

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

“ASÍ ME NACIERON A MI HIJA.” APORTES ANTROPOLOGICOS PARA EL ANALISIS DE LA ATENCION BIOMEDICA DEL PARTO HOSPITALARIO.

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 esperadas 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

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).

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.

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.

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. Las etapas del ciclo vital de las mujeres se patologizan, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas. Como eje analítico para comprender estos fenómenos, utilizaremos el concepto de *conocimiento autoritativo* (*authoritative knowledge*, Jordan 1993), entendido como el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado. La constitución del conocimiento autoritativo es un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad, que en la atención de partos hospitalarios, toma la forma de supresión activa de todo lo que la mujer pueda saber, sentir o imaginar acerca de sí misma durante el proceso.

En Chile, así como en gran parte del mundo, 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

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).

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 medicalización³ del proceso del parto, menor (o nula) será la autoridad que la mujer y sus redes de apoyo puedan ejercer durante el proceso.

En nuestro país, hoy contamos con una cobertura de un 99,7% de partos con atención profesional, la cifra más alta de Sudamérica, lo que se ha traducido en una muy baja tasa de morbilidad materna y neonatal, en comparación con los países vecinos. Al mismo tiempo, presentamos 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.

Nos interesa a continuación exponer resultados y observaciones de atención de partos y entrevistas a mujeres atendidas en hospitales públicos de la ciudad de Santiago⁴, enfocándonos 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 las relaciones de poder y deslegitimación de los saberes de las mujeres usuarias y sus familias. Para ello, recorreremos a continuación algunos de los indicadores propuestos por Jordan (1993) para el análisis de la atención de partos, a saber; la definición cultural del evento, el “territorio” donde ocurre, los/as participantes, y el uso de medicación y tecnología,

De enfermedad y pacientes: *Por eso a una siempre le dicen ándate a última hora al hospital*

Si nos preguntamos cuál es la definición cultural del parto, debemos primero insertarlo en el contexto del dominio de la ciencia médica occidental, donde 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.

³ 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).

⁴ Observación y entrevistas realizadas entre el año 1999 y 2002 en los hospitales San Borja Arriarán, Salvador y Luis Tisné Brousse.

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* (RAE 2001).

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* (Ibid.). Por tanto, el preñado de la mujer es un estado que incomoda, que obstaculiza, que impide.

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”*. Atendiendo al testimonio de Clara: *“uno 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.

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 mí 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.”*

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.⁵

En este sentido, Marcela Lagarde (1994) 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

⁵ 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.

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.

Dicha expropiación es aún más clara cuando además la mujer debe ingresar a un "territorio" donde sus saberes no son reconocidos. En el caso del parto, por territorio entendemos el lugar físico donde éste ocurre, 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 parto⁶ 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. Sin embargo, 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 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 casi exclusivamente accesibles para mujeres y familias de ingresos elevados.

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 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.

⁶ 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.

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 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, y donde se privilegia la participación de personal alópata. Esto significa y tiene directa relación con el hecho de que el parto sea concebido fundamentalmente como un proceso fisiológico y patológico.

Con respecto al personal especializado que participa en los partos, 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 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 anestelistas, 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.⁷ 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.).

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

⁷ 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 muchos discursos se tiende a homosexualizar al matrón, lo mismo que al enfermero.

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.

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 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 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.⁸

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.

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).

⁸ 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.

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. Desde el pre-parto y durante el parto, el personal médico se refiere a la smujeres como *hija, mamá, mamita, mujer, 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 artificio*, y en otra acepción, como *sexo, especialmente en las hembras* (RAE, 2001).

Entendida como sexo, la *naturaleza* de las mujeres da pie para la sexualización de las interacciones y las mujeres. Como ejemplo, recordamos 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.

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 anestesista. 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 anestesista 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?*”

Con referencia a los participantes durante el parto, 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. 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.⁹

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 morbilidad 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 la gran mayoría de los casos en que participa, lo hace sólo en el período expulsivo del parto. Aunque sea un breve momento, y sólo la

⁹ 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

culminación de un proceso, en los testimonios de los varones comprobamos que esta participación produce fuertes cuestionamientos en sus definiciones de lo que significa ser hombre y ser padre. Diversos relatos de padres apuntan a un reconocimiento de que *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, que se contradice con las definiciones de la masculinidad hegemónica, los lleva en ocasiones a reflexionar sobre 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 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 en parte 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

mujer, se permite el ingreso de otro/a familiar cercano; y casos de otros establecimientos donde en casos especiales también se permite.

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.

Los testimonios de 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 o algún/a otro/a familiar. 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, sino que también se acompaña de un cambio de actitud por parte de los varones. 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.

Otro factor que merece atención es el uso de medicación y tecnología durante el parto, que 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 anestesia locales para la episiotomía, principalmente.

Las mujeres por lo general 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 de su hija: (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.

Otro factor que consideramos de fundamental importancia en la atención de partos hace referencia a las formas en que se toca a las mujeres. 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.

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. 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 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.

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.

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.”

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, 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.

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 conducir 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.¹⁰

En la atención hospitalaria de partos existe un comportamiento *adecuado* que se espera implícitamente que las mujeres adopten y cumplen. 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 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.

¹⁰ 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).

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!*”

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 autoritativo*, 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 autoritativo se legitima, y los participantes –incluida la mujer– concuerden en que en el personal médico recae la autoridad para tomar todas las decisiones.

Lo que primero aparece como relevante es que muchas mujeres describen una atención de características distintas a las que observamos 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 introyectan la culpa.

En el relato de Clara, por ejemplo, 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”. El testimonio de Clara: “yo siempre dije que nunca voy a pedir esa anestesia”, es relevante por cuanto ella –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*”. 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 preguntó si eso era 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, su 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 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 harto 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 punto 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.”

Mecanismos de desautorización

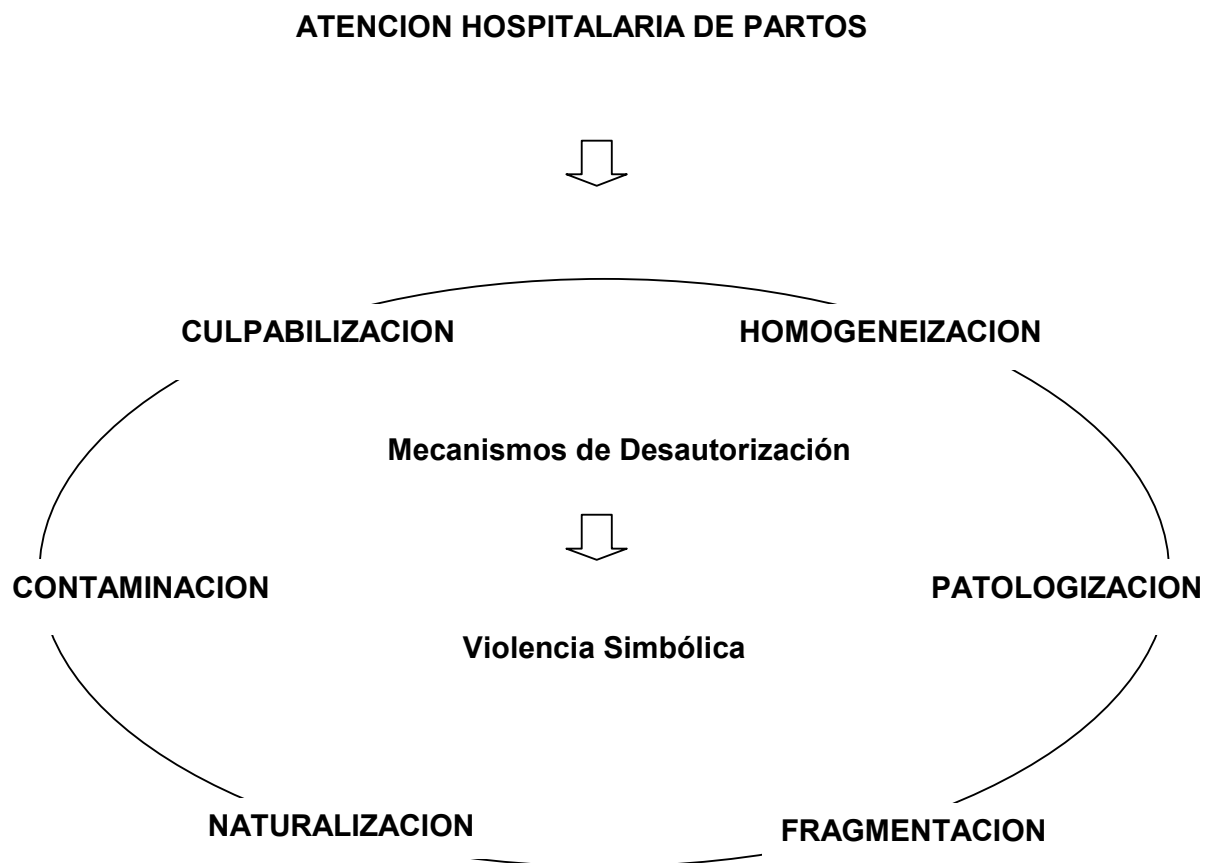
Hemos realizado un recorrido por diversos aspectos que nos parecen relevantes de la observación realizada de atención hospitalaria del parto; nos referimos a la definición cultural del proceso, al territorio donde ocurre, a los/as participantes, medicación y tecnología, como ejes constitutivos de un conocimiento autoritativo 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 autoritativo que hemos desarrollado a lo largo del presente trabajo.

Desautorizar se entiende como el “*quitar a alguien o algo autoridad, poder, crédito o estimación*” (RAE 2001). 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 autoritativo 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 de la gestación 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 autoritativo 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 recopilamos las ideas principales del análisis, y planteamos posibles líneas de profundización a futuro.

A modo de corolario

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 morbilidad 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, y sólo muy recientemente se están discutiendo 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 élites 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 revele 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 el modelo alópata de atención 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. Se entiende 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.

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 consensuado, que promueve una serie de prácticas que derivan en un trato impersonal y deshumanizado de los/as usuarios/as.

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, tomaré 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, 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.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 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.
- 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.
- 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.
- Helman, Cecil.** 1994. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Jordan, Brigitte.** 1993. *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- Lagarde, Marcela.** 1994. *Democracia genérica*. México: REPEM – México y Mujeres para el Diálogo.
- 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.
- RAE** (Real Academia Española). 2001. *Diccionario de la Lengua Española*, Vigésimo segunda edición. En: <http://www.rae.es> (septiembre 2003).