

“El parto (no) es cuestión de mujeres”.

Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile.

“Labor is (not) a matter of women.” Representations of national, migrant and foreign women from health professionals, in the context of childbirth, in Santiago, Chile.

Andrea Avaria¹

Resumen

Presentaré resultados parciales de una investigación mayor en curso. Investigación de carácter cualitativo, que da cuenta de la complejidad de la atención de salud del parto de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras. Evidencio los modos en que las mujeres son observadas y tratadas por el sistema público y privado de salud, en el marco de la atención del parto. Afirmino la desigualdad de poder en que se sitúa a las mujeres: desigualdad de género, que se instala y configura a partir de discursos, prácticas e interacciones al interior del sistema sanitario, y a través de la medicalización del parto. Estos aspectos se interseccionan con el origen nacional, la raza, y la clase de las mujeres, lo que se traduce en prácticas complejas de inclusión y exclusión social. A través de los resultados debatiré las categorías sobre las mujeres y la salud reproductiva de estas, estos nos permiten interpretar reflexivamente las interacciones y prácticas que se producen en torno al parto. Cuestiono las lógicas desde las cuales se asume que, la clase y la nacionalidad, como lugar en que se ubica a las mujeres en el sistema de salud, se constituyen en garantía (o no) de la salud de las mujeres.

Palabras clave: Parto, migración, desigualdad, interseccionalidad, poder, representaciones sociales.

Abstract

¹ Dra en Estudios Avanzados en Antropología Social por la Universidad de Barcelona. Investigadora Fondecyt proyecto 3160106. Docente e investigadora en Universidad Autónoma de Chile y a la Universidad Alberto Hurtado

I will present partial results of a major ongoing investigation. Research of a qualitative nature, which accounts for the complexity of the health care of childbirth of national, migrant and foreign women. It evidences the ways in which women are observed and treated by the public and private health system, within the framework of childbirth care. I affirm the inequality of power in which women are situated: gender inequality, which is installed and configured based on discourses, practices and interactions within the health system, and through the medicalization of childbirth. These aspects intersect with the national origin, race, and class of women, which translates into complex practices of inclusion and social exclusion. Through the results I will discuss the categories on women and their reproductive health, these allow us to reflexively interpret the interactions and practices that occur around childbirth. I question the logics from which it is assumed that class and nationality, as a locus where women are placed in the health system, constitute a guarantee (or not) of women's health.

Key words: Childbirth, migration, inequities, intersectionality, social representation, power.

Presentación

El embarazo y el parto, ocurren biológicamente de manera similar en las mujeres, sin embargo, las diferencias de carácter estructural y cultural en el mundo producen experiencias y resultados muy diversos respecto del parto en cada una de las mujeres.

En el contexto nacional, la migración ha puesto en cuestión las relaciones y los mecanismos a través de los cuales se elaboran las relaciones sociales en los establecimientos de salud, y en la sociedad en general.

La medicalización del parto, se instaló en Chile con el objeto de cuidar a las mujeres y a los recién nacidos principalmente (Zárate, 2009, 2009), bajo este precepto se intervino el ejercicio de las parteras, por lo general mujeres, y se controló el espacio de desarrollo del parto: el hogar. El parto se trasladó a un espacio institucional, androcentrado y medicalizado. El poder de lo médico, de la institución hospitalaria se ha incrementado, en cambio las mujeres han perdido protagonismo y agencia, a pesar de ser un evento que sucede exclusivamente en el cuerpo femenino.

El actual escenario nacional de migración y recepción de población extranjera, ha generado tensión. Se espera que la población migrante integre las lógicas institucionales, incorpore prácticas culturales y sociales locales en torno al cuerpo, en particular se le pide adaptación en torno a la salud sexual y reproductiva, especialmente en relación al parto y la crianza de los hijos.

A continuación se desarrollará parte de una investigación en curso², que aborda las experiencias de embarazo y parto de las mujeres nacionales, extranjeras y migrantes³. Para efectos de este artículo, se presentará una aproximación parcial al análisis que da cuenta de las representaciones que los equipos de salud públicos y privados elaboran, en torno a las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras en el marco de la atención del parto. Se dará

² Financiada a través de Fondecyt 3160106

³ Me referiré diferenciadamente a persona migrante y extranjera, distinciones que se producen en el marco de la interacción social respecto de la clase, raza y nacionalidad principalmente. Migrante, de origen nacional latinoamericano, racializado como negro o indígena, o proveniente de un país subdesarrollado, precarizado, de clase baja o media. Extranjero, representado por lo general blanco, de clase media o alta, proveniente de un país desarrollado.

cuenta de las lógicas de poder y saber que se elaboran respecto de la clase, el género, la nacionalidad y la raza, como aspectos que estructuran las interacciones sociales.

En un inicio, se subrayará antecedentes sobre la atención sanitaria y en particular sobre la atención del parto en el actual contexto de migración en Chile; en un segundo momento, se presentará aspectos metodológicos de la investigación, deteniéndose en elementos teóricos que han permitido abordar la cuestión de la atención de salud en relación al parto, salud y migración. En un tercer momento, presentaré una propuesta analítica de modo de comprender la complejidad que se produce en el marco de la atención del parto de mujeres migrantes, nacionales y extranjeras, en los sistemas de salud público y privado. Las preguntas que orientarán esta reflexión son: ¿La condición de migrante y extranjera sitúan diferenciadamente a las mujeres en cómo son vistas y atendidas por el sistema sanitario? ¿Las mujeres nacionales y extranjeras son vistas como iguales durante el parto? ¿Los equipos se posicionan de igual manera, durante la atención de salud reproductiva, frente a las mujeres nacionales y a las mujeres extranjeras y migrantes?

Antecedentes de contexto

El Censo del año 2017 permitió dimensionar, en el contexto de la población nacional de 17.574.003 de habitantes, la proporción de población migrante. Los datos indican que un total de 1.119.267 son personas nacidas en el extranjero, es decir, un 6,1%. La población extranjera proviene principalmente del continente americano. El 50,7% de la población migrante en Chile viene de: Perú 25,3%, Colombia 14,2%, Venezuela 11,2%. También ha llegado desde Bolivia 9,9%, Haití 8,4%, Argentina 8,9%, Ecuador 3,7%, España 2,3%, Estados Unidos 1,8%, Brasil 1,9%, China 1,5% y República Dominicana 0,8%. La concentración de la población nacional se observa principalmente en la Región Metropolitana en un 40 %. La población extranjera se concentra en un 62,91% en la región Metropolitana y el 9,36% en Antofagasta, siendo también las regiones de Tarapacá, Valparaíso, regiones con alta presencia migrante⁴.

Los antecedentes de la Casen 2015 indican que la población extranjera es mayormente femenina, joven y en edad reproductiva. Las brechas entre nacionales y extranjeros son

⁴ Datos segunda y primera entrega Censo 2017.

evidentes; el 2,5% de los nacionales no se encuentra adscrito a ningún sistema de salud, un porcentaje mayor de extranjeros, el 15,7 %, no está adscrito a ningún sistema. De quienes cotizan en Fonasa la mayoría es población chilena el 77,7% y un porcentaje menor, el 62% es población extranjera. Cabieses, Tunstall, Pickett, Gideon (2012) y el Departamento de Extranjería y Migraciones (2016)⁵, coinciden en que la población extranjera ha tendido a acceder al sistema privado de salud; sin embargo, quienes tienen menores ingresos reportan mayor ausencia en el uso de prestaciones de salud. La atención prenatal y ginecológica son las más frecuentes y sin embargo, la atención asociada al control de niño sano presenta una merma en la asistencia (Cabieses, Tunstall, Pickett, Gideon, 2012. Cabieses, Flaño, Gálvez, Ajraz, 2017).

Cabe subrayar que, en Chile, el acceso a la seguridad social en salud es de carácter obligatorio. Toda vez que un trabajador es contratado, este debe adscribir al sistema público o privado; y quienes no cuentan con condiciones para adscribir al sistema son considerados beneficiarios del sistema público. Este enfoque dual produce una “segmentación del sector salud entre un sistema privado que concentra a las personas de ingreso más alto y menor riesgo médico y un sistema público que reúne aquellos de ingreso más bajo y mayor riesgo de salud” (Larrañaga, 2000. p. 421). Las consecuencias en la calidad de la atención y el acceso a la salud se reflejan en la discriminación que por ingreso se produce en las instituciones privadas de salud, por lo que el ejecutivo ha implementado una serie de acciones que permitan garantizar de forma explícita el acceso a salud, con el objetivo de disminuir las segmentaciones que, por género, edad, ingreso se producen en el sistema de salud (Blackburn, Espinosa, Tokman, 2004). La percepción de salud es peor en las mujeres que en los hombres, en personas en edad reproductiva y productiva; y en personas de mayor edad y de menor nivel educativo (MINSAL, 2017).

Un importante foco de tensión es la salud y el acceso al sistema sanitario de la población migrante. El 2015, a través del oficio A15, del Ministerio de Salud, se explicita la entrega de prestación de salud a toda la población migrante (independiente de su situación migratoria), “las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento”. En el

⁵ DEM. (2016). Migración en Chile, 2005-2014. Sección estudios del Departamento de Extranjería y migración del Ministerio del Interior y seguridad pública. Santiago de Chile. Disponible en: www.extranjeria.gob.cl

contexto nacional y dado la tensión que se ha generado en relación a la población migrante y en particular respecto del embarazo de las mujeres migrantes, se instaló en los discursos de la calle y en los discursos institucionales, la percepción de que las mujeres utilizan este recurso con fines instrumentales, debido al interés subyacente de acceder a un visado. Sin embargo, esta afirmación puede ser desmentida con evidencia. A partir de una revisión de los visados temporales emitidos por el Departamento de Extranjería entre el 2006 al 2012 se comprobó que sólo el 0.88% (4.345) de los 493.645 visados, estaba asociado a la condición de embarazo (Guerra e Hidalgo 2017, p.220).

La población migrante es percibida por los equipos de salud, como aprovechadora del sistema (Guerra e Hidalgo, 2017). El sistema sanitario, ha construido la migración como riesgo ya que la población usuaria no cumple con la expectativa relacional: la población migrante no accede al sistema en los tiempos estipulados para los controles de salud, se producen pérdidas de las horas asignadas, produce tensión en el cumplimiento de la atención de las mujeres embarazadas y los controles de niño sano. Los datos de la comuna de Recoleta muestran la brecha en el acceso tardío a los controles de embarazo; esta situación se evidencia, por ejemplo, en la comuna de Recoleta, al comparar chilenas (33,4%) y extranjeras (66,5%) de acuerdo a lo afirmado por Cabieses, Bernales, McIntyer (2017). En esta comuna el 2012, el 20,4% de las usuarias del Chile Crece contigo era de Perú (Cabieses, Oyarte, Chepo, Bustos, Chadwick, 2017). Estos datos reafirman la representación negativa de las usuarias mujeres principalmente, migrantes.

Por otro lado, la tasa de egresos hospitalarios de la población extranjera es menor que la nacional, la principal causa de egreso hospitalario en la población extranjera es el “embarazo, parto y puerperio con un 43,7% del total. En el caso de las chilenas es de un 19,4%” (Agar, Delgado, Oyarte, Cabieses, 2017, p.105). El número de nacimientos en el país disminuyó en un 2,5% entre el 2014 y el 2015; y el número de hijos bajó a un 1,8 en 2015, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas.

Salinas, Naranjo, Pastén, Retamales (2007), destacan que las cesáreas corresponden a 40% de los partos en Chile; de estas un 30% suceden en el sector público y el 60% se practica en el sector privado. Si contrastamos datos en otros países, de acuerdo a la OMS el 2012 en Haití la cobertura de atención especializada llegó al 37,3% y la práctica de cesáreas al 5,5%

(OMS). En cambio, en Perú la atención de especialidad es de 86,7%, y de estas 22,9% fueron cesáreas (OMS, 2012); en Bolivia la atención médica llega a un 71,1% y el 18,3% cesáreas (OMS, 2008). En el mundo un 15% de los nacimientos se producen por cesárea y, sin embargo, en Latinoamérica y el Caribe las cesáreas alcanzan un 29,2%; en los países desarrollados estas son de 21,1% (Beltrán, Meriardi y otros, 2007).

Las recomendaciones de la OMS (1985) enfatizan la necesidad de que los países respeten los procesos que naturalmente se producen en los partos y nacimientos de modo de reducir a no más del 10% los nacimientos vía cesárea y respetar las necesidades de las mujeres. El Ministerio de Salud en Chile, a través de la publicación del Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (Minsal, 2008), subraya la importancia de una gestación acompañada. El documento pone énfasis en: la atención prenatal y postnatal, en la relevancia de la salud mental durante este proceso, en el respeto de las necesidades de las mujeres durante el parto; por ejemplo, considerar el apoyo y contención, respetar la alimentación e hidratación, el movimiento, la administración de analgesia de acuerdo a las necesidades. Subraya la importancia de evitar intervenciones innecesarias (uso de episiotomía, posición litotómica, monitorización cardiofetal, etc.)

Como parte de la preocupación nacional en relación al desarrollo integral de los niños y niñas, se creó el Sistema integral de la Infancia. En una década, se ha beneficiado a 1.650.000 niños y niñas y 2 millones de gestantes han sido controladas. Este programa apoya a las mujeres y las familias durante la gestación. Promueve la importancia del parto respetado, destaca el impacto de este proceso en el desarrollo de los y las niñas. El programa estimula la participación activa del progenitor en el proceso del embarazo, nacimiento y cuidado del recién nacido⁶. Los actuales desafíos de implementación del programa son la diversidad étnica que enfrentan y las resistencias que estas provocan en los equipos.

Para este artículo, se propone abrir reflexiones en torno a: (1) cuestionar la permeabilidad del sistema de salud en la atención del parto en un contexto de diversidad, (2) dar cuenta de las intersecciones que se producen en el sistema sanitario público y privado de la atención del

⁶ Consultar Catálogo de prestaciones 2018. Disponible en línea. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Catalogo-Prestaciones-ChCC-2018-Ok.pdf>

parto, en relación a las representaciones y exclusión e inclusión de las mujeres (en su condición de nacionales, extranjeras o migrantes).

Cuestiones metodológicas

Este artículo se centra en las entrevistas realizadas a personal sanitario del sector público y privado, principalmente médicos, matronas/es, Trabajadores sociales, así como de personal de nivel técnico (servicios de salud). Los elementos que se presentan forman parte de una investigación mayor que explora las intersecciones de clase, género, nacionalidad y raza en el marco de la experiencia del embarazo y parto de mujeres nacionales, extranjeras y migrantes en el contexto de la Región Metropolitana⁷.

En el marco de la investigación de carácter cualitativo se entenderá que la salud es una construcción cultural y no solo biológica; por ende, el parto está cargado de significado más allá de ser un hecho biológico en las mujeres. Pese a que el embarazo y el parto ocurren en el cuerpo de las mujeres, éste ha sido altamente normado y medicalizado. A pesar de que las mujeres ancestralmente han apoyado el parto de otras mujeres, estas han sido desplazadas, subordinadas al control masculino hegemónico y biomédico, a través de la medicalización e institucionalización del parto (Zárate, 2009, 2008). La medicalización del parto anula el cuerpo de las mujeres como espacio de poder y de saber, subordina los cuerpos femeninos y los estigmatiza (Goffman, 2003). En los cuerpos se articulan las interacciones; a través de ellos se confrontan el conocimiento experto (médico-institucional), el saber-poder hegemónico y el conocimiento vivido o experienciado (de las mujeres).

Estas construcciones se (re)producen en lo cotidiano en las intersubjetividades que se elaboran en el sistema sanitario (Berger y Luckmann, 1995; Schütz, 1962) y que implican interacciones valóricas, sociales, normativas; lo que favorece la construcción de un contexto (biomédico) y los modos de hacer y de ser, principalmente medicalizado. Centrado en la figura del especialista médico, estructurado en lo biomédico (tecnología, conocimiento científico, saberes hegemónicos), estructurante de estas diferencias (estructuras de saber, modelo hegemónico) (Bourdieu, 1991).

⁷ La investigación ha sido financiada por Fondecyt a través de un fondo postdoctorado 3160106, año de ejecución 2015-2018.

Para acceder a las vivencias de parto y atención de salud, en los niveles primario y secundario de salud del sector público y del sector privado (clínicas, consultas privadas), se implementaron entrevistas en profundidad. Si bien, para comprender lo social, durante la investigación la autora se ha situado en la interacción entre los sujetos, en este artículo se presenta sólo el análisis de las entrevistas realizadas a los y las profesionales que interactúan con las mujeres durante el embarazo y el parto.

Cada entrevista en profundidad, fue antecedida por la revisión conjunta y la aceptación del consentimiento informado. Las entrevistas (más de una en varios casos) fueron grabadas y transcritas. Los datos personales de cada entrevistado/a, han sido modificados para resguardar la identidad y confidencialidad de las personas.

Se consideraron solo las entrevistas llevadas a cabo a la fecha 2016-2018⁸, de acuerdo a la especialidad y del sistema de salud en que trabaja: ginecólogo (Sistema Privado: 3); Matrona (3 Sistema Público, 3 Sistema privado), Trabajadora Social (Sistema público:2); personal salud nivel técnico (4); en total 15 personas. Las entrevistas han sido analizadas considerando categorías de acuerdo a los objetivos propuestos: representaciones de las mujeres (nacionales, extranjeras, migrantes), necesidades de las mujeres en la atención de salud del parto percibidas por los equipos; comparaciones y diferenciadores que utilizan los equipos para referirse a las necesidades del parto; diferenciaciones que construyen dependiendo del origen nacional de las mujeres. Se resumen las tipologías en un cuadro que será explicado más adelante y que permitirá comprender los principales ejes en que se ancla la narrativa de los equipos.

Elementos teóricos.

El inicio de la medicalización del embarazo y parto en Chile, de acuerdo a Zárate, a mediados de 1800, estuvo marcado por tres procesos: por un lado la profesionalización de este tipo de acompañamiento; la emergencia del interés de los médicos de controlar esta etapa, la institucionalización de la formación de las mujeres matronas, la supervisión del ejercicio

⁸ A mayo 2018 estas el proceso de entrevista aún se encuentra en desarrollo, por lo que se considerarán solo las entrevistas realizadas a la fecha.

profesional de estas; y la institucionalización del parto, a través de la creación de un recinto clínico como son los servicios hospitalarios (2008, p.493).

La profesionalización del parto, implicó la masculinización del acompañamiento del parto y el control de la salud reproductiva de las mujeres, quedando en manos de médicos hombres la salud del parto y la supervisión del trabajo de las mujeres con formación sanitaria. Las mujeres parteras, con conocimiento popular fueron desplazadas y cuestionadas. La medicalización del parto, de la salud reproductiva de las mujeres, tiene implicancias sociales que dicen relación con el género, el control y poder sobre los cuerpos de las mujeres. Este control se produce por medio de la subordinación social de las mujeres y la institucionalización del parto - y las mujeres - en el sistema sanitario (Zárate, 2008; Davis-Floyds, 2013; Rapp, 2000). La institucionalización de la enfermedad, de acuerdo a Foucault (1999), este refiere el control de la población a través de los cuerpos y de la enfermedad a través de la producción de dispositivos de poder y control.

De acuerdo a Menéndez, un *Modelo médico hegemónico* (2003) instala en lo biológico, en la a-sociabilidad, a-historicidad, la aculturación y en el individualismo como modelo de intervención. Los mecanismos de interacción al interior de este modelo, son la subordinación y la asimetría sobre lógicas relacionales altamente pragmáticas y orientadas a lo curativo. Este modelo descalifica las prácticas locales y culturales, se producen apropiaciones de las prácticas médicas, lo que se refuerza con la mercantilización de la medicina.

Para Haraway (1995) la percepción de las mujeres, del cuerpo femenino y de lo femenino, es naturalizado desde la corporalidad. Se asume el cuerpo de las mujeres desde una relación social- naturalizada- de subordinación; se entiende a las mujeres como dispuestas a la reproducción. El control de lo político y de lo social ocurre a través de los cuerpos. Para Scheper – Huges y Lock (1987) el cuerpo es agencia. Para las autoras el cuerpo ocurre en un marco contextual histórico que se articula en lo social. El cuerpo es simbólico y a la vez es un marco que estructura lo social y cultural (cuerpo social), es cuerpo político, puesto que en él se produce la diferenciación, el sometimiento y la desviación.

El embarazo y parto, de acuerdo a lo que plantea Davis- Floyds (2013), estructura la reproducción social a través de la institucionalización de los procesos y la separación entre lo reproductivo de lo sexual. El foco del sistema es lo reproductivo, este se centra en el

producto: en el feto. La intervención y el control sobre el cuerpo de las mujeres, les despoja de su corporalidad. Para Rapp (2000) el uso de la tecnología tiene como foco el control del feto; en nombre del feto la mujer es intervenida, es neutralizada por medio de la práctica médica. La medicalización y estandarización del proceso del embarazo y parto aleja a las mujeres de sus necesidades. Subordina a las mujeres a la institucionalidad, a la tecnología, a los profesionales (Sadler, 2009, 2004). A partir del trabajo etnográfico, Bridges (2011), define la relación entre la estructura de salud, la racialización y la estigmatización de la población; plantea que el sistema sanitario medicaliza los problemas sociales, en especial en la atención de la diversidad racial y cultural.

Para comprender la inequidad que experimentan las mujeres, Hills Collins propone identificar y articular los aspectos que confluyen y que operan en la realidad de las mujeres. La interseccionalidad “refiere a una comprensión crítica de raza, clase, género, sexualidad, etnicidad, nación, capacidades, edad, que operan, no como unidades, entidades mutuamente exclusivas, pero fenómeno recíprocamente construido que nos permite comprender y dimensionar las inequidades sociales” (Hill Collins, 2015:2); aspectos que dan cuenta de la trama que subyace a la exclusión social.

Respecto a la diferencia en la resolución del parto en Chile, las investigaciones afirman que las mujeres atendidas en el sector público, en su gran mayoría, resuelven los partos de forma natural. Sin embargo, en los servicios de salud privados la tendencia en la resolución de los partos se produce a través del uso de la cesárea. Varios autores coinciden en que, en estos últimos años la brecha de resolución de los partos por vía vaginal y cesárea es evidente en los servicios de salud público y privado. Por su parte, Latorre, Castillo, Yamamoto y otros (2008) destacan la brecha en la práctica de cesárea “en el año 2000: 39% a 83% en la práctica privada y 20% a 28% en los hospitales públicos” (p. 196). Murray (2000); lo que plantea que los indicadores de resolución del parto tienen una relación directa con el tipo de asistencia recibido. Es decir, quienes han sido atendidas por obstetras particulares y han acudido al sistema privado de salud, han resuelto los nacimientos a través de cesárea entre un 57% y un 83%; de estas mujeres, sólo entre un 6 - 32% reconoce haberla requerido. Y en cambio quienes han sido atendidas en los servicios públicos de salud por un médico o matrona, solo el 27-28% presenta una cesárea. Murray plantea que existe una relación entre el ejercicio

privado de salud y el uso de la cesárea para la resolución de los nacimientos debido a la necesidad de los especialistas médicos, más que a la salud de las mujeres.

Binfa, Pantoja, Ortíz, Gurovich, Cavada (2013) subrayan que las matronas se muestran dispuestas a realizar un acompañamiento humanizado del trabajo de parto. A pesar de esto “ni las matronas, ni las mujeres han sido empoderadas lo suficiente para cuestionar la prescripción médica, ambas solo siguen las indicaciones⁹” (Binfa, et al; 2013, 1153). Para las autoras, el modelo se estructura en base a una jerarquía en que se subordina a las matronas y a las mujeres parturientas; se les subordina bajo la definición de riesgo y respecto de las necesidades del personal médico (por lo general masculino). A pesar de esto, son las mujeres matronas las que se definen más proclives y preparadas para una atención humanizada del parto, en el marco de respeto de los derechos de las mujeres.

El parto está asociado también a los sistemas económico, político y cultural, como afirman varios autores. En estos sistemas se ponen en ejercicio lógicas de poder y de saber que implica a los sujetos en la interacción (Murray 2000; Davis- Floyds 2004; Good, 2003; Kleinman 1997; Kleinman, Eisenberg, Good, 2006).

En particular, Murray (2012) afirma la importancia de comprender la cuestión del parto en el contexto cultural; la maternidad y el ser madre para las mujeres, independiente de su condición económica, cultural o educativa, conlleva a las mujeres a anteponer a sus propias necesidades las condiciones de salud o las necesidades de los hijos. A esto se suma que los mecanismos y tecnologías utilizados durante el proceso de embarazo y parto están centrados en los hijos por nacer. Por otro lado, el sistema estructura sobre bases neoliberales la idea de que las mujeres que pueden acceder a una atención privada encontrarán un lugar agradable para parir; sin embargo, el parto sigue en manos de la estructura, “al final ellas pueden escoger el lugar donde parir, pero no pueden escoger el tipo de parto que desean realizar” (2012, p.332). Es decir, en ambos contextos, público-privado, las mujeres son subordinadas al sistema médico.

Por su parte, el estudio de Sibrian (2017) señala que las mujeres y las experiencias de estas no están determinadas directamente por la clase, etnia, o género, sino por la relación de estas

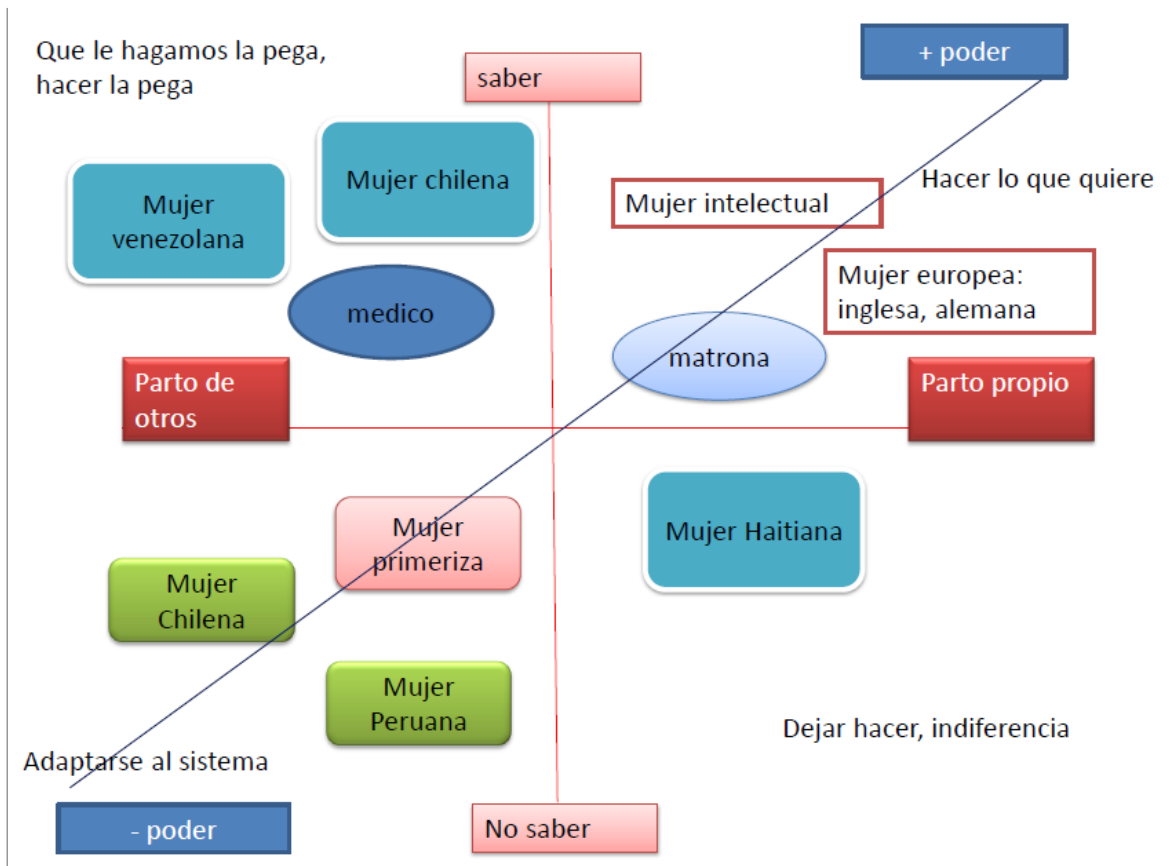
⁹ Traducción libre de la autora

categorías con las redes de sentido, lo que influye en la posición que estas tengan en los procesos y prácticas asociadas al embarazo y parto.

La población migrante valora la atención de salud que recibe. Destacan la calidad de los servicios, la organización del sistema y en particular la gratuidad. Sin embargo, las barreras culturales, sociales, económicas son significativas; la estigmatización y las representaciones de la población migrante - en particular la racialización - se constituyen en ejes estructurantes de la exclusión social (Polloni y Matus, 2011; Nuñez y Stefoni, 2004; Agar, 2010; Avaria, 2013, 2010; Scozia, Leiva, Garrido, Álvarez, 2014, Tijoux, 2016). La discrecionalidad y el voluntarismo se constituyen en determinantes de la atención en salud, criterios para administrar los derechos de las personas migrantes; la presencia migrante no necesariamente implica un cambio en las acciones de los sistemas sociales a pesar de que estos son cuestionados en sus prácticas (Liberona, 2012; Liberona, Mansilla, 2017; Thayer y Stang, 2017)

Resultados

En este apartado se analizará las intersecciones entre género, clase, nacionalidad y raza que confluyen en la atención del parto y que se evidencian en las narraciones de los profesionales de la salud. Los elementos que se intersectan son sintetizados en el cuadro; en él se grafican las relaciones de poder y el lugar de subordinación en que se sitúa a las mujeres. El origen nacional, la raza, clase están contenidos en las relaciones que establecen los equipos de salud con las personas migrantes o extranjeras. Estas intersecciones se traducen de forma compleja en las aperturas del sistema, en la agencia, en el rol protagónico que se asigna y asumen tanto las mujeres como los y las profesionales.



Las mujeres que paren. Intersecciones en el sistema público y privado de salud.

En un inicio se dará a conocer las construcciones y discursos a través de los cuales *el Otro*, las mujeres parturientas, son narradas al interior de los sistemas de salud en el marco de la atención del parto. En el esquema que representa las intersecciones que se producen en el marco del proceso del parto (ver cuadro), se recogen dos ejes: un eje horizontal, que representa el parto como un acto propio o ajeno (rol del sujeto) y el eje vertical que refiere al saber (no saber) de la experiencia vivida (subjetiva); en este eje confluye la representación de conocimiento (racionalista) que se atribuye a los sujetos. Un eje transversal del poder, que permite evidenciar el menor o mayor poder, autonomía, agencia, en las narraciones en torno al parto, entendiendo que el parto se construye desde una estructura social, e institucional que sitúa a las mujeres, su corporalidad y sus capacidades, respecto de un lugar de mayor o menor agencia. A continuación, será desarrollado cada uno de estos cuadrantes.

a. Que le hagamos la pega/hacer la pega (chilenas).

En este primer eje el componente de género se articula con la cuestión de clase y de nacionalidad. Se ubica a las mujeres en un lugar pasivo en el contexto y en la acción del parto. Se les sitúa como receptoras de atención. Los equipos de salud se reconocen como depositarios de la responsabilidad y del ejercicio del parto. Las mujeres depositan en los profesionales de la salud y en el sistema la agencia y el rol activo.

Las narraciones de los profesionales médicos, por lo general hombres, representan a las mujeres como sujetos pasivos. La representación de las mujeres, tanto en el sistema privado o público, es de mujeres que esperan que **se les haga la pega**.

En este eje la medicalización del parto como contexto define un rol activo de parte del equipo médico, y un rol pasivo de las mujeres. El uso de la tecnología contribuye sobremanera a una percepción de incapacidad que se instala en las mujeres y a su vez refuerza el saber/poder médico; la anulación del cuerpo y el desconocimiento actúan como articuladores. Se externaliza, se deja en otro, la acción del parto.

En palabras de una matrona, las mujeres delegan en el profesional y en el sistema de salud:

que la infraestructura, la calidad del equipo también cambia, porque en el hospital a veces uno, claro como tiene más pacientes a veces también deja de trabajar un poco con una para irse con la otra y así. Hay que multiplicarse y a veces el trabajo, claro, no es continuo, entonces un poco cuesta y después claro, el cambio de turno llega otro y en el sistema privado claro ahí tienes una mejor infraestructura, es de uno es a uno, entonces a veces el trabajo se hace, se refleja como... mucho mejor porque hay una infraestructura, hay un equipo de uno es a uno, hay un conocimiento atrás de esa persona... entonces si hay una diferencia y con respecto a las mujeres como de, de nacionalidades distintas, también uno lo nota, o sea, la mujer como chilena es de las que llega y quiere como que le hagan todo, así como: ya ustedes tienen que hacer la pega ¿ya? (matrona hospital público, 2017)

En este cuadrante la clase, como elemento de exclusión, subyace a la relación con las mujeres, se observa a través de la infraestructura, en la carencia, o en la tecnologización, en las comodidades, etc. del sistema. Opera asociado al producto, al servicio.

Las mujeres que acuden al sistema público, traspasan un derecho (el derecho a la atención del parto). Este puede ser delegado, como mecanismo de afirmación y ejercicio de derecho. El sistema de salud, a través de los profesionales se constituyen en garantes de este derecho.

El traspaso del hacer, reproduce un modelo hegemónico y acrítico que sostiene el poder androcéntrico y en lo biomédico y refuerza la representación de las mujeres desde la pasividad y receptivo de lo femenino.

El componente nacional y racial, en este cuadrante, se articula con el género, en tanto reafirma un lugar de subordinación agradecida. A través de las narraciones emergen las mujeres extranjeras, venezolanas principalmente, reconocidas desde una **pasividad agradecida**. Esta representación reproduce el lugar social, los estereotipos de la mujer latinoamericana, pasiva y sumisa. Este es el caso de las mujeres venezolanas, son descritas desde la capacidad para valorar el ejercicio profesional, la infraestructura y las acciones médicas que se implementan por su bienestar. Llama la atención que las mujeres venezolanas que se atienden en el sistema público y en el privado, indistintamente, son consideradas usuarias agradecidas, que valoran la salud en Chile.

La pasividad, conlleva la aceptación de las mujeres de la relación de poder. La aprobación de las decisiones del profesional de salud, durante el parto. El cuerpo (lugar del parto) es desplazado, el centro lo constituyen el sistema, los profesionales, la infraestructura, las prestaciones, el acceso a tecnología: ecografías, exámenes de especialidad, y calidad de atención, monitoreo fetal, hotelería hospitalaria, servicio de cuidado del recién nacido.

La confianza es constitutiva de la pasividad. Se proyecta confianza en el sistema. El médico (ejercicio privado) interpreta la pasividad de las mujeres en tanto manifestación de confianza en el hacer profesional e institucional. La **pasividad agradecida**, en palabras de un médico:

G2: Yo veo muchas extranjeras, muchas españolas, por ejemplo, muchas inglesas, alemanas y entre ellas como que se comunican mucho, recomendaciones todo y tienen muy recomendada la atención médica aquí en Chile, yo no quiero decir conmigo, sino que muy recomendada la atención médica; tienen mucha confianza en el sistema de salud, sobre todo en las clínicas privadas chilenas ¿ya? Me imagino en el servicio público no es lo mismo, por todo lo que se comenta en televisión de hecho,

pero confían mucho en los médicos de acá y se sienten atendidas mejor que en sus lugares de origen, o sea la atención en Inglaterra es pública digamos y es mucho más dura, o sea tú no tienes la posibilidad de hacer la ecografía que a ti te guste, el médico no te regala una foto en 3d para que tengas un recuerdo de tu hijo, no está con esa línea, está con la línea más técnica y lo mínimo suficiente porque los recursos son limitados, ... en cambio aquí en la noche... tú puedes entregar tu hijo a la nursery para que cuiden a tu guagua y tú puedas descansar un poco mejor, o sea, se sienten en mi opinión muy bien acogidas, se sienten muy bien cuidadas con los mejores estándares en lo técnico, porque como son gente que vienen con un nivel profesional, la mayoría, de las que yo atiendo acá, ... se sienten muy bien atendidas, muy agradecidas de la atención médica y las chilenas no pu, o sea, no todas las chilenas, pero, si hay alguna chilena que tiene, que ha vivido fuera o que tiene un bagaje un poco más, un nivel cultural superior probablemente la atiendan muy bien (médico ginecólogo2, clínica privada)

b. Hacer lo que quiere (mujer extranjera- mujer chilena)

En esta categoría las mujeres son vistas como activas en sus partos. Es posible describir dos formas: (i) En quienes se distingue un **proceso de intelectualización** del parto. La intelectualización debido a la formación profesional (formación universitaria), a las experiencias personales y familiares en los países de origen y, en particular en las mujeres chilenas, producto de haber incorporado otros modelos (internacionales) de atención del parto. Se describe a una mujer activa, que *hace*. Que tiene el control. Se posiciona desde una reflexión crítica, se sitúa diferenciadamente en el proceso del parto y, por ende, decide y demanda lo que desea al sistema; (ii) lo que el **sistema permite hacer**. Se produce un contexto institucional en que “se le deja a la mujer, hacer”. El sistema no pierde el control del parto y en este contexto la mujer no cuestiona las prácticas médicas, debido a que tienen la posibilidad de hacer lo que quieren. El sistema se adapta, pero no cambia.

Se representa a mujeres que, producto de su conocimiento o sensibilidad, son observadas como conscientes de sus cuerpos, centradas en el parto. Se les reconoce como reflexivas y críticas frente al sistema médico, cuestionan las prácticas médicas y la medicalización. Desde

una actitud activa definen lo que desean hacer, toman el control de los partos, de sus cuerpos, intelectualizan el proceso.

Entonces como que tu empiezas a identificar, que es un grupo en ese entonces, un grupo de pacientes que siempre soy muy conectadas con las humanidades, con esa esfera. Llegaba, ponte tú la doctora, llegaba mucho la abogada, la socióloga, como siempre mujeres de las humanidades. Yo siempre he considerado que la medicina es más una humanidad ... osea mixta, una ciencia biológica...tiene mucho de ciencia humanista, y me llamaba mucho la atención, como que desde ese grupo, desde ese mundo, como que se notaba mucho que conectadas con las cosas que le estaban pasando, mujeres muy empoderadas, que cuestionaban mucho las decisiones, desde dos puntos de vista, no importa mucho que uno les cuestione lo que piensan.

(Ginecólogo, clínica privada)

Las mujeres cuestionan las prácticas biomédicas, la intervención sobre sus cuerpos y la medicalización de un proceso propio de la biología y que paradójicamente resulta ajeno a las mujeres. No todos los profesionales son receptivos del cuestionamiento que las mujeres-usuarias realizan, solo algunos revisan su posición de poder y la interacción con las mujeres en el contexto del parto.

Las mujeres se abren a experimentar sus cuerpos. En el centro del proceso, ponen sus cuerpos y su experiencia o la experiencia de otras mujeres. Es decir, descentran el modelo biomédico, que tiene como centro el quehacer médico y al feto. En la narración del médico (sector privado) este afirma:

no me cabe duda que muchas pacientes, sobre todo inglesas, más que las españolas, sobre todo inglesas, alemanas quizás, están muy pendientes también o muy interiorizado el concepto de que en Chile hay una alta tasa de cesárea. Mi percepción más que por el parto natural, versus la cesárea, la preocupación es que ellos por supuesto, como cultura, están muy dada a pasar por todo lo que haya que pasar para tener su parto vaginal, espontáneo, y no una operación, entonces están muy preocupadas y preparadas, como de poner todo el empeño para eso. No me ha tocado que tengan ese temor, conmigo al menos en el sentido de que sientan que la van a operar por operarla, ¿ya? Probablemente con el tema de los sustos o temor o cierta

distancia o precaución que pueda tomar una mujer extranjera, una inglesa, por ejemplo, con respecto a cómo se va a manejar un parto natural aquí en Chile y con otra connotación no el trabajo de parto, el parto vaginal, sino que el parto no intervenido como le llamamos nosotros; el parto sin anestesia. Probablemente desde mi experiencia se alejen, ¿ya? Porqué, porque yo les digo que yo en general recomiendo la anestesia ¿ya? Si bien no es no es algo que tenga que ocurrir ¿ya? Yo me siento mucho más tranquilo trabajando con una paciente con la anestesia en su trabajo de parto (medico ginecologo2, clínica privada)

Las mujeres con agencia, se confrontan, se contraponen activamente al sistema y los profesionales. Las mujeres se adaptan a las aperturas del sistema sanitario y de las prácticas médicas, no las transforman, no se produce un cambio en las relaciones de poder, ni en el ejercicio de la medicina del parto.

El sistema biomédico sitúa a las mujeres en una aparente posición de poder (distinto a la posición y agencia de las mujeres que “hacen lo que se quiere”). Elabora dispositivos relacionales e institucionales orientados a “hacer sentir” a las mujeres que son ellas las que deciden. Sin embargo, las decisiones siguen en manos del sistema médico hegemónico, el sistema permite hacer. Las mujeres asumen una **posición activa tutelada**.

c. Dejar hacer –indiferencia. (La Otra ajena: mujer haitiana, asiática, etc.)

En este eje encontramos las mujeres que ejercitan una autonomía relativa, “se les deja hacer”, desde una posición acrítica y casi ausente. Se produce una paradoja: libertad asociada a ausencia y negligencia. Tanto en los sistemas públicos y privados es posible describir esta posición.

Las mujeres haitianas adscriben al sistema público. Ellas acceden al sistema con dificultades, se enfrentan a exclusión administrativa y relacional, a través de diversas prácticas de racismo y exclusión. Su condición racial, cultural y lingüística les construye como lejanas y extrañas, su corporalidad funciona como estigma. La tensión de la paradoja: la invisibilidad de sus necesidades y al mismo tiempo, la corporalidad visible. La negritud como manifestación de la diferencia, el lenguaje (la ausencia de un lenguaje compartido), la cultura (el choque

cultural), la interacción, elementos que (re)producen una distancia física, cultural, e idiomática que visibiliza a las mujeres.

La Trabajadora social, subraya las paradojas del cuerpo como axioma de la diferencia, (idiomática, cultural, corporal-racial)

la población haitiana se nota,... entonces uno los ve, así yo creo que eso también hace que se haga más consciente el proceso de inmigración que ha sido un proceso constante, yo creo que esa es la particularidad que tiene la población haitiana y que uno los escucha hablar y no entiende nada de lo que dicen, la forma de vestirse, todo es distinto... y acá con el tema de las embarazadas especialmente, lo que me han comentado las matronas, el tema de la edad gestacional con la que ingresan al embarazo, o sea al control y el tema del idioma, entonces eso les ha costado al equipo de matronas, el cómo voy a hacerlo, cómo voy a darles las indicaciones, que se yo!, ...estaban viendo unos casos, de una mamá que tenía su guagüita, entonces cuando pasan ciertas situaciones, en el tema de la crianza y del cuidado, lo que te decía, darle vuelta y decirle hay que ver qué es lo que está pasando, un tema de cómo es la crianza en su país, o veamos la mamá está acá?, a quien tiene?, sabe hablar español o no?, el tema fundamental, se siente muy sola, estará con un cuadro depresivo, se estará alimentando, y me preguntaban: hay grupos?, hay donde vincularla?, hay agrupaciones de haitianos acá, esas diferencias uno los va notando en la conversa con los otros funcionarios (asistente social, CESFAM)

La disfuncionalidad se atribuye al *Otro*: la mujer migrante. Las mujeres no responden a los requerimientos institucionales: no llegan a tiempo, no acuden a los controles de inicio del embarazo, no crían a los hijos de acuerdo a las pautas nacionales, etc. A las mujeres se le exige desde una perspectiva hegemónica. Las narraciones evidencian la dificultad para referirse a las mujeres haitianas como mujeres, los discursos hablan desde el genérico: haitianos. Las mujeres son invisibilizadas en su condición de género, clase, son encapsuladas en lo masculino, haitiano, y en la condición de migrante, subalterno.

Los relatos dan cuenta del ejercicio solitario del parto de la mujer haitiana. A la mujer **se le deja hacer**, en la liminalidad de la indiferencia. No se produce, por parte del sistema, un explícito proceso de sometimiento, ni adaptación, ni se le pide a la mujer que se atenga a las

prácticas del modelo médico. La acción de la mujer de sacarse el monitor, desplazarse, es observada desde una distancia, **se le deja hacer**. En este escenario los profesionales evalúan infructuoso cualquier intento de intervenir principalmente debido a la barrera del idioma, se evidencia la imposibilidad de adecuar a la mujer al sistema (la imposibilidad del sistema de someterla).

En este relato se establece una relación entre conocimiento y racionalidad; corporalidad y experiencia, esta construcción emerge en relación a las mujeres haitianas. La matrona afirma:

yo creo que tiene que ver un poco también con ese conocimiento del cuerpo, de cómo la cultura te ha llevado a lo racional más que a lo emocional y al conocimiento de uno, finalmente... en cambio claro en las mujeres extranjeras, ahora que hay muchas haitianas uno nota que viven distinto su proceso, son ellas dueñas de su cuerpo, ellas si quieren sacarse el monitor, se lo sacan, caminan, tienen el parto donde ellas quieren, claro... esas son las más empoderadas, hay unas que vienen y como no hablan mucho español aceptan todo, pero... pero no, o sea unas colegas les tocó un caso que yo también estaba en turno pero no me tocó directamente de una mujer que, lo mismo Haitiana que llegó y, llegó con su dilatación avanzada, se paró, se sacó el monitor y claro, los médicos estaban así: ay no!, que no se saque el monitor... déjenla si al final va a hacer lo que ella quiera!, uno por más que le intente decir haz esto ella viene de otra cultura y una manera de parir totalmente distinta. Para ella lo electrónico no es algo común, entonces esta mujer se sacó los monitores, hablaba poco español, se fue al baño y estaban todos ay! que no vaya a parir en el baño y la buena suerte fue que mis colegas que también son como una manera de trabajar como súper de acompañar y de, cómo de entender, de ser super empática dijeron no, está todo bajo control y vamos a hacer lo que ella quiera (matrona hospital público, 2017)

Esta idea del dejar hacer, está relacionada al lugar que ocupa el equipo y el profesional en un contexto en donde la intersubjetividad no es posible. La interacción no se produce debido a la diferencia idiomática y cultural. La distancia con la *Otra*, está directamente relacionada con el “dejar hacer”. Una matrona relata el caso de la atención de una mujer china:

M: segunda guagua, la otra había nacido allá [China] parece, había sido cesárea, si, fue hace tiempo y en el fondo nunca hubo comunicación directa, ni en las consultas antes, la conocí un ratito en la clínica, nada, o sea como muy metido en ellos, sin

mucha familia acá, muy solos... esas son culturas como que mientras más lejos de acá, encuentro que es más radical todavía

E: ¿y cómo acompañas tú un parto así? ¿Por qué en el fondo hay un traductor que tiene que estar ahí en la sala de parto?

M: si po, todo el rato...y en el fondo uno debe asegurarse

E: o sea eso de la intimidación se pierde

M: no chao!, se pierde. Si imagínate lo difícil para ellas venir a un país así con esta cultura que es tremendamente distinta y más encima parir una guagua, yo creo que ahí una las acompaña desde el respeto no más, respeto de tus creencias, aunque choquen (matrona, ejercicio privado)

d. Adaptarse al sistema (mujeres chilenas, mujeres extranjeras, mujeres migrantes)

El sistema de salud promueve y requiere la adaptación de las mujeres. Mecanismos para producir un proceso de asimilación de las mujeres migrantes y extranjeras, al contexto nacional y al sistema sanitario. Este proceso se construye desde la negativización de la conducta y de las prácticas propias de la salud reproductiva de las mujeres migrantes y extranjeras (se les culturiza, se les racializa, etc.), el modelo de conducta a emular son las mujeres chilenas y las mujeres migrantes y extranjeras que han logrado la adaptación y asimilación.

Reflejo de este requerimiento de adaptación es la expectativa de los profesionales. Ellos esperan la valoración positiva de las intervenciones y de las acciones del sistema en los contextos de parto, es decir, la perspectiva es que las mujeres no cuestionen las prácticas médicas que justifican las prácticas médicas hegemónicas y prácticas como la cesárea y otras intervenciones médicas durante el parto.

En los relatos emergen las figuras de las mujeres peruanas y otras mujeres latinoamericanas: dominicanas, bolivianas, como ejemplos de adaptación. De ellas se espera adopten: las formas de uso del tiempo del sistema de salud, los compromisos de asistencia y participación en los controles prenatales y postnatales y que cumplan con los controles de los recién nacidos y de los niños. Las mujeres peruanas, latinoamericanas, son observadas como

negligentes y desadaptadas, el sistema les presiona para que modifiquen sus prácticas, respondan y se relacionen desde los parámetros del sistema sanitario.

A estas mujeres se les describe desde la sumisión, adaptación, agradecimiento. En palabras del médico, **la comprensión y aceptación de la intervención** (práctica médica) son los ejes de valoración que estructuran las prácticas de las personas; como vemos a continuación,

en general cuando uno ve una paciente extranjera acá, en general la paciente extranjera - a diferencia de la chilena - tiene mucho de ese sentimiento de que aquí están para ayudarlas... para ayudarlas ¿qué significa esa sensación de que la están ayudando? Es que por ejemplo que si tú tienes que suspender la hora porque tienes una operación de urgencia, si tú tienes por ejemplo que dejarle alguna indicación especial o particular o eventualmente el parto dura más de lo que uno desearía o finalmente terminas operando una cesárea porque no se logró el parto, la paciente tiene una comprensión notable, o sea entiende que se hizo todo, que el equipo médico la ayudó, le da muchas gracias al equipo médico y todo, se sienten bastante acogidas aquí, es mi percepción, ¿ya? (médico obstetra clínica privada)

Como bisagra para la adaptación, es la **comprensión** de las mujeres del sistema. Esta posición anula el rol activo de las mujeres, y reduce la interacción a una relación de carácter adaptativa y de sumisión. Se estructuran lógicas de subordinación y hegemonía, las mujeres son despojadas de agencia.

En el relato siguiente, la comparación evidencia la adaptación como eje de valoración. El **agradecimiento, como manifestación explícita de adaptación**, reafirma el lugar de poder del profesional de salud. En los relatos la vulnerabilidad se vincula a adaptación,

no se toman los exámenes no siguen indicaciones, con las embarazadas venezolanas, por ejemplo no. Ellas se encuentran siempre, noto que están muy feliz aquí en Chile porque siempre me cuentan que allá en Venezuela todo estaba muy difícil, una vez un joven que acompañó a su pareja se emocionó dijo que aquí de verdad, dijo que estaba como un rey, porque allá no tenía como alimentarse nada, además que ellas son como súper adherentes, las chilenas bueno tenemos de todo en nuestra población en este Cesfam, es súper vulnerable (matrona, Cesfam)

Se valora positivamente la chilenización del *Otro*. Las narraciones reflejan la expectativa de asimilación de la mujer migrante, lo que conlleva un proceso de domesticación de las mujeres, de sus prácticas de salud reproductiva y de crianza.

En esta categoría se evidencia la representación de la *Otra*, mujer migrante, como subdesarrollada, proveniente de un contexto precario, empobrecido, carente, por tanto, debe aprender (se le enseña), e incorporar (hacer propio) elementos del contexto que mejoren esta condición (de exclusión). Una matrona refiere:

yo creo que tiene que ver con la situación actual como de salud que están viviendo allá, me imagino que Perú, Bolivia, Venezuela, bueno todos los países latinoamericanos, Colombia, también hemos tenido muchas colombianas, varias con parto natural, pero varias llegan muy asustadas, me da la impresión que están más atrasados que nosotros en, en atención de partos vaginales, como que están pasando por la era de cesáreas, que nosotras creo que estamos un poco saliendo ya (matrona, atención privada)

Reflexiones finales

A modo de cierre, quisiera destacar al menos tres elementos. El primero dice relación con la medicalización de los procesos del parto en el contexto de la atención de salud. La medicalización y tecnologización en lo privado o público, relega y subordina el cuerpo y el saber de las mujeres. El modelo hegemónico de salud, como dispositivo de poder-saber, construye representaciones de las mujeres parturientas, subordinadas, que no saben y las escinde de sus cuerpos, articula el género principalmente, la nacionalidad, la raza y la clase para justificar los dispositivos de control a través de la intervención. El modelo médico atribuye a sí mismo el conocimiento por contraste y en oposición a la experiencia encarnada en los cuerpos femeninos, el conocimiento de las mujeres no tiene validez a pesar de que el parto ocurre en el cuerpo de las mujeres.

Las representaciones de las mujeres, desde el género, la raza, nacionalidad y clase, son construidas por los profesionales de la salud, desde la funcionalidad al modelo hegemónico y las prácticas de dominación que lo (re)producen y que subordinan a las mujeres de un hecho que es propio de su biología.

Los procesos de cuestionamiento crítico hacia el sistema y hacia la práctica profesional que emprenden las mujeres nacionales (principalmente educadas, de clase alta y media alta), extranjeras y migrantes, si bien cuestionan al sistema y el ejercicio profesional, estos no se sienten interpelados. La agencia de las mujeres, no necesariamente tiene un correlato de cambio en el sistema de salud o en los profesionales sanitarios, sin embargo este se observa en las mujeres.

Para el sistema privado las demandas de las mujeres pueden coincidir con la oferta médica u obstétrica, sin embargo, será resorte de las mujeres el adaptarse o cambiar de profesional. Es decisión individual el cambiar de profesional o institución (modelo de mercado y consumo de servicio). En el sistema público, lo que se pide a las mujeres, es la adaptación, el acoplamiento (subordinación) de las mujeres al sistema.

Un segundo aspecto, dice relación con cómo la nacionalidad, la corporalidad y la racialidad, son constitutivos de las representaciones que de las mujeres construyen los profesionales de salud, y el sistema de salud. Las mujeres son descritas desde la funcionalidad al sistema, categorizan, desde una perspectiva hegemónica. La racialidad y la nacionalidad se intersectan al género, como argumento desde el cual se construyen mecanismos y dispositivos de dominación. Las interacciones que se producen están mediadas por la adaptabilidad o resistencia de las mujeres al sistema y el saber-poder médico hegemónico.

Un tercer elemento que subrayo es que la intersección del género, la raza, clase y nacionalidad se traducen en prácticas de subordinación de las mujeres, a través del cuerpo, por medio control del proceso del parto. El acceso al sistema sanitario está articulado desde la clase. Sin embargo, esta no asegura acceso a derechos en salud reproductiva; por el contrario, se producen, al interior del sistema privado, formas de domesticación del cuerpo a través de la tecnologización y la medicalización de este.

La racialización de las mujeres, se traduce en prácticas y mecanismos que justifican y redundan en la negativización de las mujeres, refuerza la necesidad de control de los cuerpos de las mujeres. Los equipos relacionan el origen nacional europeo, americano, desarrollado, el nivel educativo, al ejercicio de una cierta autonomía y control; y por el contrario quienes provienen de América Latina y centro américa, se les observa cómo objetos de subordinación.

Se observa un proceso de empoderamiento, que se manifiesta en el análisis crítico de las prácticas médicas.

Desde las profesionales mujeres (médicos y principalmente matronas) se producen narraciones autocríticas al lugar de poder que, como profesionales, se dan al interior del sistema sanitario. En ellas se observan aperturas más receptivas y activas, reflexiones en torno al lugar de las mujeres- parturientas y profesionales- en el contexto del parto. Tanto mujeres usuarias como mujeres tratantes comparten, respecto del género, una posición de subordinación (diferenciada en la clase y nacionalidad) que implica procesos de adaptación, subordinación y procesos críticos de mayor agencia.

En síntesis, el componente de género es transversal. Si bien el parto ocurre en los cuerpos de las mujeres, el sistema médico las despoja de sus cuerpos, por medio de la intervención, la tecnologización, la subordinación a las prácticas institucionales.

Referencias bibliográficas

- Agar Corbinos, L; Delgado, I; Oyarte, M; Cabieses, B. (2017). Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *Oasis*, 25, 95-112.
- Agar, L. (Coord.) (2010). *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*. Santiago de Chile: OIM, OPS, MINSAL.
- Avaria, A.
 - (2010). Migrar, enfermar-sanar lejos de casa. Bolivianos en Barcelona, experiencia hecha carne. En Agar, L. (Coord.) *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*. (pp. 199- 213). Santiago de Chile: OIM, OPS, MINSAL.
 - (2013). *Desafíos de la migración. ¿Cómo acercarnos a las personas migradas? Miradas de y desde la investigación e intervención social*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Santo Tomás.
- Beltrán, AP; Merialdi, M; Lauer, JA; Bing-Shun, W; Thomas, J, Van Look, P; Wagner, M. (2007) Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*, Mar 21 (2): 98-113
- Berger, P. L., Luckmann, T. (1995 [1968]). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Binfa, L; Pantoja, L; Ortíz, J; Gurovich, M; Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery* 29, 1151-1157.
- Blackburn, S; Espinosa, C; Tokman, M. 2004. Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno. Santiago de Chile, CEPAL
- Bourdieu, P. (1991[1980]). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Editores.
- Bridges, K. Reproducing race. (2011). An ethnography of pregnancy as a site of racialization. California, University of California Press
- Cabieses, B. Tunstall, H; Pickett, K; Gideon, J. (2012). Understanding differences in Access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean – born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health* 11:68. <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/68>
- Cabieses, B; Flaño, J; Gálvez, P; Ajraz, N. (2017). Escenario actual de la vida y salud de migrantes en la comuna de Recoleta. Programa de estudios sociales en Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B; Oyarte, M; Chepo, M; Bustos, P; Chadwick, M.E. (2017). Nacer y crecer en Chile: identificando brechas entre los niños migrantes internacionales y niños chilenos. En Cabieses, Bernales, McIntyer. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad de Desarrollo. Santiago de Chile. Pp. 225-248
- Davis- Floyd, R. (2013) Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Buenos Aires, Fundación Creavida.

- Feldman- Bianco, B; Rivera, L; Stefoni, C; Villa, M. (Comp.). (2011). *La construcción social del sujeto migrante en América Latina Prácticas, representaciones y categorías*, Quito, FLACSO, Sede Ecuador, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO y Universidad Alberto Hurtado.
- Guerra, M.E; Hidalgo, M (2017). Embarazo como estrategia de regularización del estatus migratorio. Discurso de los trabajadores en salud en atención primaria. En Cabieses, Bernales, McIntyer. *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad de Desarrollo. Santiago de Chile. Pp. 213-224.
- Goffman, E. (2003) *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Kleinman, A. (1997). *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. California: University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: clinical, lessons from anthropology and cross-cultural research. *Focus*, 4, 140-149.
- Larrañaga, O. 2000. Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno. En Titelman, D. Uthoff, A. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos- Canadá- Argentina- Chile-Colombia. Volumen II. Chile. Fondo cultura Económica. CEPAL.
- Liberona, N. (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales* de la Universidad Arturo Prat, 28. 507-520.
- Liberona, N; Mansilla, M.A (2017) Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13 (3). 507-520.
- MINSAL. 2017. Encuesta de calidad de vida (ENCAVI). División de planificación sanitaria. Departamento de Epidemiología. Unidad de Vigilancia de enfermedades no transmisibles.
- Murray, S. 2000. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*, Vol 321; p. 1501-1505
- Núñez, L.; Stefoni, C. (2004). Migrantes Andinos en Chile: ¿Transnacionalismos o sobrevivientes? *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 3, 103-123. Santiago de Chile: Universidad Central.
- Rapp, Rayna. (2000) *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. Routledge: New York.
- Salinas, H; Naranjo, B; Pastén, J, Retamales, B. (2007). Estado de la Cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a la intervención. *Revista HCUCh*, 18: 168-178
- Sandler, Michelle
 - (2004). “Los hombres también se emocionan”. Género y escenario del parto. Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas. Tesis para optar al grado de Magister en Estudios de Género y cultura, Mención en Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
 - (2009). Revisión del parto personalizado. Herramientas y experiencias en Chile. FONDECYT N°SA06120034. Universidad de Chile; MINSAL,

FONIS, CONICYT; FACSO; PROTEGE; Chile Crece Contigo, Santiago de Chile.

- Scozia, C; Leiva, C; Garrido, N; Álvarez, A. (2014) Barreras interaccionales en la atención materno- infantil a inmigrantes peruanas. *Revista sociedad & equidad*. (6), 6-33
- Sibrian, N. (2017) Programa Chile Crece Contigo: su performatividad en la biografía de mujeres gestantes. *Revista Rumbos*, año XII, N°16. P. 121-154.
- Titelman, D. Uthoff, A. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos- Canadá- Argentina- Chile-Colombia. Volumen II. Fondo cultura Económica. CEPAL.
- Thayer, E; Stang, F. (2017) Entre la debilidad institucional y el voluntarismo individual: Reconocimiento parcial y derechos limitados en las Políticas migratorias locales en Santiago. En Vial, C; Hernández, J. ¿Para qué descentralizar? Centralismo y políticas públicas en Chile: Análisis y evaluación por sectores. Santiago de Chile. A impresores.
- Tijoux, M. E. (Edit.). (2016) Racismo en Chile. La piel como marca de la inmigración. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Zárate, María Soledad.
 - (2009). Embarazo y amamantamiento y reproducción en Chile. En Góngora, Alvaro- Sagredo, Rafael (directores). Fragmentos para una historia del cuerpo en Chile. Taurus Editores. Santiago de Chile. Pp. 351- 412.
 - (2008). Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de la hembra” a la ciencia Obstétrica. Colección historia. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile.

