



Escuela de Antropología

PARIR, PARTEAR Y NACER EN CASA

UNA ALTERNATIVA AL MODELO BIOMÉDICO DE ATENCIÓN DE LA

GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO

Nombre estudiante: Isidora Ruiz
Caballero

Nombre profesora guía: Francisca
Fernández Droguett

Tesis para optar al grado de licenciatura en Antropología

Tesis para optar título de antropóloga social

Santiago, 2018

A Sylvia, por dar-me a luz. A Lautaro, por dar-lo a luz.

Agradecimientos

La construcción de esta tesis fue principalmente desarrollada por quien escribe, sin embargo, no se hubiese logrado sin la participación de diferentes personas. En primer lugar, agradezco a Lautaro, quien abrió mi viaje hasta temas que me asombraron y apasionaron: gracias por tu constante presencia que me despierta y motiva. Agradezco a Sylvia, mi madre, quien ha sido compañera de crianza, siempre comprometida por el bien común de las/os que la rodean. A Cristián, mi padre, también compañero de crianza, por sostenerme de raíz frente a las tormentas. A mis hermanas Andrea, Paloma y Josefa, por ser una presencia infinita, haber compartido útero y vida con ustedes me da tranquilidad. A mi sobrina-ahijada por su pronta llegada.

A Casandra por acompañar maternidad y tesis siempre atenta y amorosa en las distintas etapas. A Nicolás y Camila por su amistad. A Mario por su compañía en los primeros terrenos de tesis a Valparaíso. A Candela por la ayuda en las largas transcripciones. A Michelle por su paciente y exhaustiva lectura, acertados consejos y almuerzos cosmopolitas. A GISC por el interés y trabajo compartido. A Francisca Fernández por su compañía como profesora guía.

A Catalina Seguel, por su convicción y trabajo constante hacia un parir respetuoso, por confiar en mi trabajo y abrir las puertas de su casa e historia familiar. A Janis, Pablo, Gabriela, Gabriel, Katerin, Priscilla y Sylvana por abrirse a mis preguntas y escucha sobre el parto/nacimiento de sus hijos/as. A Ayalén, Arún, Salvador, Aarón, Amalí y Amador por ser fundamentales en la escritura de esta tesis, por su nacimiento libre.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es hacer visible otras maneras de atender los procesos reproductivos femeninos, antagónicos a los ejercidos por la biomedicina. Por lo tanto, se realiza un análisis del modelo de atención de la gestación, parto y puerperio desde el acompañamiento de una partera tradicional en la ciudad de Santiago (Chile). En ese sentido, fue crucial para esta investigación comprender la historia de vida de la partera en relación a sus saberes y haceres utilizados en el proceso reproductivo, conjuntamente con la decisión y experiencia de las familias de parir en sus hogares.

Palabras claves: Partería tradicional urbana, modelo de atención, corporización, procesos reproductivos, género.

CONTENIDO

RESUMEN	4
Introducción.....	8
Antecedentes generales.....	10
Raíces de la partería	10
Profesionalización y medicalización del parto: desplazamiento y consecuencias actuales	12
Desplazamiento	12
Consecuencias actuales	15
Partería en/pos hegemonía biomédica.....	21
Problematización	24
Pregunta de investigación	25
Justificación e importancia	25
El nacimiento/parto de Lautaro.....	26
Partera tradicional en la ciudad.....	26
El parto es cultural	27
Objetivos.....	27
Objetivo general.....	27
Objetivos específicos	27
Hipótesis	28
Marco metodológico.....	28
Enfoque	28
Método y técnicas	29
Plan de análisis.....	30
Muestreo y criterios muestrales	31

Instrumentos.....	33
Marco teórico.....	33
La existencia humana es corporal	34
Enfoque de género	37
Reproducción humana	38
Gestar	41
Parir	41
Puerperio	43
Modelos de atención	44
Análisis y presentación de datos.....	50
Capítulo I: Nacer, menstruar, parir y partear	50
I Septenio: nacer.....	50
II Septenio: menstruar	57
III Septenio: parir en hospital.....	58
IV Septenio: partear y parir en casa	63
Capítulo II: sobre saberes y haceres ocupados por la partera	79
Gestación.....	79
Parto	83
Puerperio	88
Capítulo III: sobre motivaciones y experiencias de las familias que optaron por parto domiciliario	95
Motivaciones	96
Experiencia.....	103
Capítulo IV: El modelo de atención de la partería tradicional	115
Gradualidad	115

Discurso y práctica: hacia la comprensión del modelo de atención de partería tradicional.....	120
Conclusiones.....	122
Anexo 1	125
Bibliografía.....	129

INTRODUCCIÓN

El nacimiento/parto como proceso perpetuo del ser humano y de los habitantes del planeta en general, es una constante inicial por la que cada uno ha pasado. Los humanos hemos nacido en distintos contextos geográficos, sociopolíticos e históricos lo que ha conllevado diferentes formas de concebirlo y practicarlo. La segunda constante que se presenta a nuestro nacer, es que las madres paren acompañadas. Según registros iconográficos (Camacaro, 2008), mujeres acompañaban a mujeres a dar a luz, siendo la partera una persona que poseía un rol trascendental para la continuidad de la especie y para reproducir patrones culturales a través de la atención que brindaba a la parturienta y al recién nacido.

Este rol protagónico que vivió la partera se vio cuestionado y desplazado desde el siglo XVIII en Europa y desde el siglo XIX en Latinoamérica, estableciéndose una nueva forma de atender el parto. Esta forma consistió en el cambio de la posición corporal que tuvo que adoptar la mujer en el momento del parto y el uso de técnicas y tecnologías nuevas. Por ejemplo: el uso de fórceps, consecuencia de la posición dorsal de la parturienta. Así mismo, las mujeres adoptaron un rol pasivo frente a uno activo y simétricamente superior que adoptó el obstetra. En este tránsito, la sociedad médica reemplazó y menospreció el trabajo ancestral de las parteras, dejando de lado prácticas y saberes ancestrales.

Sin embargo, sus saberes y haceres no se han desvanecido y actualmente se han posicionado en respuesta a los altos índices de violencia que se viven en los nacimientos en Chile. Por lo tanto, la presente investigación busca aproximarse a la experiencia de vida de una partera tradicional que ejerce en la ciudad de Santiago, en articulación a la vivencia de cinco familias que optaron por parir en casa, puesto que ellas reconocen un modelo de atención del proceso reproductivo (gestación, parto y puerperio) desde los saberes y haceres adquiridos en un devenir ancestral y familiar.

El escrito se dividirá en cuatro capítulos para dar cuenta del objetivo principal, estos serán:

Capítulo I “Nacer, menstruar, parir y partear”: en este capítulo se da cuenta de la experiencia de vida de la partera en relación a su práctica atendiendo partos domiciliarios. El texto se divide en cuatro apartados (Nacer, menstruar, parir en hospital, partear y parir)

los que describen las experiencias corpóreas que han creado una urdiembre para que actualmente Catalina ejerza y se reconozca como partera.

Capítulo II “Sobre saberes y haceres”: en este capítulo se caracterizan los saberes y haceres ocupados por la partera en las etapas de gestación, parto y puerperio, donde se abordan distintas técnicas, definiciones y formas de atender a la gestante/parturienta/puérpera. Las cuales fueron utilizadas por distintas generaciones y que actualmente se complementan con conocimientos adquiridos en la trama individual de Catalina.

Capítulo III “Sobre Motivaciones y experiencias de las familias que optaron por parto domiciliario”: en este capítulo, primeramente se describe los distintos motivos que tuvieron las familias para optar por parir en sus domicilios en compañía de una partera tradicional, las cuales se dividen en tres “De Abuelas y Libros”, “Reconocimiento y confianza”, “¿Sabes cuantos partos tengo yo en el cuerpo?”. En la segunda parte, se relata la experiencia del parto en casa, en donde se escogieron tres relatos “libres” de partos.

Capítulo IV “Modelo de atención de la partería tradicional” este último capítulo consiste en evidenciar las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de partería tradicional en Santiago. Este se dividirá en dos partes: la primera enfocada a la medición de la violencia en los procesos reproductivos, mediante la observación de la gradualidad en la autodeterminación, opresión y sufrimiento experimentado por las mujeres entrevistadas; y la segunda apunta al discurso que constituye la práctica del modelo de partería tradicional.

ANTECEDENTES GENERALES

Raíces de la partería

Desde la investigación de la historiadora chilena María Soledad Zárate (2007) la raíz de esta práctica es mayoritariamente femenina y en occidente sus raíces son múltiples. Se identifican tres principales: 1. Figuras bíblicas, alguna de estas se encuentran en el antiguo testamento «en los pasajes del Génesis que mencionan a la partera que atendió el último parto de Raquel, esposa de Jacob, y a la partera que asiste al parto de Tamar (...)» (Zárate, 2007, p. 42); 2. Figuras míticas «en la cultura egipcia la diosa Tueris e Isis aparecen como protectoras y eventuales asistentes de aquel momento; en la griega la diosa del nacimiento Hera y en la romana, su homóloga, Juno»(Zárate, 2007, p. 42); 3. O como un oficio tan antiguo como la humanidad misma, según Towler y Bramall (1997) comenzó con los asentamientos de antiguos pueblos nómades durante el período neolítico, época en el que el sedentarismo trajo consigo cambios en la organización social «como el hecho de que las mujeres pertenecientes a la familia y luego a la comunidad sustituyeran a los hombres en la atención del parto» (Argüello-Avedaño y Mateo-González 2014, p. 3), labor que se extendió durante los diez mil años siguientes.

Existen registros iconográficos y escritos que demuestran la importancia del rol de la partera en la comunidad.

«Se han encontrado grabados que las muestran llevando máscaras de animales sagrados asociados a la fecundidad, con las que ejecutaba danzas, gestos y movimientos para imitar ciertos actos de vida y de reproducción. La intervención de estas primeras matronas se basaba en el efecto mágico simbólico» (Camacaro, 2008, p. 25).

El factor común que se puede percibir en los nacimientos humanos, es que las mujeres paren acompañadas. A diferencia de otras primates, las humanas generalmente buscan la ayuda de parientes mujeres, amigas o parteras experimentadas. Hay pocas sociedades que valoren los partos sin asistencia «y en aquellas que lo hacen, se espera el parto no asistido sólo en mujeres que ya han tenido uno o más niños y/o en madres con partos sin complicaciones» (Davis-Floyd, 2009, p.13).

Desde una perspectiva biocultural, la antropóloga Davis-Floyd (2009) plantea la hipótesis de la “partera obligatoria”, la cual se argumenta por tres características propiamente humanas: 1. La posición del cuerpo del recién nacido en la que es expulsado por el canal de parto, llamada posición cefálica de vértice, es decir, de espalda a la madre, lo que dificultaría el agarre de la madre hacia el recién nacido. 2. El recién nacido humano no puede valerse por sí mismo como la mayoría de las otras especies. 3. «las poderosas emociones maternas alrededor del trabajo de parto, que incluyen ansiedad, temor, tensión, alegría e incertidumbre, tal vez hayan provocado el ímpetu evolutivo de buscar ayuda» (Davis-Floyd, 2009, p.15). Estas tres características podrían dar respuesta a la necesidad de compañía al momento del parto humano, lo interesante son las diversas maneras en las que cada grupo humano ejerce y comprende la importancia del rol de la partera.

Ontológicamente la palabra partera es asociada a lo femenino y a la maternidad. La palabra *midwife* viene del inglés antiguo y significa "con mujer." El nombre francés de la partera, *sage femme* (mujer sabia), se remonta a miles de años, al igual que los nombres en danés, *jordmor* (madre tierra) y en islándico, *ljusmodir* (madre de luz).¹

Según la RAE², partera/o se define como «Mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta» o “comadrón/a” definido como «persona con títulos legales que asiste a la parturienta». Desde estas definiciones podemos percibir las distinciones de género que se atribuye a cada una. Primero, el partero o la partera, indistintamente se define como “mujer que...”, mientras que comadrón o comadrona es “persona...”, ordenado primeramente como masculino y asociado a “títulos legales”.

Desde el libro “El estado de las parteras en el mundo” (2011) se define a las parteras tradicionales como

« (...) un grupo heterogéneo de miembros de la comunidad que no han recibido formación académica, que se desempeñan independientemente de los servicios de salud pública y que proporcionan atención durante el embarazo, el parto y el período postnatal» (Fondo de Población de las Naciones Unidas [FPNU], 2011, p.10)

¹ Revisado en Mayo de 2017 en el siguiente link <http://revista.saludchiapas.gob.mx/#!/ejemplar/13/141>

² Revisando en Mayo de 2017 en el siguiente link <http://dle.rae.es/?id=RzztAMk>

En contexto chileno, María Soledad Zárata (2007) afirma que parteras, comadronas, *meicas* o médicas, principalmente mujeres, se encontraban dentro de un «extenso grupo de individuos, hombres y mujeres, que, con diferentes técnicas, uso de sustancias naturales y prácticas mágico-religiosas, en ocasiones asociadas a conocimientos indígenas, ofrecían la curación a enfermedades de la más diversa índole» (Zárata, 2007, p. 59). Es decir, el oficio de la partera no solo se asociaba al proceso de parto, si no que conllevaba conocimientos acerca del cuerpo humano, y tratamientos específicos hacia este.

Profesionalización y medicalización del parto: desplazamiento y consecuencias actuales

Desplazamiento

En Europa, en el siglo XVIII, la hegemonía de las parteras se pone sistemáticamente en cuestión desde el poder político, intelectual y religioso, siendo sustituida de forma progresiva por la de los cirujanos comadrones. Esta transición, de la partería femenina no profesionalizada a la obstetricia primordialmente masculina, llamada por Zárata (2007) de la “ciencia hembra” a la “ciencia obstétrica”, es un proceso inconcluso, complejo y vigente aún en nuestros días (Argüello-Avedaño y Mateo-González, 2014). Los saberes y haceres indígenas/populares no se han desvanecido por completo, aun son parte de los relatos orales y familiares. Estos saberes y haceres se evidencian mayoritariamente en lugares de alto índice de población indígena, en donde el Estado ha intentado dialogar con las distintas concepciones en torno a cuerpo, salud, enfermedad.

El programa especial de salud y pueblos indígenas es la expresión que ha tenido el Estado para establecer un diálogo en estos temas, donde las salas de parto intercultural son evidencias complejas de lo llamado salud intercultural. Ya que el diálogo se realiza según parámetros biomédicos, en espacios hospitalarios y bajo un programa estatal que no busca igualdad o simetría, problema que se originó con el surgimiento de la medicina moderna y las prácticas obstétricas, hito donde todos los aspectos de la vida humana, y entre estos el parto (y el cuerpo femenino) pasaron a ser parte de la ciencia y tecnología.

Una de las justificaciones para este cambio fue la reducción de la morbilidad materna y neonatal. En este cambio de paradigma³ y tránsito histórico, el parto pasó de ocurrir en un espacio privado (hogar) a uno público (recintos hospitalarios o clínicos) y se empezó a conceptualizar como enfermedad

«pues las mujeres empezaron a ser atendidas en las salas de clínica como cualquier otro paciente, y la mirada médica sobre el cuerpo embarazado se convirtió en una relación de poder en la que el médico estaba por encima de la paciente y de los conocimientos tradicionales de una partera, ya que esta no contaba con algún tipo de educación formal que fuera aceptada por la sociedad médica y, mucho menos, con un título profesional.» (Espinosa Guauque, 2013, p.5).

A su vez la conceptualización de enfermedad, en torno a procesos corporales y sexuales femeninos, históricamente y en distintos contextos se ha considerado anómalos, ejemplo de esto es la menstruación.

La menstruación es también conceptualizada como enfermedad, pues aún es común escuchar la frase “estoy enferma” o “¿te enfermaste?” haciendo alusión al proceso biológico de expulsar un óvulo no fecundado y endometrio una vez al mes. Esta connotación negativa se repite en diversos lugares del mundo, en «tribus australianas prohíben a la mujer tocar los objetos considerados de propiedad masculina o pasar por los caminos que suelen transitar los hombres, o el de ciertas tribus ugandeses que lavan o queman los vestidos que ha llevado la mujer durante esos días y destruyen posteriormente la cazuela donde ha cocinado, o los de diversas etnias donde se les prohíbe extraer agua de los pozos, atravesar a nado un río o bañarse cerca de los pescadores pues podrían ser la causa de ahuyentar la pesca» («La menstruación según la Historia, la Antropología Médica y la Medicina Popular», s. f.)

Como vimos anteriormente, el parto también se ha conceptualizado como un estado anómalo, siendo también común las frases “me mejoré”, “me voy a mejorar”, “falta poco

³ Dentro de este tránsito también aparecieron nuevas figuras, como la de la matrona. La precisión semántica de “partera” y “matrona” distinguió la clase de servicio que unas y otras ofrecían: la primera, un saber empírico, adquirido gracias a la sola observación y experiencia; la segunda, un conocimiento obtenido por la asistencia a un curso formal que contemplaba la aprobación tanto de una parte teórica como práctica.

para mejorarte” haciendo alusión al momento del parto como un proceso de mejoría frente a la enfermedad de la gestación. A su vez el Estado chileno implícitamente ha reproducido este prisma, enfocando la salud sexual hacia el cuerpo femenino, ejemplo de esto es la normalización de la toma periódica de pastillas, parches o inyecciones anticonceptivas, controles y exámenes dirigidos principalmente a mujeres, lo cual se puede evidenciar con la diferencia entre esterilización femenina y masculina, siendo la vasectomía el método anticonceptivo de mayor eficacia, más simple, de menos costo y más segura que la esterilización femenina «aun así es un método que casi no se usa en el sistema público de salud chileno».

El año 2006, se hicieron 18.750 esterilizaciones femeninas y solo 75 vasectomías (250 veces menos)» (Ministerio de Salud [MINSAL-DEIS], 2016), lo que responde a una diferenciación de la responsabilidad de reproducción y planificación familiar que recae en el cuerpo femenino.

Siguiendo el hilo anterior en relación al ejercicio de las parteras, en el caso latinoamericano ejercieron extensa y aceptadamente hasta mediados del siglo XIX, siendo escasas las investigaciones dedicadas exclusivamente a la trayectoria de este oficio. El caso chileno es similar a la experiencia de otros países latinoamericanos «el casi exclusivo protagonismo del que gozaron parteras, comadronas, médicas o *meicas* en Chile hasta mediados del siglo XIX, se explica por la inexistencia de matronas» (Zárate, 2007, p. 51). Investigaciones más contemporáneas fueron la historia de vida escrita por de Ximena Valdés y Paulina Matta donde se describen ciertos rasgos de parteras en la localidad de Pomaire entre 1920 y 1960, evidenciando ciertas cualidades que se mantuvieron en el tiempo respecto a saberes y haceres de las parteras actuales «como la importancia y respeto que generaba su presencia en la comunidad, el uso de yerbas, la invocación de oraciones religiosas como también el progresivo reconocimiento, ante la presencia de partos complicados(...)» (Zárate, 2007, p. 57) siendo un espacio social femenino donde convenían distintas generaciones: abuelas, madres e hijas.

A finales del siglo XIX, la Casa de maternidad, fundada el año 1831, era el lugar recomendado para atender los partos de mujeres de Santiago y alrededores, quienes no contaban con recursos para recurrir a una matrona que las asistiera en sus domicilios. La

preocupación hacia las parturientas de bajos recursos marca un precedente para lo que serían las futuras políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva, y como vimos recientemente, principalmente enfocadas hacia los cuerpos femeninos.

Consecuencias actuales

En Chile en la década de los 90 se comienzan a instalar los conceptos de “salud sexual” y “salud reproductiva”. En el año 1994 bajo el marco de la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo” se aprueba el documento “Plan de acción de la conferencia de población de El Cairo”, donde se compromete a cumplir los objetivos para hacer posible los derechos reproductivos⁴. Un año más tarde, la salud reproductiva es ratificada como uno de los seis problemas de importancia mundial para las mujeres en la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing”, hecho que configura marcos éticos, otorgados principalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que Chile aprueba.

El sobre-intervencionismo de prácticas médicas y tecnológicas llevaron al parto a un extremo que actualmente se cuestiona: la violencia obstétrica. A pesar de que se lograron bajar considerablemente las tasas de mortalidad⁵ neonatal e instalar una conceptualización en torno a la importancia de salud sexual femenina, Chile es uno de los países con más altos intervencionismos biomédicos en el proceso de nacimiento.

Para referirnos a esto citamos las recomendaciones que se propusieron el año 1985 en el marco de una conferencia sobre tecnología apropiada para el parto, organizada por la oficina

regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, la cual tuvo lugar en

⁴“se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (INDH, 2016).

⁵ Actualmente la cobertura de asistencia profesional del parto en Chile, es de 99,9% (DEIS, MINSAL 2014). Chile se encuentra entre los países con menor mortalidad materna del continente americano y el de menor

Fortaleza (Brasil). Es destacable que no fue sino hasta el año 2014 que la OMS difundió una declaración para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”. En la declaración, la OMS reconoce que cuando las mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto no sólo se viola sus derechos humanos, sino que además se amenazan su derecho a la vida, la salud, la integridad física, menoscabando su derecho a la no discriminación (Gherardi, 2016).

Entre las recomendaciones generales propuestas en 1985, nos encontramos con que «los sistemas informales (parteras tradicionales) de atención perinatal deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo»⁶, si bien, esta cita clarifica la opinión de la OMS en relación a la partería tradicional, los discursos han mutado en el tiempo según la expansión del modelo biomédico a lugares de difícil acceso geográfico.

Entre las recomendaciones específicas se evidencian las altas cifras de intervencionismo en contradicción con lo recomendado por la OMS, propuestas que han sido avaladas en posteriores estudios y programas nacionales que buscan dar recomendaciones específicas para el trato correcto, tanto de la madre como del infante al momento del parto (Chile Crece Contigo, 2009). Propuestas que tienen el propósito de servir como guías médicas para evitar instancias de violencia obstétrica. El Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008) es otro ejemplo, que surgió con el propósito de entregar guías que permitieran que el parto se dé en un ambiente de afecto y respeto. Sin embargo, las cifras aún expresan que hay un problema.

En la siguiente tabla comparativa podemos apreciar las recomendaciones por parte de la OMS y las cifras actuales que se manejan en Chile.

⁶ Revisado en Abril de 2018 en el siguiente link <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

Recomendaciones específicas por parte de la OMS proclamadas el año 1985 en la conferencia sobre tecnología apropiada para el parto	Actuales cifras en Chile (2017) respecto a las recomendaciones específicas.
Miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal	Según el informe anual INDH del año 2016 el 69.6% fueron acompañadas en el trabajo de parto y el 86% fueron acompañadas en el expulsivo
Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.	Respecto a la vestimenta no hay cifras oficiales, sin embargo, generalmente se homogeniza la vestimenta de las madres. En relación a la ingesta de alimento, según el informe anual INDH del año 2016 el 81.5% no recibió alimentación oral. Respecto a la placenta, el año 2017 se comenzó a legislar la entrega de la placenta: “la placenta se entregará a requerimiento de la mujer, en la medida que sea destinada a prácticas culturales que la mujer considere relevantes. Dicha solicitud deberá realizarse con la anticipación tal que permita llevar a cabo la evaluación médica respectiva. No se entregará la placenta en caso de diagnóstico de determinadas enfermedades y/o infecciones transmisibles. Asimismo, deberá ser entregada debidamente envasada, de acuerdo a las especificaciones técnicas correspondientes”

	aun no existen cifras oficiales en relación a la entrega y el uso de las placentas” ⁷
El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos	No hay cifras al respecto en relación a la separación temprana de la madre y el recién nacido. Ni sobre la lactancia inmediata. Generalmente, no se respetan los 60 minutos de apego recomendados. Existen cifras en relación al mantenimiento de la lactancia, la cual arroja que, Chile es el sexto país con mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses con un 43%. Por otro lado, la lactancia materna hasta los 12 meses llega solamente a un 36% (2011)⁸
Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.	De acuerdo a un informe sobre gastos en la salud de la OCDE de enero del año 2017, Chile, con 47,1 cesáreas por cada 100 nacimientos, es ahora el segundo país con más cesáreas detrás de Turquía (51,1 cesáreas por cada 100 nacimientos).
No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo.	Según el informe anual INDH del año 2016 54.6% recibió monitorización continua durante el trabajo de parto.

⁷ Dato obtenido en <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2017/03/Modificacion-Decreto-residuos-Salud.pdf>

⁸ Dato obtenido en http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf

No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.	Según el informe anual INDH del año 2016 el 79.7% estuvo en posición dorsal durante la dilatación y expulsivo.
Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.	Según resultados preliminares de la primera encuesta sobre el Nacimiento en Chile realizada por el observatorio de violencia obstétrica el año 2017, 1 de cada 3 partos vaginales se realizaron episiotomías o corte vaginal.
La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.	Según el informe anual INDH del año 2016 el 90.8 % de los partos fueron inducidos medicamente a través de oxitocina sintética
Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).	La anestesia epidural se habría administrado al 41% de los partos vaginales ⁹

⁹ Dato obtenido en (revisado en Mayo de 2017)

<http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202007/HUMANIZACION%20DEL%20NACIMIENTO%20PARA%20CAMBIAR%20LA%20VIDA.%20ES%20NECESARIO%20CAMBIAR%20LA%20MANERA%20DE%20NACER.pdf>

No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.	Según el informe anual INDH del año 2016 al 59.1% les rompieron artificialmente las membranas
--	---

Tabla 1 Tabla comparativa entre Recomendaciones específicas por parte de la OMS proclamadas el año 1985 en la conferencia sobre tecnología apropiada para el parto y actuales cifras en Chile sobre técnicas ocupadas en los nacimientos hospitalarios y clínicos. Fuente: elaboración propia, 2017.

El primer reconocimiento institucional del concepto violencia obstétrica, como una forma particular de violencia hacia las mujeres, se dio en la República Bolivariana de Venezuela con la sanción de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Ley 38.668, sancionada en 2007). Desde este marco legal la violencia obstétrica se define como la

«Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres» (Artículo 51 de la Ley orgánica venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia)

Desde esta iniciativa otros países latinoamericanos siguieron el ejemplo de dictar leyes específicas en torno al tema. En el caso de Argentina con la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485 del año 2009), que también contempla de modo expreso la violencia obstétrica. Panamá incluyó la violencia obstétrica en su ley de protección integral (2013) así como el Estado Plurinacional de Bolivia, aunque sin denominarla en esos términos sino como “violencia en los servicios de salud” (Gherardi, 2016).

Ante este escenario en Chile se dio paso a distintas investigaciones (en un primer momento abordado desde la antropología por Michelle Sadler¹⁰) encuestas¹¹, seminarios¹² y

¹⁰ En el texto “Así me nacieron a mi hija” (2003) la autora pretende descubrir particularidades culturales de la dimensión subjetiva e “íntima” de los sujetos, permitiendo elaborar un documento relevante aspirando a la intervención y extensión en el área de salud pública, respecto a las maneras socioculturales y familiares de

propuesta de ley, esta última nombrada “Ley Trinidad” la cual nace a partir de la violencia obstétrica ejercida en el Hospital de Iquique a una joven de 19 años. Adriana Palacios, una joven gestante de 19 años, comenzó su trabajo de parto con varias molestias y dolores, acude al SAPU en la localidad de Pozo Almonte (interior Iquique). La primera vez fue el 2 de Agosto, ocasión que es devuelta a su casa por “no encontrarse lista para el parto” según personal médico. Esta situación se repitió 5 veces, hasta que el viernes 4 de Agosto del 2017, ante la insistencia de Adriana, llamaron la ambulancia para trasladarla a Iquique, la cual se demoró tres horas. Cerca de las 16:00 horas, le informan en el Hospital de Iquique, que su bebé se encuentra sin signos vitales.

Partería en/pos hegemonía biomédica

Pese a los grandes cambios ocurridos en la forma de entender y practicar el parto, en distintos contextos latinoamericanos la partera siguió siendo esencial, ya que la biomedicina no abarcaba todos los lugares o no era bien recibida por diferencias de prácticas culturales. En relación a esto se dieron dos posturas contradictorias en torno al rol de la partera, por un lado la inclusión de esta a espacios biomédicos, y por otro, la exclusión, discusión que se generó desde organismos internacionales que dictan políticas públicas sobre salud materna- FPNU, OMS-, quienes hasta la actualidad discuten la relación entre partería tradicional e institucionalidad médica.

afrontar el parto. Para comprender las percepciones de las mujeres que afrontan el parto efectúa técnicas de investigación por excelencia antropológicas, las cuales le permiten evidenciar en la voz de las mujeres, y en las relaciones que establecen éstas con el personal de atención médico, las relaciones de poder asimétricas manifiestas en el conocimiento autorizado del médico alópata en oposición al conocimiento despojado de autoridad de las mujeres.

¹¹ El observatorio de violencia obstétrica levanta la primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. [https://www.onlineencuesta.com/s/Primera Encuesta sobre el Nacimiento OVO Chile](https://www.onlineencuesta.com/s/Primera_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_OVO_Chile)

¹² El 17 de Abril del año 2017 se realizó el “Primer Seminario sobre políticas públicas en torno al parto humanizado” en las dependencias de la facultad de Derecho de la Universidad de Chile a cargo de la Coordinadora por los derechos del nacimiento. En esta ocasión expusieron Claudia Sarmiento (Jefa del departamento de reformas legales Ministerio de la mujer y equidad de género, quien expuso “Parto Humanizado ¿en qué estamos en Chile?”, Naihomi Gálvez (Egresada de derecho de la Universidad de Chile, vocera coordinadora por los derechos del nacimiento. Fundadora cría iguales) quien expuso “Violencia obstétrica: análisis desde el género y el Derecho” y Rita Aparicio (partera, antropóloga y fundadora de Doula Caribe Internacional) quien expuso “Desde el declive al rescate del parto respetado. Cambiando el paradigma”.

Desde los años 70' se realizaron formaciones para que las parteras atendieran partos y problemas obstétricos donde no hubiera médicos profesionales. Desde los 90' hay una transformación en los discursos de los organismos de salud, donde se busca incluir a la partería tradicional en la asistencia profesional de la reproducción. Actualmente esta posición es cuestionada, tendiendo a posicionar a las parteras tradicionales fuera del sistema sanitario. Contradictoriamente, el discurso y la práctica no se condicen, sobre todo en países o regiones empobrecidos, donde la estrategia que ocupan los ministerios de salud es la capacitación de las parteras para cubrir sectores donde no existe acceso a tratamientos biomédicos, por lo que paradójicamente, el financiamiento generalmente proviene desde estos mismos organismos. Lo interesante de esta discusión en torno a la inclusión o exclusión de las parteras a espacio biomédicos, es el paralelismo que se puede establecer con los inicios de la exclusión de las parteras, ya que quienes ejercen este oficio son «mujeres en su mayoría indígenas, pobres, rurales que enfrentan a una especialidad médica primordialmente masculina y occidental» (Argüello-Avedaño y Mateo-González, 2014).

En el caso chileno ha habido distintas instancias de propuestas para programas de salud intercultural en relación al ejercicio de la partería. Desde 1996, el Departamento de Atención Primaria del MINSAL inició una línea de trabajo sobre Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), cuyo propósito es el trabajo coordinado a nivel nacional, regional y local entre instituciones de salud, organizaciones indígenas, otros sectores y centros académicos, que contribuya a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados. En particular, y en coordinación con dicho programa, desde el año 2008 el Ministerio de Desarrollo Social ofrece, en el marco del programa Chile Crece Contigo, guías de gestación y nacimiento adaptadas con pertinencia cultural en sus versiones Aymara, Mapuche, Rapa Nui y Chilota. A su vez, como parte de este programa, existen desde el año 2009 salas de nacimiento ancestral y otras iniciativas regionales que posibilitan el desarrollo de partos respetados y con pertinencia cultural. (INDH, 2016, p. 239). Sin embargo, si tomamos como ejemplo el programa realizado en el Hospital de Iquique, por MIDEPLAN¹³ titulado “Sistematización de parto humanizado en población aymara” el cual buscaba incorporar elementos desde el paradigma o cosmovisión Andina a

¹³ Ministerio de Desarrollo y Planificación

los partos ocurridos en el hospital de Iquique, lo que, por un lado, reconoce el carácter pluriétnico del territorio, pero, por el otro, la figura/oficio de la partera no es reconocido en su autonomía y no es considerada simétricamente dentro de espacios hospitalarios o clínicos.

Como se hace evidente hay una amplia gama de parterías: indígena, campesina, mestiza, holística, urbana, empírica, tradicional, también nombrada según el lugar o forma de ejercerla. Hemos señalado que existe una partería ejercida en contexto urbano, la cual se puede dividir en dos categorías: partería urbana empírica y partería tradicional ejercida en contexto urbano. La primera se comprende como la práctica que ejercen personas que se autoformaron o tomaron cursos en torno al tema, y que luego ejercieron y se autodenominaron partera. La segunda hace referencia a personas que aprendieron sobre el oficio mediante el traspaso de saberes y haceres ancestrales y familiares, y que actualmente viven y ejercen en la ciudad¹⁴. A nivel nacional hay vacíos investigativos en torno al tema, pero sí hay una variada producción documental en torno a partería tradicional, como los recientes escritos de María Luz Burgos: "Partería Patagónica" (2015) y "Partería Chilota" (2017). Y existe una producción extensa de tesis de pregrado¹⁵ que exponen las diferentes prácticas culturales en torno al parto, partería indígena y las transformaciones de gestación y parto en relación al dominio de la atención biomédica.

Estudios sobre partería urbana en otros países son los de la norteamericana Robbie Davis-Floyd, antropóloga dedicada a investigaciones relacionadas a reproducción, siendo su foco principal el de partos domiciliarios. Existen también investigaciones en países como Colombia o México desde otro enfoque en comparación con el caso chileno. Un ejemplo es la tesis titulada "Un oficio en proceso de reconfiguración: la partería urbana en Bogotá" (2013) de María Juliana Espinosa, quien realiza una etnografía sobre parteras urbanas que

¹⁴ este último es el caso de estudio

¹⁵ "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario" de Michelle Sadler. "El discurso de la violencia obstétrica en Chile" de Sebastián Cruz y otros. "Koñin. Significaciones del nacimiento para las mujeres mapuche en la comuna de Tirúa" de Camila Flores. "Embarazo, parto y puerperio en el pueblo atacameño de la comuna de San Pedro de Atacama" de Elizabeth Lizana. "El oficio de la puñelcheve, memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil" de Andrea Salazar. "Parto en casa planificado con asistencia profesional: recuperando el protagonismo" de Carla Ramirez. "Del fogón a la camilla. Transformaciones de la gestación y nacimiento en isla Lemuy, Chiloé, desde la mitad del siglo XX hasta hoy" de Celine Auth y Daniela Evans.

crearon una casa de partería en un barrio acomodado de Bogotá. A diferencia de Chile en Colombia fueron reconocidas como patrimonio inmaterial, tal como hace referencia el artículo “Las parteras del pacífico, un tesoro en medio de la miseria” (2017)¹⁶.

PROBLEMATIZACIÓN

El transcurso histórico de la obstetricia, de la mano con el desarrollo de la biomedicina ha invisibilizado o desplazado «otros saberes populares en el campo medicinal, del mismo modo que excluye de un diálogo más dinámico y menos jerárquico a los pacientes de la relación médico-paciente» (Huerta, 2015). Las estrategias asimiladoras del Estado chileno han buscado la homogeneización del modelo de nacimiento, amenazando con la absorción y/o desaparición de las prácticas de partería indígena o campesina (Flores, 2011). Los partos en recintos médicos pasaron a ser comprendido según protocolos que estandarizaron los cuerpos gestantes y de los recién nacidos. Estos patrones médicos, tales como la posición dorsal en la etapa expulsiva, cortes vaginales, rotura de membranas, administración de oxitocina sintética, establecieron tiempos inamovibles para procesos que no ocurren en tiempos de reloj.

Por otro lado, la partería es un oficio que se ha mantenido en el tiempo pese a los avances de la ciencia y tecnología. Las características de la partería, aunque varían contextualmente, aúnan una forma de comprender y tratar el proceso reproductivo femenino como un evento normal en la vida de la mujer, el cual merece un trato respetuoso. Este trato respetuoso apela al entendimiento de la subjetividad y amplitud del cuerpo femenino, que contempla la emotividad, espiritualidad e identidad en el proceso de parto. Por ello es relevante considerar los casos de las parteras en México y Colombia que han reposicionado a la mujer como protagonista en su proceso reproductivo, develando justamente el sesgo protocolar de la biomedicina que patologiza la reproducción.

Esta patologización ha conllevado prácticas violentas e infundadas científicamente en el proceso de parto, estimando que un 92% de las mujeres que paren en Chile han sufrido violencia obstétrica por parte del personal de salud. Ante este escenario familias han

¹⁶<http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Paginas/Las-parteras-del-pac%C3%ADfico-colombiano-son-patrimonio-del-pa%C3%ADs.aspx>

decidido cuestionar y buscar otras formas de vivenciar el proceso reproductivo, siendo la partería una alternativa a la manera de tratar y comprender el cuerpo. Por lo tanto, a partir de lo anterior surge la necesidad de visualizar las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de gestación, parto y puerperio desde la experiencia de los sujetos involucrados en este proceso. Dicho esto, la pregunta que guiará la presente investigación es

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de los procesos de gestación, parto y puerperio, desde la experiencia de vida de una partera tradicional, en articulación con vivencias de familias que optaron por parto domiciliario en la ciudad de Santiago?

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La forma en la que estamos naciendo/pariendo es un tema que ha salido de recintos hospitalarios y clínicos para convertirse en un tema social y controversial por las alertantes cifras de violencia obstétrica. Es por esto que distintas agrupaciones ciudadanas han develado como está ocurriendo el nacimiento en Chile, y cuáles son las posibles vías para responder a altas cifras de medicalización y prácticas invasivas que no están respaldadas para brindar un beneficio a la madre/recién nacido. En paralelo, la preservación de conocimientos populares e indígenas nos invitan a dar continuidad a prácticas y saberes ancestrales dando respuesta al sobre intervencionismo hacia el cuerpo femenino gestante y recién nacido.

La importancia de escribir sobre el presente tema se divide en tres momentos, el primero hace referencia al origen de escribir sobre partería tradicional en la ciudad. El segundo es el encuentro con personas que dieron ideas para acotar la amplitud de temas relacionados a reproducción. Y, por último, se explica la importancia e interés de trabajar este tema desde la disciplina antropológica.

El nacimiento/parto de Lautaro

El primer momento para la elección del tema, es el asombro que experimenté con el proceso de gestación y nacimiento de mi hijo. Procesos que no eran cercanos ni que parecían interesarme hace algunos años. La gestación de Lautaro fue durante mi quinto y sexto semestre de pregrado de antropología, donde pude crear una urdiembre entre el proceso de gestación, parto y las cátedras que cursaba, realizando distintos escritos y ejercicios en torno al tema¹⁷. Mi interés se volcó a comprender desde la antropología la concepción de cuerpo, sexualidad, las relaciones de poder en torno a este proceso y cómo estos temas se podían analizar y entrelazar con una memoria e identidad específica. El cual dio paso al segundo momento.

Partera tradicional en la ciudad

En septiembre de 2016 me contacté con Catalina Seguel, partera y fundadora del grupo “Tribu de parto”¹⁸, con la intención de realizar un corto audiovisual sobre su oficio. Catalina, quien me recibió de manera acogedora, me fue relatando el origen de sus conocimientos, su motivación de auto asistir su segundo parto, el manejo de plantas medicinales y como estos saberes se interrelacionan y practican en la ciudad. Este primer contacto con el mundo de la partería reafirma mi interés y asombro por la gestación y parto, convenciendo la investigación acerca de partería tradicional en la ciudad.

Paralelamente distintas lecturas y documentales me muestran cómo la humanidad ha organizado y comprendido la gestación y el parto desde distintas ideas y prácticas. Desde la antropología se evidencia que el parto no solo debe ser entendido desde la biología, si no

¹⁷ El primer ejercicio fue para la cátedra de antropología política, donde daba cuenta que gestar y parir no era solo un cambio individual sino que se entretecía con distintos espacios y momentos sociales, pudiéndose considerar la maternidad como un acto político en relación al paso de una acción privada a un espacio público. El segundo ejercicio se escribió para el curso de antropología médica y del cuerpo, ensayo titulado “Parto *yuyachkani*. Hacia un análisis sobre violencia obstétrica” el cual mostraba a grandes rasgos el poder ejercido al cuerpo femenino en el proceso de gestación y parto en contexto biomédico. El tercer ejercicio realizado para la cátedra de antropología visual fue la realización de un corto titulado “Dar luz. Historia de vida de una *meica*”, el cual retrata el oficio de una partera urbana. Y los últimos fueron para las cátedras antropología aplicada I y II, “Diagnóstico sobre el programa de parto intercultural *aymara* en Hospital de Iquique” y “Proyecto de intervención social: Eficaz ejecución de programa intercultural”, respectivamente.

¹⁸ Grupo formado para el acompañamiento de gestación, parto y puerperio bajo una mirada distinta al modelo biomédico

que se practica socioculturalmente, lo que lleva a explicitar la importancia de escribir sobre el tema desde dicha disciplina. Dando paso al tercer momento.

El parto es cultural

El parto es entendido como aquella experiencia que tenemos en común, puesto que nuestra existencia requiere ser gestado y parido, lo cual podría entenderse desde su “naturalidad” (o bien como un proceso fisiológico del cuerpo femenino). Sin embargo, se reinterpreta según marcos locales, políticos y materiales, vale decir, que son asumidos por las diversas tradiciones culturales, a través de creencias y experiencias que comparte un grupo humano. Desde la antropología, la gestación y parto nos permite comprender ideológicamente el cuerpo, la sexualidad, y los roles de género adquiridos para el recibimiento de un nuevo integrante. La partería ejercida en la ciudad es un ejemplo de re-significación de prácticas tradicionales de origen indígena/popular.

OBJETIVOS

Objetivo general

Dar cuenta de las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de los procesos de gestación, parto y puerperio, desde la experiencia de vida de una partera tradicional, en articulación con vivencias de familias que optaron por parto domiciliario en la ciudad de Santiago.

Objetivos específicos

Describir la configuración identitaria de una *partera tradicional urbana* según su experiencia de vida

Caracterizar saberes y haceres en su práctica como *partera tradicional urbana* en las etapas de gestación, parto y puerperio de familias que optaron por parto domiciliario en la ciudad de Santiago

Identificar la motivación y experiencia de las familias que optaron por parto domiciliario desde los saberes y haceres de la *partería tradicional urbana* en la ciudad de Santiago

HIPÓTESIS

El modelo de atención que ejerce la partera tradicional en Santiago humaniza el trato de sus participantes y permite la no apropiación de los procesos reproductivos de la mujer por parte de la partera, despatologizando así la gestación, parto y puerperio, mejorando la calidad de vida de las mujeres.

MARCO METODOLÓGICO

Enfoque

El enfoque predominante de la presente investigación fue de carácter cualitativo, utilizada con el fin de descubrir los sentidos o significados de los hechos que se quieren investigar. Decimos “predominante”, porque fue necesario tener en cuenta datos estadísticos y porcentuales de la forma en que se está naciendo en Chile, para formular un panorama general. Sin embargo las técnicas fueron cualitativas, ya que a través de estas, se propició la comprensión del fenómeno desde una perspectiva holista. (Soler, 2009)

Desde las palabras de Sandra Harding, la metodología cualitativa define a los métodos como “técnicas de recopilación de información”, clasificadas en tres categorías, tanto para la investigación social feminista como para la investigación androcéntrica tradicional:

- escuchar o interrogar a los informantes
- observar el comportamiento
- examinar vestigios y registros históricos

Las metodologías se definen como “teorías y análisis de los procedimientos de investigación”, y la epistemología como «cuestiones relacionadas con la teoría del conocimiento adecuado o como estrategias de justificación del conocimiento» (Harding, 1998)

La elección del enfoque cualitativo fue también un intento por evitar posiciones objetivistas-positivistas. Lo que da fundamento al tipo de investigación interpretativa, la cual busca los significados que motivan la acción de los sujetos, entendiendo que para conseguir dichos significados se requiere de una reinterpretación con los otros, como diría

Geertz «lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie» (Geertz, 2013). Geertz sostiene que el ser humano está suspendido sobre una telaraña de significados que él mismo ha creado; el propósito del/a investigador/a consiste en buscar un significado, una explicación a las respuestas, discursos y prácticas que realizan los grupos humanos ante distintos escenarios.

Específicamente es una investigación de caso, ya que se buscó dar cuenta de las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de los procesos de gestación, parto y puerperio desde la experiencia de vida de una partera tradicional y la vivencia de cinco familias que optaron por parir en sus casas. Este tipo de investigación hace referencia a estudiar los elementos característicos de un fenómeno de manera detallada, entendiendo las distintas partes de un sistema. Las unidades que conforman este sistema son estudiadas a fondo con la intención de conocer aspectos generales del fenómeno. En el caso de estudio se comprendió el sistema como un modelo específico de atención al parto, siendo sus unidades la partera y las familias que optaron por este tipo de atención para parir. Indagar en estas unidades caracterizó las dimensiones de este modelo de atención al nacimiento, a la vez de explicar las motivaciones o inclinaciones de estos sujetos ante este modelo.

Método y técnicas

Para la presente investigación lo que se buscó fue interpretar los sentidos y significados de la partería tradicional en la ciudad, donde los distintos sujetos armaron a través de sus voces y experiencias un relato sobre las dimensiones que configuran esta nueva forma de saber-hacer la partería en la ciudad.

Mediante el método biográfico se buscó conocer la trama identitaria de la partera en su experiencia de vida y caracterizar los saberes y haceres utilizados en el proceso reproductivo. Esto estuvo articulado con las motivaciones y experiencias de las familias en torno al tema. La aproximación biográfica constituyó un ir y venir constante entre la experiencia y la reflexión, entre lo concreto y lo abstracto, entre las partes y el conjunto, entre el tiempo pasado y el tiempo en curso, y recíprocamente (Grell, 1999).

A través de este método, la investigadora buscó acceder a las acciones y percepciones de los sujetos, así como a las interpretaciones que hacen de ellas y sus procesos. La investigadora intentó, no solo transmitir la información, sino que, analizar los discursos con el fin de concluir interpretativamente.

Para llevar a cabo este proceso se aplicó la siguiente técnica:

La entrevista es una técnica muy útil en las ciencias sociales, en la que interactúa el investigador con el sujeto investigado, recogiendo manifestaciones verbales acerca de un tema específico. Para ello, el investigador formula preguntas que el sujeto entrevistado responde, previo acuerdo de colaboración por parte de este último (Soler, 2009). Específicamente se realizaron entrevistas biográficas, que buscaron dar cuenta de la trayectoria vital en relación con la subjetividad de los sujetos reflejando un contexto socio histórico específico. (Pujadas 2002)

Plan de análisis

La estrategia metodológica estuvo delimitada por el análisis de contenido, desde la definición de Laurence Bardin (1996) se comprende como «el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes» (Abela, (s.f) p. 3)

Para alcanzar el objetivo propuesto de la investigación se llevó a cabo un proceso de cinco pasos:

- **Determinación del objeto o tema de análisis:** El primer paso responde a la pregunta ¿Cuál es el objeto o tema de análisis? En palabras simples ¿Qué se quiere investigar? Para efecto de la presente investigación la delimitación del tema de análisis se elaboró a partir de la siguiente pregunta ¿Cuáles son las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de los procesos de gestación, parto y puerperio, desde la experiencia de vida de una partera tradicional, en articulación

con vivencias de familias que optaron por parto domiciliario en la ciudad de Santiago?

- Determinación de las reglas de codificación: El segundo paso fue codificar el material, lo cual consistió en la “transformación mediante reglas precisas de los datos brutos del texto”. A través de la descomposición del texto a través de índices numéricos, lo que permitió la transformación de datos brutos en unidades que permitieron la descripción precisa de las características del contenido que emergió de las entrevistas.
- Determinación el sistema de categorías: el tercer paso fue la determinación de categorías, según Bardin se entiende como “una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos” (Abela, (s.f) p. 15)
- Comprobación de la fiabilidad del sistema de codificación-categorización: el cuarto paso fue la comprobación de la fiabilidad del sistema codificación-categorización. Esto se pudo apreciar por la permanencia constante en el proceso analítico.
- Inferencias: el quinto y último paso fue la inferencia, es decir la explicación y las deducciones que emergieron del texto analizado, o bien de las entrevistas, las cuales se aprecian en el posterior análisis y conclusión de la investigación.

Muestreo y criterios muestrales

La muestra que se contempló en la investigación fue una partera tradicional residente de la comuna de Peñalolén de Santiago, y cinco familias que optaron por parto en casa, en compañía de partera. Los criterios para seleccionar esta muestra fueron de carácter intencional. La muestra intencional (también llamada a conveniencia o estratégica), se define por la importancia de los casos representativos del fenómeno estudiado, por lo que el investigador incluye los elementos que son más convenientes; otras veces incluye los casos que considera de fácil acceso. (Soler, 2009, p. 139). La elección se dio primeramente por la disposición a colaborar y co-construir esta investigación a través de su acción y percepción

en torno al tema. La articulación de las vivencias/voces de las familias, se pensó para crear un diálogo entre las partes que configuran la partería en la ciudad de Santiago, ambos como representantes de discursos contra hegemónicos y/o alternativos en relación a la forma de nacimiento actual en Chile.

Cuadro de caracterización entrevistados/as

Entrevistado/a	Caracterización
<i>Catalina Seguel (C.S.)</i>	<i>Mujer de 29 años. Partera, estudiante de medicina china. Actualmente vive en la población Lo Hermida con su pareja, Jaime, y sus hijos, Víctor y Amador. Nació en el Hospital Salvador por cesárea.</i>
<i>Janis Cortes Soto (J.C)</i>	<i>Mujer de 27 años, terapeuta floral. Actualmente vive en la población Lo Hermida con su pareja e hija. Madre de Ayalén. Nació en Hospital Salvador por parto normal</i>
<i>Pablo Vera Tureuna (P. V)</i>	<i>Hombre de 31 años, estudiante de energías renovables en IDMA. Actualmente vive en la población Lo Hermida (Peñalolén) con su pareja e hija. Padre de Ayalén. Nació en Hospital Salvador por cesárea.</i>
<i>Gabriela Soto Kallens (G.S.K)</i>	<i>Mujer de 27 años, terapeuta floral. Actualmente vive en Santiago centro con su pareja e hijo. Madre de Arún. Nació por parto vaginal inducido</i>
<i>Gabriel Swinburn (G.S)</i>	<i>Hombre de 28 años, diseñador. Actualmente vive en Santiago centro con su pareja e hijo. Padre de Arún. Nació por cesárea</i>
<i>Katerin Villablanca Gutierrez (K.V)</i>	<i>Mujer de 29 años, cristaloterapeuta y tejedora de macramé. Actualmente vive con sus padres e hijos. Madre de Salvador.</i>

	<i>Nació en hospital Salvador por parto normal.</i>
Priscilla Souza (P.S)	<i>Mujer de 33 años, trabajadora social. Actualmente vive en la población Lo Hermida con sus hijos. Madre de Dhamir y Amalí. Nació en hospital en Francia por parto normal</i>
SylvanaGalvéz (S.G)	<i>Mujer de 27 años, diseñadora en comunicación visual e instructora de yoga. Actualmente vive en el cajón del Maipo con su pareja e hijo. Madre de Aarón. Nació por parto normal</i>
Omar (O)	<i>Hombre de 30 años. Actualmente vive en el cajón del Maipo con su pareja e hijo. Padre de Aarón. Nació por cesárea</i>

Tabla 2 Caracterización general de las y los entrevistados/as. Fuente: elaboración propia

Instrumentos

Revisar [Anexo 1](#)

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo, se abordarán los lineamientos teóricos que servirán de prisma para explicar e interpretar el fenómeno de partería tradicional en la ciudad de Santiago. La partería tradicional se comprende como un modelo de atención hacia los procesos reproductivos femeninos, siendo el cuerpo el espacio vivo donde ocurre la gestación, el parto y el puerperio. En ese sentido, el cuerpo es un espacio liminal construido por ideas, percepciones y sensaciones. Sus límites carnales no solo marcan a un individuo material o biológicamente, si no que puede limitar y frenar ideas hegemónicas en torno a cómo este es tratado por las medicinas. Es decir, el cuerpo al ser inacabado está compuesto por materia y experiencias subjetivas, adquiridas en la interacción exterior y reelaboradas en su interioridad.

A su vez, la diferencia de los cuerpos con relación a los genitales marca una liminalidad distinta entre la interacción externa e interna del cuerpo femenino, siendo este mayormente controlado en el proceso reproductivo, es por esto que es fundamental comprender que el estudio de caso sucede en cuerpo femeninos y por ende el enfoque de género nos muestra

que la diferencia biológica de los cuerpos crea una diferencia sociocultural, que repercute en la atención en etapa reproductiva. Por lo tanto, para entender el fenómeno de partería tradicional en la ciudad de Santiago, es necesario mostrar los ejes que dirigen esta discusión en torno a cuerpo y corporización, género, reproducción y modelos de atención.

La existencia humana es corporal

El cuerpo, como eje teórico, ha sido una interrogante constante en las discusiones de las ciencias sociales. Tal cual sus diversas formas físicas, es la densidad de significados que este posee. La definición de cuerpo no es estática, los límites para definirlo son distintos y hasta se contradicen entre sociedades o épocas históricas. «En las sociedades tradicionales, de composición holística, comunitaria, en las que el individuo es indiscernible, el cuerpo no es objeto de una escisión y el hombre se confunde con el cosmos, la naturaleza, la comunidad» (Le Breton, 1995, p. 22). A diferencia del cuerpo moderno, el que «funciona como un límite fronterizo que limita ante otros, la presencia del sujeto» (Le Breton, 1995, p. 22) y que es definido de forma racional y dualista.

El pensamiento moderno significa el cuerpo como una máquina biológica, como un engranaje al cual se puede estudiar, medir y que se reproduce productivamente. A su vez, también es un espacio vivo de disputa política, donde se tensionan discursos propios de una época, por ello, es fundamental dar cuenta que el pensamiento moderno disminuye la amplitud de las definiciones que puede llegar a tener el cuerpo. Para explicar esto, iremos de la mano con los planteamientos de Le Breton (1990), el cual se sitúa como una crítica a la concepción de cuerpo moderno y a los ejes que sostienen la modernidad. Por lo tanto, el cuerpo es

«un lugar constructor de sentido, es hablado y nombrado en relaciones y sensaciones que le permiten al sujeto construir una imagen de sí mismo, es gracias al cuerpo que nos reconocemos y conocemos a los otros; es como el límite del ser mediador entre el adentro y el afuera, entre el sujeto y el mundo, en él se deposita la historia social e individual, el cuerpo aprende, se educa, crea identidad» (Le Breton, 1995, p.11).

Actualmente, los partos y los cuerpos gestantes son comprendidos bajo la lógica biomédica y asistidos por especialistas que se superponen a saberes ancestrales y/o populares. El cuerpo en sociedades occidentales generalmente está asociado al saber anatómo-fisiológico, y también los procesos que éste experimenta (para este caso la gestación, parto, puerperio). Sin embargo, en sociedades complejas se entremezclan concepciones y definiciones para comprender el cuerpo, por lo que aún existen “huellas activas” de representaciones tradicionales en torno a éste, y en torno a enfermedad y tratamientos. Por lo tanto, el sujeto recurre a distintas referencias para conseguir un tejido simbólico de su cuerpo y las distintas etapas por la cual atraviesa biológica y culturalmente. A esta búsqueda y definición, Le Breton (2002) lo llama «traje de arlequín» definido por el autor como «un saber hecho de zonas sombrías, de imprecisiones, de confusiones, de conocimientos más o menos abstractos, a los que les otorga un cierto relieve. A menudo, la versión de divulgación del modelo anatómo- fisiológico es modificada por creencias (...)» (Le Breton, 2002. p. 88), por ejemplo, una persona que vive en la ciudad y que padece una enfermedad, puede recurrir a los saberes de la biomedicina, a la acupuntura, y a tratamientos con una machi. Tres paradigmas del cuerpo y de como tratar una enfermedad, se uniran en un sólo cuerpo, siendo la persona quien decidirá en que momento y de que manera podran confluir los tres tratamientos.

El cuerpo como construcción biológica, sociocultural e histórica puede ser análogo a la idea de pertenencia y sentido político de un espacio, por lo que no se considera los cuerpos como espacios pasivos. Bajo esta lógica, el cuerpo también se ha convertido en territorio de disputa y soberanía, ejemplos de esto son: soberanía alimentaria, rompimiento de cadenas de productividad, huelgas laborales o huelgas de hambre, donde el cuerpo es utilizado como último gesto de resistencia y libertad.

Otro ejemplo del cuerpo como espacio de disputa y soberanía es la decisión del parto domiciliario en compañía de una partera, puesto que se busca limitar las intervenciones biomédicas durante la gestación, el parto y el puerperio. Vale decir, que existe una autodeterminación de los cuerpos vinculada con la soberanía territorial, para delimitar *quién, cómo y dónde* se vivirá el proceso de parto. La idea de retomar un cuerpo soberano,

es parte de una ideología que comprende y practica el cuerpo como un espacio en resguardo de las prácticas médicas hegemónicas.

A su vez comprenderemos espacio, según lo expuesto por Doreen Massey (2012) quien lo caracteriza a través de tres ideas:

«1. El espacio es producto de interrelaciones. Se constituye a través de interacciones, desde lo inmenso de lo global hasta lo ínfimo de la intimidad.

2. El espacio es la esfera de la posibilidad de la existencia de la multiplicidad; es la esfera en la que coexisten distintas trayectorias, la que hace posible la existencia de más de una voz. Sin espacio, no hay multiplicidad; sin multiplicidad, no hay espacio. Si el espacio es en efecto producto de interrelaciones, entonces debe ser una cualidad de la existencia de la pluralidad, la multiplicidad y el espacio son co-constitutivos.

3. y precisamente *porque* el espacio es producto de las «relaciones», relaciones que están necesariamente implícitas en las prácticas materiales que *deben realizarse*, siempre en proceso de formación, en devenir, nunca acabado, nunca cerrado» (Massey, 2012).

Para entender esta definición de espacio que viene desde la geografía, es necesario incorporar al análisis el término corporización¹⁹, el cual se comprende como la presencia concreta y material del cuerpo y su subjetividad sensorial. En el texto “Modos somáticos de atención” de Thomas Csordas (2012), se compara el paradigma semiótico de la cultura de Roland Barthes, mediante una analogía entre cuerpo y corporización. La obra estaría definida como un fragmento de una sustancia, un objeto material que ocupa un espacio. Mientras que el texto es un campo metodológico indeterminado, experimentado como actividad. El cuerpo en analogía con la obra es una entidad biológica y material; la corporización, en analogía con texto, también es un campo metodológico indeterminado definido por experiencias perceptuales. Para efecto del tema investigativo podemos concebir gestación, parto y puerperio como una experiencia corporizada, tanto para la partera como para las mujeres gestantes/parturientas/puérperas.

¹⁹ Originalmente desde el término inglés *embodiment*.

Enfoque de género

Aquí, el trabajo de la conciencia es lento pero indispensable. Es necesario removerlo, instigarlo, trabajar por una reforma de los afectos y de las sensibilidades, por una ética feminista para toda la sociedad (Rita Segato)

El género como categoría de análisis en relación con el proceso reproductivo femenino, moldea las percepciones, roles y tratamientos en la gestación, parto y puerperio. En esta etapa corpórea se afirman y/o cuestionan los roles de género que se han perpetuado para definir maternidad y paternidad, feminidad y masculinidad. Este comprende al

“conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2000. p.3)

Los grupos humanos marcan a los sexos con distinción de género, y el género marca la definición de todo lo demás: lo cotidiano, lo social, lo político y lo religioso. Dentro de este orden, es de relevancia subrayar los altos índices de violencia que están experimentando las mujeres en sus procesos reproductivos, puesto que, aunque pareciera evidente mencionarlo, la gestación, parto y puerperio ocurre en espacio femenino. En una sociedad patriarcal los cuerpos femeninos son situados en una escala de subalternidad respecto al cuerpo masculino (Bellón, 2015), lo que promueve un control de los procesos sexuales y reproductivos femeninos.

El control hacia el cuerpo femenino genera un castigo que consiste en la disminución del protagonismo y la autonomía de las mujeres, sancionando en la atención reproductiva el placer de la sexualidad. La normalidad o la normatividad de este fenómeno se deben a una violencia estructural que crea y recrea la categorización que se mantiene entre sexo-género, y las atribuciones para cada uno de estos. Es un fenómeno estructural, que en el caso de violencia obstétrica se comprende como una tríada de violencia física, psicológica y sexual (siendo también económica y social).

Esta disminución del protagonismo y autonomía de la mujer no es posible de observar o etnografiar a un nivel macro o estructural. Sin embargo, es posible observar ciertos indicadores, que darán luces sobre el poder explícito y sutil que se ejerce en los procesos

reproductivos femeninos, esto es “el mayor o menor grado de opresión de la mujer, el mayor o menor grado de sufrimiento, el mayor o menor grado de autodeterminación, el mayor o menor grado de oportunidades, de libertad (...)” (Segato, 2003. p. 56). En ese sentido, es posible observar la gradualidad del sufrimiento, autodeterminación y opresión en los modelos de atención para así dar cuenta del discurso y la estructura que los sostiene.

Reproducción humana

En los humanos la reproducción es muy similar a la de los demás mamíferos. En la parte baja del abdomen están los órganos reproductivos. Los hombres tienen testículos que producen espermatozoides en forma de renacuajo. La mujer tiene ovarios que producen óvulos. A través del coito, se produce la unión de estas dos células, lo que da inicio a la vida humana²⁰. «La sexualidad es la función corpórea más reglada por normas explícitas en toda sociedad, con miras, ante todo, a disciplinar la reproducción» (Kottow, 2015.p.61).

Mary Douglas es consistente en afirmar que el cuerpo humano es una estructura compleja en la cual sus partes son símbolos para otras estructuras. Es decir, el cuerpo, como conjunto de símbolos, es en sí mismo un símbolo de la sociedad, que para interpretarlos con seguridad se deben «considerar los poderes y peligros que se le atribuyen a la estructura social como si estuvieran reproducidos en pequeña escala en el cuerpo humano» (Douglas 1991, p. 133). Al igual que la sociedad, el cuerpo posee márgenes que involucran un mundo liminal, dónde se expresan las nociones de pureza y peligro de ello, siendo los esfínteres una transgresión a los límites por excelencia, ya que se observan en ellos puntos de apertura y de excreción.

En nuestro caso, el parir corresponde a un acto producido por el intercambio de fluidos necesarios para la concepción de un nuevo ser, y al momento del nacimiento, innegablemente, consiste en un cuerpo saliendo de otro cuerpo. De ahí la necesidad de la sociedad de normar este acontecimiento, llevarlo al orden del rito, para limitar la experiencia de los individuos- en este caso madres e hijos-a un orden determinado. Es

²⁰ Es extensa la discusión en relación al comienzo de la vida humana, sobre todo en contexto chileno. Para efecto de esta investigación llamamos “inicio de la vida humana” a la unión de dos células, sin una carga religiosa ni moral, más bien al inicio físico de un nuevo cuerpo humano.

decir, ordenar lo que de por sí es poco ordenado, separar, purificar, demarcar y castigar las transgresiones buscan imponer un sistema ordenado, repetitivo, ritualizado.

Dentro de la discusión antropológica, el proceso de reproducción y todo lo que rodea esta, se complejiza a través del análisis hacia distintos grupos humanos. Con ello se afirma que estos procesos no son puramente biológicos, siendo actividades socioculturales condicionadas por marcos políticos y materiales. Estos marcos políticos y materiales producen una ideología en torno a la gestación, parto y puerperio, determinando roles ma/paternales, y de los participantes de este proceso.

La reproducción como tema de investigación social ha estado vinculado a dos ámbitos de la antropología, primeramente a la antropología del parentesco, en autores clásicos tratado desde las estructuras parentales; y en un segundo momento mediante teorías psicológicas, lo cual se pueden apreciar en la teoría de configuración y personalidad (1935) de Margaret Mead y desde la antropología simbólica a través de los elementos significantes del parto.

El comportamiento biológico humano es regulado a través de normas que ordenan la reproducción según la particularidad de los grupos humanos, es decir, del ensamblaje entre lo genético y lo sociocultural emerge el parentesco. La doble transmisión, genética y cultural, aportan elementos que configuran el paradigma de entendimiento de la reproducción, la fecundación, el parto, las diferencias etarias, la crianza. Como señalaba Levi-Strauss «el parentesco no nace solo de las relaciones de filiación y consanguinidad, limitadas al plano biológico, sino de una alianza social de familias» (Gómez, 2011, p.3).

El punto de partida del parentesco se encuentra en el dimorfismo sexual²¹ y en el proceso reproductivo de la especie. Los grupos humanos, entonces, operan bajo distintos principios de organización que van más allá del plano biogenético.

«Un mismo grado de consanguinidad o proximidad genética puede aparecer investido de distinta significación: puede caer, o no, bajo la prohibición del incesto; puede estar marcado, o no, como cónyuge preferencial; se le prescriben, o no, deberes especiales con

²¹ El dimorfismo sexual se define como la diferenciación física entre macho y hembra de una misma especie. En mamíferos generalmente el macho es de mayor tamaño que las hembras y su aparato reproductor es externo, mientras que el femenino es interno. Característica que se repite en el ser humano.

relación a otro; se le atribuye, o no, derecho a la herencia de bienes, títulos, etc.» (Gómez, 2011).

Desde los años sesenta Margaret Mead y otras antropólogas comienzan las etnografías sobre partos²², aportando a la antropología social una nueva perspectiva de este fenómeno (Davis-Floyd, 1997). La autora formula sus postulados desde el dimorfismo sexual, preguntándose cómo éste crea comportamientos femeninos y masculinos en todos los grupos humanos, planteando si esta causa es biológica o cultural y cuál sería la relación entre sexo, temperamento y conducta culturalmente aceptada. Mediante el trabajo etnográfico en tres “sociedades primitivas” (los Arapesh, los Mundugumor y los Tchambuli), concluye que existe un repertorio limitado de temperamentos en la especie humana. De este modo, las personalidades según lo femenino y masculino serían variaciones de temperamento, que se configurarían de manera particular en cada sociedad y no solo asociado al plano biológico de los sexos.

En los setenta Brigitte Jordan (1993) expone que «el proceso del parto es una parte universal de fisiología humana y la biología femenina, pero en las últimas décadas, los antropólogos han llegado a comprender que el nacimiento es más que un simple acto biológico, por el contrario, el nacimiento está enmarcado y denotado socialmente» (p. 1). Con esto se abre una nueva sub disciplina, antropología del parto, y con ella variadas investigaciones²³ que dan cuenta de esta nueva mirada sobre reproducción humana. Su trabajo describió detalladamente los aspectos del parto en una comunidad Maya en Yucatán, contrastando el modo comunitario y centrado en la mujer con el altamente tecnologizado modo de enfrentar el parto en Estados Unidos (Sadler, 2003, p. 62).

²² “Una vez el recién nacido ha sido lavado, y la placenta y el cordón se han desprendido y colocado en lo alto de un árbol porque el cerdo que los comiera robaría en los campos, la madre y el niño serán llevados al poblado y cobijados en una pequeña casa” (Mead, 2006, pág. 47)

²³ Nancy Stoller Shaw (1974), Carol McClain (1975), Sheila Cosminsky (1977), Brigitte Jordan (1977), Shelia Kitzinger (1978) y Linda Annis (1978). Y posteriormente Ann Oakley (1980), Soheir Morsy (1981), Carol McCormack (1982), Carolyn Sargent (1982 y 1996), Margarita Kay (1982), Carol Laderman (1983), Lucille Newman (1985), Dana Raphael (1985), Pamela Eakins (1986), Robert Hahn (1996), Patricia Jeffery, Roger Jeffery y Andrew Lyon (1989), Faye Ginsburg y Rayna Rapp (1991 y 1995), Robbie Davis Floyd (1992, 1994, 2000 y 2001), Shirley Lindendaum y Margaret Lock (1993), Sara Franklin y Helena Ragone (1997) y Iris López (1998).

Gestar

Desde la biomedicina el proceso de gestación comienza en el momento de la unión celular entre óvulo y espermatozoide. La idea de que espermatozoide activo y un óvulo pasivo es refutada por el descubrimiento de Gerald y Heide Schatten, los cuales explican que la superficie celular del óvulo extiende pequeñas fibras, como proyecciones, que abrazan al espermatozoide y lo atraen hacia sí (Sadler, 2003). También existen versiones sobre la concepción según qué grupo humano lo describa, ejemplos de esto es

«La etnia barí de Venezuela (quienes) consideran que la formación de un hijo o hija tiene relación con consecutivos lavados de esperma del feto, esperma que puede ser aportado por más de un hombre, pudiendo el hijo tener más de un padre biológico. Los padres biológicos asumen responsabilidades con la mujer y el hijo o hija» (Auth y Evans, 2014, p. 32)

El cambio morfológico y fisiológico ocurre en el cuerpo femenino, quien llevará entre 37 y 42 semanas al feto en su útero. Los distintos tratamientos y creencias en torno al cuidado de la mujer gestante variarán según su contexto local. Desde la medicina alópata, el seguimiento se hará mediante exámenes, ecografías y visitas a profesionales de salud reproductiva (obstetras y/o matronas/es) quienes recetarán vitaminas y harán un seguimiento minucioso del proceso. Desde las descripciones de Margaret Mead sobre grupo Arapesh, podemos evidenciar que los tratamientos y creencias son variables

«Y, como custodio del hijo que va creciendo, debe observar ciertas precauciones: no debe comer ratas de Malabar o, el contrario morirá cuando trabaje duramente, ya que esta rata hace madrigueras demasiado profundas dentro de la tierra, ni ranas porque el niño nacería demasiado súbitamente, ni anguilas, o de la contrario el niño nacería demasiado pronto» (Mead, 2006, p. 60)

Parir

El momento del nacimiento es parte de este proceso, el cual ocurre cuando el feto, quien puede respirar por sí solo, es expulsado por la vagina de la madre²⁴. «Este momento es, para una mujer, el clímax de un desarrollo que comienza con su propia concepción o

²⁴ De no presentar complicaciones que derivarían en cesárea

incluso antes, en gran medida fruto de la internalización de las normas sociales que lo pautan en cada contexto particular» (Sadler, 2003, p. 17). Al mismo tiempo, es interesante recordar que el parto humano es un parto mamífero, y por eso comparten un proceso similar, ya que

«Las hembras de los mamíferos tienen que segregar determinadas hormonas, las mismas que intervienen en el parto de un ser humano; las segregar las estructuras más primitivas del cerebro, comunes a todos los mamíferos. Son estas semejanzas, pues, las que deberían construir el punto de partida para intentar comprender el proceso de parto de nuestra especie» (Odent, 2011, p. 23).

Tendremos en cuenta la división por etapas en el proceso de parto: dilatación (también conocido como trabajo de parto, momento en que cuello uterino se está dilatando), expulsivo (momento en que él/la bebe pasa por el canal de parto y sale del cuerpo materno) y alumbramiento (conocido como segundo parto, proceso en el que se expulsa la placenta).

Para dar cuenta de los objetivos propuestos, nos basaremos en la propuesta de Jordan (1993), quien afirma que, en cada grupo humano, el parto y los fenómenos relacionados con él adquieren una forma consensuada. Se produce un set internamente consistente de prácticas y creencias con el fin de manejar y enfrentar los aspectos psicológicos y socialmente problemáticos del parto, de una manera concordante con el contexto cultural particular. Para comprender prácticas y creencias en torno al parto, Sadler (2003) ocupa los indicadores propuestos por Jordan reordenándolas según la necesidad de su investigación. Los indicadores que tendremos en cuenta son:

Definición cultural del parto: se refiere a la manera en que cada grupo humano define el parto a nivel práctico y simbólico, intenta responder quién, dónde, y cómo debe ocurrir. El parto sólo representa el clímax de un proceso cuyo inicio es difícil de ubicar, que sin duda se remonta a la más temprana infancia de la socialización de cada mujer. Esta socialización contiene maneras formales e informales de transmitir a las mujeres la definición cultural del parto (Jordan, 2003)

Territorio del parto: se refiere al lugar físico y simbólico donde ocurre el parto. Es de gran interés contemplar este punto para efecto de la investigación, ya que la decisión primera, es que el parto ocurra en el domicilio. Este indicador se relaciona estrechamente con la naturaleza de la toma de decisiones, que determina el grado de intervención que se le asigna y permite a la mujer parturienta y a sus redes de apoyo, quienes determinaran los procedimientos que se siguen e indican a los dueños del conocimiento autorizado para conducir el proceso (Jordan, 2003)

Participantes en el parto: Es de gran relevancia considerar este indicador, ya que la elección de parir con partera, es un eje central para comprender el modelo de atención de los procesos reproductivos estudiados. Existe evidencia de que el tipo de participantes tiene efectos interaccionales, experienciales, y también médicos. Es así como los sistemas de atención que integran apoyo emocional para las mujeres, con la participación de no-especialistas en el parto, presentan menores índices de complicaciones (Jordan, 2003)

El uso de medicación y tecnología en el parto: la medicación hace referencia a cualquier producto que se introduzca al cuerpo femenino-gestante que vive el proceso de gestación, parto y puerperio. La tecnología se refiere a los artefactos, objetos utilitarios o rituales, instrumentos y equipo necesario para el manejo cultural apropiado del parto, constituyen una parte significativa de la cultura de nacimiento de cada sociedad (Sadler, 2003).

De este modo nos encontramos con que, al interior de cada grupo humano, las prácticas relativas al parto aparecen como una rutina relativamente uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada, lo que entenderemos como un modelo de atención particular de la gestación, parto y puerperio, que ejerce la partera tradicional en la ciudad de Santiago.

Puerperio

El puerperio es la etapa que comienza con el nacimiento del recién nacido, desde la biomedicina²⁵ es comprendida por el período, comúnmente conocido como “cuarentena”,

²⁵ “También llamada *medicina occidental, científica, alopática, cosmopolítica 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 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

en que útero y vagina se recuperan y vuelven a un tamaño “normal”. Se asocia al alejamiento del cuerpo masculino hacia el femenino o como es planteado por la autora Laura Gutman (2004) es un espacio de tiempo determinado que tiene relación con la histórica veda moral de “salvar” a la parturienta del reclamo sexual masculino. Sin embargo, esta definición solo consideraría aspectos físicos/sexuales, no considerando la profundidad emocional y el cambio de ritmo que conlleva parir y cuidar a un recién nacido. En palabras del programa “Chile crece contigo”, “(...) se extiende por más tiempo incluyendo también aspectos emocionales y del sistema nervioso que podrían durar hasta cerca de los dos años de vida del niño(a)”.²⁶ Estos procesos, si bien sabemos que son de carácter universal, la comprensión es variable, ya que se construyen bajo marcos socioculturales donde se perpetúan y estandarizan prácticas y conocimientos que crean matices, según qué grupo humano lo defina.

Modelos de atención

Para dar cuenta del modelo particular de atención, ejercido y reproducido por la partera, haremos un recorrido por distintas definiciones de modelos de salud propuestas por autores dentro de la sub disciplina de antropología médica (y antropología médica crítica), disciplina que estudia procesos en relación al trinomio salud-enfermedad-tratamiento.

Un modelo se entiende como un paradigma, una imagen mental y corpórea de la realidad que crea un sistema que moldea saberes y haceres en torno a salud. Eduardo Menéndez (2003), antropólogo argentino, define modelo como un “instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico”. A partir de esta definición distingue tres modelos básicos: 1. Modelo médico hegemónico (MMH) 2. Modelo médico alternativo (MMA) 3. Modelo de auto atención (MA)

Los rasgos estructurales del MMH son:

biomedicina: biologismo, a historicidad, asocialidad, mercantilismo, y eficacia pragmática. El apellido *hegemónico* proviene de la teoría de Gramsci y se opone a subalterno” (Comelles y Martínez, 1993:85-87 en Sadler, 2003)

²⁶ Revisado en <http://www.crececontigo.gob.cl/tema/post-parto-o-puerperio/>

- Biologismo
- Concepción teórica evolucionista- positivista
- Ahistoricidad
- Individualismo
- Eficacia pragmática
- La salud como mercancía
- Relación asimétrica entre medico/paciente
- Participación subordinada
- Legitimación jurídica y académica de los saberes
- Profesionalización formalizada
- Racionalidad científica (y exclusión de los otros modelos)

Los dos siguientes modelos se comprenden «como respuesta a un aparato médico sanitario que establece por un lado un orden burocrático que busca básicamente reproducir sus objetivos institucionales y simultáneamente tiende a establecer relaciones asimétricas entre el personal y los usuarios» (Menéndez 2003. p. 193). En el MMA se integran prácticas médicas consideradas alternativas y/o tradicionales. Un ejemplo de esto es la medicina china. Sus rasgos estructurales son:

- Concepción globalizadora de padecimientos y problemas (eficacia simbólica)
- Tendencia al pragmatismo
- Ahistoricidad
- Asimetría curador/paciente
- Racionalidad técnica y simbólica
- Tendencia reciente a la mercantilización

Por último, los rasgos estructurales del MA son:

- Eficacia pragmática
- Participación simétrica y homogeneizante
- Legitimidad grupal y comunal
- Experiencial

- Tendencia sintetizadora
- Tendencia a asumir subordinación, respecto a los otros modelos

La antropóloga estadounidense Robbie Davis Floyd define tres modelos o paradigmas del nacimiento 1. Modelo tecnocrático. 2. Modelo humanístico 3. Modelo Holístico

El primero podríamos asociarlo al MMH propuesto por Menéndez. Este modelo predomina en el estudio y práctica profesional de los médicos. Sus principales rasgos son:

- Separación mente/cuerpo
- El cuerpo femenino es metaforizado como una máquina defectuosa
- El hospital como una fábrica
- El recién nacido como un producto
- Y el experto, varón como quien rescata, “repara” a esta máquina defectuosa
- Supervaloración de la alta tecnología
- La paciencia no es una facultad (he ahí las técnicas de amniorrexis, oxitocina sintética, etc)
- Autoridad y responsabilidad en el médico y no en la parturienta

Si bien este es el modelo que predomina actualmente «en cualquier sociedad grande, nunca es el único sistema o ideología por que la propia sociedad refuta con argumentos y razones el poder absoluto e incontestable que se atribuye el modelo hegemónico» (Davis-floyd, 2004, p. 9), por esta razón se consideran modelos que cuestionan al tecnocrático.

El modelo humanístico es equiparable al MMA. Es definido como un sistema biopsicosocial. Siendo sus rasgos principales:

- Conexión entre mente y cuerpo
- El cuerpo como organismo, no como máquina
- Paciente como sujeto
- Se respeta unicidad y humanidad de la mujer
- Diagnóstico y curación vienen desde “afuera” (máquinas, opinión de doctores) hacia “adentro” (sensaciones y emociones de la parturienta)

- Información y responsabilidad compartida por paciente y cuidador
- Hay una distinción entre humanismo superficial (por ejemplo, pintar las salas “lindas” pero las técnicas y la atención siguen siendo tecnocráticas) y humanista profundo (por ejemplo lactancia inmediata, posición elegida por la madre)

Por último, el modelo holístico tiene los siguientes rasgos:

- Hay una unidad entre cuerpo, mente y espíritu (no solo se concibe como máquina u organismo, es, además, un sistema de energías)
- Se toman en cuenta deseos, miedo de la parturienta
- Se actúa a nivel emocional y espiritual
- La ciencia y tecnología se usa para facilitar la habilidad de la madre
- Se utiliza la intuición
- La autoridad y responsabilidad existe en cada individuo

Por último, Michelle Sadler (2009), antropóloga chilena, y Patricia Núñez (2009), antropóloga española, distinguen dos modelos en la atención de salud reproductiva

- Modelo tecnocrático- intervencionista
- Modelo personalizado

El primero hace referencia a la separación cuerpo-emociones. El cuerpo es concebido como una máquina que produce a otro cuerpo. El paciente tiene carácter de objeto en vez de sujeto, estandarizando prácticas y cuerpos al momento del parto. En palabras de Sadler «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» (Sadler, 2003, p.6). El segundo hace referencia a la recuperación de un rol activo de la madre en el momento del parto, se relaciona a una manera positiva de vivir procesos reproductivos y maternidad. El cuerpo no está dividido, se concibe como un organismo integral.

La siguiente tabla elaborada por las autoras muestra comparativamente las características de estos modelos:

Modelo intervencionista de atención de salud	Modelo personalizado de atención de salud
Separación entre cuerpo y emociones	Integración cuerpo y emociones
Cuerpo entendido como máquina	Cuerpo entendido como organismo integral
El paciente como objeto	Las familias usuarias como sujeto activo en la atención
Estandarización del cuidado y responsabilidad en el practicante, no paciente	Información, toma de decisiones y responsabilidad compartida entre practicante y usuario
Trato impersonal del paciente	Cuidado personalizado y empático de usuario
Sobrevaloración del uso de tecnología	Uso de tecnología solo si es necesaria
Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo	Énfasis en prevención largo plazo
Intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud	Apertura hacia modelos complementario de atención de salud ²⁷

Tabla 3: Comparación entre modelo intervencionista y modelo personalizado

²⁷ Revisado en <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/58363/revision-del-parto-personalizado-herramientas-y-experiencias-en-chile>

A woman with a long braid, wearing a white lace top, is smiling. Behind her is a calendar with months from July to February. To the right, there is a small table with a lit candle in a glass holder.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

CAPÍTULO I

NACER, MENSTRUAR, PARIR Y PARTEAR

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Capítulo I: Nacer, menstruar, parir y partear

El presente capítulo estará ordenado por experiencias corporales que darán continuidad a la trama de la historia de vida de la partera. Tomaremos como guía la corporización, vale decir hechos biológicos como hitos de construcción individual/social. Estos serán: nacer, menstruar, parir y partear.

I Septenio: nacer

La historia comienza como cada una de nuestras existencias: de un cuerpo que sale de otro, de fluidos, sangre, líquido amniótico, lágrimas, sudor y calostro. El parto como primer hito exterior del cuerpo materno, marca el comienzo de una vida que estará estructurada socioculturalmente, primero, porque es la primera experiencia corporal en manos de otro ser humano fuera del útero; y segundo porque el contexto en el que se nace es muestra de cómo está viviendo una sociedad. Nacer en las manos del obstetra o del padre, nacer en un lugar ruidoso con luz artificial o en un lugar oscuro, que la primera superficie sea el pecho de la madre o una pesa. ¿Qué nos dice el parto de nuestra sociedad? ¿Qué buscamos al hablar de nacimiento y partos? A continuación, comenzaremos el escrito a través del primer viaje que experimentó Catalina Seguel: su nacimiento, parto de su madre.

María Rosario Bahamondes gestaba a su tercera hija. En verano de 1990 le detectaron colestasis y es intervenida mediante una cesárea de urgencia en el Hospital Salvador. Esta experiencia de cesárea para Catalina sería el inicio de sus próximas vivencias de partos, la cual retomaría tras el nacimiento de su primer hijo. Por experiencia entenderemos un acontecimiento que se vive y del que se aprende algo, en este caso, la cesárea fue una experiencia trascendental a futuro para ejercer su oficio como partera. A su vez la experiencia de nacer está ligada a la corporización, vale decir, que el cuerpo a nivel emocional, biológico y espiritual trasciende en la vida de una persona. Las experiencias perceptuales del recién nacido y de la madre variarán según la definición cultural previa que se tiene del parto: según los participantes que acompañen el proceso, el territorio en el que ocurra el trabajo de parto y el uso de medicación y tecnología.

La trama de las antecesoras de Catalina, quienes fueron parteras, *meicas*²⁸, brujas, marcarían el nacimiento de esta nueva integrante como una bisagra entre saberes y haceres indígenas/campesinos y la implementación y preservación de la tradición familiar en un nuevo escenario: la ciudad. Por ello, la identidad de Catalina se construyó en base de estos saberes del *pasado*, fundamentales para el ejercicio actual de su oficio. Si bien la partería se ejercía contextualmente en el campo, actualmente ella resignifica estos haceres y saberes ante un escenario de altos índices de intervencionismo innecesario en los partos.

«yo siento que desde que tengo memoria, empecé a aprender distintas cosas relacionadas con las plantas, con la mujer, con las guaguas, los niños, las niñas, con los nacimientos» (C.S., 2017)

En el año 1995 Catalina jugaba a atender partos, era cotidiano emular ser matrona. Recuerda que le llamó la atención el nacimiento de su sobrina Danae, hija de su hermana mayor, Mónica. Además, rememora conversaciones de su madre, tías y abuelas sobre tratamientos, hierbas y tiempos para tratar el parto, conocimientos que hoy son la base de la partería que practica. El oficio de la partería ha estado ligado históricamente a un espacio femenino, donde confluían distintas generaciones. En la historia de Catalina se reproduce esta manera de mantener el oficio, basándose en el relato oral de este grupo de mujeres.

La niñez de Catalina fue mayoritariamente al lado de su madre, quien trabajaba de vendedora ambulante y asesora del hogar. Eran recurrentes los viajes a diferentes lugares en busca de mercadería y para visitar a sus familiares a San Clemente. En San Clemente nació su madre, la quinta hermana de los 16 hijos de Juan Bautista Bahamondes Katril y Graciela Quiroz, familia de donde deviene la tradición de partería y hierbas.

²⁸Transformación de la palabra médicas en contexto campesino



Mapa 1 San Clemente. Lugar de nacimiento de María Rosario (madre de Catalina)

«Mi abuela parió

16 hijos, mi abuelo le atendió la mayoría de los partos, otras veces mis tías abuelas que eran las hermanas de mi abuelo. A veces paría sola. Mi tía Silvia, que es una de sus hijas también, su hija mayor, tuvo la mayoría de sus guaguas sola, o con la Tía Herminia, que era la hermana de mi abuelo, que ella era partera igual» (C.S.2017)

A continuación, podemos ver el genograma de la familia de Catalina, donde se muestra el origen de los saberes en torno a partería. Marcado en rojo se muestran las parteras dentro de la familia. Situándonos desde la posición genealógica de Catalina, la tradición familiar de partería deviene de su lado materno, y desde la posición de su madre, María Rosario, deviene desde su lado paterno.

María Rosario fue elegida para la transmisión de conocimientos en torno a la partería, pero tras su temprana migración a los 16 años desde San Clemente a Santiago, dejó su “entrenamiento” en busca de mejoras económicas. La educación en torno a partería comenzó alrededor de los 7 años de María Rosario, quien era puesta a prueba mediante acciones que mostraban su valentía

«entonces el primer entrenamiento era que ella fuera capaz de matar a una gallina ¿cachay? Y después la mandaban a buscar sapos, ranas, pájaros, cazar lagartijas, arañas, un montón de cosas» (C. S. 2017)

Si era capaz de mostrarse valiente, las mujeres mayores podían ver en ella una persona capaz de adquirir sus conocimientos y volcar en ella saberes y haceres relacionados a medicina tradicional, partería y uso de hierbas.

«pero como se vino a trabajar a Santiago de nana, de empleada, claro, no lo siguió trabajando, no lo siguió dedicando, y en ese tiempo llegaron los hospitales. Y cuando llegaron los hospitales en ese tiempo, justo empezó como a irse la mujer a parir al hospital, entonces es como “ah ya, esta cuestión ya no es po”, como que ya va a ser ilegal en cualquier momento, no hay futuro en esto, hay que irse, ¡que la pobreza!, ¡la pobreza!, “el campo es pobre”» (C.S.2017)

En Santiago, María Rosario fue parte de las tomas de terreno en Lo Hermida (Peñalolén). Esta población nace a partir de una toma de terreno, realizada por un amplio movimiento de personas que buscaban viviendas definitivas en la ciudad. En 1967, a través de una operación sitio, programa de auto construcción de viviendas impulsado en el Gobierno de Frei Montalva, se expropió el fundo de Lo Hermida. Durante el gobierno de Allende (1970-1973) se desarrollaron otras ocupaciones de terreno, construyéndose 10 campamentos. A pesar de las carencias materiales de los pobladores, se encontraban fuertemente cohesionados bajo una identidad sociopolítica de izquierda, lo que después conllevó fuertes represiones en época de dictadura.

«la gente que llegó acá, es gente que viene del campo, acá viene de la misma tradición que mi mamá: gente de campo, descendientes de machi,

descendiente de médicas, de curanderas, de componedoras de hueso. Entonces aquí se daba mucho esto de la medicina tradicional y también religioso, porque estaban los evangélicos o estaban las mujeres que santiguaban, y que te daban plantas, te daban hierbas, estaban las que se dedicaban a hacer abortos. Estaba todo aquí configurado como si fuese un pueblo cualquiera del campo» (C.S.2017)

En este contexto se crio Catalina, rodeada de mujeres fuertes, mujeres que se cuidaban a través de su organización en cooperativas ante un escenario de precariedad material. Las cuales también concebían el cuerpo y la manera de atenderlo y tratarlo desde sus orígenes indígenas/populares provenientes del campo. La configuración identitaria que vivió Catalina se puede considerar como historia social e individual, donde el cuerpo aprendió y se educó. En ella vemos dos cauces hasta el momento que la llevaron a ejercer el oficio de partera en la ciudad: la tradición familiar que se ha transmitido generacionalmente, y el contexto urbano en el que nace y se cría, en medio de un tejido social que, si bien era urbano, abundaban las prácticas indígenas/populares provenientes del campo chileno.

«a la vuelta de mi casa estaba el Zárate que era componedor de huesos, a la otra vuelta esta la señora que quebraba el empacho. También mi mamá lo hacía, pero no me lo podía hacer a mí porque yo era su hija. Más allá estaba la que tiraba las cartas, por acá estaba el cura, que el cura enseñaba el bautismo cuando las guaguas nacían muertas. Y así entre puras señoras, entre puras viejitas» (C.S., 2017)

Según su experiencia, era como vivir en el campo pero dentro de una ciudad. Recuerda que pavimentaron Lo Hermida en la década de los 90, las líneas telefónicas llegaron en esos mismos años y su mamá la bañaba en un *fondo*²⁹ con agua hervida previamente calentada en una fogata, ya que en la década del 2000 instalaron el calefón en su casa. Era común acompañar a su mamá los días domingos a hacer pan amasado junto a otras mujeres, para luego venderlo en el barrio. Ocupaban las actuales canchas para cultivar chacras y criar animales: caballos, yeguas, chanchos, pollos.

²⁹ Olla grande

Reflexiona que, tras la migración desde el campo a la ciudad, las personas que antes eran reconocidas como brujas o *meicas*, quienes leían las cartas, quebraban el empacho, santiguaban y tenían un conocimiento profundo sobre el uso de hierbas del sector, se dividieron en distintos oficios

«la santiguadora, otra era la ungidora, otra era tarotista, otra era adivina, no sé, componedora de huesos, zapatero, no sé, habían muchos oficios»(C.S.2017)

Como vimos en los antecedentes, parteras, comadronas, médicas o *meicas* ejercieron extensa y aceptadamente hasta mediados del siglo XIX, explicando su protagonismo por la inexistencia de matronas. Eufemia Katril Troncoso es un ejemplo de este proceso histórico, los cimientos identitarios en torno a partería en la familia de Catalina provienen de ella, su bisabuela mapuche, quien fue partera y experta en el reconocimiento y uso de hierbas de la zona, saberes que fueron traspasados de generación en generación. Elvira y Herminia fueron las hijas que heredaron estos conocimientos como también Juan, quien ayudó a su esposa en algunos de los 16 partos que tuvo. María Rosario (hija de Juan), como vimos, fue la nieta elegida para el traspaso de los conocimientos familiares. Sin embargo, su temprana migración a la ciudad hace decidir a Elvira llamar a su hija Mariana, quien ya había migrado a Santiago, para enseñarle sobre los saberes y haceres en torno a partería y uso de hierbas, quien posteriormente se hace reconocida como la *meica* de San Luis de Alico (VII Región del Maule). María Rosario de todas maneras adquirió la expertiz en el reconocimiento y uso de plantas, y nunca se desligó de su lugar de origen, volviendo cada primero de noviembre a visitar a sus muertos junto a Catalina, quien tiene recuerdos vivos de las visitas a San Clemente.

«yo tengo recuerdos de que el primero de noviembre íbamos al campo, al cementerio, y en ese ir al cementerio nos encontrábamos con la familia después, entonces siempre íbamos a almorzar de casa en casa»
(C.S.,2017)

Otro de sus recuerdos es el cuarto donde su tía Mariana leía el tarot, tradición que aprendió de su padre Juan. Ese cuarto siempre fue una interrogante desde sus ojos de niña, siempre

quiso ser parte de las reuniones femeninas que se efectuaban en aquel lugar. Al notar su constante interés, su tía le prometió leerle las cartas a los 7 años, por lo tanto, el año 1997 Mariana cumple su promesa. Entraron al cuarto que tanto le intrigaba, donde había solo una vela iluminando el espacio, una mesa tapada con un paño rojo, un vaso de agua y las cartas. Estando allí le indicó que no cruzara las piernas y que escogiera algunas cartas al azar.

«me decía que yo era el último concho de la familia, que yo, tenía como que sacar la cara por la familia... no me habló tanto de la partería, me habló de traer la vida, de estudiar para matrona me decía, que había que... ¿Cómo era? Que yo iba a tener un bebé antes de los 21 y que ahí yo iba a recibir el don de la partera, la médica» (C.S., 2017)

Presagio, que, como veremos, se cumplió tras gestar y parir a su primer hijo.

II Septenio: menstruar

Catalina transitó su niñez entre San Clemente y la población Lo Hermida en Peñalolén. A los diez años ya leía las cartas y ocurrían presagios ante su lectura, a la vez que iba asimilando también los conocimientos en torno a la partería.

«sabía que se hacía tal cosa para dar vuelta una guagua, o con tal hierba, con tal baño de plantas, las guaguas se apuraban *pa* nacer, también sabía que los partos de gemelos o mellizos era más *complicao*, sabía que un parto en podálico existía» (C.S.2017)

El 8 de diciembre del año 2002 sería otro hito importante para su historia, ya que reconocería la conexión con su cuerpo y el poder que tenía sobre él, dicho momento fue su menarquia, el cual fue celebrado con una fiesta familiar y un gran ramo de flores rojas.

«para mí fue importante, porque yo sentí que me iba a llegar, yo tenía 12 y fue un día que yo le conversaba a mi útero, “que por favor no”, que yo sentía que me iba a bajar, “que por favor no me llegara en la iglesia de blanco, porque yo iba a hacer mi primera comunión”. Entonces para mí era muy importante hacer la primera comunión siendo niña, no mujer

(risa) y ahí napo, no me llegó el día de la iglesia, me llegó el día siguiente» (C.S.2017)

Su hermana mayor, Mónica, fue la encargada de enseñarle sobre el ciclo fértil, reconocimiento de flujos y temperatura de estos, más el cuidado que debía tomar ante posibles gestaciones. Temas que se vivían con normalidad y eran reforzados en el colegio de monjas en el cual se educó formalmente. Catalina explica que desde pequeña normalizó la menstruación, al ver la sangre de su madre en paños y no observar molestias en ella, quien no adjetivó la menstruación como malestar, tabú o anormalidad³⁰

«sabía de chica que a las mujeres le llegaba la sangre, y también me educaron para yo tener una regla regular sin dolor. A mi mamá yo nunca la vi sufriendo, siempre usó paños, nunca usó toallas higiénicas, yo veía su sangre cuando mi mamá menstruaba y sabía que tenía ciclos híper regulares. Entonces yo me configuré para tener reglas sin dolor y ser muy regular»(C.S.2017)

La relación con los procesos biológicos, como hemos señalado, responde a contextos socioculturales, es decir, que se reinterpretarán contextualmente. Catalina nombra a esto “configuración”, lo que nos lleva a pensar que hay una estructura, en este caso de crianza, que ordenó la forma en que comprendería y practicaría los procesos corporales. De manera que la menstruación es asociada a normalidad, regularidad y ausencia de dolor.

III Septenio: parir en hospital

El año 2008 conoce a Jaime, actual pareja, con el cual empieza a dictar talleres de huertas orgánicas. El año 2009 entró a estudiar trabajo social a la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM), mismo año en el que asiste a un congreso de trabajo social en Ecuador, país en donde se encuentra con parteras indígenas y mujeres que parían en sus domicilios.

³⁰Un ejemplo es lo expuesto en el documental “La luna en ti”, trabajo audiovisual donde indagan sobre la connotación social en torno a menstruación, evidenciando que es un tema tabú o tiene una carga negativa en distintos contextos.

«parían ahí en sus casitas, con sus parteras, que eran viejitas y listo, y ni un problema, nadie se moría, no pasaba *na*, todo bien, perfecto» (C.S. 2017)

Esta experiencia la hace rememorar su tradición familiar, ya que en Ecuador no era considerado un oficio del pasado u olvidado, ejemplificando que la práctica de la partería tradicional no significaba un retroceso en temas de salud o salubridad. Su viaje se extendió más allá del congreso y siguió recorriendo el país en compañía de Jaime, tomando la decisión de dejar su carrera universitaria.

En mayo del año 2012 concibe a su primer hijo, ante las imágenes y experiencias recientes de su viaje a Ecuador, comenzó a buscar clínicas que coincidieran con su idea de parto. Sin embargo, su presupuesto no alcanzó para los costos que implicaba un parto natural en clínica, por lo que decide parir en el Hospital Luis Tisné de Peñalolén. Abogando por un plan de partos exigió estar acompañada por su familia y no recibir intervenciones médicas rutinarias, tales como administración de anestesia, episiotomía y rompimiento artificial de membranas. Si bien estuvo acompañada por su pareja, recibió intervenciones en contra de sus requerimientos explicitados en el plan de parto.

Estos procedimientos, que se han vuelto rutinarios sin una razón científica de un efecto positivo en el trabajo de parto, son un ejemplo de cómo los límites carnales son transgredidos por las prácticas de la biomedicina. Estas prácticas mantendrían así un modelo médico que comprende el cuerpo como un objeto o un aglomerado de partes biológicas análogas a la de una máquina. Ante la utilización de técnicas y procesos biomédicos, Catalina reflexiona sobre su propio nacimiento y/o parto de su madre

«yo nací por cesárea a los 43 años de mi mamá, y cuando llegó el momento del parto yo sabía que era mi primera experiencia de parto en esta vida, yo nací por un tajo. Entonces para mí era importante vivir esa experiencia, porque en el fondo yo sentía que me estaba pariendo a mí» (C.S., 2017)

La cita anterior hace referencia a ampliar la perspectiva del parto, no solo aludiendo al trabajo de parto y nacimiento del bebé, sino que se comprende como un proceso que se ha construido desde el propio nacer, la niñez y la socialización en torno a la reproducción: menarquia, relaciones sexuales, parto/nacimiento, lactancia, menopausia. Procesos que se comprenden bajos pautas socioculturales, históricas y también experienciales mediante la corporización de hitos biológicos.

Tras la etapa expulsiva, pusieron a su hijo Víctor en su pecho y las intervenciones médicas siguieron incrementando los niveles de violencia.

«y de repente se me empieza a ir el efecto de la anestesia y empiezo a sentir como si mi útero se fuera pa arriba, como que me estuvieran pegando. Y miro por esa lámpara que tienen arriba, que tiene como un espejo y veo unas *guebas*, como unos rodillos gigantes, que están metiendo hacia adentro de mi vagina, hacia el útero, y lo levantan y como que tuviera povidona, y lo limpian. Y me estaban haciendo una revisión instrumental y un raspaje, después de que me extrajeron manualmente la placenta. Y yo así como “si yo grito, me van a tratar más mal”, entonces ese era como mi relato, como la experiencia de las mujeres, el relato colectivo, de “no reclames porque te van a tratar peor. No reclames”»
(C.S. 2017)

En el relato anterior se presentan las estructuras básicas del modelo médico hegemónico propuesto por Menéndez, el modelo tecnocrático propuesto por Davis Floyd o el modelo tecnocrático intervencionista propuesto por Nuñez y Sadler. Ya que recibió intervenciones que había explicitado no querer recibir, evidencia una relación asimétrica entre profesionales de la salud y gestantes, parturientas o madres, quienes tienen una participación subordinada respecto a decisiones sobre su cuerpo al momento de dar a luz.

Además, las técnicas utilizadas (oxitocina sintética, anestesia y amniorrexia) demuestran que hay una estandarización de las prácticas ejercidas sobre los cuerpos femeninos, ocasionando un trato impersonal e irrespetuoso, donde la paciencia no es una facultad. Se separa el cuerpo físico de las emociones que está sintiendo las madres (y en ocasiones el

padre). Intervenciones y prácticas que en algunos casos han sido catalogados como tortura³¹. Al realizar una revisión instrumental y un raspaje sin anestesia, intervenciones agresivas que buscan resultados a corto plazo, pero que no reparan en las de largo plazo a nivel físico, emocional, espiritual, se materializa la idea de Davis Floyd: el cuerpo femenino se concibe como una máquina defectuosa, el profesional experto es quien rescata y repara este cuerpo; el hospital opera como una fábrica y el recién nacido es el producto.

Otro factor trascendental de la cita anterior es la idea del “relato colectivo”, el cual se ha implantado y perpetuado como un mecanismo de control sobre cuerpos femeninos gestando, pariendo, lactando: “si yo grito, me van a tratar más mal”. Entre el profesional de salud y la madre hay un abismo constituido desde los inicios de la obstetricia: en este abismo esta la tecnología por sobre la intuición; la jerarquía masculina por sobre la femenina; el cuerpo materno como un canal para traer vida y no vida en sí misma; el adoctrinamiento de los estudiantes por parte de las instituciones médicas. Y también es parte de un relato que se ha transmitido desde la niñez, mediante imágenes e historias familiares: parto hospitalario con un médico que salva la situación, ante un dolor incontrolable de la madre. La repetición de esta escena vista en películas, series o comerciales de televisión han configurado la manera de imaginar un parto, y de conceptualizarlo como seguro, higiénico, “normal” en espacios hospitalarios. Sin embargo, la sensación que deja consigo un parto sobre-intervenido explicita el castigo a la mujer.

«yo sentí que no se me había respetado y yo ya era consciente de muchas cosas, no desde la información, sino que desde mi instinto, mi intuición, yo no quería intervenciones. Y bueno tenía esa sensación como de sentirme violada, como si fuese sido violada, penetrada violentamente, eso sentía» (C.S.,2017)

La experiencia traumática experimentada por Catalina llevó consigo una depresión posparto, situación regular, que es entendida por la OMS como un periodo de infelicidad que dura al menos dos semanas. La depresión afecta a una de cada seis mujeres que dan a

³¹ Ejemplo de esto es el caso de Lorenza Cayuhan. Mujer lufkenche, quien cumple condena en la cárcel de Arauco, quien fue obligada a parir engrillada.

Revisado en <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/10/24/caso-de-mapuche-que-dio-a-luz-engrillada-llega-a-fiscalia/>

luz y se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés o capacidades para desarrollar las actividades con las que normalmente se disfruta. A su vez recientes estudios revelan la asociación entre uso de oxitocina sintética y mayor riesgo a tener depresión posparto³².

El paso del tiempo y distintas terapias a las que asistió la ayudaron a re-significar la experiencia traumática de su primer parto, momento en que conoce el término *violencia obstétrica* y decide nunca más parir en un hospital y embarcarse en el acompañamiento hacia mujeres gestantes, sus partos y puerperios. Experiencia que demuestra, como explica Davis Floyd, que en cualquier sociedad grande la visión hegemónica nunca es el único sistema, ya que la misma sociedad, mediante sus experiencias refuta con argumentos sólidos el poder absoluto que se atribuye al modelo biomédico.

«yo en ese tiempo solo conocía la palabra partera, conocía las palabras, o sea el tratamiento de cómo se vive la gestación y parto en el campo por mi familia. Pero no conocía otros conceptos como parto humanizado, doula, parto en casa, así como tan atendido por matronas. Yo no tenía idea que habían piscina de parto»(C.S.2017)

Tras su experiencia de parto biomédico su camino se empezaba a construir para recuperar su legado familiar. Al final del abismo que hubo (hay) entre profesional de la salud y gestante/parturienta/madre, hay vestigios de prácticas ancestrales que fueron retomadas y re significadas por Catalina. Estas sirvieron para cerrar esa grieta profunda que existe y trae consigo daños a la mayoría de las mujeres que pare en contexto hospitalario, ya que «en Chile cada año cerca de 250 mil mujeres se convierten en madres. De esas, se estima que cerca del 92 por ciento sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal de salud» (Viñals, 2014)

El año 2012 el presagio de Mariana se cumplió -sobre su propia muerte y el nacimiento de Víctor-, aquello que marcó el comienzo de su trabajo como partera

³² Revisado en Marzo de 2018 <http://saludmentalperinatal.es/como-las-intervenciones-en-el-parto-afectan-a-la-salud-mental-de-las-madres/>

«ella me dijo que yo iba a ser la que iba a continuar cuando ella se muriera, entonces los tiempos se sincronizaron, yo parí antes de los 21, parí un mes antes de los 21. (...) La cuestión es que me hago consciente de la responsabilidad que tenía, me gustó, empecé a soñar que atendía partos. La tía Mariana se muere y yo empecé a soñar que atendía partos; empecé a soñar que paría en la micro; empiezo a soñar que el Jaime paría una guagua por el pene; empiezo a soñar que iba en el metro y atendía un parto; sueño que una ballena tiene un parto; todos los días soñaba con partos y me dediqué a recuperar la información que había de las plantas y los partos» (C.S.,2017)

IV Septenio: partear y parir en casa

«Intento trabajar la gestación y el trabajo con la mujer, desde el cuidar la vida. Y cuidar la vida, para mí, es cuidar a la mujer siempre, siempre, siempre, desde niña hasta que se va de este plano» (C.S.2017)

En esta búsqueda en torno al parto respetado y la recuperación y preservación de su tradición familiar, asistió a un taller de ginecología natural donde conoció el término “*doula*”

«el *doulaje* a mí me recordó la partería, entonces empecé a picar y desde que me convertí en una *doula* empecé a investigar mucho más allá, si yo sabía que las guaguas se daban vuelta de tal forma, fui a buscar el conocimiento bien donde mi familia, fui a renacer ese conocimiento» (C.S.,2017)

Tras su formación como *doula*, comienza a acompañar partos en casa a los que las matronas no alcanzaban a llegar, y luego, mediante recomendaciones, la empiezan a buscar como una alternativa de menor costo económico, en comparación a partos en casa atendidos por matrona.

El año 2012 formó la corporación “Tierra eterna”, organización dedicada a salud ancestral comunitaria y permacultura, lugar en el que comienza a formalizar conceptos como partera, *meica* y huertas orgánicas. El año 2013 realiza su primer voluntariado de “*doulaje*” en el hospital San José de Independencia. Sin embargo, el contexto hospitalario nuevamente la hace cuestionar los nacimientos en contexto biomédico, por lo que desiste y continúa con su búsqueda dentro de su ámbito familiar. Ese mismo año postula y gana un proyecto de huertas de auto ayuda para gestantes, el cual ofreció en el voluntariado de doulas, conjuntamente con la implementación de una SAIP³³, financiado por el proyecto adjudicado. Sin embargo, la respuesta fue negativa y decidió realizar un Círculo³⁴ de acompañamiento prenatal gratuito para madres y padres, el cual llamó “Tribu de parto”, desde sus palabras el primer círculo prenatal gratuito.

Al crecer en una población emblemática, en términos de organización y lucha política, era trascendental para ella llevar sus conocimientos a este espacio y descentralizar el parto en casa como una práctica costosa y elitista.

«yo soy pobladora de lo Hermida, entonces yo crecí en una población emblemática de Santiago, de organización de lucha. Entonces para mí entrar a un mundo tan elitista como el del parto en casa, fue como en verdad no. Esto tiene que cambiar, porque yo tengo el conocimiento para hacerlo de partida, además de tener el conocimiento es como una deuda que tengo con las mujeres, porque ¿cómo las mujeres de la clase alta van a estar pariendo en la casa y nosotras no?, nosotras que sí podemos, que tenemos la fuerza, que tenemos la experiencia en el cuerpo, *cachai*. Nuestras madres la mayoría parió, las madres de clase alta la mayoría fueron cesárea» (C.S.2017)

Catalina propuso que fuese gratuito y ocupó esta estrategia como un filtro para el origen socioeconómico y político de las personas que llegarían a ese espacio.

³³Salas de atención integral del parto

³⁴Reunión de personas, llamado círculo por la intención de llevar un diálogo horizontal y no jerárquico en el encuentro

«filtrarlo porque también hay gente que es ABC1 y no va a cosas gratuitas. Entonces cuando a veces te dicen el filtro es, no se *po*, entrar a una discoteca, la entrada cuesta veinte *lucas*³⁵, yo acá te digo, bueno, el filtro para nosotras y nosotros, que nos reconocemos como gente pobre económicamente, es hacerlos gratuitos» (C.S.2017)

Ante esta convicción, la primera generación de Tribu de parto se constituyó con personas que buscaban vivir gestación y parto fuera de los límites establecidos por la medicina alópata, pero no tenían los recursos para optar a un parto en casa en compañía de matrona. El taller, entonces, se conformó de familias de estudiantes, familias pobladoras o quienes confiaban y buscaban el trabajo de la partera.

“Lo que la Tribu de parto vino a hacer con el parto en casa, fue democratizar talleres de preparación. Y no democratizar, popularizar, de popular, de *poblacionalizar, ocupacionalizar*”(C.S. 2017)

Catalina relata que los talleres duraban tres meses, reuniéndose así las familias gestantes todos los sábados. Un componente interesante de la Tribu de parto era el involucramiento activo del padre en los talleres y la visibilización de la partería chilena e internacional, generalmente latinoamericana, donde se entremezclaban distintas vertientes de la partería, lo que Le Breton llamaría “traje de arlequín”

«trabajábamos diferentes temáticas: un día era balón, otro día era yoga, otro día era parto aymara, otro día era elementos del parto mexicano, o rescatar uso del rebozo, o métodos. O sea, hierbas, hierbas, hierbas, caleta. Y así una serie de temáticas en torno al parto respetado y el parto en casa. Y desde un principio se incluyó la partería, siempre, yo siempre la metí, porque para mí también era importante que las mujeres reconocieran que existe este oficio. Y les pueden ser útil en toda la vida, porque la partera te acompaña desde que naces hasta que te haces abuela» (C.S.2017)

³⁵Pesos chilenos



Tribu de parto

La mamá de la Violeta, me invitó a participar de la tribu. Había que mandar un correo electrónico y llenar una ficha para quedar seleccionado, así que yo escribí que queríamos participar, porque no sabíamos con quién nacería la guagua aún y nos gustaría que fuera en el hogar.

3 meses duró la experiencia, conocimos personas hermosas, todos embarazados y ahora ya con sus cachorros se llama "la camada". La primera vez fuimos al cerro san cristóbal y ahí nos juntáramos todos, el problema fue que no pensaron que las embarazadas a penas podrían subir con tremendas panzas y las esperamos como 2 horas arriba. A los primeros que conocimos fue a la Eva con el Matías, traían un bold muy grande y lleno de frutas, compartimos un rato largo, nos contaron que su hijo había nacido en la casa. Fue la primera vez que escuché las propiedades de la placenta, rica en hierro y capaz de entregar los nutrientes necesarios a los padres para una pronta recuperación postparto si es ingerida, tal cual como los animales mamíferos la comen después de parir.

Nos juntamos en un círculo todas las personas que habían llegado, los nuevos y antiguos de la "tribu". Los que ya tenían hijos comenzaron a contar sus experiencias de parto, uno a uno y todos escuchábamos en silencio. La mayoría eran partos en casa, exceptuando uno en un taxi y otros de hospital. Las mamis de los hospitales, contaban la violencia obstétrica de la que no se habían salvado. Nos reímos mucho con algunas historias y con otras se nos paraban los pelos de punta. Aprendí la conexión e influencia que tiene la luna en los partos, la valentía de los bebés al nacer donde y como ellos quieran.

Ilustración 1 : "Aliwen. Yoga, embarazo, parto y puerperio" de Sylvana Galvez H.

Lo que interesaba a Catalina, aparte de transmitir técnicas para el dolor en el trabajo de parto y evidenciar la vigencia de la partería tradicional, era poner atención en la historia de cada mujer y familia que llegaba a la Tribu de parto. Ponía énfasis en la importancia de tejer redes de apoyo entre familias que estaban en el mismo proceso y tenían una concepción similar en la manera de parir y recibir a sus hijos/as.

He ahí el nombre del taller y círculo, la palabra *tribu* nos aboca a un grupo humano que viven cercanos unos a otros y tienen ideas y creencias compartidas. En este sentido la partería se preocupa de comprender el proceso reproductivo de forma amplia y dentro de un grupo humano que comparte la vivencia de gestar y buscar compañía de una partera

«lo que se olvida en la atención del parto en casa con matrona, que es el conocerte con la mujer, *cachai*: conocer no solamente sus controles, conocer también su alimentación, su cuerpo, sus relaciones, cómo ella está en el mundo, lo que hace, lo que no hace, lo que trabaja, lo que no trabaja, sus *ataos*, sus rollos familiares, todas esas cosas» (C.S.2017)

Las posibilidades de tipos de parto se abren y así también la definición de cuerpo se vuelve maleable, cuestionando el tipo de parto, cuerpo y crianza establecido desde el modelo biomédico. La “Tribu de parto” es también una respuesta a la crianza individualista que generalmente se reproduce en nuestra sociedad, propuesta que se asemeja a lo definido por feministas comunitarias en relación a la crianza comunitaria. Primeramente, proponen cambiar el concepto “mamá” por “creadoras y criadoras de vida”, ya que la maternidad y crianza obligatoria sostiene el modelo económico y político imperante, profundizando el individualismo y la acumulación de objetos. Desde sus planteamientos, una de las vías para acabar con el patriarcado es pensar otras formas de comprender y practicar gestación, parto y crianza. Y que el norte sea una crianza en conjunto, madres y padres biológicos y no biológicos, los cuales sean los responsables de la crianza de los niños/as, lo que acotaría el nivel de consumo y la sobreexplotación de las madres.

La mayoría de las mujeres que asistieron a la primera generación de Tribu de parto parió en su hogar con partera. El año 2014 se conformó la segunda y tercera generación de Tribu de parto.

«y de esas, mucha gente, que deben haber sido 20, 18 terminaron con parto en casa. De la primera generación, eran 15 parteras, 12 terminaron con parto en casa y cada vez íbamos aumentando. En la tercera ya eran casi todas» (C.S.2017)

A través de estos talleres, Catalina comienza a ser conocida y reconocida, empezando a atender con mayor frecuencia partos en casa, aún con recelo a mostrarse como partera por temas legales³⁶.

³⁶La ilegalidad de esta práctica se entiende como el ejercicio ilegal de la profesión de matrona u obstetra.



Mapa 2 Distribución espacial de partos domiciliarios atendidos por Catalina Seguel en la Región metropolitana entre los años 2014 y 2017. Fuente: elaboración propia

El 2015 fue la cuarta y quinta generación, año en que trabajaba sola y en compañía de una matrona, aún con cautela y no anunciando su trabajo por redes sociales. Este año concibe a su segundo hijo, durante la gestación acompañó partos hasta la semana 37.



Fotografía 1: Mujeres participantes de la cuarta generación tribu de parto (2015). De rosado Catalina Seguel. Fuente: fotografía compartida por Sylvana Gálvez



Fotografía 2: Acompañamiento a Sylvana mientras gestaba a Amador (2015). Fuente: "Historia de una vida. La meica". Elaboración propia.

El año 2016 fue la sexta generación. Este mismo año se conformaron “guaguatunes”, los cuales consistían en reuniones de familias que habían participado en alguna de las generaciones de Tribu de parto. Generalmente se realizaban las reuniones en el parque Quinta Normal, en las cuales se comía en conjunto, se trocaban objetos que ya no necesitaban las familias y se vendían distintos productos de emprendimientos familiares.

El verano de 2015 decide gestar a su segundo hijo, el cual, a su vez, opta por parirlo en casa debido su primera experiencia de parto en hospital. Por ello viajó a Rauco (VII Región del Maule) a concebir y visitar el cementerio donde están sus abuelos y tías abuelas, para realizarles una petición.

«Quiero que me cuiden en el parto, yo no voy a tener más parteras que ustedes» (C.S. 2017)

Su segunda gestación la pasó entre mujeres gestantes y partos en casa. Ya con una idea clara de su posición como partera y con un claro discurso de autonomía del cuerpo en relación al parto biomédico. La autonomía de este modo es entendida como el resguardo, protección y delimitación del cuerpo femenino de prácticas y experiencias violentas y/o traumáticas. Y también, en este caso, se comprende como la capacidad de elegir quienes acompañarán, cómo y dónde sucederá el proceso de parto. El cuerpo materno como espacio podrá demostrar que no es un cuerpo aislado e individual, sino que es producto de

interrelaciones e interacciones. Esto conlleva que las decisiones tomadas son respuestas a patrones instaurados mundialmente, como lo es la atención biomédica, que se ha perpetuado en los nacimientos. Esta atención impacta en decisiones íntimas, que repercutirían en lo global e individual como lo es parir en casa con partera.

El 18 de noviembre de 2015, Catalina inicia su segundo trabajo de parto, el cual había decidido previamente autoasistirlo. La pérdida del tapón mucoso dio inicio al viaje del nacimiento de Amador, esta vez en un contexto antagónico al sucedido con Víctor: en casa junto a Jaime. A la diez y media de la noche de ese día empezaron las contracciones. La intención de Catalina era que Jaime fuera su partero, por lo que durante la gestación le fue enseñando distintos saberes en torno al parto. Esa noche Jaime preparó las hierbas para ayudarla con la dilatación.

«empezaron muy muy intensas las contracciones, y yo sentía como olas, como un maremoto que venían hacia mí, porque empezó muy rápido»
(C.S.2017)

Ante su conocimiento sobre el proceso de parto, le costó despegarse de “la mente” y entrar en trance.

«yo eso lo he visto un montón de veces, siempre lo veo, pero tú cuando tienes la carga de saber es más *complicao*. Y en algún momento yo dije “no me puedo desconectar de la cabeza”, estaba todo el rato pensando que sé cuanta dilatación llevo, que sé cuánto falta, que sé que viene más dolor. Como que no me podía despegar y en algún momento llamé a mi fuerza interior y pude ¡*pum!* apagarme y me despegué» (C.S.2017)

Según su relato un rayo dorado dio comienzo a la última etapa del trabajo de parto. Este último tramo antes del nacimiento del bebé es conceptualizado como *reflejo de eyección*, el cual se define como el período de transición entre la fase pasiva y las últimas contracciones antes de la expulsión del recién nacido. Odent (2011) relata que la mayoría de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto no guiado, verbalizan el miedo o ligan su sensación a la muerte, lo que se explicaría por la liberación de adrenalina y la disminución de oxitocina que ocurre en este tramo de *reflejo de eyección*.

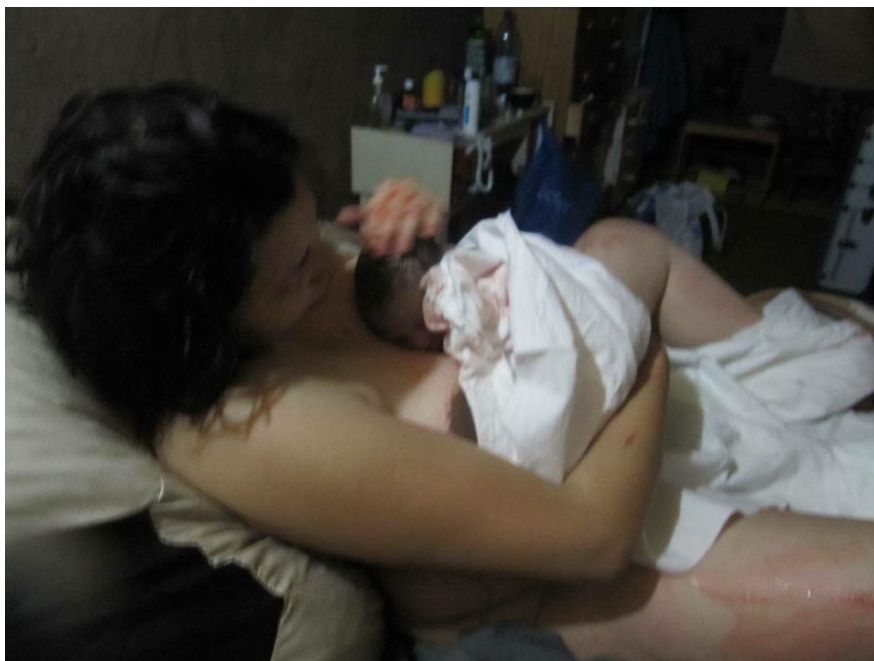
«y en algún momento se me volvieron insoportable las contracciones y le dije al Jaime que por favor me matara, le dije “mátame” (risas). Y en ese momento volvió mi parte racional y dije “bueno ahora estoy lista”, porque estas cosas uno las dice cuando está lista, cuando viene la guagua» (C.S.2017)

Catalina relata que en ningún momento se realizó tacto, ya que quería tocar la cabeza de Amador en la etapa expulsiva. Sabía de su dilatación por lo que iba sintiendo

«entonces me hago el primer tacto y toco toda su cabeza, el cuello estaba 100% dilatado y era cosa de bajarlo no más. Y empecé a sentir los pujos naturales que son una sensación maravillosa, porque se te va el dolor. Entonces viene un momento en el que uno siente como un ardor que te *quemai* y después de eso se va, se va el dolor y viene un espacio de que tú sabes que tiene que nacer la guagua» (C.S.2017)

Amador nace enmantillado³⁷, lo recibe su papá y se rompe la bolsa en manos de Jaime, lo toma Catalina para ponerlo en el pecho y darle calostro.

³⁷ Nacer con la bolsa amniótica



Fotografía 3: Catalina Seguel tras su segundo parto, Amador por primera vez en el pecho de su madre. Fuente: Familia Fuentes Seguel

«luego viene el alumbramiento, que es el nacimiento de la placenta. Después me daban unos entuertos demasiado fuertes, entonces cuando sentí que la placenta estaba *despegá* me puse en cuclillas, no, me hiqué en la cama y ayudé, la di un poquito vuelta como *pa* bajarla» (C.S.2017)

La experiencia de parir en casa en compañía de su pareja marcó un precedente en su quehacer en el acompañamiento a otras mujeres, ya que vivió la experiencia en su cuerpo. Y ante su reflexión, era un acto pendiente para una mayor comprensión hacia las mujeres que buscan su compañía para parir en domicilio.

«mi cuerpo me pedía parir de esa manera salvaje y empoderada y así de fresca, como con esa intención, ese poder» (C.S.2017)

Bajo su argumento recordamos lo expuesto por Le Breton, el cual afirma que el sujeto construye una imagen de sí mismo en relación a su cuerpo y sus sentires. Para Catalina su cuerpo le pedía parir de una determinada forma, porque este experimentó, aprendió, se detuvo y creó una identidad propia. Situación similar a la que relató sobre su menstruación, la cual fue “configurada” por su madre para que fuera regular y sin dolor. Hipótesis

también analizada por Casilda Rodrigañez con relación a lo que llama *útero espástico* y un posible parto sin dolor. Este último por el reconocimiento del útero como órgano que genera placer, en contraste con un órgano/músculo que permanece agarrotado por la falta de movimiento desde temprana edad en las mujeres, quienes generalmente son educadas a no mover sus pelvis y parir con dolor (desde una visión judeocristiana).

Por otro lado, la convicción de parir de forma “salvaje y empoderada” es una contra respuesta al alto nivel tecnológico en el que se viven los partos en contexto biomédico que apelan a la racionalidad humana, concibiendo el cuerpo como materia orgánica que tiene una realidad concreta y material. Mientras que el salvajismo nos habla de un cuerpo mamífero, de un cuerpo que está segregando determinadas hormonas, que actúan en los partos humanos, y mamíferos. Las cuales son segregadas por estructuras primitivas del cerebro. El empoderamiento al que hace referencia Catalina, se comprende como la capacidad de decidir sobre los procesos reproductivos femeninos, sin imposiciones médicas que apelen a la “normalidad”. Para que este empoderamiento ocurra hay una convicción previa y una búsqueda de información y experiencias.

Las distintas situaciones que llevaron a Catalina a ejercer el oficio de partera en la ciudad (descendencia de mujeres parteras, experiencia de violencia obstétrica y compañía a otras mujeres) la han posicionado de manera clara contra la práctica hegemónica de la medicina alópata sobre el cuerpo y el nacimiento. Por eso es partícipe y organizadora activa de talleres, conversatorios, encuentro en torno al parto respetado, poniendo en denuncia la violencia ejercida a mujeres en sus procesos reproductivos.

En Chile no existe gremio de parteras. Ha habido instancias donde generalmente mujeres a favor del parto en casa se reúnen para contar experiencias y realizar una radiografía de lo que está pasando en torno a partos domiciliarios y las distintas figuras que trabajan en este proceso (parteras, matronas, doulas, familias). Ejemplo de esto es el primer encuentro de MUCUNA³⁸. Pese a estos encuentros, aún no hay un respaldo legal para el ejercicio de la partería en Chile³⁹.

³⁸ Mujeres cuidando el nacimiento

³⁹ La única *lawentuchefe* (sanadora, médica) reconocida por el Estado chileno es María Quiñelen

Como veíamos anteriormente, hay distintas figuras que aparecen en el acompañamiento del parto en casa. Las *matronas* son quienes estudiaron en un establecimiento educacional certificado y ejercen su profesión en un contexto distinto al hospitalario o clínico. Otra de las figuras son las *parteras*, que se dividen en *parteras urbanas empíricas* y *parteras tradicionales* -esta última en la cual se posiciona Catalina-⁴⁰. Las primeras se definen como mujeres que en algún momento de su vida decidieron ser parteras y se auto educaron en torno al tema, sin haber adquirido información por traspaso generacional. Vale decir que no se considera una práctica ancestral y/o tradicional. Las *parteras tradicionales* son personas que practican y entienden la partería desde conocimientos traspasados generacionalmente, ya sean indígenas y/o campesinos. Ante esta distinción Catalina no ha encontrado oportuno unirse a los esbozos de organizaciones de parteras empíricas urbanas, quienes predominan organizacionalmente.

«Yo abordo la salud con herramientas ancestrales de la partería, para mí la agüita de hojita de frambuesa no es una herramienta ancestral de la partería. Para mí si yo quiero tonificar el cuerpo de la mujer, el útero, no le voy a decir “oye toma agüita de frambuesa”, voy a ver qué necesita ella, la voy a evaluar, la voy a diagnosticar, de su cuerpo. Para ella tengo un remedio digamos, *cachai*. La partería urbana, que es como la que se está organizando hoy en día, es una partería que no tiene como las mismas herramientas que tengo yo y además es como que trabaja cosas de la visión más holística del parto y muy similares a la obstetricia holística»
(C.S.2017)

Por último, la figura *doula* (palabra griega que significa servidor) hoy se comprende como aquella persona que acompaña emocionalmente a la madre en las etapas de gestación, parto y puerperio, pero no tienen formación para intervenir o tratar una emergencia.

Catalina apunta a que las distintas figuras que apelan a un parir respetuoso, en respuesta del modelo medico hegemónico (y/o intervencionista-tecnocrático), deben coexistir

⁴⁰ A lo largo del texto hemos mencionado a Catalina como partera urbana, usamos este nombre para referirnos al espacio urbano en el que trabaja, pero no de donde provienen sus conocimientos

responsablemente ante el escenario de ilegalidad en torno al ejercicio de la partería, siendo esta la razón principal de asistir con matronas a los partos en casa que acompaña.

«Mi decisión de trabajar con matronas tiene que ver con el territorio del cuerpo, o sea, yo te reconozco a ti como ser autónoma, pero el Estado no. Yo a ti te reconozco como una mujer que se conoce, una mujer que ha parido, que a pesar de toda la máquina pudo parir, te reconozco como una mujer poderosa y autónoma, pero no basta solamente con mi reconocimiento, porque estamos dentro de un marco legal, un Estado. Entonces para el Estado tú no eres tú territorio, tú eres su ciudadana. Y en términos políticos hay una confrontación ahí, porque se confronta lo que el Estado quiere hacer contigo, lo que opina, por lo que te juzga, por lo que te encierra o por lo que te deja en libertad, versus lo que tu sientes, como administras tú en tu propio cuerpo, en tu propio gobierno»
(C.S.2017)

En la cita anterior encontramos una reflexión en torno a las distintas concepciones y formas de tratar el cuerpo. En este caso, una distinción entre la visión que tiene el Estado, siendo uno de los encargados por velar por los derechos del nacimiento, y quien está adscrito a los acuerdos de la OMS. Y, por otro lado, la ciudadanía y su autonomía como soberanos de su cuerpo, quienes pueden limitar y cuestionar las prácticas que entrega y perpetúa el Estado. Ejemplo de esto, es el discurso del programa Chile Crece Contigo, el cual informa y transmite la importancia del parto respetado, lactancia inmediata, entre otros. En contraste con la implementación y práctica del programa, muestra de esta contradicción, es el alto índice de cesáreas y los altos niveles de violencia en los nacimientos. En este escenario de incongruencia entre discurso y práctica estatal en temas de salud reproductiva, opera la autonomía de las familias que deciden parir en sus hogares en compañía de una partera.

Si reflexionamos en torno al tiempo en que Catalina lleva ejerciendo como partera, seguramente pensaremos que es un trecho de tiempo acotado, más si pensamos a un nivel macro el tiempo de la historia de la humanidad sobre la tierra, y la histórica presencia de las parteras ante el imparable acontecimiento de parir y nacer de nuestra especie. Sin embargo, si reducimos nuestro pensamiento a la historia social del país que habitamos, el trabajo de

Catalina no se reduce a los siete años de ejercicio. No es tan sólo su trabajo individual, sus manos, las *guaguas* que ella ha recibido y las madres que ha atendido. En su quehacer está su bisabuela *mapuche*, Eufemia Katril, Herminia y Elvira, hijas mestizas, esta su madre, María Rosario, pobladora de lo Hermida, están las mujeres pobladoras de lo Hermida, están sus hijos. Coexiste de manera circular la historia de conquista, colonia, mestizaje, la construcción de un Estado-nación por sobre pueblos indígenas. Y ante esta idea es interesante pensar en cuál es su autodefinición de identidad. Según su reflexión

«Si bien nosotras heredamos un conocimiento de la partería, de la medicina mapuche en mi familia, porque la que transmitió todo esto fue mi bisabuela, pero yo no me puedo reconocer como mapuche, porque yo no fui criada en ese contexto. Pero sí con muchos elementos de la cultura mapuche, entre cómo me alimento, hasta lo que hago en una vuelta, hasta como, no sé, elementos cotidianos y culturales también están en mi familia. Entonces, sí, mi bisabuela, ella era mapuche, sí vivía en una ruca, se vestía, era; sí, sus hijas, mi abuelo también, pero mi mamá y la familia de mi mamá (que mi mamá ahora tiene 72 o 73 por ahí) no es hablante, no se viste. No me puedo reconocer en mapuche, porque yo ya vendría siendo la tercera generación después de mi bisabuela, y a mí me criaron en una cultura mestiza, me reconozco más en lo campesino que en lo mapuche” (C.S.2017)

La cita anterior nos recuerda que la memoria nunca deja de reinterpretarse, siempre está asociada a un pasado, pensada en presente y apuntando al futuro. La partería ejercida por Catalina está asociada a un pasado, a una tradición familiar, pensada en el presente, donde nacimientos y salud se comprenden bajo la mirada biomédica, apuntando a un futuro. Como nos recuerda Odent, serán las matronas o parteras que atienden partos en casa quienes diseñarán las futuras salas de parto en el hospital. La experiencia de vida de Catalina aúna el largo proceso de construcción de naciones latinoamericanas, en las cuales su base descansa en la homogenización de los pueblos originarios, la imposición de una identidad nacional y la auto sumisión de los grupos humanos a apropiarse de nuevas

categorías. Auto sumisión, que tiene puntos de fugas, en los cuales se encuentran las demandas sociales y políticas de los grupos humanos que buscan otras respuestas.



CAPITULO II: SOBRE SABERES Y HACERES OCUPADOS POR LA PARTERA

Capítulo II: sobre saberes y haceres ocupados por la partera

“la partera acompaña no solo con el uso de las hierbas medicinales, o como esta mujer que conoce la naturaleza, sino que también hay muchas otras cosas, desde los acomodos hasta... bueno incluso recorriendo el camino de las plantas, incluso minerales, animales y muchos secretos que se van tejiendo en la partería tradicional en el campo” (C.S.2017)

El presente capítulo se organizará de acuerdo a tres categorías conceptuales que conforman el proceso reproductivo: gestación, nacimiento/parto y puerperio, dando cuenta de los saberes y haceres utilizados por la partera en cada una de las etapas.

Gestación



Croquis 1: Mujer gestante. Fuente: elaboración propia.

Desde el relato de Catalina la gestación debe acompañarse desde el amor y la compañía espiritual. Siendo también importante realizar los controles médicos establecidos por la medicina alópata que promueve el Estado chileno, estos son: 3 ecografías, clasificación de grupo sanguíneo y factor RH, Hematrocito y hemoglobina, Glicemia, orina completa, VDRL o RPR, Test de Elisa para detectar VIH.

Esta fusión de tratar la gestación mediante la biomedicina y saberes/haceres ancestrales, se vincula a lo descrito por Davis Floyd sobre el modelo holístico de atención. En el cual existe una unidad entre cuerpo, mente y espíritu, se actúa a nivel emocional y espiritual, y la ciencia y tecnología se usan para facilitar la habilidad y tranquilidad de la madre (y también como un resguardo legal de la práctica de partería). A su vez Catalina es enfática que ante posibles irregularidades durante la gestación, deben tratarse desde la partería

«en las manos se puede ver cómo está el estado de la placenta, como está el bebé. Y el estado de la madre se puede ver a través del pulso, también se ve en los ojos, en la lengua, en el cuerpo en general» (C.S.2017)

Mediante una ficha, la partera evalúa la condición inicial de la madre y sigue un acompañamiento cada tres semanas, recibiendo a las familias en una consulta ubicada en el patio trasero de su casa en Lo Hermida o mediante visitas domiciliarias. Las herramientas de diagnóstico que utiliza devienen de su tradición familiar y de sus conocimientos sobre medicina china.

«mis herramientas de diagnóstico serían la lectura de las manos, el pulso, la observación general para, ponte tú, para ver la cantidad de sangre que tiene la mujer, o si es que tiene síntomas de frío, síntomas de calor. Observamos su orina y en la orina vamos viendo, dependiendo del color, del olor, de la consistencia, de la concentración, vamos viendo más menos qué señales nos va tirando el cuerpo. También nos fijamos mucho en su temperatura corporal y en la percepción de su temperatura» (C.S. 2017)

La mantención del equilibrio corporal entre frío y calor es una constante en medicinas ancestrales, en los cuidados sugeridos por la partera también se manifiesta este componente conceptual de la medicina indígena y/o popular, cuya idea se basa en la oposición de frío y calor, y la intención de mantener el equilibrio de estos estados. La gestación se considera un estado acuoso y cálido, por lo que se buscan mecanismos para mantener este estado en el cuerpo de la gestante, asociado también a la ingesta de alimentos en estado líquido y cálido. Como veíamos, otra herramienta utilizada por la partera es la alimentación de la gestante, existiendo una analogía entre lo que se come y el estado de la mujer.

«por ejemplo, si hay una mujer que tiene poco líquido amniótico, su piel está con sequedad, yo la voy a mandar a tomar leche ¿Por qué? Porque eso te va a generar un estado de humedad y el embarazo es un estado natural por si solo de humedad. Hay cosas que se van presentando durante la gestación que van a llevar al desequilibrio, por ejemplo, la sequedad por la alimentación alta en cosas picantes o en cosas calóricas. Entonces, cuando tú le traes a tu cuerpo cosas que te generan calor y por lo tanto te van a secar o te van a deshidratar» (C.S.2017)

Catalina reflexiona que actualmente la manera en que se está practicando la partería deviene desde distintos orígenes, uno de ellos es los saberes y haceres dentro de su ámbito familias, y otros, es lo aprendido recientemente en su formación de médica china.

«en la medicina china hay muchos elementos con los que yo crecí, por ejemplo, para mi mamá una mujer que no puede tener hijos es una mujer que tiene el útero frío o un estado de frío en el cuerpo. Y da la casualidad que en la medicina china también encontramos el frío como un factor patógeno. Claro, para nosotros no es tan elaborado, no es tan elaborado como para ellos, que tienen una ciencia tradicional. Aquí es un poco más religioso, se va mezclando con la espiritualidad» (C.S. 2017)

La dualidad de los estados frío y calor son interpretaciones que se repiten en las medicinas ancestrales y en las concepciones en torno al cuerpo. Un ejemplo de esta forma de comprender las enfermedades según los estados de temperatura corporal, es la llamada enfermedad *pura mollfun* o sobre parto. La cual estaría ocasionada por la entrada de frío al cuerpo puerpero.

En este sentido la alimentación también es fundamental en la gestación, donde se puede apreciar una analogía entre el estado de los alimentos (caliente, frío, líquido, sólido, picante) y el cuerpo gestante. Vale decir, retomando lo expuesto por Le Breton, el cuerpo tradicional es indiscernible, pertenece y es parte del todo. El cuerpo es concebido más allá de lo físico y de los límites carnales, puesto que está en relación con el medio, tal cual la definición que realiza Le Breton sobre el cuerpo tradicional: «(...) el individuo es

indiscernible, el cuerpo no es objeto de una escisión y el hombre se confunde con el cosmos, la naturaleza, la comunidad» (Le Breton, p.18)

«Otra cosa fundamental en el acompañamiento a la mujer, es tocar a la mujer y tú, al tocar a la mujer, primero vas generando el vínculo con la guagua, enseñándole también a reconocer cómo ella tiene a su bebé. Porque una mujer que quiere parir en la casa no es una mujer como la que va al hospital que se entregan al parto y así como “sáquenme la guagua» (C.S. 2017).

A diferencia del modelo hegemónico donde la máquina habla por la madre o parturienta, en el caso de la partería, partera y madre tienen un rol activo, nadie va a reparar ni salvar el momento; como es concebido en el modelo tecnocrático-intervencionista, donde el médico está por sobre las decisiones de la mujer e interpreta el proceso según sus conocimientos y lo que indican las máquinas.

Recapitulando sobre los saberes y haceres utilizados en la etapa de gestación, podemos resumir los siguientes:

- Lectura de manos
- Lectura del Pulso
- Observación general para ver cantidad de sangre, síntomas de frío o calor que tiene la mujer gestante
- Observación de la orina de la mujer gestante
- Temperatura corporal
- Alimentación de la gestante

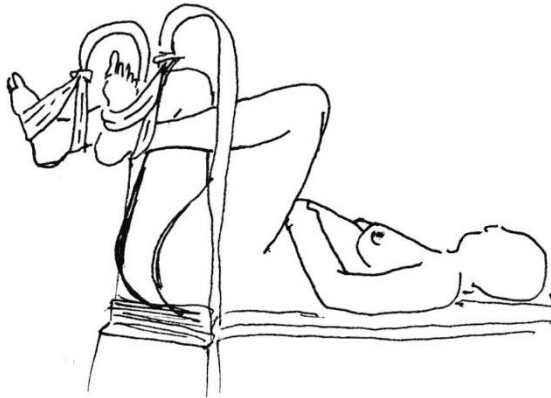
Parto

“el nacimiento no es solo un evento del cuerpo, es un evento de la naturaleza, es un evento del espíritu, es un evento donde conviven todos los seres que están aquí rodeándonos; los seres que vemos, los seres que no vemos, los seres del pasado de tu familia, de tu sangre, los seres que vienen. Entonces el nacimiento es momento donde confluyen todas las energías que existen, las energías materiales, las energías del tiempo, los espíritus que están presentes, omnipresentes. Nos ayudamos de las plantas, de sus propiedades medicinales, de nuestra propia historia. Es un evento maravilloso, está todo en el parto” (C.S.2017).

El momento del parto es el clímax de un proceso que comienza desde la niñez, el cual se va construyendo mediante códigos valóricos y elementos socioculturales sobre la sexualidad, donde cada familia configura este evento a partir de relatos orales y/o visuales. En palabras de Catalina el parto es

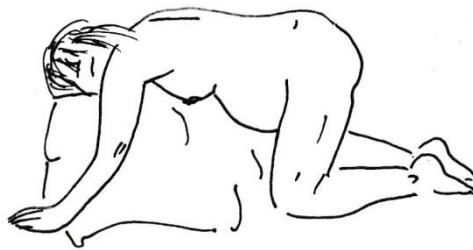
«un evento normal en la vida de la mujer, que requiere de mayor cuidado, de mayor atención. El parto, la gestación, el puerperio y la lactancia son eventos en la vida de la mujer que deben ser respetados y que la comunidad debe entregarle a la mujer un estado diferente, un trato diferente» (C.S.2017)

En los recintos hospitalarios o clínicos existe un protocolo para que la mujer en trabajo de parto ingrese, algunas de ellas son: toma de datos personales en la recepción del recinto; vestimenta con bata o atuendo que entrega el hospital o clínica; técnica de tacto para registrar los centímetros de dilatación; administración de oxitocina sintética, protocolo que lleva a la mujer a estar en al menos tres lugares diferentes: recepción, sala de trabajo de partos, sala de partos, todas salas iluminadas artificialmente.



Croquis 2: Posición de litotomía. Fuente: elaboración propia.

Un panorama antagónico a lo que propone el obstetra Michel Odent y el que practica Catalina y las madres que paren en su compañía. Odent nuevamente nos recuerda que los seres humanos son mamíferos. Las mujeres en trabajo de parto «habitualmente buscan un rincón, un espacio pequeño; es más fácil tener sensación de intimidad en una habitación pequeña» (Odent 2011p. 40)



Croquis 3: Posición de parto. Fuente: elaboración propia.

Durante el trabajo de parto en casa, las mujeres permanecen generalmente en un espacio, se quedan con sus ropas o se desnudan, nadie les pregunta sus datos personales y no se realiza tacto, administración de oxitocina sintética, epidural o episiotomía. Pueden moverse y comer libremente. Para las distintas etapas del parto, desde la partería son utilizadas diferentes técnicas, saberes y haceres. Catalina relata que a través de los sentidos: tacto, gusto, vista, sabe que está pasando en el cuerpo de la parturienta

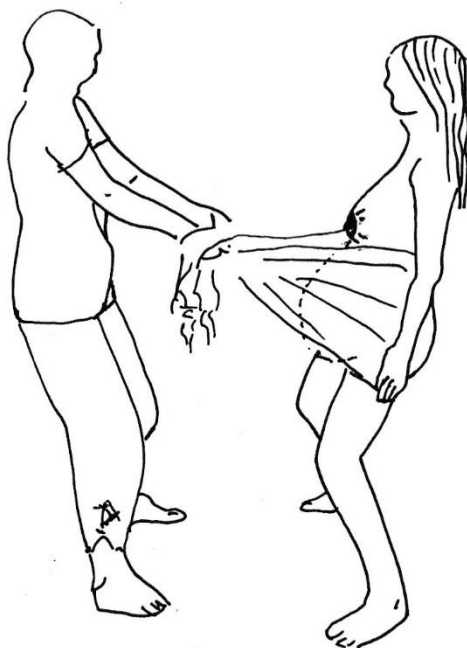
«sin hacerle un tacto, se en cuanto esta de dilatación, se cuándo hay meconio, sé si es que ella está haciendo una infección, sé si la guagua está desacelerando los latidos o están aumentando, porque yo tengo otras herramientas para atender esos diagnósticos, por ejemplo: para mí una mujer que esta con la lengua verde, mal olor en la boca y coloración en alguna zona del útero, para mi esa guagua se está haciendo caca» (C.S.2017)

En el trabajo de parto se utilizan distintos elementos y técnicas, por ejemplo, la semilla de linaza, se usa si se percata que el expulsivo es trabajoso o doloroso.

«es un secreto que me dio mi mamá, que en el fondo la creencia dice, al igual que comer clara de huevo, la creencia dice que te va a generar más viscosidad en la vagina y por lo tanto la guagua va a salir más rápido. También dice que genera más líquido. Entonces, por eso yo la ocupo en los partos y a mí me ha funcionado, porque cada vez que está difícil la última parte del parto, que vendría siendo como el nacimiento, hago esté preparado o se los doy antes y las mamás tienen partos fáciles» (C.S. 2017)

El rebozo es otra técnica ocupada por la partera, quien distingue dos tipos: chileno y mexicano. En el primero se utiliza una sábana donde se mece a la mujer dentro de ella, también se conoce como manteo. Esta técnica no es utilizada durante el trabajo de parto, si no que en la gestación. Técnica que le fue transmitida por su Tía Silvia, quien le enseñó a dar vuelta a los bebés y encajarlos en la pelvis. El segundo tipo de rebozo, el cual aprendió en

un taller con Guadalupe Cuevas⁴¹, se utiliza en las distintas etapas y para distintos fines. Uno de estos fines es una maniobra para que se rompa la bolsa amniótica, esta maniobra «es súper fuerte, es con otra intensidad, otra fuerza» (C.S.2017)



Croquis 4: Rebozo. Fuente: elaboración propia.

Respecto al reconocimiento y uso de hierbas, aclara que no hay un único origen: «eso es como de muchas fuentes, porque puede ser mi tía Cata, mi tía Silvia, mi mamá, la tía Mariana, de ellas yo recibo ese conocimiento» (C.S.2017). Respecto a las hierbas que utiliza, prefiere resguardar ese conocimiento y que solo se puedan leer las nombradas por las madres. Otro “hacer” es el vaho, una infusión de diferentes hierbas puestas en una olla o tinaja, donde la mujer se sienta sobre ella. Los vahos son utilizados durante el trabajo de parto, los cuales sirven

«para darle calor al útero, a veces las contracciones están muy dolorosas y es con frío o a veces no hay dilatación, el cuello está duro. Hay muchas

⁴¹ <http://www.guadalupecuevas.com/index.php>

cosas como desde el diagnóstico que podría hacer una como partera que no tiene nada que ver con el diagnóstico clínico y médico» (C.S.2017)



Croquis 5: Vaho. Fuente: elaboración propia.

«También ocupo hartos los baños, el agua, pero el agua no como un método para el dolor, el agua como una herramienta para la dilatación. Porque yo el agua la baño en hierbas, en cocciones, en cocimientos de hierbas. Para mí ese es uno de los más importantes. Entonces, para mí lo resuelve todo el agua, el calor. Solamente hay que hacer que la madre se meta en una palangana, en una tina no, porque es muy grande, tiene que ser un cuadradito chiquitito, donde ella sumerja sus caderas. Ponemos el cocimiento, ella se sienta, con las hierbas específicas para dilatar» (C.S.2017)

Por último, las sobadas, técnica que aprendió de su familia, que es utilizada en las distintas etapas del trabajo de parto, la cual consiste en masajear ciertos lugares del cuerpo de la parturienta, generalmente con hierbas, para aliviar dolores y que sea un proceso más placentero.

Puerperio

El puerperio, es el tránsito de parir y comenzar la etapa de reconocimiento madre-guagua. Se considera un período de fragilidad y cuidado, también denominado cuarentena, “síndrome cultural ampliamente observado en la cultura popular chilena y latinoamericana” (Citarella et al. 2000; Modena 2002). Actualmente desde políticas públicas de salud, se define como una etapa emocional, hormonal y social que se extiende al menos por los dos primeros años de vida del recién nacido.

La primera etapa de puerperio es de gran trascendencia para las mujeres entrevistadas, ya que reviven la experiencia y emoción de conectarse con sus hijo/as por primera vez fuera del útero. Catalina hace hincapié en la importancia de quedarse cuidando a la mujer y al recién nacido.

«en el parto respetado es súper común que la guagua nace y la matrona se va para que la mamá y la guagua y el papá tengan su momento de intimidad. Eso en la partería no existe y no debería ser, la partera no se puede mover del lado de la mamá hasta que la placenta salga y la deje estabilizada. Como ya nace la placenta y te fijai que no haya una hemorragia, que la guagua este al pecho, que esté todo bien. Yo diría que la guagua nace y recién te moví de su lado, para ir al baño, no sé, tres horas después del parto; y si es que la placenta no ha nacido te demorai mucho más. Por ejemplo, las matronas se quedan dos horas posparto generalmente, las parteras no» (C.S.2017)

El tiempo que se cuida a la madre y al recién nacido se ha mantenido como una forma que caracteriza a la partería, ya que sus orígenes fueron en contextos en que no había hospital o no había acceso a este, por lo que las parteras se quedaban cuidando a las mujeres púerperas hasta que estuvieran estables, siendo las encargadas de cocinar, cuidar a otros hijos y velar por el bienestar de la madre y recién nacido, práctica que se hereda y mantiene en la ciudad, en comparación con el procedimiento bajo la mirada biomédica, el cual no tiene facultad de paciencia. La partería no está apurada y responde a una lentitud en el cuidado y trato del parto y puerperio.

Como nombramos anteriormente, las sobadas se ocupan en las distintas etapas. Sin embargo, según relata Catalina «la más importante vendría siendo para el alumbramiento de la placenta» (C.S.2017), la cual sirve para saber si la placenta se despegó, para ayudar a alumbrar y para retraer el útero.

«en el post parto vendrían: técnicas de lactancia, acompañar la lactancia, la primera teta, la primera hora, la atención del bebé» (C.S.2017)



Croquis 6: Inicio lactancia. Fuente: elaboración propia

Los aspectos que observa la partera que indican que el recién nacido está bien, son primeramente que respire y llore con fuerza

«para la partería la guagua tiene que llorar y llorar hartito cuando nace, dejarlo llorar un rato, para que también reconozca su llanto, reconozca que cambió de estado. A veces las guaguas necesitan escuchar la voz de la mamá, entonces las guaguas nacen y se las ponen [en el pecho]; no, hay que observarlo, mirarlo, observar su cordón, sus ojitos, sus orejas, su boca, su nariz, su pelo, su mollera, su cuerpo» (C.S.2017)

El reconocimiento del cambio de estado tiene relación con la corporización que vivencia el recién nacido. Es la primera experiencia de vida de un ser humano en un estado distinto al acuoso. Esta primera experiencia es opuesta según el lugar donde suceda. En los partos biomédicos hay luz artificial, la primera persona que toca al bebé es generalmente el obstetra y la anestesia también está en el cuerpo del recién nacido. En los partos en casa, luego de la exhaustiva observación/revisión del recién nacido/a se pone encima de la madre, para que se conozcan, reconozcan, mientras se espera el alumbramiento de la placenta.

«Movemos a la mamá para que tenga contracciones, para que pueda botar la placenta y, si no, ahí hay que intervenir un poco con técnicas de la partería (los rebosos, los masajes). A veces hay que hacer, no sé po, abrigar el cordón. Cuando la guagua nace lo cortamos a los minutos que deja de latir o a veces lo dejamos más ratito. Y el cordón se envuelve, porque si se enfría es mucho más probable que la placenta se quede adentro más rato, porque le va a costar desprenderse, porque hay frío» (C.S.2017)

Nuevamente la noción de frío y calor son parte importante de los tratamientos. El calor es fundamental para que el trabajo de parto, parto y alumbramiento fluyan de manera positiva. Ocurrido el alumbramiento «se le da una sopa, una sopa de gallina negra, o una sopa de pollo de campo, con hartó huevo, con harta proteína, con harta sangre del animal. También puede darse una sopa de hueso, que vendría siendo como el osobuco del vacuno» (C.S.2017)

Esta comida posparto que ocupaban sus familiares, Catalina la fusionó con su conocimiento sobre medicina china, en la cual se cortan las verduras, se cuecen levemente y se añade la placenta sin hervor.

«las mujeres se comen esta sopa en el post parto y quedan, pero así muy bacán. Yo te digo que quedan mejor que con la sopa de gallina o la sopa de huesos. Se recuperan súper rápido y sobre todo cuando tienen

hemorragias, que de repente podrían terminar en un traslado. La sopa las deja muy bien» (C.S.2017)

La práctica de comer la placenta actualmente se denomina placentofagia. Todos los mamíferos, independiente si son carnívoros o herbívoros, ingieren la placenta después de parir. “Hasta ahora se pensaba que esta práctica era una forma de ocultar las pruebas del parto para evitar atraer a los depredadores.” Sin embargo, hay variadas investigaciones que respaldan la importancia y la función extrauterina de la placenta. “Este órgano va a contener gran cantidad de nutrientes, hormonas, vitaminas, minerales y otra serie de factores fundamentales para la recuperación de la madre después del parto” (Mateos, 2010, p. 133)

Existe otra hipótesis (Sánchez 2008), en la que se trabaja actualmente, que apunta a la capacidad de mejorar el estado emocional de la madre después del parto, debido a la reposición de hormonas presentes en la placenta.

A continuación, podemos ver los cuidados recomendados por la partera, el cual es parte de un extracto del libro “Aliwen. Yoga, embarazo, parto y puerperio” escrito por Sylvana, mujer que pario en su domicilio en compañía de Catalina.

Cuidados post parto

Ya sabía yo, que el matico es cicatrizante y ayudaba en la recuperación. Estaba tan agradecida de la Cata, porque no me rajé ni un poquito, ya que me advirtió pujar solo cuando vinieran las ráfagas, llamadas también contracciones, en ningún momento más.

Después del parto, me escribió en una libreta lo siguiente:

Cuidados post parto madre:

Tomar gotas de la Pía

Seguir con los jugos de betarraga, espinaca, zanahoria y de naranja en las mañanas

Vahos o baños de vapor con matico caliente 2 veces al día

Lavados con agua cocida de matico fría 2 veces al día, lejos de los vahos

Bañar a la madre a los dos días, sin shampoo

Siempre acompañada

No comer alimentos que hinchen

Masajes en el útero, todos los días, toda la noche

Tomar agua de matico las veces que quiera

Cada toma debe ser hasta el final, sin cambiar de pecho

Tomar entre 3 y 5 litros de agua, nada con gas

Pechos nos deben estar duros, ni afiebrados, en ese caso ofrecer mas pecho, poner paños tibios y masajear

No es normal:

Fiebre, desvanecimientos, shock, convulsiones, mal olor en la sangre, dolor de útero como pinchazo en el ombligo, sangrado muy líquido, dolores de cabeza.

Cuidados del bebé:

Dar pecho libre demanda

Mudar cada vez que el pañal esté con pipi o caca, máximo 4 horas

Sacar chanchitos luego de cada toma

Por las noches no deben pasar mas de 3 horas sin tomar pecho, despertarlo, mudarlo, desabrigarlo si no quiere tomar

Aseo de cordón 2 veces al día con tintura

Tiene que hacer caca, peos, chanchos

No es normal:

Fiebre

Dificultad para respirar

Sin llanto, reclamo, expresión, boca seca, lengua seca

Mal olor en el ombligo

Inapetencia por muchas horas

Sin pipi o caca

Llamar a Cata o a pediatra.

Las gotas de la Pía, era una tintura madre con hortiga y yerba de la plata, para la anemia, que hizo nuestra amiga Pía, me sirvieron mucho las últimas dos semanas antes del parto para recuperarme de la anemia.

Sudé tanto en el parto, que a pesar de lo que dijo la Cata, igual me bañe al otro día, necesitaba del agua sanadora para tener más energías, quedé limpiecita y como nueva.

Ilustración 3: Cuidados Posparto en Libro “Aliwen. Yoga, embarazo, parto y puerperio” de Sylvana Galvez H.

Dando cierre al segundo capítulo, se pueden considerar las siguientes ideas centrales; el proceso reproductivo humano esta categorizado según tres etapas: gestación, parto y puerperio. Dentro de la etapa de parto, hay una segmentación de dicho proceso (etapa pasiva, activa, expulsiva, alumbramiento). Sin embargo, en la partería estas etapas son difusas, ya que, al no ser un proceso guiado exteriormente, como lo es por matronas u obstetras en el trabajo de parto biomédico, el tiempo de trabajo se extiende como un gran proceso y no es segmentado según, por ejemplo, centímetros de dilatación. Tal como veremos en el siguiente capítulo donde hay otros indicadores que anuncian la expulsión del bebé, como el grito de la madre o la línea púrpura en la espalda baja.

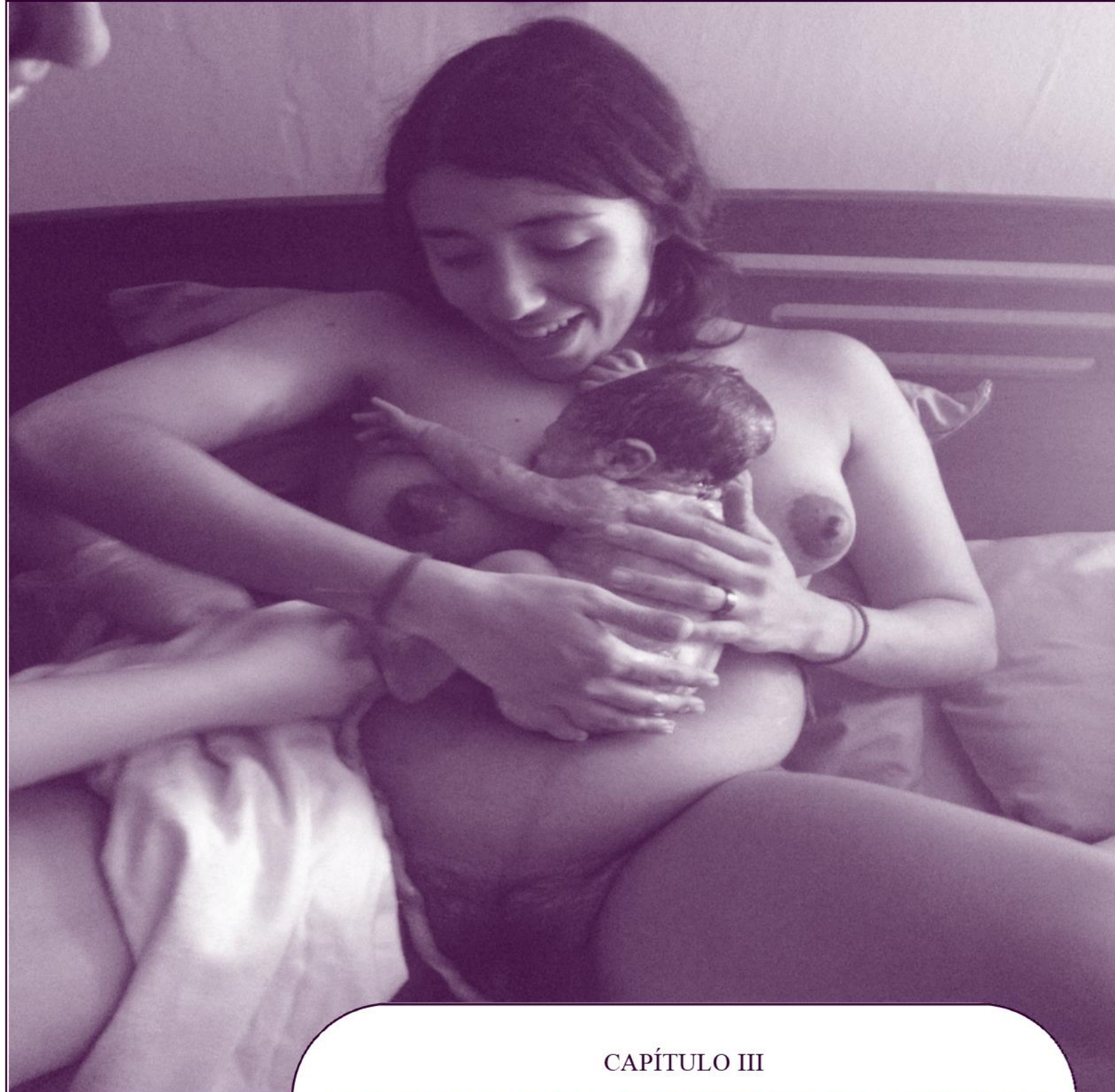
La gestación se concibe como un proceso normal y natural de la mujer, sin realizar la analogía entre mujer igual madre, el cual se debe cuidar y respetar, ya que es un estado

diferente en el que se encuentra la mujer. El cuidado recae en el equilibrio de los estados fríos y cálidos, en una alimentación pertinente al estado de la madre y a conocer el cuerpo de la mujer mediante el tacto, para una conexión con ella y el bebé intrauterino.

El parto se considera un momento de conjunción de distintos seres, espíritus y ancestros, en palabras de la partera “en el parto está todo”. Desde una mirada de antropología del cuerpo, el cuerpo es parte de este todo no solo como una mujer pariendo, sino como un evento que trasciende la temporalidad presente y en el que se involucran distintos elementos y personas, vivas y muertas. Si bien el parto también es considerado un proceso normal dentro de la vida la mujer, es de gran trascendencia y marca un hito importante para cada familia, siendo la partera una persona importante en el tránsito de gestar, parir y criar.

El puerperio en relación a saberes y haceres utilizados por la partera se asocia mayormente a la primera etapa de este, recién ocurrido el parto, alumbramiento y primeros meses del nuevo integrante. Es una etapa que se desarrolla en el espacio familiar y donde se practican saberes y haceres que devienen de conocimientos propios de la familia de la partera y de sus estudios sobre medicina china. Las percepciones y creencias acerca de este proceso, al igual que gestación y parto, son principalmente guiadas por el cuidado hacia el cuerpo materno, en relación a haceres que ayuden a vivir el proceso de manera positiva, y una posible resignificación de parir asociado a dolor y trauma. La noción de equilibrio entre los estados de frío y calor prevalece como un factor principal en el cuidado posnatal: calefaccionar la casa, abrigar el cordón para que se desprenda la placenta, tomar sopa, no bañar a la madre al menos por dos días.

Considerando los antecedentes aportado por la historiografía, se puede evidenciar que la práctica de la partería ha mutado, pero se han mantenido ciertos rasgos que la distinguen y la posicionan como una contra respuesta al tratamiento de los procesos reproductivos usados por la biomedicina. Estos rasgos se clarifican en el siguiente capítulo mediante las motivaciones y experiencias de las familias a vivir su parto en casa en compañía de una partera.



CAPÍTULO III

SOBRE MOTIVACIONES Y EXPERIENCIAS DE LAS FAMILIAS
QUE OPTARON POR PARTO DOMICILIARIO

Capítulo III: sobre motivaciones y experiencias de las familias que optaron por parto domiciliario

En este capítulo conoceremos las motivaciones y experiencia de vivir el parto en casa con atención de una partera tradicional en la ciudad. Por lo que las motivaciones y experiencias estarán en relación con los conceptos abordados anteriormente, puesto que así se comprenderá los relatos como una muestra al tipo de nacimiento que se experimenta en Chile. De este modo, se comienza exponiendo brevemente quienes fueron las familias entrevistadas, para luego dar paso a las confluyentes motivaciones y experiencias.

Arún

Gabriela nació hace 27 años por parto vaginal inducido en el hospital Salvador tras una gestación de 42 semanas. Gabriel nació hace 28 años por cesárea ya que su madre no tenía la dilatación suficiente para que pasara por el canal de parto. Arún nació el 20 de Abril del 2017 por parto natural en la casa de Gabriela y Gabriel en la comuna de Santiago centro.

Salvador

Katerin nació hace 29 años en el Hospital Salvador. Antonia nació hace 12 años por parto vaginal en el Hospital y Salvador nació el 22 de Julio del 2015 en la casa de una partera en la población Lo Hermida (Peñalolén).

Dhamir y Amalí

Priscilla nació por parto vaginal hace 33 años a las 3:35 de la madrugada en un Hospital en Francia. Ariel nació hace 34 años. Dhamir nació por parto vaginal el 15 de Noviembre del 2013 en el Hospital de Talagante. Amalí nació el 27 de Febrero del 2015 por parto natural en la casa de Priscilla y Ariel en la población Lo Hermida, en compañía de Catalina.

Aarón

Sylvana nació hace 28 años en el hospital San Juan de Dios por parto natural. Omar nació hace 32 años en la Clínica Las Lilas por cesárea, su madre tenía 33 años. Aarón nació por parto natural en la casa de los padres de Omar, el 4 de Septiembre del 2015.

Ayalén

Hace 27 años nació Janis por parto vaginal en el Hospital Salvador. Hace 31 años nació Pablo por medio de una cesárea en el mismo hospital. El 28 de Julio del 2015 nació Ayalén por parto natural en la casa de Pablo y Janis en la población Malaquias Concha (La Granja).

Motivaciones

Las motivaciones estarán ordenadas en cuatro dimensiones, para dar cuenta de las principales causas que impulsaron a las familias a decidir parir en sus hogares: familiar; bibliográfico; reconocimiento a la partera y experiencias previas de partos hospitalarios.

De abuelas y libros

La primera motivación es la experiencia de parto que han vivenciado familiares cercanos, principalmente aquellas transmitidas de forma oral entre las mujeres. Las referencias de partos de abuelas que parieron en sus casas o casos de violencia obstétrica que experimentaron sus madres o hermanas, hacen ver su parto desde una arista familiar y de continuidad a la trama genealógica. Esto permite concebir el parto como una construcción familiar y social, es decir, se significa y se vive evidenciando las diferencias históricas entre los partos de abuelas, madres e hijas. Por lo tanto, la transmisión de la experiencia de parto repercute en la configuración de la disposición de las familias ante los procesos reproductivos, por ejemplo: la percepción de miedo o de seguridad es un antecedente que usan las familias para decidir el modo en cómo se lleva a cabo el proceso reproductivo.

En la primera reunión que tuvieron Catalina y Gabriela, buscaron dentro de la familia una mujer que haya parido en casa, para así sentirse segura de su decisión.

«Hablamos de mi abuela materna, que ella pario 6 veces sin anestesia, entonces era mi referente» (G.S.2017)

Priscilla recordó a su abuela materna quien había parido 7 hijos vaginalmente, quien se transformó en un referente en relación a la actitud que tomaba el día de sus partos

«ella siempre decía que antes de parir tenía que dejar todo limpio para irse al hospital y dejar a los hijos más o menos organizados y se iba caminando. Entonces yo también me acordaba de eso, que al final todo ese trabajo que vivía sola, porque el hombre no estaba pendiente de ella ni nada, en el fondo la fortalecía el hecho de moverse, hacer fuerza, levantar cosas, de estar organizando la casa y no estar aterrorizada mentalmente, o sea, pensando en lo que venía. La ayudaba a parir mejor» (P.S.2017)

La madre de Sylvana quien la parió a sus 19 años, en su relato de parto recuerda que fue violentada por su edad, ya que funcionarios que la acompañaron le gritaron durante el parto. En relación a parir en casa tenían de referencia una amiga cercana que había parido en domicilio y una anécdota familiar sobre un tío abuelo que había nacido en una pelela⁴².

La segunda motivación es la dimensión bibliográfica, con esto nos referimos a libros y autores que guiaron la gestación, parto y puerperio de las entrevistadas. Gabriela y Priscilla relatan que Michel Odent y Casilda Rodríguez fueron referentes que leyeron durante su gestación.

El primero es un reconocido obstetra francés, impulsor del parto “mamiferado” o natural, el cual se define como un parto sin intervenciones externas-médicas. También postula que la situación emocional de la mujer gestante está en relación con el futuro psíquico y físico del recién nacido. La segunda es una escritora feminista española, quien ha escritos distintos ensayos sobre el parto y la maternidad, es fundadora de la asociación anti patriarcal. Postula la relación entre un parto doloroso y un órgano agarrotado, el cual se produce por las enseñanzas socioculturales para inhibir o controlar el movimiento corporal de las mujeres.⁴³

⁴² Bacinica. Recipiente para orinar

⁴³ Revisar página 72

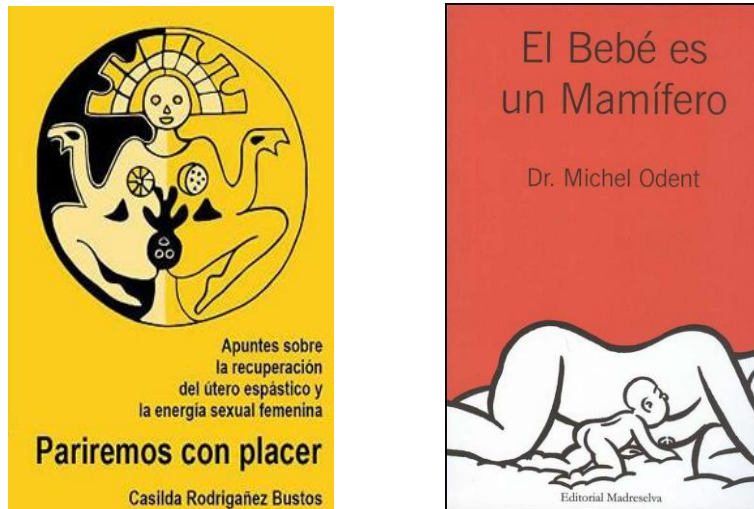


Ilustración 2 Libro “Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina” de Casilda Rodríguez y “El bebé es un mamífero” de Michel Odent

El reconocimiento a la partera/partería

La tercera motivación es la confianza y reconocimiento a los saberes y haceres de Catalina, puesto que, esta respuesta fue frecuente al dialogar con las cinco familias sobre las razones que tenían para parir en sus casas con atención de una partera tradicional. Este reconocimiento de su trabajo es una constante en la labor de las parteras. Tal como vimos en el estudio realizado por Zárate (2007) sobre el caso de las parteras de Pomaire (1920 y 1960), se reconocía la importancia y respeto que generaba la presencia de parteras (y/o curanderas, médicas, *meicas*) en las comunidades. La mayoría de las familias pertenecen al mismo barrio que Catalina, por lo que los lazos sociales son estrechos y frecuentan espacios comunes, participando incluso de los Círculos dictados por ella.

Gabriela, madre de Arún, es categórica en decir que no era otra partera sino la “Cata” quien debía estar en su parto

«porque conocía a la Cata, confiaba en ella, era la Cata, no era otra partera, *pa* mi era la Cata. Otra partera hubiera tenido que buscar, que me cayera bien, yo sabía que con la Cata me llevaba súper bien, confiaba en ella, claro porque era ella» (G 2017)

Priscilla, quien vive en Lo Hermida, recuerda haberla conocido en un negocio del barrio, ya que su pareja la conocía. Al ser vecinas acompañó de cerca el momento en que Catalina decide dedicarse al oficio familiar

«y la referencia que tenía era a través de la Cata, porque la Cata empezó con este despertar y me contaba todo, todo lo que estaba viviendo. Estábamos cerca viviendo en ese tiempo. Y se acordó que de chica ella decía que quería traer las guaguas al mundo, entonces a mí me asombraba mucho como el proceso que estaba viviendo la Cata» (P.S.2017)

Janis, madre de Ayalén, cuando decidió parir en su domicilio consultó a una amiga cercana quien había vivido su parto en casa

«la Vale, mi amiga, me habló de ella. Le dije “¿qué *sabis* tú de tener a las guaguas en la casa?, ¿a quién *conocis*?” y ella me hablo de la Cata, me dijo “háblale y dile que soy amiga mía, y que *querí* tener tu *guagua* en la casa y las posibilidades del parto, cuánto cobra, como gestionar tu evaluación”» (J. 2017)

Katerin, madre de Salvador, relata que conoció a Catalina en un “Círculo del ajo negro”⁴⁴

«Llegué a un Círculo que hacía la Cata, que era el círculo del ajo, y ahí como que me empecé a meter a todo esto del parto en casa. Y yo siento que mi cuerpo me pidió, en el fondo, quedar embarazada y parir en casa. Era algo que tenía que vivirlo “sí o sí” en ese momento, es algo que se impregnó, algo que necesitaba, y un año después de meterme al círculo quedé embarazada» (K.V.2017)

Tras su experiencia en el círculo, comenzó a averiguar sobre el parto en casa mediante trabajos audiovisuales, charlas y encuentros, según su relato su cuerpo pidió gestar y parir en casa. Lo que nos hace recordar la amplitud de significaciones que posee el cuerpo, y

⁴⁴Práctica ancestral que consiste en introducir un ajo por la vagina durante el período de luna nueva. La partera pide discreción en la descripción de esta práctica, por ser un conocimiento ancestral que se ha transmitido oralmente.

como éste se vuelve un constructor de sentido, permitiendo al sujeto construir una imagen de sí mismo en relación a una historia social e individual.

“¿Sabes cuantos partos tengo yo en el cuerpo?”

La cuarta motivación son experiencias previas de partos hospitalarios/violencia obstétrica de las entrevistadas. Entre las cinco entrevistadas, dos sufrieron violencia obstétrica en sus primeros partos y dos tienen familiares que vivieron violencia obstétrica. En la experiencia de partos de este pequeño grupo se aprecia una radiografía a mini escala de lo que está sucediendo a un nivel macro. 4 de cada 5 mujeres han experimentado violencia obstétrica o conocen a alguien cercano que lo ha experimentado, esta cifra de caso es avalada por las estadísticas en relación a lo propuesto por la OMS el año 1985⁴⁵.

En Katerin se vislumbra la historia social e individual del tipo de nacimientos que estamos experimentando actualmente. La historia social se marca por la perpetuación y repercusión del parto biomédico, materializado en una historia individual: ya había experimentado un parto biomédico tras la gestación de su hija Antonia a sus 17 años.

«fue mala experiencia la del hospital, de que te *güebiaran* de que eras una cabra chica, del tema de la episiotomía» (K.V.2017)

Una de las motivaciones que Gabriel y Gabriela tuvieron para optar por parir en su casa, también tuvo relación con experiencias de violencia obstétrica. La hermana de Gabriela parió a su sobrina Julieta en el Hospital Luis Tisné (Peñalolén) y sufrió malos tratos. Esta experiencia hace cuestionar con evidencia la jerarquía médica en contexto hospitalario.

«no, *quedai* en segundo plano, porque mamá y papá quedan bajo las instrucciones del personal y fin. Y tú *quedai* ahí preguntándote qué está sucediendo, a otro nivel. Aquí *estai* presente, ayudando, estay ahí, y *vai* y *regaloniai al tiro*» (G. 2017)

Esta idea a quedar en segundo plano corresponde al cuestionamiento de la estructura que practica y perpetúa la biomedicina, y por ende, el parto biomédico. Si recordamos las

⁴⁵ Ver Tabla en la página 16.

estructuras generales del Modelo médico hegemónico propuesto por Menéndez o el Modelo tecnocrático propuesto por Davis Floyd, la cita anterior toma sentido: se busca estandarizar los cuerpos mediante eficacia pragmática y la salud se concibe como mercancía. Existe una relación asimétrica entre médico y paciente, por lo que se crea una participación subordinada de los procesos reproductivos femeninos. En relación a este cuestionamiento es que se comprende el parto en casa como una contra-respuesta a la medicina hegemónica.

El 15 de noviembre del año 2013 Priscilla llegó a las 4 de la mañana al Hospital de Talagante. Debido al protocolo del Hospital una matrona le realizó tacto⁴⁶ vaginal, quien comentó “recién 4”, haciendo referencia a 4 centímetros de dilatación del cuello uterino. Ese “recién” fue el inicio de un angustiante parto. Dentro de las recomendaciones para un parto respetuoso, argumentado desde la OMS, el tacto no es necesario y se considera contraproducente por el dolor asociado. Desde palabras de Sadler, una de las características del modelo tecnocrático es realizar intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo. En los relatos de las entrevistadas se hace presente la asimetría entre paciente y profesional de salud, el último como un experto.

«ella [matrona] hacía un masaje en esa zona que para mí era como una tortura, no me dejó conectarme. Yo sentía sus manos ahí, como “basta, basta”, ganas de patearla, y ahí me empecé a desesperar y la Cata decía como “pero Prisci, ponte en otras posiciones” como tratando de... pero como ella era la especialista y todo, como que igual uno se deja. La *patá* no se la pegué nunca» (P.S.2017)

La última parte de la cita “pero como ella era la especialista...” denota la jerarquización existente entre la profesional y la parturienta, y la importancia de ser especialista en relación con un título legal para obtener esta jerarquización, y dominio sobre el cuerpo de otro. Idea que se instaló durante el inicio de la obstetricia, y conjuntamente a la deslegitimación de la partería. En Chile, a mediados del siglo XIX ocurrió un proceso de desacreditación de la partería indígena y campesina, a través de la institucionalización y profesionalización de los nacimientos, situación que actualmente se sigue manifestando con

⁴⁶Técnica que consiste en introducir los dedos índice y medio en la vagina para medir la dilatación del cuello uterino. Obsoleta según OMS

la desacreditación de prácticas ancestrales, ya que aún son menospreciadas en comparación a títulos legales o espacios institucionales.

Catalina pidió realizar el rebozo para que Dhamir descendiera con mayor facilidad, pero ante su insistencia la matrona le preguntó “¿sabes cuantos partos tengo yo en el cuerpo?” y les pidió a Catalina y Ariel que salieran de la sala. En esta frase podemos encontrar dos factores importantes al analizar el parto en contexto hospitalario: el primero es que manifiesta que los partos atendidos por la matrona son de su propiedad, metafóricamente quedan en su cuerpo, como una experiencia propia. Y el segundo, es que existe una intolerancia hacia sistemas complementarios de atención de salud, también posicionándolos de manera subordinada a sus conocimientos biomédicos, como es el caso del ofrecimiento de rebozo.

Cuando se quedaron solas en la sala de partos, la matrona y Priscilla, la matrona le dijo «Priscilla se está demorando mucho, tenemos un protocolo, yo te dije, no estás lográndolo, te voy a tener que poner anestesia para que salgas a caminar y baje él bebé». La anestesista se paseaba afuera de la sala de parto y la matrona dijo que estaban todos los cuchillos listos para una posible cesárea. Priscilla le pedía que por favor la esperaran que ella si iba a poder. Luego le administraron anestesia:

«de un momento *pa* otro ya no sentía nada. Y me fui a caminar al patio con el Ariel, y la Cata salió con la Rosita a acompañarnos a un patio chiquitito. Y ahí me puse en las posiciones de afro que yo sabía que era para abrir el canal de parto, y ella dice “cuando sientas ganas de hacer caca nos avisas”. Yo no sentía nada» (P.S.2017)

Hay distintas técnicas y procesos utilizados por la matrona, en donde se materializa la definición de violencia obstétrica, algunas de estas son: el masaje realizado en la zona perianal, que es definida como una tortura por Priscilla. Situación en donde la profesional de salud se apropia del cuerpo de la parturienta. También hay malos tratos verbales: amenazas sobre una posible cesárea y opiniones sobre el cuerpo físico de la madre.

Después de un rato en el patio, entraron a la sala de parto nuevamente. Ariel en un acto de desesperación y ante la aprobación de la matrona, hizo una maniobra para bajar a Dhamir⁴⁷, quien nació rápidamente después de esa técnica.

«yo parí y después ella desapareció, me dejó empelota con mi guagua. Vino un caballero a limpiar y me vio toda empelota ahí, con mi guagua. Me dijo “¿Dónde está la matrona?”, “qué sé yo dónde está la matrona, se fue” y me dejó ahí. Después llegó otra señora y en la buena onda me limpió y me llevó a la cama. Y después llegó la Rosita al otro día a darse una vuelta» (P.S.2017).

Una de las frases que recuerda por parte de la matrona en su trabajo de parto es

«pero es que tu *po* Priscilla, parece que *veniai* con tacos a la consulta, porque yo no me di cuenta de que *erai* tan chica» (P.S.2017).

Esta frase la marcó, ya que en los talleres que asistieron durante la gestación con esta misma matrona, su discurso consistía en asegurar que el porte o características físicas de las mujeres no influyen y que todas las mujeres pueden parir, ante esta inminente contradicción y la sensación negativa que dejó su primer parto

“Gracias a esa experiencia yo tuve los cojones o los ovarios mejor dicho para poder parir a la Amalí en mi casa” (P.S.2017)

Experiencia

Para este apartado tomaremos tres de los cinco relatos, ya que fueron los más descriptivos en torno a las categorías propuestas por Jordan (participantes, territorio, medicación y tecnología). Estas categorías están enfocadas a evidenciar el lugar que ocupa la madre y cómo se relaciona ella con el medio durante el parto.

⁴⁷ Maniobra llamada “Kristeller”, no recomendada por OMS

El nacimiento/parto de Arún

En la mañana del 20 de abril 2017 comenzaron las primeras contracciones de Gabriela, mientras Gabriel terminaba los últimos detalles para recibir a Arún: sellar lugares donde se filtraba el viento, poner cortinas térmicas y frazadas en las ventanas para el frío y el ruido, limpiar los distintos espacios de la casa. En el día, Gabriela estuvo con su mamá quien le llevó un queque y se rieron mientras se acortaban el tiempo entre una contracción y otra. Luego quedaron solos y llamaron a Catalina. Se comunicaron telefónicamente, así que, de este modo, Catalina medía la cercanía de la etapa expulsiva según el tipo de grito emitido. Mientras esperaban colgaron una sábana para que Gabriela se sujetara en los pujos, pusieron aceite esencial de lavanda en un difuminador y aumentaron el calor de la casa con tres estufas.

A las 9 de la noche llegaron Catalina y Gabriela (matrona) y ambas encontraron que aún faltaba mucho para la etapa expulsiva. La intensidad de dolor fue creciendo al paso de las horas, pero aún no era el momento del nacimiento.



Fotografía 4: Gabriela sentada en su cama mientras comenzaba el trabajo de parto. 19 de Abril, 2017. Fuente: Familia Swinburn Soto

Gabriela y Gabriel comentan la actitud de la partera que tenía al acompañar el trabajo de parto

«la Cata estaba muy tranquila, como ya tiene experiencia era muy natural, dejar el tiempo *nomás*. Estuvo midiendo los tiempos, las contracciones, viendo la posición, y todo el rato escuchándolo. Eso sí era importante, estar escuchando el corazón del Arún, ese era el control que se estaba haciendo constantemente» (G.2017)

Catalina y Gabriela (matrona) fueron a dormir algunas horas mientras Gabriel y Gabriela vivían el trabajo de parto. Recuerdan haber aplicado conocimientos transmitidos por la partera. Gabriel le hacía masajes en las caderas. «La Cata te enseñó a hacer uno que se llamaba el “rebozo” »

Gabriela relata su sensación corporal y las posiciones que aliviaban el dolor que generaban las contracciones uterinas

«estaba toda transpirada, *pa* la *cagá*, “no puedo más”. Y fui al baño, me senté y dije “oh que *bacán*, que rico estar sentada aquí”, después salí y me dio otra contracción terrible, y gritaba “quiero ir al baño”» (G.S.2017)

Ya había llegado la madrugada, Gabriel y Gabriela intentaban dormir, el cansancio y las contracciones se mezclaban.

“como a las 5:30am la Cata se despertó así como “ya, ese grito es”
(G.2017)

Gabriela recuerda la última etapa de su parto como un gran trance, gritaba “me voy a morir, me voy a morir”, su sensación corporal era como si un órgano se estuviera saliendo y los huesos se abrieran. Su deseo de querer irse al baño no cesó, por lo que Gabriel se sentó en una silla con las piernas abiertas y Gabriela arriba de él. Mientras Catalina le hacía cariño, masajes, le daba indicaciones de mejores posiciones, se cortó la luz. Ya eran las 6:30 de la madrugada. En esta última etapa Gabriela entró en trance, se tambaleaba y hacía un ruido constante. Solo tiene el recuerdo de Catalina hablándole «Gaby mira ahí está la cabeza»

«hacia un sonido súper animal y de repente la otra contracción. Y después, de hecho, después de ese sonido como medio zombie que hacía,

ahí se vinieron las últimas dos contracciones, la primera se asomó y la segunda nació» (G.2017)

Los fluidos corrieron por las piernas de Gabriela y Gabriel, mientras Gabriel soltaba una carcajada de emoción.



Fotografía 5: Primera foto de Arún en compañía de Gabriela (matrona) y Catalina (partera)

Llena de sangre recibió a su hijo, ya que tuvo una hemorragia, por un pedazo de la placenta que quedó pegada en el útero por una malformación de esta. Ante tanta pérdida de sangre Gabriel preparó “sopa de placenta” bajo las indicaciones de Catalina, la cual llevaba betarraga, polenta, cebolla morada, espinaca y placenta. La hemorragia fue tratada desde conocimientos de la partería a través de masajes, paños con sal de mar, agua tibia, uso de cotiledones debajo de la lengua, y sopa de placenta que fue dada por Catalina a Gabriela, todo con Arún en su pecho.

«ahí había una diferencia entre las chiquillas, la partera decía que estaba todo bien, que había que esperar *nomás*, la matrona que ameritaba una ecografía» (G.2017)

Gabriela decidió no realizarse una ecografía, sentía que ya no quedaba placenta en su útero y confió en los conocimientos de Catalina. Después del parto tomo artemisa y manzanilla. Se hacía lavados en sus genitales con manzanilla y matico, complementado con molca⁴⁸

Dos semanas después del parto, Catalina visitó a Gabriela y juntas trabajaron la placenta, ocasión en que confeccionaron parches y tinturas madres para Arún, y cápsulas para Gabriela.

El nacimiento/parto de Amalí

El 26 de febrero del 2015 a las 7 de la mañana Priscilla despertó mojada, llamó a Catalina y ella le aconsejó seguir durmiendo, pero se acostó pensando que no iba a conciliar el sueño. Durmió unas horas más junto a Dhamir (de dos años) y su pareja de ese tiempo, Ariel. Al levantarse pensó en las cosas que faltaban para el parto, limpió la casa, tal como hacía su abuela materna. Mientras corría cada vez más líquido amniótico, se puso una toalla entre las piernas y fue al supermercado. Las contracciones ya eran cada dos o tres horas. Fue a la calle Irarrázaval en la comuna de Ñuñoa a comprar frascos para la medicina de la placenta y género para estampar la placenta. Al llegar a su casa limpió el baño profundamente, sentía que ese iba a ser el lugar de parto. En el día bailó e hizo posturas de yoga para abrir el canal de parto. A las 6 de la tarde llegó Mariluz, matrona que acompañaría el proceso, quien le explicó que no haría tacto y su protocolo era esperar hasta las 7 de la mañana la etapa expulsiva o si no irían al Hospital.

«[la matrona me dijo]yo vuelvo con la Cata como a las 12, nos vamos a quedar acá, tú no te preocupes, nosotras vamos a traer de todo, para tomar, para comer, por si nos da hambre, y yo voy a traer mis materiales por si tengo que coser» (P.S.2017)

Cuando llegó Catalina y Mariluz, Priscilla estaba sentada en la pelota de pilates, conversaron mientras sentía contracciones cada media hora, después cada diez minutos. Cuando ya no quiso seguir conversando, prefirió estar sola y se fue a acostar con su hijo

⁴⁸ Antiséptico para limpiar herida

Dhamir. Ariel los acompañó mientras el dolor aumentaba. Priscilla no quería despertar a Dhamir, por lo que se fue al baño



Croquis 7: Mujer gestante en pelota de pilates. Fuente: elaboración propia.

«en el baño viví todo el proceso más fuerte del parto y ahí me mantuve siempre en cuclillas, o en cuatro patas, y siempre moviendo las caderas, sentía la necesidad de mover la cadera. Y el Ariel me presionaba el dedo meñique del pie, que es un punto de dolor y cada cinco minutos me tomaba las flores⁴⁹, que son para el trabajo de parto» (P.S. 2017)

El trabajo de parto lo vivió mayoritariamente junto a Ariel, quien le echaba agua caliente en la espalda mientras Priscilla estaba apoyada en codos y rodillas en el suelo de la tina. Priscilla vocalizaba constantemente, técnica que la ayudó aliviar el dolor y la hizo pensar en que las mujeres sí parieron sin dolor en la antigüedad - hipótesis que postula Casilda Rodríguez en su libro “Parirás con placer”-. Al salir de la tina un grito alertó a Catalina y Mariluz, de que la etapa expulsiva estaba cerca

«sintieron los gritos de leona y dijeron “ahí viene”, entonces entraron al baño, subieron velas, pusieron aromaterapia» (P.S.2017)

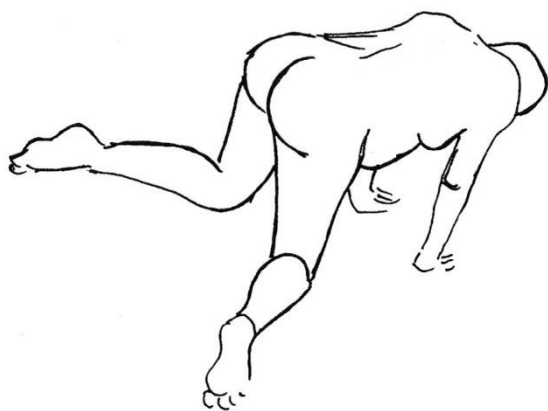
⁴⁹ Flores de Bach

Catalina le dio semillas de linaza remojadas, que suavizaron la salida de Amalí

«creo que eso fue muy importante, cuando yo rompí la bolsa, empecé a tomar chilco, chilco. Ella me llevó muchas más hierbas, todo el rato me estuvo dando aguas de hierba. Y la Cata siempre ha sido importante, porque ella hace esto de mirarme y decirme “Priscilla, *vai* súper bien”, me sonreía, me decía que me veía preciosa, esas cosas que son como de hermanas. Y la Marilú, ella me da mucha confianza, la siento como una mujer también respetuosa, eso que no me hiciera el tacto, que me abrazara. En un momento yo la apreté mucho, le dejé pa la *cagá* la espalda. Me sentía muy segura con ellas dos, fueron un complemento» (P.S.2017)

Para determinar los centímetros de dilatación del cuello uterino, observaron la marca que se forma en la parte baja de la espalda de las gestantes que indica el grado de dilatación, sin necesidad de hacer tacto

«Entonces ella [matrona] me vio y me dijo “*estai* lista, dale con toda la fuerza no más” y ahí yo estaba en cuatro y pujaba con toda mi fuerza y no salía ni una gota de nada. Entonces yo decía “pero, ¿Por qué?” y ya estaba como en el límite de tiempo que me había dicho la Mariluz para irnos al hospital y le daba, le daba, le daba con toda mi fuerza y no salía nada y despierta el Dhamir»(P.S.2017)



Croquis 8: Posición parto. Fuente: elaboración propia.

Priscilla pidió que trajeran a Dhamir, quien se puso a llorar preguntando qué le pasaba a su mamá. Priscilla le explicó que iba a gritar muy fuerte para sacar a su hermana. Mariluz le sugirió pararse y poner las palmas juntas arriba de la cabeza y la panza descendió

«y ahí junto con la *bajá* de la Amalí, salieron tres bolas de caca y el Dhamir al ver eso se impresionó tanto que se dejó de asustar y decía “¿Por qué mi mamá se hizo caca?” no lo podía creer» (P.S.2017)

Mary Douglas, como vimos, asocia el cuerpo humano a una estructura compleja compuesta por símbolos análogos a la sociedad que pertenezca, es decir la estructura social se reproduce a pequeña escala en el cuerpo humano. Es por esto que los márgenes, límites de la sociedad y cuerpo son tan relevantes a la pertenencia de “algo”. Los fluidos se comprenden como una transgresión a los límites, dejan de ser parte del cuerpo, escurren fuera de este, apareciendo las nociones de pureza y peligro, los límites del cuerpo se desdibujan para dar vida a otro cuerpo, el orden de una frontera se rompe, momento que se ha buscado ritualizar y ordenar. Es decir, en palabras de Mary Douglas:

«las ideas de la separación, la purificación, la demarcación y el castigo de las transgresiones tienen por principal función la de imponer un sistema a la experiencia, que de por sí es poco ordenada» (Douglas 1991, p. 133)

Su último impulso fue subirse en el inodoro y ponerse en cuclillas arriba de ella, pensó que se iba a morir, cuando sintió que ya no podía más de dolor vino la última etapa

«agarré la cabeza de la Marilú y de la Cata y con toda mi fuerza hice como que fueran mis pilares ellas dos, hice toda mi fuerza *pa* abajo, *pa* abajo, *pa* abajo, y salió la Amalí. Y yo sentí que se me quebró un hueso, una cuestión así, así muy *heavy* y la Marilú dice que estuvo mucho rato la cabeza, como un minuto, la cabeza de la Amalí colgando. Entonces ella tenía terror de que yo me rajara entera. Bueno, uno no siente el tiempo cuando está en esa situación, yo al rato me vi sentada con la niña en los brazos» (P.S.2017)

«[El parto] lo asocie a la muerte porque pensaba que me iba a morir, y cuando uno ya siente que se va a ir de dolor, sale la guagüita, muere algo y nace otra cosa, muere la placenta, muere la casita, y no muere, todavía está viva, una transmutación más que una muerte» (P.S.2017)

Después del nacimiento Catalina en compañía de Ariel tomaron a Amalí para cortarle el cordón. Luego en el piso del baño pusieron sábanas y frazadas donde Priscilla se acostó a darle calostro por primera vez. La placenta fue congelada, luego fue ocupada en taller sobre medicina placentaria realizado por Catalina, en donde hicieron capsulas y el cordón umbilical fue conservado en alcohol, para guardar las células madres.

«La importancia de la placenta se puede ver en los animales, se la comen, y hay algo sabio en eso, el humano ha observado todo de la naturaleza, la contemplación. Uno puede cerrar el círculo de la vida y la muerte con la placenta, lo encontré muy poderoso» (P.S.2017)

El nacimiento/parto de Ayalén

El 28 de julio 2015 comenzó el viaje para Janis, Pablo y Ayalén. Catalina, gestando a Amador, llegó y dijo que faltaba calor en la pieza, por lo que fue a buscar una estufa a la casa de Valentina, quien vivía en el barrio.

«y en ese momento nos dio la indicación de hacer el masaje a la Janis, que era como formar un dulce con el poto de la Janis con la toalla y empezar a hacer un 8, y en el momento que venían las contracciones, yo tenía que apretar las caderas» (P. 2017)

Mantuvieron la pieza oscura, solo iluminada por una vela; Janis vocalizaba, mientras Pablo la sostenía. A ratos ambos se quedaban dormidos y despertaban por las contracciones. Cuando Janis volvía a su parte racional, pensaba que nunca había sentido un dolor tan grande. Catalina le daba agua de linaza

«entonces, el Pablo era el que me sostenía de las axilas, porque yo, principalmente [hacia] la fuerza media agachada. El Pablo me tenía sostenida de atrás y estaba arriba de la cama. Y la Cata estaba media agachadita y ella iba a recibir a la Ayalén» (J. 2017)

«en la forma que pariste no fue agachada totalmente, estaba como en esa posición de *meiar*, pero con una rodilla en el piso. En ese momento fue cuando se empezó a asomar la cabeza de la Ayalén» (P.2017)

Cuando Ayalén nació, Catalina le dijo a Pablo que se sacara su polera para envolver a Ayalén. Cuando el cordón umbilical estaba blanco, Pablo lo cortó

«sí, le corté yo el cordón a la Ayalén, era tres dedos hacia afuera, ahí hacer una amarrita y después *mediar* un dedo y *haciar* la otra amarrita» (P.2017)

«y en eso la tuve que vestir, tuve que vestir a la Ayalén, y me acuerdo de que era muy raro, los brazos eran muy flacos, muy pequeño, y yo tengo las manos grandes, soy bruto igual, más trabajando en la *constru*. La motricidad fina como que se pierde un poco si no *estai* trabajando en cosas muy específicas. Entonces, claro, para mí era muy raro. La Cata igual me ayudó a vestirla al principio, me acuerdo que me ayudó a colocarle el pilucho. Creo que ese es momento que uno comienza a conectarse mayoritariamente con la delicadeza de uno, también eso es

súper importante *pa* un hombre, por la crianza que se recibe en general»
(P.2017)

Pablo al hacerse cargo de la primera vestimenta de su hija, reflexiona sobre la manera en que lo criaron a él, y la importancia de romper con patrones de género que se reproducen en la crianza.

“es súper importante *pa* soltar un poco esa crianza, conectarse con la delicadeza de uno, con el lado más tierno. Comenzar a hacerse cargo de los cuidados de una guagua recién nacida, creo que es súper importante *pa* empezar a desarrollar un lado más sensible de la masculinidad”
(P.2017)

Los siguientes días post parto, Janis aún con dolor, por un pequeño desgarro en la vagina, se limpiaba con agua con matico, y mantenía compresas de manzanilla en su vagina, complementado con molca. Fue un doctor a domicilio a revisar a Ayalén y luego fueron a un control al consultorio, donde fue atendida por matrona y estudiantes en práctica, quienes revisaron la posición de lactancia. Cinco meses después, descongelaron la placenta, de la cual intentaron hacer un tambor para Ayalén, pero no funciono por el tiempo de congelamiento. Hicieron impresiones en papel y tela, prepararon tierra con placenta e hicieron 1 litro de tintura madre.



CAPÍTULO IV: EL MODELO DE ATENCIÓN DE LA PARTERÍA

Capítulo IV: El modelo de atención de la partería tradicional

“todo lo que necesitamos para parir es esto: un lugar seguro, estar con las personas que queremos, estar tranquilas, estar sanas, nuestras manos, calorcito, estar atendidas, eso” (C.S.2017).

A modo de cierre, el presente capítulo consiste en evidenciar las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de partería tradicional en Santiago. Por lo tanto, se dividirá el contenido en dos partes: la primera enfocada a la medición de la violencia en los procesos reproductivos, mediante la observación de la gradualidad en la autodeterminación, opresión y sufrimiento experimentado por las mujeres entrevistadas; y la segunda apunta al discurso que constituye la práctica del modelo de partería tradicional. Estos apartados están en función de evidenciar que desde las prácticas del modelo biomédico resurge o se reivindica hacer y saberes que fueron subordinados en el tiempo.

Gradualidad

Actualmente la violencia obstétrica es un patrón que se evidencia en los relatos de las entrevistadas, las cuales señalan que en sus partos biomédicos hubo maltratos verbales, intervenciones innecesarias y/o sin consentimiento, prohibiciones y restricciones. Dichos actos manifiestan los niveles de autodeterminación, opresión y sufrimiento, que fueron percibidos por Priscilla, Catalina y Katerin en sus primeros partos ocurridos en hospitales. Por ello, estos indicadores serán entendidos por los lineamientos que sugiere la OMS para constatar si hay violencia obstétrica o si se lleva a cabo un parto respetado.

Priscilla en su relato da cuenta que no tuvo libertad para elegir la posición en el trabajo de parto, la matrona la maltrató verbalmente a través de amenazas de una posible cesárea y se refirió a su aspecto físico como una razón de que Priscilla demorara en el trabajo de parto. A su vez, luego del parto, Priscilla se quedó sola sin compañía emocional o afectiva. Todas estas experiencias dentro del marco de la OMS son prácticas obsoletas y que traen consigo niveles de sufrimiento y opresión hacia la mujer atendida por parte del personal médico. Tanto Priscilla como Catalina se refieren a sus partos hospitalarios como “tortura” y “violación”, aludiendo a la apropiación de sus cuerpos mediante masajes no consentidos en la zona perianal, la revisión instrumental de genitales, raspajes y extracción manual de la placenta.

Si tomamos la visión del personal médico, la atención es dirigida hacia un cuerpo biológico-máquina, mientras que las entrevistadas corporizan su experiencia. La corporización hace referencia a la asociación de los tratos físicos sucedidos en el parto con actos de apropiación que definen el castigo hacia el goce y el placer de la sexualidad femenina, como lo es la violación.⁵⁰ En ese sentido, acá surge la subjetividad sensorial, la cual permea la asociación con contextos históricos y socioculturales, siendo así una experiencia de sufrimiento y anulación de la autonomía.

Si consideramos las mismas medidas recomendadas por las OMS en la atención brindada por Catalina, la violencia obstétrica disminuye considerablemente. Los tratos físicos y verbales hacia la mujer gestante, parturienta y puérpera son respetuosos, cálidos, obedecen a la trascendencia con que definen sus partos las familias y la partera. Los tratamientos hacia la mujer son informados, explicados, y en ocasiones enseñados. Se realizan mediante el consentimiento de las familias y no hay restricciones o prohibiciones en relación a la vestimenta que deben usar o los alimentos o líquidos que pueden ingerir. A su vez las mujeres tienen la libertad para elegir la posición en que paren y el destino de la placenta.



Ilustración 4: Impresión placenta Aarón. Fuente: “Aliwen. Yoga, embarazo, parto y puerperio” de Sylvana Gálvez.

⁵⁰ Tal como se refiere Rita Segato en su investigación “Las estructuras elementales de la violencia” (2003) que tiene como premisa la violación como un mandato de la estructura patriarcal, ya que es una condición necesaria para la reproducción del género como estructura de relaciones entre posiciones marcadas por un diferencial jerárquico.

«tú sabiendo cómo nace una persona *podí* saber cosas súper esenciales de su ser. Entonces por eso yo creo que es tan importante como buscar la forma en que los partos sean en lo posible todos respetados, sean sanos, saludables. Creo que los principales problemas de las personas tienen que ver con la forma en la que han nacido en parte, por eso es importante defender a morir ese derecho, de darle esto a los seres en llegar» (J.C.2017)

“una de las cosas más importantes para el ser humano, y debiera atenderse como tal, como una de las situaciones más importantes de tu vida, la forma en que comienzas a relacionarte con el entorno. Es trascendental. Y, en ese sentido, sí, creo que tiene que ser muy respetado, tiene que ser muy cuidadoso, tiene que estar rodeado de una energía de mucho amor, de mucho cuidado, respeto, delicadeza, eso es lo que sentía en un principio. En ese sentido se contrapone caleta a la visión médica, así hospitalaria, del consultorio, se contrapone caleta porque es algo súper racional que te enseñan ahí” (P.2017)

En las formas que definen el parto los entrevistados se expresa la autonomía de los cuerpos simbólicos, no se separa la emocionalidad y la espiritualidad de la materia orgánica. El espacio ocupado es doblemente resguardado, el cuerpo femenino puede ser comprendido antagónicamente al cuerpo máquina que define el modelo biomédico, es decir el cuerpo materno se puede abrir en un lugar cerrado, que es el lugar que las familias deciden: sus casas, sus dormitorios, sus camas, lugares cálidos. El cuerpo pariendo no está transgrediendo los límites a través de la “contaminación” de los fluidos, no hay una concepción de pureza y peligro, ya que es un lugar resguardado. Hay una unión entre los dos espacios a través del calor, el cuerpo se concibe como parte del espacio-hogar.

Dicho de otro modo, la forma de entender el parto para las familias significa amor y apego, lo cual estaría estrechamente vinculado con el respeto hacia el ambiente emocional y al cuerpo femenino, que se vuelve efectivo en la partería tradicional. A partir de ello, es posible dar cuenta de su alcance en el periodo de puerperio, puesto que, al no poder

intervenir mayormente en la estructura social en la cual están inmersas, detectan el agobio que produce este periodo al estar constantemente invisibilizadas.

«locura máxima, es todo súper incomprensible en realidad, yo como que ahora que he salido de eso como que lo puedo entender. Pero en ese tiempo era como una gran masa de situaciones, no existían los días, ni las horas, como nosotros nos apegamos al ritmo de la Ayalén. Me acuerdo cuando empecé a salir a la calle y no entendía nada, todo me parecía violento, todo me generaba rechazo, todo lo encontraba terrible. Odiaba a los humanos así tan civilizados, las máquinas, las micros, yo decía “estos humanos insensibilizados desde su nacimiento”, no entendía nada. Y muy intenso, así con las hormonas a full, súper animal, súper salvaje. Violento también, como defendiendo muy territorial las cosas y con súper poca racionalidad, muchas cosas no la hice pensando, como que era puro actuar, era mucha impulsividad, me costaba pensar las cosas. Por otra parte, no tenía memoria, como que no me acordaba de las cosas, solo estaba pendiente de la Ayalén, de la teta, la casa y chao. Pero me costaba conectarme con el tiempo de la ciudad, el trabajo, no sé, intenso. No puedo entender que no exista un puerperio que no te marque, sea como sea, como hayas tenido el parto» (J.C.2017).

«como una preparación para la guerra (risa), fue como un calvario, un encierro, pero lleno de amor, de amor verdadero, pero mucho trabajo. Creo que es un proceso en que actualmente, como está definida la vida humana, como nos definen desde arriba, quienes detentan el poder, desde donde baja la ideología de como nosotros vivimos actualmente, de cómo nos relacionamos, genera que muchas mujeres vivamos el puerperio con poco cuidado de las otras personas, como una especie de esclavitud. Creo que es una crisis, no para todas porque sé que hay mujeres que viven el puerperio muy acompañadas, más sostenidas, pero creo que, como se nos pone la maternidad para una gran mayoría, queda muy silenciado. Es una esclavitud en la sociedad patriarcal, creo que a muchas mujeres les pasa,

por eso es importante que se hagan investigaciones y que a uno le pregunten, porque a veces nosotras no contamos también porque nos sentimos culposas de las cosas que vivimos. También es una etapa fundamental para conocer a la cría, para entender el carácter, para entrar en sincronía con las cosas que le gustan. Por eso creo que la mujer tiene que tener apoyo, que lo principal sea eso, comprender lo que llegó a tu vida, porque uno no puede gastar tanta energía, porque hay que cuidarse a uno y a la guagua. Yo me acuerdo que le daba la tetita se quedaba dormida, se despertaba, todo el rato hacer algo, una locura» (P.S.2017).

Al mismo tiempo, en la gestación y puerperio, el cuerpo tradicional se mezcla con tratamientos propios de la biomedicina (ecografías, exámenes de sangre, vacunas, etc). El traje de arlequín se hace presente, ya que en el inicio del período de puerperio se hace evidente que se vive en una estructura estatal y patriarcal, ya que, a pesar de que hay complementariedad con la partería tradicional, predomina la biomedicina en la atención. Los controles médicos para la salud reproductiva e infantil se realizan bajo lo que establece el Estado para sus ciudadanos. Como hace referencia la partera, la visión que existe desde el Estado y la visión de las/os entrevistadas/os sobre el cuerpo es antagónica, ya que no es reconocido como espacio de disputa política, ni se toman en cuenta aspectos espirituales o biográficos de la madre. La anulación en torno a las decisiones de las familias se evidencia en los tratos recibidos por el personal biomédico, y en la soledad o agobio que sienten las madres en el comienzo de su maternidad. Por otro lado, la autonomía que experimentan en sus partos lleva consigo una experiencia positiva fundada en torno a la elección del territorio, de los participantes y en la definición cultural de parto.

La importancia de los participantes radica en la experiencia corporal y perceptual de la madre en ese momento, puesto que sus recuerdos quedarán marcados por eso, por cómo actuaron aquellas personas que estaban a su alrededor en momentos de trance e incertidumbre que conlleva parir. El modelo de auto atención propuesto por Menéndez revela estas características: la participación es simétrica y homogeneizante, existe una legitimidad grupal y comunal. «Es así como los sistemas de atención que integran apoyo

emocional para las mujeres, con la participación de no-especialistas en el parto, presentan menores índices de complicaciones» (Jordan, 2003, p. 60).

Discurso y práctica: hacia la comprensión del modelo de atención de partería tradicional

El origen del modelo de atención, parte desde los saberes y haceres utilizados y resignificados por la partera, los cuales devienen de su tradición familiar. El relato en torno al proceso de parto se transmitía de forma presencial y oral entre las mujeres de las familias. Las mujeres parturientas eran cuidadas a través de técnicas, hierbas preparadas de diferentes formas, y por la compañía de la partera, quien se quedaba los primeros días luego del parto. A su vez las mujeres mayores fomentaban y formaban a su descendencia según la valentía que presentaran, por esto se ponían a prueba desde pequeñas, mediante la caza de animales o recolección de elementos naturales.

La migración campo-ciudad ocurrida en los años sesenta, reconfiguraron tanto las dinámicas del campo como de la ciudad. Las mujeres mayores ya no tenían aprendices para transmitir sus conocimientos y formar a nuevas parteras, al mismo tiempo la expansión de la biomedicina se iba expandiendo a espacios rurales. Mientras que, en la ciudad, se establecían tomas de terreno con parte de la población descendiente indígena y campesino. Por lo que, estos grupos humanos, proveniente del campo, recontextualizaron la forma de ejercer la medicina tradicional, ocurriendo una división de los oficios y formándose cooperativas femeninas que buscaban apoyarse emocional y económicamente.

Con la migración campo-ciudad hubo un encuentro entre estos conocimientos y prácticas, donde predominó la biomedicina y se desplazó a un segundo lugar los saberes y haceres del campo. Esto surge porque las políticas públicas persiguen cumplir estándares internacionales en torno a nacimientos en hospital, como sinónimo de mejorías en la calidad del servicio estatal prestado. Cuantitativamente el Estado responde a los parámetros de medición requeridos, con un 99% de nacimientos seguros, pero no alude a temas cualitativos o experienciales de las mujeres de esta alta cifra de nacimientos en hospitales. En otras palabras, el poder centralizado del Estado en la ciudad dirige a la ciudadanía a las prácticas médicas legitimadas por éste, lo que permitiría el desplazamiento de saberes y haceres tradicionales. Por ejemplo, Catalina asiste los partos en compañía de una matrona,

con el fin de resguardar su trabajo/oficio y no entrar en conflicto en torno al uso ilegal de la profesión.

Esta partería ejercida en la ciudad se prestará de saberes/haceres originarios de otras tradiciones o lugares, como lo es el doulaje, los círculos prenatales, la medicina china y también la biomedicina, a través de ecografías y exámenes. Los círculos impartidos por la partera, de forma gratuita, pondrán énfasis a la historia individual y social de la mujer, comprenderán su cuerpo como una unión de situaciones y experiencias, el cual podrá decidir de forma autónoma con quién, cómo y dónde vivirá sus procesos reproductivos. Mientras que el parto se conceptualizará como un trance el que debe ser cuidado y atendido por la partera a través de brebajes, hierbas, masajes y palabras contenedoras.

Entonces, podemos ver que la historia de Catalina explicita la recontextualización de una práctica que busca normalizar y cuidar los procesos reproductivos femeninos, resguardando así la autonomía de la mujer. De manera que el cuerpo es entendido como un espacio liminal que experimenta su propia trayectoria y es soberano de sus decisiones, siendo Catalina una protectora del territorio en el que se desenvolverá el cuerpo materno/mamífero. En la práctica se propicia el equilibrio entre los estados fríos y cálidos y un tiempo acorde al proceder del evento corporal, externalizando el cuerpo femenino en su ambiente. Esto permite eliminar las interrupciones a las posiciones adoptadas por la mujer, las prohibiciones y restricciones que afecten el trance.

La partera es una observadora activa del proceso, lo que no significa que sobre-interviene la fluidez del evento. Todos los relatos de las entrevistadas manifiestan que el último grito antes de dar a luz fue un indicador al que la partera respondió y se hizo presente para recibir al recién nacida/o. Por ende, el modelo de la partería se comprende como un paradigma discursivo práctico en el cual se disputa la forma de abordar el cuerpo, en el que la atención está dirigida a validar la decisión de las mujeres de poder parir de forma autónoma, también como parte del discurso que posee Catalina, el cual se apoya en su historia de vida, busca quitar el sesgo elitista que tiene el parto en casa atendido por matronas y reivindicar los saberes y haceres indígenas populares.

Sin embargo, debido a la necesidad de un resguardo legal, la partera acuerda con las matronas ser acompañada ante cualquier imprevisto que requiera la atención de instituciones biomédicas. En ese sentido, los modelos no se distancian completamente, sino que ve en la biomedicina una complementariedad y, además, se comprende que es la medicina hegemónica a la cual hay que recurrir ante eventos que pueden ser clasificados como ilegales. Esta complementariedad tiene como finalidad cuidar y proteger la integridad de la mujer en relación a sus procesos reproductivos, a la crianza, a desenvolverse sin la carga de género que se le ha atribuido históricamente a dichos procesos.

CONCLUSIONES

Retomando la pregunta inicial de la investigación “¿Cuáles son las dimensiones prácticas y discursivas del modelo de atención de los procesos de gestación, parto y puerperio, desde la experiencia de vida de una partera tradicional, en articulación con vivencias de familias que optaron por parto domiciliario en la ciudad de Santiago?”, se concluye lo siguiente:

El modelo de atención de la gestación, parto y puerperio es una alternativa a la forma en la que estamos naciendo en hospitales o clínicas del país y una reivindicación de saberes y haceres tradicionales. Esta alternativa es producto de los altos índices de violencia obstétrica, materializados en las experiencias de partos biomédicos. La apropiación de los cuerpos femeninos por parte del personal médico en las etapas reproductivas es expresada en la patologización de estos y en la sobre intervención a través de alta tecnología y medicalización. Como consecuencia de esta apropiación se pierde la autonomía y la decisión de elegir el territorio, los participantes y el uso de medicación en los partos.

Catalina a través de su experiencia de vida da cauce a una alternativa de parto, la cual se sustenta en conocimientos originarios, haceres indígenas-campesinos; y en sus vivencias en la población Lo Hermida, lugar que resiste parcialmente a las lógicas de salud de la ciudad. Tanto sus conocimientos familiares como la resistencia de saberes que trajeron consigo los pobladores de Lo Hermida constituyeron el discurso de Catalina, el cual apela a una reivindicación de su existencia comunitaria, que trasciende más allá de sus límites carnales. El cuerpo se concibe de forma tradicional, donde no hay escisiones entre cuerpo e historia social y familiar, entre cuerpo y espíritu, entre cuerpo y emociones.

El relato oral femenino se trazó entre San Clemente y Lo Hermida, en ambos lugares hubo mujeres que le transmitieron una forma distinta de concebir y tratar el cuerpo. Si bien a sus siete años percibió la forma de vida que llevaban sus familiares, no fue hasta el cumplimiento del presagio de su tía y el parto de Víctor donde se consolida la identidad de Catalina en torno al oficio familiar. De este modo, la biografía de la partera está marcada de saltos y ciclos, donde ella no reproduce de forma consecutiva las prácticas de sus antecesoras, sino que ella retoma y reivindica lo que vivieron las mujeres de su familia en un escenario citadino. Este escenario citadino es el lugar donde ocurrió su primer parto y en el cual experimentó tratos deshumanizantes.

El parto biomédico, tanto para Catalina como para las familias, es una práctica que los motiva a acercarse al parto tradicional, puesto que surge la necesidad de vivir los procesos sin violencia. Se puede señalar que las familias ven en el discurso de Catalina una posibilidad de experimentar sus partos acordes a sus definiciones de cuerpo, sexualidad y crianza. Las familias que optan por el parto tradicional no necesariamente llevan consigo una herencia cultural, sino más bien, es resultado del cuestionamiento a la subordinación del cuerpo femenino en la biomedicina.

El modelo de atención de la partería ejercida en la ciudad se asemeja al de autoatención propuesto por Menéndez, el cual se caracteriza por una eficacia pragmática, participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal. Además, busca compatibilizar los distintos modelos a favor del mantenimiento de saberes y haceres indígenas/populares y en beneficio de la madre y recién nacido, abogando a un parto respetuoso, y considerando aspectos de autonomía corporal. Esta forma de atender permite la reducción de indicadores propios del modelo hegemónico, los cuales son medibles a través del grado de opresión, sufrimiento, autodeterminación y oportunidades que viven las mujeres.

Las familias entienden el parto como un trance, un evento propio del ser mamífera, por lo que buscan a Catalina para que resguarde este proceso a través de sus conocimientos. Las mujeres, al igual que otras mamíferas durante el parto, buscan un rincón, un lugar oscuro y cálido donde no sea activado el neocórtex, por ello, optar por el modelo tradicional les permite no irrumpir el flujo natural del parto. Sin embargo, no todas las mujeres estarían preparadas para vivir esta experiencia según Catalina, puesto que requiere la autonomía de

las mujeres que han trabajado la tierra, tanto indígenas, campesinas y pobladoras. Esto conlleva a que la partera indague y busque referentes en la historia de vida de las familias que solicitan su acompañamiento.

Si bien en los partos se experimenta dolor, no significa que se conciben de forma traumática o que exista sufrimiento, ya que no hay agentes externos que provoquen estas sensaciones. Por un lado, los indicadores para medir la violencia obstétrica propuestos por la OMS son mayormente considerados en la práctica del modelo de partería tradicional, el cual ha sido desvalorizado por instituciones gubernamentales. Por otro lado, la biomedicina estandariza los cuerpos y se hace presente la propuesta de David-Floyd en torno a cuerpo máquina: el obstetra como el experto, el hospital como la fábrica y el bebé como el producto. Esta manera de ejercer el parto biomédico deviene de las características patriarcales de la ciencia moderna y la obstetricia, las cuales se fundan en el cuerpo masculino como referente. Dicho paradigma propicia la desigualdad y apropiación de la mujer parturienta y, por consiguiente, se garantiza el castigo hacia ella como una manifestación de la violencia estructural.

El parto es un hito trascendental que muestra la manera en que vivimos y socializamos como grupo humano, puesto que los altos índices de violencia evidencian la despersonalización del trato a la mujer. Es por ello por lo que se debe valorizar la autonomía y decisiones en torno al espacio corporal de cada mujer y de cada familia a través de una transformación en la manera de atender y significar el parto. Su revalorización permite dar relevancia al enfoque de género el cual aportaría en la disminución y desaparecimiento de los índices de violencia obstétrica, y la normalización y normatividad de la violencia estructural ejercida a las mujeres. Es por esto que el paradigma discursivo y práctico ejercido por Catalina es una alternativa que busca cuidar la vida de las mujeres en sus distintas etapas, siendo el parto el proceso principal a resguardar, ya que este es parte de un evento corporal, espiritual, hormonal, emocional que marcará el inicio sociocultural de la vida humana.

ANEXO 1

Pauta entrevista para familias

Entrevistadora:

Fecha:

Antecedentes generales

Nombre madre:

Edad:

Ocupación:

Nombre Padre:

Edad:

Ocupación:

Nombre guagua:

Fecha de nacimiento:

Nº de hij@s anteriores/posteriores (y tipo de nacimiento):

Partera que asistió su parto/nacimiento:

Semana gestacional en que nació guagua:

Motivaciones del parto en casa con partera

¿Cómo fue el nacimiento de padre/madre?

Que referentes de la partería/parteras tenían antes de su parto ¿conocían alguna? ¿Cuál era el imaginario sobre ellas?

¿Cuál fue la motivación de optar por un parto en casa?

¿Cuál fue la motivación por optar por la asistencia de partera? ¿Qué buscaban de vivir este proceso en compañía de una partera?

¿Qué ideas tenían acerca de parir en casa? ¿conocían familias que habían tenido esta experiencia?

¿Cómo se conocen con la partera? ¿por cuál medio se contactan?

¿en qué mes gestacional se conocen?

¿les realizó una entrevista? ¿en qué consistía? ¿Cómo fue el desarrollo de la relación de ustedes con la partera?

Gestación

¿Qué actividades realizaron durante la gestación junto a partera? ¿se reunieron con otras familias que parirían en casa?

¿Qué controles prenatales realizó la partera? ¿cada cuánto tiempo se veían?

¿realizaron controles prenatales con otra persona? (matrona, ginecólogo, otra partera, otro/a)

¿ qué actividades realizaste durante la gestación? (En relación a gestación y en general)

Parto

Definición cultural del parto

10.1 ¿Cómo definirías el parto? Idealmente ¿Cómo y dónde debe ocurrir? ¿Por qué?

10.2 ¿tuviste como referencia el relato de otro parto? (familia, amiga, libro, película, etc.)

Territorio del parto

¿Dónde ocurrió el parto? ¿Cómo ocuparon este espacio?

Participantes en el parto

¿Quiénes participaron del parto? ¿Cómo fue la elección de estas personas? ¿Qué rol cumplió cada una? ¿qué aportó cada una de estas?

¿habían más personas en la casa que no participaron directamente? ¿afectaron de alguna forma?

Uso de medicación y tecnología en el parto

¿Qué elementos externos ocuparon? ¿de qué forma? (pelota, tina, velas, fotos, etc.)

¿Qué tipo de medicación ocuparon? ¿ocuparon algo específico para el dolor?

¿ocuparon plantas? ¿cuáles plantas ocuparon? ¿para qué y de qué forma?

¿ocuparon otros elementos naturales? ¿Cuáles? ¿para qué y de qué forma?

Relato “libre” del parto/nacimiento (que recuerdan, que sensaciones externas, olores, cariños, comida, clima, música, etc e internas (sensaciones corporales, en que o quien pensaban)

Puerperio

¿Cómo defines la etapa de puerperio? ¿Qué significa para ti?

¿Qué tipo de acompañamiento brinda la partera en este proceso?

¿Qué elementos externos (plantas, brebajes, medallas, lanas rojas, etc.) ocuparon en esta etapa? (tanto para madre, padre, recién nacido) ¿saben el origen de estos elementos? ¿alguno fue recomendado por la partera?

¿cada cuánto veían a la partera? ¿Qué consejos obtuvieron de ella?

¿tuvieron controles en centros hospitalarios/clínicos en etapa posparto? O con alguien fuera de la partera

¿se reunían con otras familias que estuvieran en el mismo proceso? ¿en qué contexto?

¿Cuál fue el destino de su placenta? ¿Qué usos le dieron? ¿Cómo supieron de los usos de la placenta? ¿fue tratada por la partera?

BIBLIOGRAFÍA

Abela, J. A. (s/f) Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Centro de estudios Andaluces.

Argüello-Avedaño, H y Mateo-González, A. (2014). *Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años.*

Auth, C., & Evans, D. (2014). *Del fogón a la camilla. Transformaciones de la gestación y nacimiento en Isla Lemuy, Chiloé, desde la segunda mitad del siglo XX hasta hoy.* Santiago: UAHC.

Camacaro, M. (2008). *La obstetricia desde el cromagnon hasta la cama ginecológica. Una lectura de la historia en sintonía con el género.* Venezuela: Redalyc.

Citarella, L. (2000). *Medicinas y Culturas en la Araucanía. Cooperación Italiana en Salud,* Santiago-Chile. 2ªed.

Davis-Floyd, R. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross Cultural Perspectives.*

Douglas, M. (1991). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.* Editorial Claves.

E.M.H.I, E. (2006). *Sistematización parto humanizado en población aymara.* Iquique: Ministerio de Desarrollo y Planificación.

Espinosa Guauque, M. (2013). *Un oficio en proceso de reconfiguración: la partería urbana en Bogotá.* Bogotá.

Flores, C. (2011). *Koñin: Significaciones del nacimiento para las mujeres mapuche de la comuna de Tirúa.* Valdivia: Universidad Austral de Chile.

Geertz, C. (2013). La Interpretación de las Culturas. En M. Sadler, *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención*. Santiago: Universidad de Chile.

Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Santiago: Naciones Unidas.

Gómez, P. (2011). El parentesco como sistema de interfaz biocultural. *Gazeta de antropología*.

Grell, P. (1999). Les recits de vie: une methodologie pour dépasser les réalités partielles. En R. Correa, *La aproximación biográfica como una opción epistemológica, ética y metodológico* (pág. 41). Santiago: Sur Ediciones.

Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En *Debates en Torno a la Metodología* (págs. 9-35). UNAM.

Huerta, L. (2015). La antropología Médica y la Medicina Social: dos dimensiones necesarias para abordar los temas de salud y enfermedad. *Ciencia UANL*.

Imaz, E. (2010). Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. Madrid: Ediciones Cátedra.

INDH. (2016). *Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe Anual*. Instituto Nacional de Derechos Humanos.

Jordan, B. (2003). Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in. En M. Sadler, *Asi me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Santiago: Universidad de Chile.

Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*.

Kottow, M. (2015). Carne y cuerpo: un desafío a la bioética. Editorial Ocho libros. Chile.

Lamas, M. (2003). La antropología feminista y la categoría género. En M. Lamas, *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 97-125). México: Universidad Nacional Autónoma.

Lamas, M. (2003). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En M. Lamas, *La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 337-366). México: Universidad autónoma de México.

Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.

Massey, D. (2012). La filosofía y la política de la espacialidad. Algunas consideraciones. En A. Albet, & N. Benach, *Doreen Massey. Un sentido global del lugar* (págs. 157-158). Barcelona: Icaria.Espacios críticos.

Mateos, A. (2010). Maternidad y Parto: nuestras ancestras y nosotras. Junta, Centro Nacional de Investigación sobre la Evolución Humana (España)

Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós.

Menéndez, Eduardo. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil

Odent, M. (2011). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: MadreSelva.

Pujadas, J. José. (2002). El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales (Serie Cuadernos metodológicos 5). Madrid: CIS.

Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención*. Santiago: Universidad de Chile.

Sadler, M. (2011). *El nacimiento como acontecimiento médico*. Santiago: Revista Werkén.

Segato, R. (2003). Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia. *Série Antropología*. Brasília.

Soler, C. (2009). *Ideas para investigar. Proyectos y elaboración de tesis y otros trabajos de investigación en ciencias sociales*. Rosario: Homo Sapiens.

Towler, J. Bramall, J. (1997) *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Editorial Masson.

Zárate, M. (2007). *Dar a luz en Chile en el siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, Universidad Alberto Hurtado.