de distintas intervenciones obstétricas, como por ejemplo el uso de anestesia, analgesia, fórceps y cesáreas (Campero et al. 2000). En estos estudios, se ha encontrado que el apoyo durante el trabajo de parto acelera la recuperación materna, favorece el establecimiento temprano de lazos madre-hijo, reduce la ansiedad y depresión y reduce la duración del trabajo de parto.

-Respetar el derecho a un parto en privacidad física y emocional: se debe crear un ambiente de intimidad y seguridad con luz baja y tranquilidad. Las mujeres deben poder elegir quienes asistan su parto y a estar solas cuando quieren. Todo personal hospitalario y miembros de familia, deben estar invitados por la mujer para asistir al parto. Para sentirse segura, se recomienda que las mujeres estén acompañadas por

el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, hospital que en el año 2000 presentó una tasa de cesáreas del 38% (la tasa nacional de ese año fue de un 40%).

El objetivo del trabajo consistió en analizar la incidencia de cesárea en nulíparas de bajo riesgo obstétrico sometidas a apoyo social durante y trabajo de parto. El apoyo o soporte social se entregó a 20 mujeres, mediante la: implementación del programa educativo *Renacer del Parto Natural*, consistente en ocho sesiones educativas a las embarazadas, pareja y/o doula, desde las 20 semanas de gestación; la reingeniería de una unidad de partos, y el apoyo emocional de una doula y/ pareja durante el trabajo de parto y parto mismo. También se realizaron talleres educativos a las matronas del hospital y del Centro de Salud San Pedro de la Paz, para motivar su participación en la experiencia y dar a conocer los beneficios esperados.

De las 20 mujeres, seis recibieron apoyo de una doula (familiar o amiga cercana), cinco de su pareja y de una doula, una de la pareja exclusivamente, y ocho solas. Ocho mujeres adoptaron posiciones diferentes a la supina para el parto; 14 recibieron inducción ocitócica, hubo 5 partos sin anestesia, y sólo 2 cesáreas.

Se concluyó que en los casos analizados la incidencia de cesárea fue de un 5%. La percepción de la experiencia, fue placentera, gratificante y enriquecedora, tanto para las mujeres como para las familias y los/as profesionales que asistieron el trabajo de parto y parto. Se trata de intervenciones sencillas, de bajo costo, que contribuyen a mejorar la experiencia para todos y todas las participantes en el proceso, y que reducen las intervenciones médicas.

los/as mismos/as profesionales durante el parto y posparto. Contra el derecho a tener privacidad y auto-protección atenta la práctica de hacer tactos vaginales como una rutina (Ballesté y Fernández 1997).

-Evitar, con respecto a las prácticas y procedimientos durante el trabajo de parto: la restricción de movilidad y de ingesta de alimentos y líquidos; la práctica de exámenes vaginales frecuentes o repetidos, especialmente por más de un/a examinador/a; el monitoreo fetal de rutina; la posición supina de rutina; la rotura artificial de membranas de rutina en etapas tempranas del período de dilatación; el uso rutinario de infusiones intravenosas; el uso de ocitócicos en cualquier momento antes del parto cuyo efecto no pueda ser adecuadamente controlado; el uso de drogas de rutina que no sean específicas para corregir o prevenir complicaciones. También se recomienda evitar la inducción de los partos salvo casos excepcionales y auditados, y el rasurado pubiano y enema pre-parto de rutina.

Se recomienda evitar el estimular a la mujer a pujar cuando se haya diagnosticado una dilatación completa o casi completa, antes de que ella sienta la necesidad de hacerlo; y evitar la adherencia rígida a una duración definida del período de dilatación, si las condiciones maternas y fetales son buenas y si el trabajo de parto progresa. En el período expulsivo, evitar los esfuerzos de pujo dirigidos y prolongados; la divulsión y estiramiento del periné; y la práctica rutinaria o liberal de episiotomías.

Con respecto a las prácticas que se aplican sobre los/as bebés, se recomienda evitar: la amputación temprana del cordón umbilical, sondas para succionar, peras para sacar mucosas, inyecciones, gotas en los ojos. Punto fundamental es el derecho a estar juntos –madre y bebé- en un ambiente de tranquilidad, por el tiempo que desea la mujer. Tocar, cargar y amamantar al bebé en los primeras horas de vida es un derecho inalienable.

-Fomentar, mejorar y crear mecanismos de denuncia al alcance de las mujeres: todo sistema de salud debe ser autocrítico y para mejorar permanentemente sus servicios debe incorporar las críticas, recomendaciones y denuncias realizadas por las usuarias. Las mujeres deben sentirse apoyadas y estimuladas a denunciar servicios y/o prestadores de salud que no brindan una atención de calidad (RELACAHUPAN 2003). Para ello, las mujeres deben estar debidamente informadas de que tienen derecho a conocer los nombres de toda persona que las atienda, y que pueden evaluar la atención que recibieron antes de dejar los establecimientos de salud.

Todas estas medidas apuntan a lograr una atención del embarazo, parto y nacimiento integral, de calidad y sin discriminaciones. En lugar de implicar complicados cambios, significan una simplificación de los procedimientos que actualmente se utilizan y practican, con menos intervencionismo y menos utilización de tecnología. Estas medidas ayudan a que el parto sea una experiencia digna, gratificante, profunda y con amor, a que nunca sea concebido como un proceso rutinario y mecánico por quienes lo atienden.

BIBLIOGRAFIA CITADA Y CONSULTADA

-**Althabe F., Belizán JM., Bergel E.** 2002. *Tasas de Episiotomía en mujeres primíparas de América Latina: estudio descriptivo basado en hospitales*. Centro Latinoamericano de Perinatología, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. BMJ 324, pp. 945-946.

-**Amorós, Celia.** 1985. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Madrid: Anthropos.

-**Anguera, María Teresa.** 1997. *Metodología de la Investigación en las Ciencias Humanas*. Madrid: Cátedra.

-**Badinter, Elizabeth.** 1992. *XY: La Identidad Masculina*. Barcelona: Alianza.

-**Ballesté, Mercedes y Ana M. Fernández.** 1997. "Derechos reproductivos y cesáreas", en *Cesáreas: Tendencias actuales y perspectivas*. México: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos, pp. 55-64.

-**Barker, Gary.** 2002. *Gender Equitable Boys in a Gender Inequitable World: Reflexions from Qualitative Research and Program Development with Young Men in Rio de Janeiro, Brazil*. En: <http://www.promundo.org.br/download/GENEQBOY-2.doc> (23 de abril 2003).

-**Batesonn, Gregory.** 1992. *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohlé.

-**Beltrán, Miguel.** 1994. "Cinco Vías de Acceso a la Realidad Social", en García, Ibáñez y Alvira, *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza.

-**Bourdieu, Pierre.** 2000. *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.

-**Browner, Carole y Carolyn F. Sargent.** 1990. "Anthropology and Studies of Human Reproduction", en Johnson Thomas y Carolyn Sargent (eds.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. New York: Greenwood Press, pp. 215-229.

-**Campero, Lourdes et al.** 2000. "Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital", en Stern y Echarri (comps.). *Salud Reproductiva y Sociedad. Resultados de Investigación*. México: El Colegio de México, pp. 263-300.

- Castro, René.** 2001. “Bases para una política nacional de humanización en la atención del proceso reproductivo”, en *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud – Universidad de Chile, pp. 211-223.
- Castro, Roberto.** 1996. “En búsqueda del significado. Supuestos, alcances y limitaciones de los métodos cualitativos”, en Szasz y Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, pp. 57-85.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti.** 2002. “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, en Rico, López y Espinoza (coords.), *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM, pp. 245-263.
- CEPAL** (Comisión Económica para América Latina y El Caribe). 1993. *Desarrollo y Equidad de Género: una Tarea Pendiente*. Serie Mujer y Desarrollo, N° 13, Santiago de Chile.
- 2000. *Las Mujeres Chilenas en los Noventa. Hablan las cifras*. Convenio CEPAL-SERNAM. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Citarella, Luca** (compilador). 1995. *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Sudamericana.
- Comelles, Joseph María y Angel Martínez.** 1993. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- Davis-Floyd, Robbie.** 2001. “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth”, en *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, pp. 5-23.
- Davis-Floyd, Robbie y Carolyn Sargent.** 1997. “Introduction: The Anthropology of Birth”, en Davis-Floyd y Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: California Press, pp. 1-51.
- Declercq, Eugene et al.** 2001. “Where to give Birth? Politics and the place of birth”, en Devries et al. (eds.), *Birth by Design: Pregnancy, Maternity care and Midwifery in North America and Europe*. Great Britain: Routledge, pp. 7-27.
- Díaz, Ana María y Fredy Gómez.** 1998. *Los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Varones, una reflexión acerca de la Masculinidad y los Derechos*. Profamilia, Santafé de Bogotá.
- Ehreneich, Bárbara y Deirdre English.** 1988. *Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras*. Barcelona: La Sal, Ediciones de Les Dones.

- Foerster, Heinz von.** 1990. “Construyendo una realidad”. En: Watzlawick et al., *La Realidad Inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, Michel.** 1996. *La Vida de los Hombres Infames*. Argentina: Altamira.
- 1997. *El Nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- 1998. *Historia de la Sexualidad. Vol. 1*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Geertz, Clifford.** 1989. *El Antropólogo como Autor*. Barcelona: Piados.
- 1989b. *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa.
- 1994. “Géneros confusos. La refiguración del pensamiento social”, en *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós, pp. 151-182.
- Golub, Edward.** 1996. *Los Límites de la Medicina*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- González, Marta y Eulalia Pérez.** 2002. “Ciencia, tecnología y género”, en *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Información*. Número 2, enero-abril 2002. OEI (Organización de Estados Americanos para la educación, la ciencia y la cultura: <http://www.campus-oei.org/revistactsi/numero2/varios2.htm> (2 de agosto 2003).
- Haraway, Donna.** 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Cátedra, Madrid.
- Harding, Sandra.** 1995. “Después del Eurocentrismo: Desafíos para la Investigación Feminista en el Norte”, en *Feminismo, Ciencia y Transformación Social*. Granada: Universidad de Granada, pp.13-29.
- 1996. *Ciencia y feminismo*. Morata, Madrid.
- 1998. “¿Existe un método feminista?”, en *Debates en Torno a la Metodología Feminista*. México: UNAM, pp. 9-35.
- Harstock, Nancy.** 1983. “The Feminist Standpoint”, en Harding y Hintikka (eds), *Discovering Reality*. Holanda; Boston; Londres: D. Reidel Publishing Company.
- Helman, Cecil.** 1994. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- INE** (Instituto Nacional de Estadísticas) 1998, 1999, 2000, 2001. *Anuario de Demografía*. Santiago de Chile.

- Jordan, Brigitte.** 1993. *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States.* Illinois: Waveland Press.
- Junge, Patricia.** 2001. “Nuevos paradigmas en la antropología médica”, presentado en el 4º Congreso Chileno de Antropología, Universidad de Chile. En: <http://csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html> (7 de junio 2003).
- Kitzinger, Sheila.** 1997. “Authoritative Touch in Childbirth: a Cross-Cultural Approach”, en Davis-Floyd y Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives.* California: California Press, pp. 209-232.
- 2000. *Rediscovering Birth.* Italy: Pocket Books, Simon and Schuster.
- Kuhn, Thomas.** 1996. *La Estructura de las Revoluciones Científicas.* Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económico.
- Lagarde, Marcela.** 1994. *Democracia genérica.* México: REPEM – México y Mujeres para el Diálogo.
- Lamas, Marta.** 1996. “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, en Lamas (comp.), *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual.* México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) - Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 327-366.
- 1996b. “La Antropología Feminista y la Categoría de Género”, en *Nueva Antropología*, Vol. VIII, N° 30, pp. 173-198.
- Lemaitre, J., Luisa Cabal y Mónica Roa.** 2001. *Cuerpo y Derecho: legislación y jurisprudencia en América Latina.* Colombia: Editorial Temis.
- Lerner, Susana.** 1996. “La formación en metodología cualitativa, perspectiva del programa salud reproductiva y sociedad”, en Szasz y Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.* México: El Colegio de México, pp. 9-15.
- López, Paulina.** 2003. “Evaluación de la precisión del diagnóstico de edad gestacional fetal basado en los datos de la mujer”. Tesis, Magíster en Bioestadística, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Magallón, Carmen.** 1995. *Privilegio Epistémico, Verdad y Relaciones de Poder. Un debate sobre la Epistemología del Feminist Standpoint.* Illinois.
- Martin, Emily.** 1991. “The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles”, en *Signs* 16 (3): 485-501.

- Martínez, Carolina.** 1996. “Introducción al trabajo cualitativo de investigación”, en Szasz y Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, pp. 33-56.
- Matamala, María Isabel et al.** 1995. *Calidad de la Atención. Género ¿Salud Reproductiva de las Mujeres?* Santiago de Chile: Reproducciones América.
- Maturana, Humberto.** 1997. *La Objetividad, un Argumento para Obligar*. Chile: Dolmen.
- Maturana, Humberto y Francisco Varela.** 1987. *El Arbol del Conocimiento*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Mead, Margaret.** 1990. *Sexo y Temperamento*. México: Paidós.
- Menéndez, E.** 1984. “Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud”, en *Cuadernos de la Casa Chata*, N° 86, CIESAS.
- 2001. “De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación”, en *Relaciones* 88 (22): 119-163.
- Michelet, Jules.** 1989. *Historia del Satanismo y la Brujería*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte.
- MINSAL, Ministerio de Salud.** 1991. *Programa de Salud Materna y Perinatal*. Santiago de Chile: MINSAL, Depto. Programa de las Personas.
- 1996 *Anuario de Egresos Hospitalarios, 1996*. Santiago de Chile: MINSAL, Depto. de Coordinación e Informática.
- 1997. *Programa Salud de la Mujer*. División Salud de las Personas. Santiago de Chile: MINSAL, Depto. Programa de las Personas.
- 1998. *Atención de Salud con Enfoque Familiar*. En: <http://www.minsal.cl/> (15 de agosto 2003).
- 2001. *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*. Santiago de Chile.
- Montecino, Sonia.** 1991. *Madres y Huachos, alegorías del mestizaje chileno*. Santiago de Chile: Cuarto Propio, CEDEM.
- 1996. “Devenir de una traslación: de la mujer al género o de lo universal a lo particular”, en Montecino y Rebolledo, *Conceptos de Género y Desarrollo. Serie Apuntes Docentes*. Santiago de Chile: PIEG.

-1996b. “De lachos a machos tristes: la ambivalencia de lo masculino en Chile”, en Montecino, Sonia y María Elena Acuña (comps.) *Diálogos sobre el Género Masculino en Chile*. PIEG, Universidad de Chile. Santiago de Chile: Bravo y Allende, pp. 14-26.

-**Muñoz, Hugo et al. (eds.)** 2001. *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud – Universidad de Chile.

-**Obando, Ana Elena.** 2003. *Derechos Sexuales y Reproductivos*. WHRnet (Women’s Human Rights net): <http://www.whrnet.org/docs/tema-derechossexuales.html> (15 de julio 2003).

-**Odent, Michel.** 2001. *La Cientificación del Amor, el Amor en la Ciencia*. Argentina: Editorial Creavida.

-**Olavaria, José.** 2001. *Y Todos Querían ser (Buenos) Padres. Varones de Santiago de Chile en Conflicto*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Lom Ediciones.

-**OPS (Organización Panamericana de la Salud).** 2001. *Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud*. Washington DC. En, http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/comparados/salud_reproductiva (13 de agosto 2003).

-**Ortner, Sherry.** 1979. “¿Es la Mujer con respecto al Hombre lo que la Naturaleza con respecto a la Cultura? “, en *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Eneagrama.

-**Palma, Milagros.** 1990. “La malinche: el malinchismo o el lado femenino de la sociedad mestiza”, en Palma (ed.) *Simbólica de la Femenidad. La mujer en el imaginario mítico-religioso de las sociedades indias y mestizas*. Colección 500 Años. Cayambe: Ediciones Abya-yala.

-**Pérez Sánchez, Alfredo.** 1999. *Obstetricia*. Publicaciones técnicas Mediterráneo: Santiago de Chile.

-**PRIMAL** (Organización para la humanización del parto, la vida y el nacimiento). 2001. “Parir y nacer dignamente”, en: http://www.cosmovisiones.com/primal/t_dere01.html (15 de septiembre 2003).

-**Puleo, Alicia.** 1992. *Dialéctica de la Sexualidad*. Madrid: Ediciones Cátedra.

-**RAE** (Real Academia Española). 2001. *Diccionario de la Lengua Española*, Vigésimo segunda edición. En: <http://www.rae.es> (septiembre 2003).

-**RELACAHUPAN** (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento). 2000. “Declaración de Ceará en torno a la Humanización”, en: <http://www.relacahupan.org/declaracion.html> (13 de marzo 2003).

- 2001. “Encuesta sobre la atención de parto en América Latina”, en: <http://www.relacahupan.org/encuesta.html> (13 de marzo 2003).
- 2003. “Caminos para la humanización del parto y el nacimiento”, en: <http://www.relacahupan.org/caminos01.html> (29 de septiembre 2003).
- Rodó, Andrea.** 1885. *El Cuerpo Ausente*. Santiago de Chile: Sur Profesional.
- Rubin, Gayle.** 1996. “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”, en Marta Lamas (comp)., *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG (Programa Universitario de Estudios de Género) - UNAM.
- Sagrada Biblia.** 1965. Barcelona: Editorial Herder.
- Sánchez, Dolores.** 1999. “Mujer hasta la tumba. Discurso médico y género: una aproximación desde el análisis crítico del discurso a un texto didáctico de ginecología”, en *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad* 1 (2): 61-84.
- Sheperd, Linda.** 2002. “The feminine face of science”, en *Resurgence Magazine on-line*: <http://resurgence.gn.apc.org/home.htm>. (15 de agosto 2003).
- Scheper-Hughes, Nancy.** 1990. “Three propositions for a critical applied medical anthropology”, en *Social Science & Medicine*, vol. 30, N° 2. Londres: Pergamon Press Ltd.
- SERNAM, INE** (Servicio Nacional de la Mujer, Instituto Nacional de Estadísticas). 2001. *Mujeres Chilenas, Estadísticas para el Nuevo Siglo*. Santiago de Chile.
- SERNAM** (Servicio Nacional de la Mujer). 2003. Infoestadísticas, “Parto con presencia del padre”, y “Servicios adecuados para la presencia del padre en el parto”, en: <http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm> (26 de septiembre 2003).
- Seidler, Victor.** 2000. *La Sinrazón Masculina; masculinidad y Teoría Social*. UNAM, PUEG, CIESAS. México: Pados.
- Stepan, Nancy.** 1986. “Race and Gender: The Role of Analogy in Science”, en *Isis* 77: 261-277.
- Szasz, Ivonne y Ana Amuchastegui.** 1996. *Un Encuentro con la Investigación Cualitativa en México*. En, Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.) Para Comprender la Subjetividad, Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, México, pp. 17-30.
- Tezanos, Sergio de.** 1987. *Breve Historia de la Medicina Universal*. Santiago de Chile: Universitaria.

- Taylor, Steven y R. Bogdan.** 1992. *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Valenzuela, Sergio.** 2001. “El Parto Humanizado: Modelos de Apoyo Emocional y Concepción de Parto Natural”, en *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Ministerio de Salud – Universidad de Chile.
- Valles, Miguel.** 2000. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vega, Ana María.** 2003. *Los derechos reproductivos y sus interpretaciones: Una causa que se promueve en la ONU*. En: <http://www.vidahumana.org/vidafam/onu/derechos-rep.html> (17 de agosto 2003).
- Wagner, Marsden.** 1994. *Pursuing the birth machine, the search for appropriate birth technology*. Australia: Australian Print Group.
- 2000. “Fish can’t see the water: the need to humanize birth”. Ponencia presentada en Homebirth Australia Conference, Noose, Australia. En, <http://www.acegraphics.com.au/articles/wagner03.html> (5 de agosto 2003).
- Weisner, Mónica.** 1999. “La Antropología Médica, Lo Uno- Lo Múltiple”, en *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología*, Tomo I, pp. 71-80.