

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Antropología

DEL FOGÓN A LA CAMILLA.

**Transformaciones de la gestación y nacimiento en Isla Lemuy, Chiloé, desde
la segunda mitad del siglo XX hasta hoy.**

Nombre profesora guía: Debbie Elena Guerra Maldonado

Nombre estudiantes: Celine Auth Ramírez, Daniela Abril Evans Fritis

Tesis para optar al grado de: Licenciado en Antropología

Tesis para optar al grado de: Antropólogo

Santiago, 20 de noviembre de 2014

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Antropología

DEL FOGÓN A LA CAMILLA.

**Transformaciones de la gestación y nacimiento en Isla Lemuy, Chiloé, desde
la segunda mitad del siglo XX hasta hoy.**

Nombre profesora guía: Debbie Elena Guerra Maldonado

Nombre estudiantes: Celine Auth Ramírez, Daniela Abril Evans Fritis

Tesis para optar al grado de: Licenciado en Antropología

Tesis para optar al grado de: Antropólogo

Santiago, 20 de noviembre de 2014

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas que abrieron sus puertas, sus memorias, sus relatos y, en definitiva, sus corazones para responder nuestras preguntas y compartir sus vivencias con nosotras. Agradezco enormemente a las mujeres que hicieron el esfuerzo de re-vivir sus partos, experiencias tan íntimas y bien guardadas. Gracias a Rosa Haro y su hijo José Soto y a todos quienes nos recibieron tan afectuosamente en sus hogares.

Gracias a Daniela y a Saira, mis compañeras de viaje y de trabajo, con las que espero nos queden muchas aventuras más por compartir.

Gracias a mi mamá, mi papá, mis amigxs, mis compañerxs, mis profesores de la Academia y a nuestra profe guía Debbie. A todxs ellxs por acompañarnos, apoyarnos, por las conversaciones, por todo. Gracias!

Gracias a Raúl, mi vecino, por materializar mis ideas en un mapa.

Especialmente quiero agradecer a mi hijo Antuel, quien ha cambiado mi vida: me ha enseñado a amar y también, por él me he encontrado conmigo y con lo que profundamente quiero compartir y transformar. A mi hija Küyen que vino a enseñarnos la intensidad de la vida. Y, sobretodo, quiero agradecer a mi compañero de vida Pepe, quien me ha acompañado sin condiciones en este camino de crianza.

Celine

Gracias a los hombres y mujeres de la Isla Lemuy que hicieron posible este trabajo, en especial a Luis Uribe y su familia, y José Soto y Rosa Haro quienes nos recibieron amablemente.

Gracias mamá y papá; y a toda mi familia por su amor, su calor y su apoyo constante.

Gracias Saira, hija de mi corazón, fiel compañera; testigo, inspiración y motor de esta tesis desde tu concepción; te amo. Gracias Pedro por esta aventura de criar.

Gracias Celine, Pepe, Antuel y Küyen por ser amorosos y comprensivos compañeros de viaje.

Gracias amig@s por su gran amor en general, y en particular a mis hermanas mujeres, a las de sangre y a las de la vida, quienes con su presencia me recuerdan a diario los ciclos, saberes y poderes del ser mujer.

Gracias a mis amig@s, compañer@s y profesoras/es, de la Academia. Gracias a nuestra Profe guía Debbie Guerra por su atención y sus palabras llenas de sentido.

Gracias a la vida humana y su misterio, a la Vida ♥.

Daniela Abril

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	12
Algunos antecedentes de la Isla.....	12
Problemática	15
<i>Objetivo general</i>	17
<i>Objetivos Específicos</i>	17
CAPÍTULO I. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	19
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES DE LA SALUD PÚBLICA EN CHILE	23
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.....	30
Gestación y parto. <i>Reproducción de los cuerpos, reproducción de las culturas.</i> 30	
Modelos y sistemas de salud. <i>Una definición desde la Antropología Médica Crítica.</i>	35
Poder. <i>Algunas definiciones.</i>	37
El paradigma biomédico. <i>El cuerpo esa máquina defectuosa...</i>	43
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
IV.i. El esplendor de las parteras	49
i.1 Relato de una partera.	50
“Caminar hasta cuando los dolores se le bajaran”	51
i. 2. Las parteras.....	54
i.3. Gestación y parto.....	57
IV.ii. La transición: de las parteras a la salud oficial.....	64
ii.1. Llegada de la salud oficial a la Isla: primer escenario.	67
1.A. Aislados del Hospital: las mareas, el viento, la lluvia	68
1.B. Del fogón en cuclillas, al dormitorio acostada.....	71
ii.2. Estrategias de instauración de la salud oficial.....	73
2.A. Control y sumisión de las parteras.....	74
2.B. Capacitaciones inter-islas.	76
2.C. Campañas de educación a la población	79
2.D. El control médico de la población, biopoder en acción.....	81
2.D.a. Control del Postparto, los bebés y los niños.	82
2.E. El miedo y la intervención de carabineros.....	83
ii.3. Invirtiendo significados.....	85

3.A. El Hospital: símbolo del mundo moderno	86
3.B. Género y profesionalismo	89
3.C. Asepsia y antisepsia	91
IV.iii. Historias de Hospital	93
Relato polifónico. Historias de Hospital.....	97
IV.iv. Gestación y parto en la actualidad	106
iv.1. CESFAM	107
1.1. En terreno con la matrona.....	115
iv.2. Las maternidades del Hospital.....	118
2.1.Hospital de Castro.....	118
2.2.Hospital de Ancud.....	122
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	126
ANEXOS.....	132
1. Pauta Entrevista Semi-estructurada	132
2. Pauta Relato de Vida.....	133
LISTADO DE REFERENCIAS.....	134

“Para cambiar el mundo hay que cambiar la forma de nacer”

Michel Odent

PRESENTACIÓN

Hoy día en Chile los niveles de violencia obstétrica que existen son preocupantes. Nos atrevemos a decir que ninguna familia que haya asistido a un centro hospitalario – sea este público o privado – se ha eximido de este tipo de violencia, al menos en algún grado. Pero ¿en qué consiste esta violencia? ¿Qué significa ser víctima de violencia obstétrica? ¿En qué radica la importancia de combatirla? ¿Haría alguna diferencia en nuestra sociedad el trabajar para su eliminación? ¿Es realmente tan importante como para llevarla a un plano social y a un tema de país y políticas públicas?

Y por otro lado, ¿Por qué está tan invisibilizada y aceptada en nuestra sociedad? A partir de esta constatación creemos que es fundamental cuestionarse el origen de esta violencia; el cómo se forja, se crea, se construye y se enraíza fuertemente hasta el punto de no verla, de hacerse invisible e imperceptible. En esto último se sitúa nuestra tesis de grado, la que tiene como objetivo buscar respuestas a estas interrogantes para saber a qué nos enfrentamos, para comprender que la atención actual al parto y la violencia obstétrica son características del sistema biomédico y tienen hechura humana. Por esto son fases históricas y no sistemas médicos inamovibles.

Para lograr una profunda tratativa de estos cuestionamientos, hemos situado nuestra investigación histórica en una localidad particular, esta es la Comuna de Puqueldón o Isla Lemuy que forma parte de las Islas circundantes de la Isla Grande de Chiloé. Hemos realizado dos salidas a terreno: la primera en marzo del año 2012 con una duración de 18 días, y la segunda en febrero del año 2013 por 15 días.

Las primeras temáticas que investigamos en la Isla Lemuy fueron más bien con la intención de conocer cuáles habían sido las formas locales y tradicionales de la atención a la gestación y al nacimiento, específicamente queríamos saber sobre las parteras y sobre todo poder conversar con ellas. Pero en nuestra primera salida a terreno en el año 2012 nos encontramos con un – y algunas veces ni

tanto –disimulado rechazo a reconocer y, especialmente, reconocerse partera. Esta situación no sólo dificultó nuestra primera intención de entrevistarlas, sino también dio un giro a nuestra investigación. Por un lado, cambió a las y los informantes que teníamos considerados y, entonces, fueron las mujeres que parieron quienes nos contaron sus historias y a través de ellas fuimos comprendiendo la atención al parto de parte de las parteras. Luego, nos enfrentamos con historias de profunda violencia. Miedo. Rechazo. Negación. Persecución. Parteras que se fueron. Parteras que se escondieron. Parteras que no son parteras. Parteras que murieron sin saber valorar su trabajo y – lo más importante – sin saberse valoradas.

Es necesario destacar que no es nuestra intención plantear aquí que la labor realizada por las parteras de la Isla Lemuy es la atención idónea al parto, puesto que nosotras adherimos a una postura más cercana a la Ecología del Nacimiento trabajada por el obstetra Michel Odent (2009), quien revisa y rescata elementos de la forma de parir previa a la agricultura, donde los estudios antropológicos y etnohistóricos muestran que las mujeres parían solas, generalmente en el bosque, un poco alejadas de la comunidad pero lo suficientemente cerca como para ser escuchadas en caso de necesitar ayuda. Este autor propone que el parir es un proceso fisiológico involuntario que debe ser protegido de factores inhibidores (como luces fuertes, personas y ambientes desconocidos, frío, situaciones adrenalínicas en general); lo cual se contrapone al intervencionismo biomédico. Dentro de sus investigaciones, Odent revisa la situación actual de la atención de la reproducción humana, dando cuenta del acelerado y radical cambio suscitado a partir de la segunda mitad del siglo XX coincidente con una creciente industrialización y tecnologización de la vida. A partir de estas ideas, se van abriendo nuevas preguntas cuyas respuestas pueden contribuir al desarrollo de la ciencia, y con ello a la labor de parteras, matronas, obstetras y todas las personas que se dedican a la atención de esta área.

Por esto nos interesa profundizar en las formas, es decir, en los mecanismos, estrategias, dinámicas y prácticas mediante las cuales fueron implementadas las transformaciones en la atención a la gestación y al nacimiento en la Isla Lemuy,

un proceso que fue bastante similar en la ruralidad del resto del país. Este período nos parece particularmente importante puesto que es un momento de quiebre y profunda transformación, donde nos encontramos con un sistema tradicional y local de atención al parto que estaba instalado en la Isla, y con la llegada del sistema oficial de salud. Al estudiar este momento histórico vemos cómo se instaló en la localidad este nuevo sistema, cuáles fueron los mecanismos que se elaboraron para lograr instaurarse como el mejor y luego único sistema de atención a la gestación y al parto. Nos encontramos también con las dinámicas que se desarrollan en cada uno de estos sistemas y entre ambos. Con las nuevas y viejas prácticas locales, de los agentes de salud, de las mujeres, de las familias, del Estado. Junto a estas, también se transforman las concepciones y las creencias, cambia el cómo se perciben y entienden estos procesos.

Como decíamos, nuestro primer acercamiento a la localidad cambió nuestros objetivos investigativos y nos entregó una primera mirada al fenómeno. Por lo tanto, en nuestro segundo trabajo de campo ya sabíamos a qué nos enfrentábamos. Fue más fácil, nos recibieron mejor y pudimos acceder a una mayor y más acabada información de lo que buscábamos. Se disiparon algunas dudas. Surgieron otras. Profundizamos.

Nos encontramos con nuevas historias, con nuevos personajes. Logramos comprender las transformaciones de manera holística. Logramos conversar con algunas parteras. Conocimos el funcionamiento actual del Centro de Salud Familiar de Puqueldón, el control de la gestación y postparto que entrega, y la atención al parto en el Hospital de Castro y Ancud.

Con la implementación del Programa Chile Crece Contigo en el año 2008 hasta la actualidad, pudimos observar cambios en la atención que reciben las mujeres gestantes, especialmente en el trato. También, constatamos que continúa habiendo protocolos innecesarios; que el apego inmediato no siempre se realiza; que a pesar de los esfuerzos de muchos profesionales que trabajan en salud, no todos los hospitales promueven y entregan una atención integral al parto.

Al revisar en profundidad cómo la salud biomédica se instaló en sus orígenes, se entiende de mejor manera la complejidad del escenario actual, ya que podemos ver cómo se fue desplazando la atención a la gestación y al parto locales-tradicionales, es decir, las formas pertenecientes a la comunidad, por las impuestas “desde arriba”, desde el Estado.

No podemos evitar situarnos políticamente frente a esta problemática. Como mujeres madres hemos parido, hemos investigado y hemos escuchado muchas historias de parto: algunas desgarradoras y otras luminosas, todas potentes. Nos hemos conmovido profundamente, y nuestros propios partos nos han transformado. Hoy día trabajamos por visibilizar la violencia obstétrica y exigimos respeto, un trato digno y humano a la hora de dar a luz a nuestras hijas e hijos.

INTRODUCCIÓN

El presente informe constituye la tesis realizada para optar al título de pregrado en Antropología en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Este estudio fue realizado en la Comuna de Puqueldón, Isla Lemuy, la cual forma parte del archipiélago de Chiloé.

Esta investigación se enmarca en el estudio de la atención a la gestación y nacimiento y sus transformaciones; tanto a nivel de prácticas locales e institucionales, como a nivel de la comprensión que las y los habitantes otorgan a la atención del nacimiento; considerando el período histórico abarcado desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad.

Cabe mencionar que en el segundo trabajo de campo realizado, el llegar donde personas conocidas en nuestro primer viaje facilitó el acceso al resto de las y los habitantes y a sus relatos, sobre todo considerando la complejidad del tema abordado por su carácter íntimo. Es importante señalar que en el primer trabajo de campo afirmamos que todas las parteras de la Isla Lemuy estaban fallecidas, sin embargo, en el segundo terreno, constatamos que aquello no era así, dado que logramos entrevistar a una partera que ejercía antiguamente.

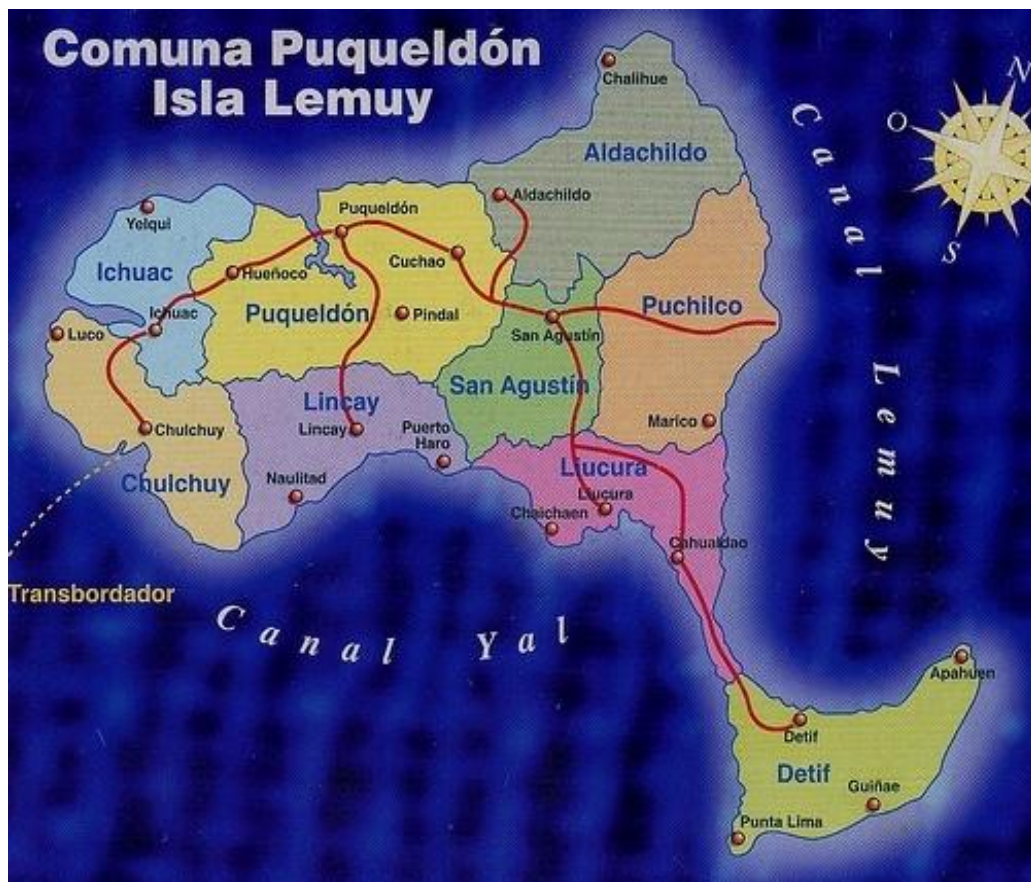
Algunos antecedentes de la Isla

Antes de introducirnos de lleno en la problemática de nuestra investigación, intentaremos contextualizar al lector mediante una caracterización básica de la Isla Lemuy, que corresponde a la Comuna de Puqueldón, Provincia de Chiloé, Décima Región de Los Lagos, Chile.

La Isla Lemuy (del mapudungun 'boscoso') posee una superficie total de unos 97 kilómetros cuadrados, y su población de acuerdo al Censo 2002 es de 4160 habitantes. La comuna tiene nueve localidades: Lincay, San Agustín, Aldachildo, Liucura, Chulchuy - lugar de arribo del transbordador desde la isla Grande, específicamente desde Chonchi -, Ichuac - que posee una Iglesia Patrimonial -,

Puqueldón - que es la localidad central de la isla, por lo tanto aquí está emplazado el registro civil, el CESFAM, la Municipalidad, la biblioteca municipal, el retén de carabineros, los bomberos -, Puchilco - localidad donde se encuentra el basurero municipal - y Detif, que es reconocido por los habitantes de la isla Lemuy por su difícil acceso sin transporte particular, ya que es la localidad más alejada y tiene escasa locomoción.

Mapa N°1. Plano de la Comuna de Puqueldón, Isla Lemuy



Fuente: Carabineros de Chile, retén de Puqueldón

Según el Censo del año 2002, la totalidad de la población es rural. Las actividades más importantes son la agricultura, sobre todo el cultivo de papas, la crianza de vacunos, y el trabajo en cultivos marinos. Sin embargo con el brote de virus ISA del año 2007 se cerró gran parte de las salmoneras de la isla, pero actualmente han reabierto varias empresas en la isla Lemuy. A pesar de una evidente disminución a propósito del virus, sigue habiendo un alto porcentaje de la población comunal que trabaja en las salmoneras tanto dentro como fuera de la

isla Lemuy. Cabe destacar que en Chonchi, ubicado justo al cruzar desde la isla Lemuy en transbordador a la isla Grande, hay una salmonera que otorga varias plazas laborales a lemuyanos. De acuerdo al médico José Ibacache y la antropóloga Alejandra Leighton,

Los impactos ambientales producidos por la explosiva industria del “oro naranja” (cultivos de salmónes) han sido preocupantes (...) La llegada de estas salmoneras ha tenido importantes repercusiones en la cultura local de la Isla como en la contaminación ambiental y en el desequilibrio de las personas y familias debido a factores agresores laborales, sindicales y de estilos de vida que están cambiando la epidemiología sociocultural local en forma rápida y peligrosa (Ibacache y Leighton, 2005: 19).

En los últimos tres años, las empresas constructoras a cargo de la pavimentación de los caminos de la Isla Grande y de la Isla Lemuy, han sido una importante fuente laboral para muchas familias de la comuna. Pero, como vemos, históricamente la mayoría de la población de la isla resuelve sus necesidades laborales con trabajos temporales dentro o fuera de la Isla Lemuy.

Puqueldón pertenece a la red asistencial Área Centro o Red de Atención de la Isla Grande, que incluye Atención Acreditada en el Modelo de Salud Familiar en Postas, ESR, Casas de Acogida, CECOFs, CESFAM de comunas de Dalcahue, Castro, Chonchi, Queilen, Puqueldón (Insular), Atención de Especialidades Básicas y Nivel 2º y 3º Hospital Base Castro¹. La comuna cuenta con un Centro de Salud Familiar (CESFAM) ubicado en la localidad de Puqueldón. Este establecimiento cuenta con médico, dentista, enfermera, matrona, kinesiólogo, nutricionista, psicólogo, técnicos paramédicos y auxiliares de Servicio. El establecimiento ofrece la canasta básica de atención primaria, controles de salud a lo largo del ciclo vital, y consultas odontológicas y de morbilidad. Además hay Postas rurales en las localidades de Ichuac, Aldachildo, Detif y Liucura.

¹ Información tomada del Servicio de Salud de Chiloé Disponible en: http://sschiloe.redsalud.gob.cl/url/page/ssalud/sschiloe/g_como_me_atiende/g_red_asistencial/ssalud_chiloe_red_asistencial.html

Problemática

La presente investigación se propone analizar las transformaciones socioculturales en torno a los procesos de gestación y nacimiento en la Isla Lemuy, comuna de Puqueldón, Chiloé. Con este análisis se busca responder ¿Cuáles son las transformaciones que han experimentado las prácticas y creencias locales en torno a la gestación y nacimiento en los últimos cincuenta años en la Isla Lemuy en Chiloé? ¿Cuáles han sido las principales causas de estas transformaciones? ¿De qué manera han influido los procesos de modernización impulsados por el Estado chileno desde la década de los sesenta en las mismas? ¿Cuáles han sido las tensiones y diálogos entre el sistema de salud biomédico estatal y el sistema de salud tradicional de la Isla?

El interés por esta problemática tiene que ver con la constatación de cambios radicales en las creencias y prácticas de la población de la Isla respecto a la gestación y nacimiento, lo cual está relacionado con el impulso desarrollista del Estado chileno que ha tenido distintos énfasis dependiendo de los gobiernos de turno.

La definición del periodo histórico seleccionado – a partir de la década de 1950 hasta la actualidad – está relacionado tanto con la viabilidad de la investigación etnográfica como con la relevancia que adquiere la salud pública rural a partir de 1960 mediante la implementación de postas locales, comparando así la atención antes y después de la salud oficial.

Para este análisis se utilizará la perspectiva de la antropología médica crítica, que pone en relevancia la cuestión de los diálogos y tensiones entre distintos sistemas de salud. En este caso se puede hablar de dos sistemas: el local tradicional y el estatal de enfoque biomédico, el cual responde en gran medida al orden capitalista. Uno de los R.es fundamentales de tal orden es la consolidación de instituciones y disciplinas/ciencias que lo legitiman, construyendo referentes de saberes y conocimientos. Estos últimos generan y reproducen un orden simbólico

que se hace hegemónico, por lo tanto, produce en la población occidental una nueva forma de entender, conocer y percibir las cosas (Foucault, 2003).

En este nuevo ordenamiento del mundo, las taxonomías científicas ocupan un lugar central, debido a que ordenan el espacio del capital. Asimismo, el cuerpo humano – al ser el espacio por excelencia de la producción capitalista – es y ha sido ordenado y, por ende, disciplinado. En este contexto, surgen las primeras gnoseologías científicas y ya a principios del siglo XIX, nace la ciencia médica. Esta última, tal como Foucault lo plantea en su libro “El nacimiento de la clínica” (2003), insta hegemónicamente nuevos saberes, quedando los saberes tradicionales subyugados e incluso en el olvido. Por el contrario, estos saberes y conocimientos modernos se caracterizan por una visibilidad, asimismo, por el mantenimiento del control de la salud y, así, del cuerpo humano. De esta manera, quien ejerce la ciencia médica se embiste de un status social, que le otorga el don de las verdades y el control de nuestros cuerpos, que se deben “medicalizar y mecanizar” con este fin.

Este sistema biomédico se ha tenido que instalar en las distintas localidades del país en los últimos cincuenta años para convertirse en el sistema de salud hegemónico. Sin embargo, hoy en día en Chiloé, la presencia del servicio público de salud en la Isla como único sistema, ha llevado al mismo a buscar maneras de descongestionar sus consultorios, postas y hospitales. Para esto, ha realizado investigaciones y capacitaciones², para legitimar de alguna manera los saberes médicos locales y así, intentar reducir la asistencia a las instituciones de salud pública, quedando para situaciones consideradas de mayor complejidad por el equipo médico que llevó a cabo dicho proyecto.

De esta manera, la presente investigación se enmarca, por un lado, con una fuerte mundialización del sistema médico hegemónico capitalista -con características mencionadas más arriba- y, por otra parte, con el intento de re-

² Estudios realizados por la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud de Chiloé desde el año 2005, con médicos y antropólogas.

legitimar las prácticas médicas locales. Para ello nos hemos propuesto los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar las transformaciones de las creencias y prácticas en torno a la gestación y nacimiento a partir de 1950 en la Isla Lemuy, Chiloé.

Objetivos Específicos

- Identificar y caracterizar las creencias en torno a la gestación y nacimiento en el contexto estudiado, y sus transformaciones.
- Identificar y describir las transformaciones de las prácticas en relación al parto, la gestación, y su atención en la Comuna de Puqueldón.
- Caracterizar los distintos actores y estamentos que participan y/o participaron en la gestación y nacimiento -y su atención- en este contexto.
- Caracterizar las tensiones y diálogos entre los sistemas de salud oficial y tradicional-local en el periodo estudiado.

A continuación presentamos el desarrollo de la investigación. Primero, presentamos el diseño metodológico de nuestra tesis de pregrado, donde señalamos los principales aspectos utilizados para el desarrollo de la investigación, tanto en terreno como para su análisis y redacción. Luego, exponemos algunos antecedentes generales de la salud pública chilena que contribuyen a contextualizarnos en la situación país que nos encontramos en el período estudiado; así como a describir las principales discusiones, problemáticas y políticas públicas en salud. Continuamos con el marco teórico del estudio donde desarrollamos los principales lineamientos teóricos en los que nos hemos basado. Seguimos con el desarrollo de los resultados de nuestra investigación y la

discusión de los distintos temas abordados. Finalmente, presentamos las conclusiones y el listado de referencias utilizado.

CAPÍTULO I. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este capítulo presentamos brevemente la descripción de la estrategia metodológica utilizada en esta investigación. De acuerdo a la clasificación de Tomás Alberich (2000) esta tesis se sitúa en la investigación social de carácter dinámico (diacrónico) y directo (empírico). Dentro de los análisis directos, esta investigación es de tipo estructural o cualitativo, aquella que prioriza los aspectos subjetivos de la realidad social a estudiar, en este caso la gestación y nacimiento en Chiloé. La investigación cualitativa tiene como

Punto básico de partida el desarrollo de conceptos y teorías derivados de los datos. Precisamente este interés por los significados sociales y la insistencia en que tales significados sólo pueden ser examinados en el contexto de la interacción de los individuos es lo que caracteriza este paradigma (Anguera en Aguirre Baztán, 1995: 73).

A fin de comprender las transformaciones en las creencias y prácticas ligadas a la gestación y nacimiento suscitadas por la llegada del nuevo sistema de salud a la Isla, la metodología utilizada en esta investigación es la etnografía o trabajo de campo caracterizada principalmente por la estadía en el lugar a estudiar y la recogida de datos por medio del diario de campo. Como señala Guber (2001) esta metodología que caracteriza y diferencia a la disciplina antropológica, permite llegar a una interpretación problematizada de determinado aspecto de la realidad. Esta interpretación/descripción se centra en *cómo* es determinado un hecho para los actores sociales, es decir el sentido que le es dado a algo; sentido que el etnógrafo intenta “traducir” en sus propios términos pero sin imponer su voz.

El universo de esta investigación son las y los habitantes de la Isla Lemuy y la muestra consiste en tres estamentos³ a) mujeres madres que parieron en el período escogido, en la Isla con la ayuda de parteras y otras en el hospital; b) mujeres parteras; y c) personal de salud del CESFAM de la Isla Lemuy, quienes trabajaron en la antigua posta y quienes trabajan actualmente en el tema del

³ Utilizamos el término estamentos para referirnos a “diferentes grupos humanos, que se distinguen entre sí por características muy específicas, ya sea por rol, estatus u otro elemento” (Cisterna, 2005: 65) y así identificarlos dentro de la unidad de análisis.

control de la gestación y parto. El tipo de muestreo utilizado fue de carácter no probabilístico con criterios afines a los objetivos.

Las técnicas de recolección de la información utilizadas fueron:

- Entrevistas en profundidad: las que nos permiten acceder al punto de vista *emic*, al discurso expresado por las y los actores sociales. Se entrevistó a distintos actores claves en nuestra problemática, como médicos del sistema de salud oficial, parteras y madres que hubieran tenido a sus hijas/os en el periodo señalado, en las distintas localidades de la Isla Lemuy. En algunos casos fueron semi-estructuradas y en otros libres.

- Relatos de vida: esta técnica –parte del método biográfico- sirvió para profundizar en la memoria respecto a las prácticas y creencias asociadas a la gestación y parto en la Isla Lemuy. Consiste, como su nombre lo indica, en la narración de los acontecimientos de la vida de una persona, siendo guiada por la investigadora hacia la problemática en cuestión. Se realizaron dos relatos de vida, uno al primer paramédico de la Isla y otro a una mujer madre y conocida por sus dotes de sanación de la localidad de Detif.

-Observación participante: esta técnica, entendida como una “forma consciente y sistemática de compartir, en todo lo que le permitan las circunstancias, las actividades de la vida, y, en ocasiones, los intereses y afectos de un grupo de personas” (Anguera en Aguirre Baztán, 1995: 77), fue utilizada en controles a gestantes en una ronda médica por distintas localidades de la Isla, y en las maternidades de los Hospitales de Castro y Ancud, en este último pudimos presenciar un trabajo de parto en la sala de atención integral.

- Exploración bibliográfica: para generar un cuerpo teórico que permite analizar la problemática investigada. Se utilizó para ello diversas fuentes, principalmente literatura en general sobre el tema de la gestación y nacimiento, teoría de la antropología médica/del cuerpo y el poder, y sistematizaciones hechas por diversos grupos a partir de experiencias en torno a la gestación y nacimiento.

Los instrumentos de recolección de la información utilizados fueron pautas para entrevistas semi estructuradas y relatos de vida (ver Anexos); notas y croquis en los cuadernos de campo; y registro audiovisual a través de fotografías y grabaciones de las entrevistas.

El análisis de la información fue realizado mediante categorías apriorísticas establecidas a partir de nuestros objetivos de investigación.

Como es el investigador quien le otorga significado a los resultados de su investigación, uno de los elementos básicos a tener en cuenta es la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información. Para ello distinguiremos entre categorías, que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en microaspectos. Estas categorías y subcategorías pueden ser apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación (Cisterna, 2005: 64).

Las categorías de análisis apriorísticas utilizadas fueron: Prácticas y creencias en torno a la gestación y nacimiento, y su atención; Tensiones y diálogos entre los modelos biomédico y tradicional, Proceso de modernización y transformaciones. Y las categorías emergentes utilizadas fueron: Estrategias de instauración del modelo biomédico y Estrategias de resistencia del modelo tradicional.

La validez de la presente investigación está dada -por un lado- por la triangulación hermenéutica de la información, entendida como

La acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación (Cisterna, 2005: 65).

En este caso triangulamos la información por cada estamento, entre todos estos y con el marco teórico. Por otro lado, las distintas técnicas utilizadas permiten dar cuenta de los criterios de rigor cumplidos. En términos éticos, hemos resguardado la identidad de aquellas personas que lo considerasen necesario, estableciendo confidencialidad y anonimato.

En cuanto al formato de referencias, utilizamos las indicaciones de la American Psychological Association (APA). Para diferenciar aquellas referencias bibliográficas de las citas de nuestras entrevistadas, estas últimas las hemos puesto en letra cursiva.

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES DE LA SALUD PÚBLICA EN CHILE

En el año 1900, Santiago de Chile era la ciudad con mayor mortalidad infantil del mundo, con una cifra de 502 por 1000 nacidos vivos (Commentz en Illanes, 2006). Si bien hubo varios períodos en Chile en los que se incrementaban las tasas de mortalidad y morbilidad, particularmente ese año fue el peor momento en términos de muertes infantiles. Es por esto que desde el Estado se discutían las posibles respuestas para enfrentar dicha problemática. En este escenario, ya en 1930 se implementaba una política sanitaria basada en el concepto de la prevención, con el objetivo de mejorar la salud de los trabajadores y sus hijos, y con ellos la producción del país: la Ley de Medicina Preventiva.

Las principales enfermedades y, asimismo, causas de muerte eran la gonorrea, la sífilis y la tuberculosis. A pesar de las arduas discusiones y los esfuerzos por revertir la situación, a fines de los años `30 la morbilidad y la mortalidad seguían siendo tan altas – en relación al nivel mundial – que el aumento de la población era muy bajo⁴. Ambas tasas traían consecuencias importantes para el país y su población en todos los ámbitos:

El enorme número de muertes y la subida cuota de morbilidad que registran nuestros índices demográficos, aparte de determinar el estancamiento de la población, influyen en el volumen de la producción y afectan grandemente las posibilidades económicas generales, porque las horas de trabajo que se pierden y la disminución de consumo que representa, significan una merma considerable en la riqueza nacional (Allende, 1939: 80).

Es por esto que se hacía crucial resolver prontamente dicha problemática. Como vemos, afecta a la sociedad en su conjunto, por lo mismo fue abordada por el mundo de la política y de la medicina, en donde se discutían las causas y las posibles soluciones para disminuir esta tasa. Sin embargo, a mediados del siglo XX, el país aún presentaba una alta tasa de mortalidad infantil. En este período el

⁴ “El aumento vegetativo de la población está por debajo de lo normal, lo que hace que en sesenta años, Chile apenas haya aumentado su población de 2.075.871 habitantes de 1876 a 4.200.060 en 1936. El término medio de vida del habitante chileno, a través de las estadísticas, alcanza a lo sumo a 24 años, en tanto que en Suiza, Alemania, Dinamarca, Inglaterra, sobrepasa los 50” (Allende, 1939: 80).

eje central de las discusiones en el gobierno consistían en la equidad, ya que si bien se había logrado disminuir la mortalidad y morbilidad nacional, la disminución solo correspondía a las altas clases sociales.

Por tanto, en el ministerio y en el senado se trabajaba sobre un proyecto que Allende –presidente del senado en ese momento – catalogó como el de mayor importancia entre los proyectos debatidos en los Congresos Latinoamericanos, que además fue aprobado por unanimidad. En este, en la Ley de Servicio de Seguro Social y Servicio Nacional de Salud, la cobertura social previsional se extendía de 1 millón a 3 millones, en un Chile de 5,2 millones de habitantes. Esta nueva ley se entendía como la “democratización en salud”, es decir, “la incorporación agregada y diferenciada de los empleados a un sistema nacional de salud propio con el derecho de uso de la infraestructura de salud de la clase obrera y popular” (Illanes, 2006: 26).

Es importante comprender que esta incipiente salud pública, con sus intentos de democratización, es diametralmente distinta a la salud privada de esos años. Esta última atendía al 25% de la población pero contaba con cerca del 60% de los mismos recursos con que contaba la salud pública para atender al 75% de la población.

Volviendo a la discusión sobre la mortalidad infantil, vemos que entre las causas más importantes de ésta, se consideraban las enfermedades hereditarias y las prácticas de las gestantes en relación a su alimentación, el ejercicio, el sedentarismo, entre otras⁵. Así es como “la discusión sobre la mortalidad infantil dio pie para que se prestara más atención al cuidado del embarazo y el parto” (Zárate, 2007: 22), abriendo paso al control – desde la medicina alópata – de la gestación y el nacimiento. Esto último fue acompañado por distintas estrategias, por ejemplo en la formación de profesionales, tanto a nivel local, como regional y nacional.

⁵ En las clases acomodadas se enfatizaba en el uso del corsé y las relaciones sexuales, como causas de la muerte de infantes.

Este proyecto médico va de la mano de una discusión política respecto al futuro del país, es decir: quiénes fuimos, quiénes somos, para dónde vamos y dónde queremos ir. En este sentido, unos años antes del período que nos atañe en esta investigación, ardía la discusión sobre el aborto y los métodos anticonceptivos en función del tipo de sociedad que se quería y del tipo de familia al cual se quería apuntar como proyecto de país. Esta concluyó en popularizar los métodos de anticoncepción a nivel nacional con el fin de masificar un tipo de familia moderna, es decir, disminuyendo el número de hijos. Se pensaba que con esta modernización a nivel privado y familiar, se lograría la superación de la pobreza. Ya desde la década del 30 se presenta como una problemática real la realización de abortos de manera habitual en nuestro país, y por lo mismo, forma parte de las discusiones médicas y políticas. Pero en la década del 60 aún no lograban acuerdos ni soluciones al respecto.

En esos años, algunos médicos empiezan a conectar el discurso de la planificación familiar con la modernidad, donde se exige una revisión del tipo de familia existente hasta el momento y, por otro lado, se exige que estas temáticas se trabajen desde el Estado como un asunto de políticas públicas. Es así como se propone “Salvar vidas y gestar la modernidad”⁶, aludiendo a que la modernización y el progreso dependían también del control de la población, de la sobrepoblación, de la mortalidad perinatal, infantil y de las muertes de las mujeres a causa de los abortos producidos. Así, “la modernización exigía revisar el concepto de familia y adoptar el modelo de una familia reducida” (Pieper en Zárata, 2008: 207). En este sentido, las mujeres cumplen un rol de salvadoras de la sociedad, al ser ellas quienes podrían promover las familias menos numerosas, las familias más modernas. Sin embargo, al convertirse en un asunto de relevancia política y económica, se proponía que el médico fuera quien finalmente decidiera sobre la aplicación de las políticas de planificación familiar – como en el caso de las operaciones – así “la agenda propuesta no dejaba espacio para que las mujeres eligieran” (Pieper en Zárata, 2008: 207).

⁶ Es el nombre de un artículo que revisa las discusiones sobre la planificación familiar en Chile en la década del 60, escrito por Jadwiga E. Pieper Mooney en Zárata, 2008.

En el caso particular del nacimiento, las discusiones se resolvieron apuntando hacia un control médico de las gestantes:

La medicina decimonónica, a través de la formalización de los estudios universitarios y de la consolidación de un campo de acción, se dotó a sí misma de un proyecto profesional que pretendía cubrir, con límites importantes, la asistencia del parto. Aquella incipiente asistencia estaba inspirada en dos procesos sinérgicos: aumentar el control científico de las variables fisiológicas relacionadas al parto y reducir al mínimo aquéllas que lo vinculaban a aspectos folclóricos o a prácticas médicas populares (Zárate, 2007: 25).

Asimismo, se fueron desplegando – a lo largo del país – nuevas postas rurales y dotando de auxiliares paramédicos a las distintas localidades, con el objetivo de abarcar el mayor territorio posible haciendo así más accesible la salud pública y el control biomédico sobre la población. Entonces,

Al finalizar la década de 1960, Chile exhibía un auspicioso panorama de cobertura de salud a nivel nacional y de avance en los indicadores de salud, la cara más visible del Estado de Bienestar chileno. Mientras en 1960 la mortalidad general del país era de 12,3 por mil, en 1966 había bajado a 10,8 por mil; la mortalidad infantil en 1960 alcanzaba a 120,2 niños por cada mil nacidos vivos, en 1966 bajó a 101,9. En el ámbito de la salud rural, un sector tradicionalmente muy desprotegido, mientras en 1964 había 156 médicos destinados, en 1969 con la promoción de “médicos generales de zona” se llegaba a 560, acompañados de un incremento correspondiente en infraestructura de salud. Se habían construido 45 nuevos hospitales y 35 consultorios, aumentándose en más de 4.000 el número de camas, planificándose nuevas construcciones en el campo de la salud... (Illanes, 2006: 26).

En los años 1970, la salud como política social ya había alcanzado su máxima capacidad de inclusión, pero contradictoriamente, estaba comenzando a generar desigualdad desde su uso y distribución. Por esto, Allende como presidente decidió transformar el Servicio Nacional de Salud en un Servicio Único de Salud, incluyendo al sistema médico para empleados y así igualar a la clase trabajadora. También quería hacer de la SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados) el sistema estatal de medicina social ampliada, pero el Colegio Médico se opuso ya que defendían el ejercicio liberal de la medicina. Ambos – SERMENA y Colegio Médico – realizaron un paro que culminó con un acuerdo con el Presidente que

finalmente ponía en marcha el Servicio Único de Salud. Así, las políticas de Medicina Preventivas y el plan de “democratización en salud” se cambiaban por el de “democracia participativa”,

Por el cual la comunidad de base organizada y los distintos estamentos de la clase obrera a través de sus representaciones orgánicas, participan en la toma de decisiones, gestión y aplicación de las políticas sociales que en salud y previsión les atañen directamente (Illanes, 2006: 27).

Para lograr esta participación, se promovió una mayor comunicación entre el Servicio Nacional de Salud, los municipios, el personal médico y las organizaciones comunales; creando instancias de trabajo en común y de coordinación entre los programas y las necesidades de cada localidad. En este contexto, nacen los “monitores de salud” que son personas de distintas localidades que realizan capacitaciones del Estado para transformarse en agentes de salud. Esta estrategia considera la cercanía de las personas que pertenecen a dichas localidades con la población objetivo, lo cual facilitaría el acceso a la salud de sus zonas.

También, con el fin de democratizar todas las estructuras e instituciones públicas de salud, se crea un Consejo Local de Salud y un Consejo Paritario, en cada uno de los establecimientos del Servicio Nacional de Salud con representantes del Estado, de la salud y de las organizaciones locales; y un Consejo Local de Área de Salud y un Consejo Paritario de Área de Salud, en cada una de las áreas de salud del país con representantes similares al anterior pero referidos a la Central Única de Trabajadores de Chile (CUT) y la población organizada.

Es importante señalar que en el período de la Unidad Popular, además del aumento en la participación popular en las políticas y desarrollo de la salud institucional, también nos encontramos con una disminución de la mortalidad general e infantil:

Entre 1970 y 1973 que revela un descenso de la mortalidad general de 8,6 por mil habitantes en 1970 a 8,1 en 1973 y en el caso de la mortalidad

infantil, un descenso de 79,3 por mil nacidos vivos en 1970 a 65,1 en 1973 (Molina, 2010: 169).

Luego, el golpe militar y la dictadura ponen fin al proceso de estatización y politización de la salud chilena y sus organizaciones. En este período las políticas de salud responden a los principios económicos del libre mercado:

1975 es el año de la transición para la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado en la que el pago de la atención de salud deberá estar de acuerdo con la capacidad de los ciudadanos para costearla y será proporcional a la renta del grupo familiar, desapareciendo la gratuidad de los servicios y el concepto estatista y socializante imperante hasta esa fecha, permanecerá solo como una obligación apenas para los casos de extrema indigencia (Raczynski en Molina, 2010: 177).

En este periodo, disminuyó fuertemente el financiamiento estatal destinado a salud pública, alcanzando un récord mundial. Asimismo, aumentó considerablemente el desempleo y los centros de salud se fueron abandonados por el Estado y transformados en “cuerpos de vigilancia que dependían de los órganos de seguridad del Estado y que impedían el libre acceso de la población a sus recintos sanitarios” (Molina, 2010: 179).

Para terminar queremos enfatizar en el carácter político de estas problemáticas y discusiones, como decíamos, el cómo nacen las personas de una sociedad constituye un reflejo de la sociedad que somos y de la sociedad que queremos. Es por esto que el tratamiento y análisis de dichos fenómenos implica la consideración de otros ámbitos de la sociedad:

Son experiencias vitales que no sólo tienen un correlato biológico y no atañen, exclusivamente, a las mujeres: también reciben atención del mundo político, social y médico, están sujetas al cambio histórico y dan cuenta de la posición que las mujeres adquieren en la sociedad, las percepciones y representaciones sociales que ellas inspiraron al interior de la “medicina popular”, de la “medicina científica” y de la profesión médica y que impulsaron el desarrollo de especialidades como la obstetricia y la ginecología (Zárate, 2007: 24).

En este capítulo de antecedentes hemos revisado las políticas públicas en salud y cómo han dado respuesta a la principal problemática que afectaba a nuestro país

desde principios del siglo XIX, y también la relación que tuvo la mortalidad infantil en el control biomédico de las gestantes y sus partos, así como su relevancia política.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

En este capítulo revisaremos los lineamientos en los cuales nos enfocamos para el desarrollo de nuestra investigación, es decir, develamos a las y los lectores los ojos mediante los que miramos, contamos y (nos) explicamos el fenómeno.

Comenzaremos definiendo algunos conceptos que serán utilizados en múltiples ocasiones a lo largo del desarrollo del texto. Estos conceptos son: gestación y parto, modelos de atención y sistemas de salud.

Luego, abordamos el concepto central de esta investigación: el poder. Revisamos distintas definiciones de éste desde las ciencias sociales, intentando abarcar la complejidad del mismo, y situándolo frente a nuestra problemática. Para esto hemos puesto énfasis en los diálogos entre estructura y sujeto.

Posteriormente revisamos el paradigma biomédico y algunas implicancias de éste en el ámbito específico de la atención del parto. Dentro de esta arista del problema incorporamos la idea de género, otro de los enfoques relevantes a la hora de entender las transformaciones en torno a la atención de la gestación y parto en la Isla Lemuy.

Gestación y parto. *Reproducción de los cuerpos, reproducción de las culturas.*

En primer lugar, la gestación y el parto son conceptos que aluden a procesos fisiológicos de la reproducción humana. Pero, ambos están mediados por la cultura, es decir, son construcciones sociales y culturales. Por lo tanto, son enfrentados por cada cultura de manera particular generando su propio entramado de sentido, el cual norma tanto las prácticas como las creencias que presenta cada comunidad en relación a la temática.

Hablaremos de gestación y no de embarazo, dado que el segundo término (que es utilizado ampliamente en nuestro país) hace referencia a un estado

embarazoso en la mujer. Si nos detenemos a mirar los sinónimos de la palabra “embarazo”, podemos ver que nos encontramos con conceptos que aluden a una situación no deseada y desagradable, tales como estorbo, molestia, obstáculo, impedimento, entre otros. Mientras que gestación refiere a la germinación, es decir, a la formación de un ser. Por tanto, nos parece importante situarnos desde este nuevo concepto, que actualmente está siendo utilizado desde la salud a modo de reivindicar el rol de la madre gestante, entendiendo que este está culturalmente definido. Después de todo el lenguaje construye realidades.

En nuestra sociedad, además de ser algo “embarazoso” a veces se le llama “estar enferma”, y al parto “mejorarse”; nombres que dan cuenta de una patologización del cuerpo de las mujeres. Históricamente los estudios científicos han sido realizados desde los hombres y así el cuerpo de las mujeres ha sido nombrado con atributos que no tiene el hombre, como si nos faltara aquello que sí posee el hombre y nos sobrara aquello que tenemos y el hombre no. Es decir, se considera al hombre como lo normal y a la mujer como la extraña: “El varón como norma; la mujer como excepción. El varón como tipo; la mujer y lo que le ocurre como atípico” (Valls-Llobet, 2009: 53). Esta construcción de la ciencia deriva en patologizar todo lo desconocido, todos los síntomas y vivencias particulares de las mujeres – que no se presentan en los hombres – y, asimismo, en una medicalización de acontecimientos naturales, tales como la menstruación, la menopausia, la gestación y el parto.

Como decíamos, cada sociedad define la gestación de acuerdo a sus parámetros culturales, generando su propio mito en torno al hecho del nacimiento. Desde el punto de vista de la cultura occidental, la gestación refiere al proceso de conformación de un nuevo ser humano en el útero de una mujer, desde su concepción por medio de la unión de una célula reproductiva masculina (espermatozoide) con una femenina (óvulo) hasta el momento de su nacimiento.

Sólo por mencionar dos ejemplos de una concepción distinta del mismo proceso en Suramérica, la etnia barí de Venezuela considera 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. Por su parte la etnia Curripaco del Amazonas también cree en la existencia de múltiples padres biológicos, pero castiga las relaciones sexuales extramaritales, por lo tanto no es tan frecuente como entre los barí (Small, 2003).

Por otro lado, nacimiento, parto o “dar a luz” refiere al momento en que un ser humano sale del cuerpo de una mujer. Es importante mencionar que el parto es un proceso involuntario, es decir, una vez que una mujer está gestando, sea como sea el parto ocurrirá.

Éste, al igual que la gestación, debemos entenderlo

Dentro de un marco biosocial, como un fenómeno que es producido a la vez tanto por factores biológicos universales, como por factores sociales particulares. Cada sociedad tiene su manera de organizar y tratar la crisis biológica del nacimiento, tanto para la madre y el/la hijo/a, como para los demás involucrados (Sadler, 2003: 65-66).

Utilizaremos indistintamente los conceptos de nacimiento, parto y dar a luz, debido a que todos refieren al mismo proceso y ninguno lo hace de manera peyorativa como veíamos con el concepto anterior. Sin embargo, cuando hablamos de nacimiento se alude al “nuevo” ser que nace, que llega a nuestra sociedad y a la manera mediante se atiende dicha situación, centrándonos principalmente en los cuidados del recién nacido. Mientras que cuando hablamos de parto o dar a luz, nos situamos desde la perspectiva de la mujer y, asimismo, desde la atención que a ella se le brinda.

Desde el punto de vista biomédico, se distinguen tres etapas del proceso de parto. Estas son: trabajo de parto o pre-parto, parto o fase expulsiva y post-parto. Estas etapas generalmente son conocidas por las mujeres que han parido en hospital o con personal médico. La autora Emily Martin (1987), plantea que estas etapas –subdivididas a su vez en varias sub-etapas – muchas veces justifican intervenciones médicas que de otra forma serían innecesarias, ya que los rangos de tiempo y el “progreso” que debería hacer una mujer en dichos rangos son

establecidos un tanto arbitrariamente en base a estadísticas (que no necesariamente representan la variedad de cuerpos y procesos existentes) centradas en aumentar la “productividad” del parto. Esto se relaciona con la metáfora de la reproducción humana como reproducción industrial, que profundizamos más abajo.

Como vemos, ambos procesos, gestación y parto: “son experiencias fisiológicas que alteran la vida femenina, sus cuerpos, y dotan de múltiples significados simbólicos y mandatos sociales a la condición de mujer y madre” (Zárate, 2007: 24). Sin duda alguna, la importancia de estos fenómenos radica en que, por un lado, se organizan y resuelven social y culturalmente, y por otro, en que son reflejo de la sociedad en que vivimos.

Al estudiar estos procesos podemos dar cuenta de las construcciones sociales y culturales: del rol de la mujer en la sociedad, de la condición de madre y maternidad, del cómo se vive/lleva un cuerpo y la tratativa que a éste se le da, la manera en que se concibe y socializa los aprendizajes culturales desde el momento del nacimiento del sujeto, etc. Finalmente, “a través de las concepciones” de la gestación y nacimiento “podemos también descubrir mitos, ritos y nuestra relación con el orden social” (Escobar, 2003: 4-5).

Asimismo, la atención al parto constituye las prácticas y dinámicas generadas por la comunidad y los actores para resolver/organizar dicho fenómeno, lo cual está imbricado con las concepciones y comprensión cultural – y local – que se tiene al respecto. A diferencia de otras primates, las humanas generalmente buscan la ayuda de parientes mujeres, amigas o parteras experimentadas. Hay muy 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, 2009:13).

Como plantea Davis-Floyd (2009), desde una perspectiva co-evolutiva o biocultural –que identifica las relaciones entre la biología evolutiva y la cultura – existe la hipótesis de la “partera obligatoria”, que señala que la búsqueda de

compañía durante el parto se desarrolló debido a tres grandes características distintivas de nuestra especie: la posición cefálica de vértice (de espaldas a la madre) del bebé al salir, lo que dificulta que ésta coja a la cría por sí misma; la indefensión del bebé humano en comparación a otras especies, con lo cual contar con manos extra mejoraría las expectativas de reproducción; y “las poderosas emociones maternas alrededor del trabajo y el parto, que incluyen ansiedad, temor, tensión, alegría e incertidumbre, tal vez hayan provocado el ímpetu evolutivo de buscar ayuda” (Davis-Floyd, 2009:15).

La combinación de estas tres características fue la que probablemente transformó este evento de individual a social, situándolo así en una trayectoria de intervenciones socioculturales sobre el mismo.

Nos guiaremos por la propuesta de análisis realizada por Jordan (en Sadler, 2003) para comprender las prácticas y creencias de la gestación y el parto. Siguiendo al autor, se pueden identificar los siguientes *elementos del parto*: i) definición cultural del parto; ii) territorio donde ocurre el parto; iii) participantes en el parto y, iv) el uso de medicación y tecnología en el parto.

El primer elemento de la propuesta de Jordan, la definición cultural del parto, consiste en la manera particular que tiene cada cultura de concebir el parto, lo que determina cómo, con quién y dónde ocurren estos procesos, tanto a nivel práctico como simbólico.

El segundo de éstos, el territorio, no solo apela al lugar donde ocurre el parto sino también a lo que ese lugar específico significa para la comunidad, es decir, su correlato simbólico.

El tercer elemento es relevante debido a que en todas las culturas y comunidades el momento mismo del parto es restringido: sólo determinadas personas tienen acceso al lugar y, por supuesto, éstas varían según el territorio. Los participantes cumplen un rol central. Por lo general, las mujeres no dan a luz solas y el tipo de

participantes determina las relaciones que se dan entre ellos y ellas y con la parturienta.

Por último, el uso de medicación y tecnología en el parto se refiere, por un lado, al uso de medicación como la introducción de cualquier sustancia a la parturienta ya sea para aliviar el dolor como para acelerar o retrasar el curso del parto y, por otra parte, la tecnología que posee la comunidad está relacionada con el uso de medicación aunque la tecnología alude también a los artefactos disponibles: aparatos, herramientas, máquinas, objetos utilitarios o rituales, instrumentos y todo el equipo necesario para llevar a cabo el parto de una manera adecuada según los parámetros culturales de la comunidad.

Estos cuatro elementos de análisis se interrelacionan entre sí, debido a que cada uno de estos determina a los demás. Es decir, la definición cultural del parto determina y está dada por el territorio, los participantes y el uso de medicación y tecnología.

Modelos y sistemas de salud. *Una definición desde la Antropología Médica Crítica.*

Si bien, como ya hemos mencionado, la gestación y parto son procesos fisiológicos de las mujeres y no enfermedades, haremos mención a los modelos de atención y sistemas de salud puesto que mediante estos son organizadas -la gestación y el parto- en la isla Lemuy y en la cultura occidental en general. Estos conceptos los hemos tomado de la antropología médica. La Antropología Médica estudia el trinomio salud-enfermedad-tratamiento como fenómenos sociales presentes en las distintas culturas, y la particularidad de la Antropología Médica Crítica es que introduce otros elementos de análisis como aquellos políticos y económicos.

Los **Modelos Médicos** son conceptualizaciones de representación social, es decir, refieren al conjunto conceptual y categorizaciones culturales respecto de este trinomio. Aludiendo a los fenómenos-objetos y seres que existen en la

realidad, ya sea ésta natural o sobrenatural, también considera a los poderes y las relaciones que se presentan y a las influencias e interacciones de la realidad con lo humano. Así,

Un modelo médico se conforma a partir de la construcción cultural de un conjunto conceptual conformado por las discriminaciones, concepciones, definiciones y supuestos – con sus categorías respectivas - que en relación con el ámbito de la salud, que es un corte cultural de la realidad, hacen los miembros de una cultura en un tiempo dado (Cabellos y Quitral, 2006: 12).

Mientras que los **sistemas médicos o de salud** son un conjunto institucional y sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del trinomio salud-enfermedad-tratamiento⁷. Ambos conceptos son sistemas de creencias y prácticas, estas últimas regidas por las primeras. Así, “Las representaciones del enfermo sobre el origen de su enfermedad se encuentran entonces ligadas a una determinada visión de mundo, y determinan a la vez su itinerario terapéutico” (Álvarez, 2005: 30).

A la hora de analizar, es fundamental considerar que tanto los modelos de atención como los sistemas de salud no constituyen estructuras rígidas, sino que permiten permeabilidad entre uno y otro:

Visto desde la población que requiere de los servicios en salud proporcionados por distintos especialistas o agentes médicos, los sistemas médicos existentes (occidental científico y tradicional mapuche, entre otros) no constituyen estructuras rígidas. Los denominados “modelos médicos” son más bien espacios de referencia conceptual, dado que es posible advertir que en la realidad se constituyen una gama de sistemas intermedios, resultantes del manejo simultáneo que hace la población de conceptos y recursos médicos, de acuerdo a las vivencias personales (Jelves en Álvarez, 2005: 29).

Consideremos la relación que se da entre el médico y el paciente, la cual es fundamental en cualquier modelo de atención y sistema de salud, siendo un elemento importante en nuestro análisis. Desde la psicología se plantea que una

⁷ Esta información fue obtenida de las discusiones y material entregado en la cátedra Antropología Médica de la Universidad Academia Humanismo Cristiana, dictada por el profesor Eduardo Sarué.

terapia se construye con habilidades de relación como la empatía y con habilidades de estructuración que refieren a la técnica misma. Una terapia exitosa comienza con habilidades de relación, continúa con las habilidades de estructuración y nuevamente finaliza con habilidades de relación, donde estas últimas se convierten en el 50% del éxito terapéutico. Para esta investigación el “médico” que se nos presentará serán las parteras en el sistema de salud tradicional-local y el personal paramédico de las distintas postas rurales de la isla. Se podría decir que ambos tienen la particularidad de la Atención Primaria:

En Atención Primaria se da la circunstancia de que el proceso relacional con el paciente dura años, casi es “para siempre” y existe la posibilidad de ir educando y cambiando las actitudes que resultan negativas para la relación terapéutica (Barbado et al, 2005: 33).

Esto se asemeja a lo que ocurre con las y los agentes de salud tradicional-local.

Poder. Algunas definiciones.

El concepto central de este marco teórico y, más adelante, de nuestro análisis, es el poder, ya que consideramos que este está presente en todas las transformaciones en la atención a la gestación y al parto en la isla Lemuy. Asimismo, será el elemento conductor de los siguientes temas que iremos trabajando en este capítulo. Es por esto que es necesario realizar un acercamiento a este concepto.

El poder ha sido estudiado constituye un tema de interés desde los inicios de la antropología hasta el día de hoy. Para Balandier:

El poder está siempre al servicio de una estructura social que no puede mantenerse por la sola intervención de la costumbre o de la ley, por una suerte de conformidad automática a las reglas (Balandier, 2005: 105).

Es decir, el poder se refleja en todos los niveles, en las prácticas y creencias, incluso disciplinando los cuerpos.

Mientras que Wolf (2001) realiza un acercamiento a la comprensión del poder, sus efectos y las relaciones que se desprenden en un cuadro *societal* determinado. Para esto, identifica cuatro modalidades en que el poder se entrama en las relaciones sociales. La primera, alude a la potencia o capacidad inherente a cada individuo. Luego,

Un segundo tipo de poder se manifiesta en las interacciones y las transacciones entre la gente (...) y se refiere a la capacidad que tiene un ego para imponerle a un alter su voluntad (Wolf, 2001: 20).

Un tercer modo, estaría indicado en la facultad del poder de controlar los contextos en que se desarrolla la vida social. Por último, define una cuarta modalidad: el poder estructural

Que se manifiesta en las relaciones; no solo opera dentro de escenarios y campos, sino que también organiza y dirige esos mismos escenarios, además de especificar la dirección y la distribución de los flujos de energía (Wolf, 2001: 20).

Esta última categoría nos sirve para entender la dinámica mediante la cual se inscriben los imaginarios y las formas de vivir en la sociedad, es decir, entrega luces acerca de cómo el cuerpo debe ser comprendido, ante todo, como una matriz donde se subvierte el signo de lo natural por lo mecánico/medicalizado propio del auge de las ciencias médicas que lo intervienen.

Foucault (2002) plantea que el poder no existe por sí mismo sino en la relación con un otro, en la acción, es decir, como resultado de relaciones de poder. Es por esto que el poder está en todas partes, ya que los sujetos están atravesados por relaciones de poder, son poder y solo pueden ser comprendidos junto al análisis de estas relaciones.

El ejercicio del poder lo define como la manera mediante la cual ciertas acciones modifican otras, de esta manera, para el autor, el poder controla, disciplina pero también produce. Así, el poder es también definido como efectos de verdad y de saber.

A su vez, la relación de poder no tiene resultados inmediatos sino que apela a la transformación de acciones que están siendo o que se generarán en el presente o en el futuro. Esta relación de poder se construye en base a dos elementos:

El 'otro' [aquel sobre el cual es ejercido el poder] ampliamente reconocido y mantenido hasta el final como la persona que actúa; y un campo entero de respuestas, reacciones, resultados y posibles invenciones que pueden abrirse, el cual está enfrentando a una relación de poder (Foucault, 2002: 14).

En este sentido, el poder necesita de la relación con otro – como decíamos – no existe por sí mismo, *per se*, sino que se trata de la relación de uno por sobre otro; de unas acciones por sobre otras, con el objetivo de modificar estas últimas. Y, al mismo tiempo, existe una gran cantidad de variables y posibles respuestas que derivan de la relación de poder. Así, el poder ejercido desde “arriba”, desde el Estado y sus instituciones – en este caso, el hospital y las postas rurales – dialoga con el campo de acción que tienen las personas. No se puede comprender el ejercicio del poder sólo con el estudio de las instituciones sino que exige una mayor complejidad, ya que este ejercicio es elaborado, transformado y organizado. El ejercicio del poder

Es una estructura total de acciones traídas para alimentar posibles acciones; él incita, induce, seduce, hace más fácil o más difícil, en el extremo, él constriñe o prohíbe absolutamente; es a pesar de todo siempre, una forma de actuar sobre un sujeto o sujetos actuantes en virtud de sus actuaciones o de su capacidad de actuación. Un conjunto de acciones sobre otras acciones (Foucault, 2002:15).

Es decir, el ejercicio del poder consiste en guiar la posibilidad de conducta y poner en orden sus efectos posibles.

Como vemos, las relaciones de poder están profundamente arraigadas en el sistema de redes sociales. Para esto, el ejercicio del poder se construye y reproduce mediante distintos instrumentos, tales como la violencia y la obtención del consentimiento. En este sentido, Smith en Balandier (2005) define el poder como “la capacidad de actuar efectivamente sobre las personas y las cosas,

recurriendo a una gama de medios que se extienden desde la persuasión a la coerción” (Balandier, 2005: 105).

Todo el aparataje del sistema médico estatal sustenta su ejercicio de poder en estos medios – entre otros –; así también la tratativa que la medicina alópata hace de la gestación y el parto, junto al control de los cuerpos; y la implementación del sistema de salud oficial en las zonas rurales del país. Este último responde a políticas públicas, al Estado, el cual desarrolla distintas estrategias y mecanismos que lo legitiman, asegurando la permanencia de su estructura social mediante el poder.

Como plantea Foucault (2002), las razones de la fuerza de coerción y cohesión que tiene el poder del Estado radica en su forma, la cual se caracteriza por ser individualizadora y totalizadora. Este autor afirma que es primera vez en la historia de la humanidad que nos encontramos frente a “una combinación tan compleja de técnicas de individualización y procedimientos de totalización en el interior de las mismas estructuras políticas” (Foucault, 2002: 8).

Entre estas técnicas y procedimientos, vemos que el Estado se convierte en una *matriz de individualización* que desarrolla distintas *tácticas individualizadoras* que dan vida y cuerpo a una serie de poderes, tal es el caso de la medicina. La función del Estado es tener todo y a todos bajo su control, bajo una vigilancia general, una regulación permanente y “en cierta medida también la distribución de todas las relaciones de poder en un entramado social dado” (Foucault, 2002: 18).

Siguiendo a Foucault (1998), para que el poder logre ser individualizante y totalizador, desde el siglo XVII se apela al control de la vida, donde la más alta función del poder ya no es matar⁸ sino invadir la vida enteramente, dando paso a la era del biopoder –uno de los mayores sustentos del capitalismo-. Para esto, el

⁸ Anteriormente, primaba el poder soberano caracterizado por la facultad que posee el soberano de hacer morir o dejar vivir a quien se oponga a su poder que le ha sido otorgado por sus súbditos. Es decir, este poder exige sumisión y lealtad al soberano, caso contrario puede ejercer el castigo de la muerte (Foucault, 1998).

poder se desarrolla principalmente desde dos polos entrelazados por múltiples relaciones.

El primero que aparece es la disciplina y su dispositivo que apunta al control de los cuerpos, a nivel individual, se basa en la consideración del cuerpo como máquina, denominado por el autor como anatomopolítica del cuerpo humano:

Su educación, el aumento de sus aptitudes, el arrancamiento de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos (Foucault, 1998: 168).

Comienza con la creación de distintas instituciones como las escuelas, las cárceles, los hospitales, entre otros, acompañadas por el desarrollo de sus saberes: la educación, la medicina. A partir de ambos – instituciones y saberes – se disciplina el cuerpo para lograr su docilidad y utilidad. Es importante comprender que logran una automatización y una invisibilidad en el ejercicio del poder y de la autoridad de manera que los individuos, aún conscientes de los mecanismos de vigilancia, control, examen y normalización, terminan por automatizar y reproducir dentro de sí las coacciones del poder.

Más tarde se desarrolla el segundo polo: la creación de una nueva tecnología política: la biopolítica que aspira a la administración de la vida pero a nivel de la población, es decir, al control de las masas desde sus procesos biológicos y biosociológicos:

La proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población (Foucault, 1998: 168).

De esta manera, se logra una administración calculadora de la vida, basada en la aparición del cuerpo masificado de la especie humana. La biopolítica convierte los problemas de la población en problemas científicos, políticos, biológicos y de poder, todo al mismo tiempo. Estas nuevas problemáticas políticas suponen una duración en el tiempo, las cuales son medidas y controladas, en nuevas técnicas

como la estadística, los censos, la demografía, las medidas de salud pública, etc.

En nuestro estudio, podemos ver la importancia que el Estado le otorga a las políticas de salud pública; dotando a la ruralidad de mayor cobertura con nuevas postas de salud, controlando a la población también en la gestación y el parto. Asimismo, vemos cómo se regula y se disciplina a las mujeres en estos procesos fisiológicos, incluso transformando las creencias y las prácticas; invirtiendo los significados culturales: abriendo paso a una medicalización de procesos anteriormente considerados como naturales.

En este sentido, las instituciones del Estado son una argamasa a la vez cultural, política y económica; productora de potentes referentes de sentido, es decir, produce su único “mundo” y sus posibilidades, su economía de la verdad y de lo real, se in-corpora como “marcas del poder” (Foucault, 2008) a los sujetos y a todo espacio significado por ellos, clasificando y ordenando el mundo a través de categorías (Bourdieu, 1997) que sostienen, producen y reproducen la realidad que soporta el fenómeno que estudiamos.

Pero como ya enunciamos con Wolf (2001) y su primera definición del poder, el individuo también tiene un margen de posibilidades de acción, por lo tanto, también debemos considerarlo. Para lograr un análisis completo de las transformaciones sobre el fenómeno estudiado, debemos comprender el poder en todas sus modalidades. No obstante,

Las disposiciones económicas y políticas que sólo pueden ser comprendidas en relación con la situación económica y social que estructura toda la experiencia por medio de la aprehensión subjetiva del porvenir objetivo y colectivo. Esta aprehensión depende en su forma, modalidad y contenido de las potencialidades inscritas objetivamente en la situación, es decir, del porvenir accesible que se le propone a cada agente (Bourdieu, 2006: 115).

Así “debido a que el campo de lo posible tiene los mismos límites que el campo de las posibilidades objetivas” (Bourdieu, 2006: 95), los referentes de sentido hegemónicos, tanto institucional como culturalmente, siempre “desde” el poder,

son centrales para comprender cómo se construye la realidad social.

Ambos elementos, el poder estructural y el de los sujetos, son parte del proceso de negociación subjetivo y estructural al cual está vinculado el individuo; uno, la estructura, produce los elementos históricos en su dinámica, que sostienen en gran parte la realidad material y lo posible; mientras que, por otro lado, la subjetividad, está puesta como el complejo constructo de objetivación de la vida. En este sentido, la estructura social y su rol “total” son de vital importancia, debido a que este es uno de los medios permanentes donde los mecanismos económicos e identitarios se cristalizan en la conciencia de los sujetos modernos. Esta experiencia constitutiva o primera, se recubre de tal importancia en la conformación del sujeto, dialogando permanentemente en ella la socialización y la determinada subjetividad que se va construyendo, que pareciera ser incluso legitimada por la esencia de las cosas que va interpretando. Así, el mecanismo de este horizonte cultural desde el cual interpelamos, se crea, actualiza y reproduce.

El paradigma biomédico. *El cuerpo esa máquina defectuosa...*

Como ya decíamos, el sistema de salud oficial se basa en un modelo médico hegemónico, este es el paradigma biomédico o alópata el cual tiene sus orígenes en la medicina moderna de la Grecia Clásica, desarrollándose mayormente con la industrialización y la ciencia moderna europea.

Un paradigma es, en pocas palabras, un modelo y un patrón para la realidad. “Sistema de creencias” y “cosmovisión” son términos complementarios [...] Al actuar no sólo como modelos, sino también como patrones para la realidad, los paradigmas nos permiten comportarnos de maneras organizadas, actuar de maneras que tienen sentido bajo un sistema dado de principios (Davis-Floyd y Saint John, 2004: 13).

De acuerdo a nuestras definiciones de poder, el paradigma biomédico sería una manera de comprender el mundo acorde a un sistema social y al servicio de la mantención y reproducción de éste. Veamos cómo se manifiesta el biopoder en este paradigma. Una de las principales características de este sistema de creencias es la separación que realiza del cuerpo como tal –considerándolo y

estudiándolo en tanto anatomía– con el alma. Otra característica fundamental es que observa y distingue dolencias corporales, desde las cuales basa su diagnóstico y tratamiento, considerando la enfermedad como individual y corporal:

De esta manera, los elementos fundamentales del saber biomédico y de sus prácticas sociales se reconocen en la adopción de un modelo mecanicista de observación del cuerpo, que se concentra en el estudio de los determinantes bioquímicos de la enfermedad y en los principios que podrían contrarrestarla (Álvarez, 2005: 35).

Es decir, este paradigma es monocausal y trata netamente las dolencias corporales de cada individuo, no obstante, en los últimos años vemos que cada vez más se están analizando múltiples factores en las enfermedades, por ejemplo aquellos medioambientales, incluyendo también factores de riesgo y de protección. Es importante también señalar que “la representación social de las instituciones biomédicas están dominadas por el imaginario social del “hospital” como referente principal de la concepción de salud en su dimensión rehabilitadora e institucionalizada” (Álvarez, 2005: 35).

Si bien el sistema de salud oficial basa su explicación diagnóstico-tratamiento en el paradigma biomédico, sus límites analíticos también están dados por este modelo de atención. Pero esto no limita ni el diagnóstico ni el tratamiento que en definitiva deciden desarrollar los sujetos y sus prácticas familiares:

Habitualmente el sistema de salud oficial limita su diagnóstico a una explicación biomédica de la enfermedad, sin embargo, la persona que presenta la enfermedad puede también entender y explicar su problema de salud desde sus propias percepciones y experiencias, interpretando sus síntomas, definiendo sus causas y estableciendo –cuando cuenta con los elementos culturales adecuados– el tratamiento más pertinente para su sanación (Ibacache y Leighton, 2005: 10).

Asimismo ocurre con la gestación y el nacimiento, donde veremos que el control médico ejercido por el hospital, las postas rurales y el personal de salud, dialoga con las creencias y las prácticas locales-tradicionales.

Ya hemos planteado que los fenómenos de la gestación y el nacimiento responden a una discusión médica pero sobre todo política de construcción de sociedad, es decir, a un proyecto de país (ver capítulo II. Antecedentes). En Chile a partir del siglo XIX comienza la modernización, que trajo consigo una:

Confrontación entre la vigencia de una antigua medicina popular y la vocación de poder de una emergente medicina universitaria. Se trataría entonces de la historia del desprestigio y marginación de un conocimiento – “vulgar” – y la superposición de otro – “científico” –, un ejemplo más de la clásica tensión decimonónica entre civilización y barbarie, una expresión más de los procesos de modernización (Zárate, 2007: 26).

Esta confrontación responde también a la clásica distinción naturaleza/cultura, mujer/hombre. No es casual que el conocimiento “vulgar” o vulgarizado fuera ámbito eminentemente de mujeres, las cuales por su capacidad de gestar y parir solían ser consideradas más cercanas a la naturaleza, y por ende, inferiores.

Para comprender mejor este punto integraremos el enfoque de género, el cual refiere a la construcción social de las diferencias entre los sexos, poniendo en tensión su supuesto carácter biológico o esencial. De esta manera cobran relevancia los aspectos simbólicos y culturales, políticos e históricos relativos a la diferenciación de hombres y mujeres.

Si bien el género ha puesto de relieve que el sexo de quienes asistían a las parturientas es un punto importante, su mayor aporte es que ha permitido visualizar las atribuciones y valoraciones sociales, plenas de jerarquía y desigualdad, con las que se caracterizó la asistencia ancestral provista por las parteras y la asistencia médico-científica, provista por médicos (Zárate, 2007: 28-29).

A diferencia de otros países, las personas que tradicionalmente atendían el parto no fueron consideradas a la hora de capacitar al personal de salud, incluso fueron perseguidas y castigadas.

En Chile la biomedicina se fue imponiendo como modelo hegemónico hasta llegar durante el siglo XX a cubrir la casi totalidad de la atención de partos. No se capacitó a parteras indígenas, empíricas o populares para que pudieran seguir atendiendo partos, sino que se fueron reemplazando por

profesionales de la salud educados/as en universidades o escuelas especializadas (Sadler, 2003: 35).

En relación al conocimiento autorizado, éste se convierte en el conocimiento entregado en la Academia, apelando a la profesionalización de las prácticas en el sistema de la atención médica. Por lo tanto, de a poco y a través de distintos mecanismos, este conocimiento autorizado se establece como única verdad hasta lograr tal legitimidad en la población. Así,

Se debe recordar que las mujeres no tenían acceso a la universidad, por lo que se constituyeron en curanderas ilegales y perseguidas, y su saber en un conocimiento desvalorizado y reprimido. El conocimiento erudito y oficial debió controlar los otros tipos de saberes para así asegurar su hegemonía, para aparecer como único sistema válido y legítimo (Sadler, 2003: 33).

De este modo, se invierten los significados, trasladando la hegemonía desde el sistema de atención médico tradicional al sistema de salud oficial- el biomédico- y, del mismo modo, convirtiendo a la gestación y nacimiento desde un hecho natural a un acontecimiento médico.

Junto con este paso de lo natural a lo médico/patológico, el cuerpo de las mujeres pasa a ser visto como una máquina productora de seres humanos. En este sentido, Emily Martin (1987) plantea la existencia de metáforas culturales referentes a la gestación y nacimiento. Estas metáforas se plasmarían tanto en el lenguaje utilizado por la ciencia obstétrica como en las prácticas llevadas a cabo en los hospitales. A grandes rasgos hay dos grandes metáforas; por un lado el útero como máquina; y, por otro, la reproducción humana como producción industrial. Veamos algunas de sus implicancias, comenzando por la visión mecanicista del útero de las mujeres:

Esta metáfora mecánica comenzó en los hospitales franceses en los siglos diecisiete y dieciocho donde se hablaba de la matriz y el útero como “si formarían una bomba mecánica que en instancias particulares fuera más o menos adecuada para expeler el feto”. En el desarrollo de la obstetricia, la metáfora del útero como máquina se combina con el uso de recursos realmente mecánicos (como los fórceps), el cual tuvo un rol en el reemplazo de las manos de las parteras por manos masculinas usando herramientas. Suele proclamarse que la metáfora del cuerpo como una

máquina continúa dominando la práctica médica en el siglo veinte y es tanto la base como la respuesta a nuestra voluntad de aplicar tecnología al nacimiento e intervenir el proceso. El cuerpo de la mujer es la máquina y el doctor es el mecánico o técnico que lo “arregla” (Martin, 1987: 54) [Traducción propia].

Ampliando la mirada, la autora suma la metáfora de la mujer como trabajadora, y la reproducción humana como producción industrial. Esta metáfora se observa claramente en el uso de la frase “trabajo de parto”.

La metáfora de la producción, si está involucrada, tiene implicancias bastante diferentes de la metáfora de la máquina/mecánico. Nos permite preguntar, por ejemplo, si el doctor es sólo un mecánico o quizás es más como un supervisor de fábrica o incluso un dueño. Si el doctor es el supervisor, la mujer puede ser vista como un “trabajador” cuya “máquina” (útero) produce el “producto”, los bebés ... ampliar el alcance de la pregunta por las metáforas desde lo angosto –mecánico como doctor, máquina como paciente- también nos permite considerar si relaciones de poder similares operan en ambos reinos de “producción” (Martin, 1987: 57) [Traducción propia].

En esta misma línea argumentativa, Robbie Davis Floyd, desde un enfoque simbólico, propone que la estandarización y preparación técnica del parto en las sociedades modernas responde a una ritualización de éste. “Un ritual es una representación imitada, repetitiva y simbólica de una creencia o un valor cultural” (Davis-Floyd, 2009: 56). La sociedad tecnocrática – como muchas otras – aprovecha esta transición individual para perpetrar la cultura y sus normas, así como sus jerarquías.

El contenido simbólico refiere en este caso a los mensajes culturales presentes en las distintas prácticas asociadas a la atención del parto en los hospitales. Estos mensajes son transmitidos de manera tácita, siendo percibidos por los participantes de manera holística a través del cuerpo y las emociones, y decodificados por el hemisferio derecho del cerebro.

¿Cuáles son estos mensajes? Principalmente dos: por un lado, la supuesta inferioridad de la mujer, cuyo cuerpo es visto como una máquina imperfecta/defectuosa – y por consiguiente dependiente de la tecnología –; y por

otro lado, la importancia del tiempo y su valor productivo, con la supuesta necesidad de parir “a tiempo”. Por mencionar algunos ejemplos dados por la autora, tenemos la utilización de silla de ruedas al ingreso y salida del hospital que nos dice que “estamos incapacitadas”; la administración de oxitocina sintética para acelerar el trabajo de parto o inducirlo si sobrepasa las 40 semanas de gestación; los repetidos tactos del cuello del útero – a veces por distintas personas – para ver si “está lista”; y por supuesto la posición de litotomía en la fase expulsiva del parto, donde estamos acostadas, “enfermas” y entregadas a la institución.

En el parto hospitalario hay una repetición constante de estos mensajes, lo que da una estructura al flujo caótico de procesos naturales. Por medio de la repetición se logra una mayor efectividad y una reducción cognitiva, lo que permitiría una fácil asimilación de los mensajes por cualquier miembro de la sociedad.

A modo de cierre de este capítulo – donde presentamos nuestras principales fuentes teóricas – repasemos las ideas fuerza de la investigación que son sustentadas por ellas: nuestro propósito es realizar un análisis sociocultural de la atención a la gestación y parto en la isla Lemuy, Chiloé, y sus transformaciones. Para ello, buscamos dar cuenta de las relaciones de poder presentes en el proceso reproductivo humano, específicamente su representación concreta en los cuerpos de las mujeres. Definir la violencia obstétrica y sus expresiones dentro de este contexto, se vuelve primordial; asimismo, lo es describir los elementos del parto de ambos modelos médicos presentes en la isla. Por otro lado, es relevante poner en relación los aspectos históricos del proceso de modernización a nivel país con las transformaciones socioculturales de la atención a la gestación y parto locales.

Teniendo en cuenta, entonces, la problemática que nos atañe, y habiendo explicitado el diseño metodológico y el sustento teórico, damos paso a la exposición de los resultados de esta investigación.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

IV.i. El esplendor de las parteras

En este apartado se describen las creencias y prácticas asociadas a la gestación y al nacimiento en la isla Lemuy hasta antes de la llegada del sistema de salud oficial, es decir, cuando su atención era realizada por parteras. Los partos que aquí se relatan corresponden a diversas mujeres mayores de cincuenta años que viven en distintos sectores de la Isla. Por la edad de las informantes podemos decir que hemos accedido a información sobre partos que fueron realizados a partir del año 1900 aproximadamente. Comenzamos con el relato de una partera, luego revisamos el quehacer de las parteras y, por último, la gestación y el parto.

La partería, junto a lo terapéutico y lo referente a los cuidados, fue y ha sido un ámbito considerado, para muchas sociedades, como algo propiamente femenino dada la capacidad exclusiva de las mujeres de gestar y parir:

Lo terapéutico fue considerado durante largo tiempo como un saber y un poder específicamente femeninos, como un elemento constitutivo de su identidad. Este poder se fundaba en una representación de la medicina como un saber más empírico que teórico y en una imagen de la mujer como un ser que, por su capacidad de ser madre, estaba más próximo a la naturaleza y conocía mejor sus secretos (Ortner en Viveros, 1995: 150).

Si bien la partería fue un espacio de poder para las mujeres que muchas veces se encontraban en posiciones inferiores socialmente, esta naturalización de una “esencia” femenina maternal, cuidadora y sanadora tiene el riesgo de caer en una denigración de las mujeres al situarlas como más cercanas a la naturaleza, más “animales”; esto, por supuesto, en el contexto de nuestra sociedad donde la razón y la cultura son tan positivamente valoradas. De esta manera, para las mujeres entrevistadas, la forma de parir en la casa junto a las parteras está asociada a una manera más animal: en el suelo en cuclillas junto al fogón.

Sin embargo, las parteras y la labor que realizan es respetada, por eso cuando se refieren a ellas siempre aparecen frases como *“era una viejita bien limpia y tenía*

las manos más suaves”, “era muy buena para eso”. Cuando hablan de la atención recibida por las parteras en el parto, lo hacen con la palabra “cuidar”: “Me cuidaban las señoras que entendían de cuidar a una persona cuando tenía guagua, y ellas me cuidaban”, lo que permite apreciar el rol protector y maternal que desarrollaban las parteras. El verbo “cuidar” alude al mismo tiempo a la atención y asistencia brindada por las parteras, y también refiere a que ellas eran las encargadas de velar y defender los partos y nacimientos locales. Las mujeres de la Isla confían en las parteras y en sus saberes y se entregaban a ellas porque existía – y existe – un gran respeto y agradecimiento: “Pero las machis también eran muy muy buenas, muy acertadas... sabe qué hacía tomaba el pulso aquí en la mano, llegaba y tomaba el pulso y veía ‘uy – dijo – esta mujer va a tener dos guagüitas’, y así fue”.

i.1 Relato de una partera.

Ema, partera del sector de Apahuen en Detif, aprendió de su abuela que también ayudaba en los partos. Actualmente vive sola en su casa en este mismo sector, tiene 84 años, y sus hijos viven en las casas más cercanas a la suya. Alcanzó a atender cerca de 40 partos y tuvo cuatro hijos en su casa, sola, sin asistencia. Para ella, las transformaciones que ha tenido la atención al parto han sido nefastas, porque el parto ha sido trasladado a un lugar lejano de la cotidianeidad de las mujeres de la Isla. Asimismo, porque su atención ha pasado a manos de especialistas (matronas, obstetras, enfermeras), quienes son personas desconocidas para las mujeres de la localidad; el no conocerlos y el no conocer su forma de trabajar sobre el cuerpo de las mujeres, le genera desconfianza a esta partera que, por lo mismo y sumado a la diferencia del trabajo realizado por ella, plantea que dichos especialistas no saben hacer las cosas. Pero la situación a la cual le pone mayor énfasis en el hospital es la posibilidad de ser atendida por un hombre, cuestión que a ella le parece inaceptable: para ella una mujer no puede ser atendida por un hombre, y menos un parto.

“Caminar hasta cuando los dolores se le bajaran”

Caminar. Para el dolor tiene que caminar. Antes pescaba un bastón como el que tengo yo ahora. Andaba con un bastón, con el bastón caminaba, caminaba, para que le pasaran los dolores y con el bastón se apoyaba de lo más tranquilo. No, si no es tan difícil, ni nada.

Yo atendí a 40 mujeres. Todo bien, ninguno malo. No tiene por qué salir malo, no habiendo por qué, sale todo bien. En veces que hay algunos que quieren nacer pícaros, tienen más dolor. Los que no quieren ser pícaros, no tienen nada de dolor, es más tranquilo. No tenía problemas en los que vi.

En veces me venían a buscar tarde, a la hora que se enfermaba la persona tenía que irse uno. Era caminando, caminando no más. Cuando era lejos a caballo también. Si po, si antes no había nada. Ahora hay toda cosa pero antes no era así. Me venían a buscar de todos lados, si, lejos, por ahí por abajo, de Detif, por allá. Tenían que venir a buscarme. Cuando ya estaba a tiempo me venían a buscar, cuando no había tiempo, ahí iban a buscar a la finada Chicha Ríos. Esa se fue a Chonchi.

Ahora no, no. Todas se van esas al hospital. Algunas se las llevan como 10 días antes, 20 días, algunas están ahí de puro gusto. No tienen nada más que hacer. Si acá se trabaja en el campo hasta el último día del embarazo, no es nada como en el pueblo.

Cuando vengan los dolores tiene que ser de alguna forma ahí. Porque antes la gente, como le dijera, no se afligía como ahora la gente. Ahora poquito que le duele ya están sufriendo. Antes no era así. Los dolores venían y ahí podía venir la guagua. De los tres dolores, pa` fuera no más la guagua, los dolores más fuertes que vienen. Pero son fuertes dolores que vienen. No es nada como estamos conversando aquí.

Yo la hacía que caminara no más la mujer así como vamos caminando acá. Cuando le dolía mucho, yo le tocaba los cuadriles por acá [se toca la espalda baja]. Nada más que eso. Tiene que caminar con un bastón y caminaba, ayuda. Tiene que caminar hasta cuando los dolores se le bajaran. Algunas eran más valientes, otras más flojas.

Ahora que le vengan el dolor, a esa hora no más nace. Puede ser como a esta hora que le venga un dolor a usted. Y cuando está, en veces viene, cuando está creciendo la marea, no tarda nada en salir la guagua. Si está bajando, demora. El muchacho viene con la marea, después para morir igual. Muere cuando está bajando algunos, otros cuando está creciendo. Esos mueren más lento y cuando está bajando, mueren rápido.

Nacían ahí con una agachada, como le dicen allá: como haciendo pichi. No si uno se agarraba en cualquier lado, en una mesa, por ahí donde la pescara. Porque antes era... no es nada como ahora que están todas con cholguán forradas las casas. Antes no era así, no era más que con tablas y así no más sin forro, que quedaba bien por ahí. Era en el fogón. Y para parir como se hacía antes en una marquesa se pescaba uno y en un momento está afuera el chico. Abajo se ponía un cuerito o cualquier otra cosita que sea así. Si acaso la quiere agarrar uno al chico, la toma así y puede tomarla. Si no, con un cojín o algo y cae ahí.

Cuando estaba a tiempo entraba el hombre [al parto], ahí se pueden afirmar cuando los tienen. Cuando no tienen a nadie tienen que agarrarse de cualquier lado así como le digo yo. Hay que hacer fuerza porque le viene como la necesidad de hacer fuerza. Cuando nacen ya están llorando.

Para cortar la tripa, tiene que darle tres vueltas si nace hombre y si es mujer dos vueltas y media [de la mano]. Se corta con una tijera. Y ahí la tripita se ata con una huinchita bien apretado, con cualquier cosa, con un hilado, con una pita. Y después se seca. Se dobla la tripita no más en el ombligo y se deja secar no más ahí. Después cortan esos hilos, se corta en ocho, quince días como mucho, se corta, se seca y se saca. Cuando nace tiene que cortarlo, antes de lavarlo como

dicen, porque antes se lavaban las guaguas, bien lavadas con jabón, shampoo. Pero ahora no, en el hospital salen más babosos que antes. Yo que tengo mis nietos que saqué en el hospital; más babosos, pura baba.

La placenta sale junto con la guagua y si se atrasa un poco tiene que, con cualquier cosa, tiene que tomar un huevo, un batido, si hay ramitas así, así como esas que están ahí⁹, pesca las ramitas, les da unas vueltas en la tripita y sale. Sale con todo. Tiene que sacarlo no más y listo. El cordón se tira, tiene que tirar con todo no más. También tiene un cordoncito y se sale. Eso [la placenta] lo enterraba, se enterraba en la tierra no más y listo.

Cuando está con los dolores tiene que tomar una hierba, la hierba buena, orégano, cualquier cosa, esas son cosas de calor. Después cuando ya nace, puede tomar ajeno que le dicen o puede tomar... el más fácil es ajeno tomarlo porque para que no le duela el estómago, porque la sangre tiene que correr y si toma mucho remedio de calor, la sangre queda estancada y eso después le viene como estrujones de tripas parecen. Eso es más dolor todavía, eso es más dolor que tener una guagua. Entuertos le decían antes cuando le dolía, esos eran como estrujones de tripa, duelen más que tener una guagua como le digo yo.

Después fajaba yo a la mujer, le ponía una sábana hasta la cintura bien firme. Eso era en los partos antiguos. Ahora no en los hospitales no tienen. Lo que sí, tienen a su guagua y lo largan enseguida al hospital, pero antes aquí cuando tenían su guagua, no era así. Estaba cinco, seis días en su cama, se acostaban, se sentaban en su cama. Más tranquila. Con los mayores tendría que estar, le daban desayuno, almuerzo, cena. Lo que podía comer todo de a poco, porque no puede comer mucho después cuando está así, no come mucho nada, se come poco, porque todo queda malo el estómago.

En el embarazo cualquier comida no más. Cuando tenía apetito comer alguna cosa que compraba o si no lo hacía sola, tranquila. Yo fui sola no más. Cuando murió mi marido, tenía 25 años y ahí empecé sola a trabajar y a buscar bienestar.

⁹ Indica el suelo a su costado, donde hay varias ramas pequeñas de árbol.

Nunca salí de mi casa. Tuve una casa allá, después cuando tuve mi hermano, se ha puesto medio pícaro y me hice mi casita acá arriba y me fui no más. De ahí sola, no he andado por ningún lado. Cuando estaba vivo mi marido andaba como un año, un año y seis meses en Argentina. Después lo mataron parece los amigos. Así que me mandaron a buscarlo y tuve que ir, sola, sin conocer nada.

Todos daban remedios antes, toda la gente antigua antes sabía de remedio. Ahora sí que no, no hay gente. Mi mamá no, mi abuela sí atendía partos. Yo aprendí sola porque lo vi por ahí, lo conversaba y lo aprendí sola.

En la casa tiene todo tranquilo igual, el hospital no, yo no me hallo en el hospital. Eso que me operaron de la matriz no más, todo eso, muy salvaje ese hombre. Antes habían doctoras mujeres para atender a mujeres y ahora hombres. Sí, aquí en Detif en el consultorio hay hombre por ejemplo, no sé por qué tanto cambiar. Eso no puede ser. Los doctores hombres no, no estoy ni ahí con los doctores hombres yo.

i. 2. Las parteras.

Lo primero que debemos aclarar es que en este período histórico de la Isla Lemuy se consideraba que todas las mujeres que ya habían parido al menos una vez, eran capaces de atender un parto. Sin embargo, no todas las mujeres que entraban en esta categoría eran catalogadas como parteras, ya que estas últimas son sólo algunas mujeres socialmente reconocidas y que tienen gran conocimiento en la atención del parto y de otros aspectos de la reproducción de la mujer, así como también del uso medicinal de hierbas, y de otros elementos de la medicina local.

Al existir solo algunas parteras por sector en la Isla y debido a la complejidad de la conectividad y las extensas e intensas lluvias chilotas, muchas veces las familias de las parturientas no alcanzaban a llevar y llegar a tiempo con la partera para el evento. En estos casos, bastante frecuentes, la encargada de atender el parto era la mujer más cercana y con experiencia, es decir, alguna que ya haya

parido al menos una vez, y que generalmente es la abuela o la madre o vecina de la parturienta. Es así como podemos encontrar varias mujeres de mayor edad que relatan haber atendido uno o más partos, sin ser por eso reconocidas por la comunidad – ni por ellas mismas – como parteras.

La partera es llamada a veces matrona por las mujeres de más edad, y si además realizaba otras actividades relacionadas al cuidado de la salud, era llamada también *machi* o *meica*: estas últimas tenían además la sabiduría sobre el uso medicinal de las plantas. Un ejemplo de esto es el siguiente relato de un “parto seco”¹⁰ de Detif. Este caso impactó al personal médico de la salud oficial. De acuerdo al relato, los paramédicos buscaban a la partera para preguntarle cómo había resuelto este tipo de complicación del parto y postparto (quizás atribuible a un sobreparto):

El segundo se complicó más, o sea, en el parto fue, no sé qué nombre le dirán en el hospital, acá las parteras le llaman parto seco. Que no se tira nada, nada, lo que es nada, es seco y es un dolor muy muy grande. Dolores muy terribles. El útero después de que nace la guagüita, ni con mucha sangre tampoco, parto seco, el útero se arrolla todo y no suelta. Y eso me pasó con Gloria, me pasó ese tipo de parto. Yo no sabía lo que era eso. A los tres días el útero se me salió con todo para afuera, con todos los restos, restitos de placenta que me dijo que me quedó porque se arrolló [enrolló] enseguida, al tiro que nació la guagua, se arrolló y no alcanzó a sacar toda la placenta. Y ella me dijo, la señora, esa fue otra señora la que me cuidó, no fue la misma de la R., esa viejita ya había muerto en esa época la primera que me cuidó. Doña Ema, esa fue la que me cuidó en mi segundo parto. Y a los tres días, otra señora me hizo un remedio para colocarme el útero porque imagínese de aquí llevarme a Castro. Y que dicen que cuando se enfría, según los médicos, cuando lo colocan, ya no hay... es negativo todo. Y esa señora me colocó el útero, lo puso en una fuente porque ya estaba afuera, eso lo puso con unas hierbas y con algo de vapor tibio para acalorarlo y dejarlo en temperatura corporal. Con pipí de alguna persona de la casa, pero que sea bien de la casa. Así que mi mamá me lo entibió eso en una bacinica tibiecito y ahí colocó el útero, y ahí me lo colocó, me lo amarró firme, me acomodó las piernas y me dejó con los pies levantados (58 años, Detif).

La labor como parteras no era remunerada en dinero, sino que luego del parto el hombre de la casa del nuevo integrante la iba a dejar a su casa a caballo junto

¹⁰ Se denomina parto seco cuando se produce la rotura de la bolsa amniótica antes de que comience el trabajo de parto y las contracciones, se cree que es más doloroso.

con “regalos”, los que generalmente eran parte de las cosechas familiares, tales como papas; o algún animal que mataban para que la partera se llevara, como una gallina.

Una vez que la partera atendía un parto se generaba una relación con esa familia para toda la vida: pasaba a ser una abuela y así se les denominaba: *“yo crecí con mi abuelita con la que vivíamos y también tenía a la abuela Ema que ella estuvo cuando nací yo”* (35 años, Detif).

Los saberes de la partería eran transmitidos generacionalmente y la manera de aprender era mediante la experiencia. La sobrina de la partera del sector de Huiñae en Detif, nos relata cómo de niña participaba en algunas tareas específicas ayudando a su tía en la atención al parto. Si bien la partera era su tía – que vivía en la misma casa de ella cuando niña – su mamá muchas veces acompañó a su tía a atender partos cuando la venían a buscar. La nieta de la partera del sector de Punta Lima en Detif, cuenta que a su abuela no le quedó de otra que comenzar a atender partos después de la muerte de la partera de la zona, ya que las otras parteras quedaban muy alejadas de este sector de la localidad. Así que la abuela Elba atendió todos los partos de su hija y de otras vecinas del sector de Punta Lima y de Huiñae, por lo que se puede apreciar que el factor geográfico y territorial incidía en la constitución de nuevas parteras en zonas alejadas o con ausencia de una de éstas de forma contigua.

Los niños y niñas tenían prohibido presenciar o mirar la escena del nacimiento, sin embargo, la sobrina de la partera de Huiñae recuerda que ella y sus primas eran partícipes de la actividad de su tía, acudiendo a buscar el agua más clara en las pozas del monte, y buscando hierbas¹¹ en el campo que después eran utilizadas en el trabajo de parto, parto y postparto. También la nieta de la partera Elba relata que, a pesar de la prohibición, se asomaban a mirar igual los nacimientos por la mirilla de las puertas.

¹¹ La sobrina de la partera Delfina no recordaba cuáles eran estas hierbas.

Como vemos en el relato de la abuela Ema, el rol que tenía la partera, específicamente en la atención del parto, era más bien de acompañar a la mujer en su proceso de parir, ya que ella preparaba y se preocupaba del ambiente: que estuviera caliente dónde fuera a parir – por eso siempre ocurría en la habitación del fogón –; de los cojines para recibir a la guagua; de hidratar y dar agüitas de hierba a la mujer; de organizar y otorgar tareas a los integrantes de la familia que estuviesen presentes; se ocupaba de que estuvieran las cosas necesarias para atender un nacimiento – las tijeras y la pitilla para el cordón umbilical, las sábanas y fajas para después del parto, agua hervida, cojines, hierbas, entre otros –; se preocupaba de que la mujer caminara, y, si era mucho el dolor que sentía, le hacía unos masajes en el sacro.

i.3. Gestación y parto.

Para dar cuenta de los resultados sobre la atención al parto, nos guiaremos por los factores del parto mencionados en el marco teórico, basándonos en el trabajo de Jordan. Éstos son: i) definición cultural del parto; ii) territorio donde ocurre el parto; iii) participantes en el parto y, iv) el uso de medicación y tecnología en el parto.

Comenzaremos por la definición cultural de la gestación y parto. Como ya decíamos en el marco teórico, el nombre dado al proceso de gestación por la población responde a una denominación social utilizada hasta el día de hoy en nuestro país, y varios otros más. Este término es “*embarazo*”, asimismo, hay otras mujeres que se refieren a este proceso como “*estar enferma*”, y al parto como “*mejorarse*” cuestión que también responde a una denominación global. Esto da cuenta de que tal evento es considerado como una situación embarazosa y de cuidados, la forma de denominarlo mantiene esta valoración negativa sobre todo en la generación de mujeres que ya tuvo contacto con el sistema biomédico, y que relaciona los controles y la ida al Hospital con enfermedad.

Si bien entendemos que dicho término responde a denominaciones que no tienen que ver netamente con razones locales, podemos notar que las mujeres

entrevistadas se refieren a la gestación con un dejo de negatividad en el sentido de que se alude a una situación inevitablemente de cuidados. A pesar de que antes las mujeres seguían trabajando la tierra mientras gestaban y a las semanas de parir volvían, irremediablemente el cuerpo exige una mayor lentitud y hay unas semanas que “*se pierden*”, en las cuales las mujeres no pueden trabajar la tierra y necesitan la asistencia de otras personas de la familia o vecinos. Como veíamos en el marco teórico, estas denominaciones responden a la patologización del cuerpo de las mujeres, que -como revisa Carme Valls-Llobet- nuestros procesos fisiológicos son y han sido tabúes en muchas culturas.

No obstante, en este período la gestación es vista como un proceso cotidiano, natural y lo socialmente esperado de las mujeres casadas. Por *cotidiano* nos referimos a que era parte de la vida, ya que al no haber acceso a los métodos anticonceptivos industriales había una tasa de natalidad mucho mayor que en la actualidad. Esto mismo, junto al rol productivo del trabajo doméstico y en la tierra que tenían las mujeres previo a la llegada de empleos asalariados, hace que la maternidad fuera lo socialmente esperado de las mujeres en edad fértil; aquello a lo que la mayoría de ellas estaba destinada.

Por *natural*, nos referimos a que este proceso es entendido como una función normal del cuerpo, lo que se relaciona con su sentido de obligatoriedad para las mujeres casadas. “*Porque un embarazo no es una enfermedad, es natural, cosas de la vida*” (56 años, Puqueldón). Al ser un evento natural, no requería mayores cuidados ni control de ningún tipo. Como veremos más abajo, el trabajo era lo que marcaba la vida de las mujeres y seguían realizándolo durante la gestación.

“*Yo nunca hice caso de mi embarazo, trabajaba, hacía todas mis cosas y llegaba la hora y nació no más*” (72 años, Puqueldón). Esta noción de “*nació no más*” denota la simpleza con que es visto el proceso reproductivo, lo cual remite también a una aceptación mayor de la muerte como parte de la vida. Esta concepción marca la diferencia con la posterior llegada de la modernidad y el control sobre la vida de las personas por parte del Estado, es decir, con la llegada

del biopoder y una comprensión de la vida que omite y rechaza la muerte haciéndola tabú;

“No tuve ningún problema, puro trabajo no más era. No tuve ningún cuidado especial, meta trabajo no más. Ahora es más delicada la gente” (82 años, Puqueldón).

Algunas entrevistadas dan cuenta de algunos cuidados generales, tales como evitar llevar cargas grandes y caídas, pero en un contexto de trabajo con grandes exigencias físicas de todas formas. Es así como una de nuestras entrevistadas de más edad, cuenta que trabajó

Con la madera y la carga al hombro, la leña, con el hacha cortar leña al monte, todo igual no más. Hasta cuando venía, llegaba la hora, ahí uno dejaba las herramientas para trabajar. Igual uno tiene que andar con un cuidado único si pues por sí mismo, si pasa algo, se cae, hace mal, hubo una carga de más pesada, también a lo mejor puede venir de un viaje, así que ese es el cuidado que había que tener (92 años, Puqueldón).

En este contexto *“ser mamá era lo que le tocaba no más a una”* (82 años, Puqueldón). Es decir, la maternidad no era una opción que una mujer podía decidir libremente, lo cual se entiende mejor si consideramos que los métodos anticonceptivos aún no estaban al alcance de las mujeres y hombres de sectores rurales (la Iglesia Católica tenía un fuerte impacto sobre la sanción de la moral en el Chile rural). Asimismo, la “planificación familiar” estaba determinada también por factores laborales, al menos en parte, ya que la mayoría de los hombres pasaba largos períodos fuera de la casa, trabajando en estancias ganaderas en la Patagonia.

En este periodo histórico, el discurso sobre la vida en general y sobre la maternidad y sus procesos en particular, está caracterizado por el trabajo de la tierra. Este sentido de vida dado por el trabajo se refleja en la forma en que las mujeres entrevistadas hablan al respecto y “miden” todos los procesos en función de cuánto afectaban al trabajo en el campo, con las siembras y cuidados de los animales:

No tuve ninguno de los ocho hijos que tuve, algo malo, siempre trabajando. En el campo se trabaja, no es como el pueblo, bueno igual se trabaja, pero no como los trabajos que se hacen en el campo. Acá trabajamos en la tierra, sembramos, así que se revuelve el terreno para plantar las papas, se hacen los arados, todo eso, con esas herramientas. Así que hacha, gualato, horqueta, pala, todas esas cosas pasaron por mis manos, porque hay que trabajar con eso porque si nos vamos a sentar, no tenemos nada. Con la madera y la carga al hombro, la leña, con el hacha cortar leña al monte, todo igual no más. Hasta cuando venía, llegaba la hora, ahí uno dejaba las herramientas para trabajar. Igual uno tiene que andar con un cuidado único sí pues por sí mismo, si pasa algo, se cae, hace mal; hubo una carga de más pesada, también; a lo mejor puede venir de un viaje, así que ese es el cuidado que había que tener, pero yo tuve ocho hijos y no me pasó nada (92 años, Puqueldón).

Al igual que la gestación, el parto es considerado como un acontecimiento natural, es decir, que se desencadenaba en cualquier momento y en cualquier lugar y así es como debía ser. El movimiento del cuerpo durante la gestación y el trabajo de parto era la manera de prepararse y de enfrentarlo en buenas condiciones físicas: *“Viste que la mujer cuando anda de parto y es muy buena para trabajar no siente dolor, porque era muy sana la madre”* (95, San Agustín). Esto también aseguraba que la parturienta siguiera realizando sus labores en la casa y en el campo: *“Todos mis partos fueron tranquilos, trabajando. Si trabaja es mejor, no siente nada. Un día me acuerdo que treinta carretadas subí de arena de la orilla de la playa. Lo conté. Y a la noche ya nació la guagua”* (82 años, Puqueldón).

Si bien en algunos partos se experimentaba dolor, este dolor era considerado también como parte normal del proceso: por lo tanto se vivía con tranquilidad y normalidad y no existía la necesidad de eliminarlo. Solo se calmaba con ciertas posiciones (afirmada la parturienta se ponía de cuclillas), u otros métodos como masajes o infusiones de hierbas: *“Yo aguantaba el dolor no más, el dolor pasa cuando nace la guagua no más, ahí quedas tú como si no hubiera pasado nada, desaparece como arte de magia el dolor”* (56 años, Puqueldón).

Las madres primerizas enfrentaban su primer parto con miedo: *“Con mi primer hijo estaba asustada, con el segundo ya sabía lo que era. No se hablaba mucho sobre esos temas, uno sola no más”* (74 años, Detif). Además, la gestación y el

nacimiento son temáticas que no se hablan, no son vivencias que se transmitan de generación en generación, ya que, como hemos visto, más bien corresponden a tabúes culturales. Por esto, se viven con naturalidad y como parte de la cotidianidad de las mujeres de la Isla, pero no se conversa sobre dichos acontecimientos. *“Antes no se hablaba nada de eso con la mamá, puro guascazo no más, no huasca, una correa”* (83 años, Puqueldón).

Habiendo dado cuenta de la definición cultural del proceso reproductivo, observemos quiénes participaban en un parto en casa en la Isla Lemuy. La persona encargada de brindar la atención durante el nacimiento eran las parteras locales – que ya hemos descrito con detención –, y además existía una activa participación de la familia de la parturienta. Podían estar presentes en la misma pieza del nacimiento todas las personas de la casa, excepto los niños y niñas, llegando a veces hasta los diez presentes: *“Estaba la familia que estaba en la casa no más po, todos estaban ahí”* (72 años, Puqueldón).

El hombre presente de la familia –no olvidemos que generalmente los hombres viajaban largos períodos de tiempo fuera de la región por temas laborales – estaba encargado de ir a buscar a la partera más cercana una vez que la parturienta comenzaba su trabajo de parto. El resto de la familia debía ayudar a la partera con los implementos que ella necesitara para el parto: preparar las hierbas, calentar agua, traer sábanas limpias, entre otros; y generalmente había alguna otra mujer que podía ser la madre, la tía, la hermana, o la vecina de la parturienta, o bien, la misma partera, que se encargaba de brindarle apoyo emocional y contención: *“En Castro no te atendían nunca como una partera aquí en casa, lo dejaban en el hospital no más y que grite no más po. La partera me decía que me relajara, que no tuviera miedo no más”* (56 años, Puqueldón).

Respecto al territorio o lugar donde ocurre el parto, este era la casa de las propias parturientas. Dentro de la casa, el lugar preciso para parir generalmente era el fogón, el lugar más cotidiano y donde se concentraba el calor, este último muy importante al momento de parir. El calor es fundamental para resguardar la salud de la parturienta y del recién nacido, ya que ambos necesitan permanecer a una

alta temperatura durante este proceso. El obstetra y epidemiólogo Michel Odent (2014) es enfático en afirmar –en sus libros y conferencias – que este es el único elemento importante y común en todas las culturas, y el único para la especie humana necesario para la diada durante el nacimiento. Además de la necesidad de calor, este lugar escogido para el nacimiento, representa la cotidianidad de la vida en el campo, la soberanía sobre el proceso de parir, y la intimidad del mismo:

El fogón era asimismo el espacio donde se reproducía la vida cotidiana, era el lugar en el cual la familia pasaba la mayor parte del día y el fuego presente tenía además una connotación de reunión, de otorgar seguridad y de compartir (Ibacache, Leighton y Monsalve, 2008: 12).

Cuando los partos eran en la casa, se utilizaban muy pocos elementos tecnológicos. Los que se empleaban eran cordeles que se ponían en el techo para que las mujeres hicieran fuerza y pudieran sostenerse y mantener la posición adecuada, lo que a veces también se obtenía con el uso de una varilla a que la mujer se afirmaba, permitiendo pujar con fuerzas a su guagua al mundo extrauterino; a veces un banquito para el momento del expulsivo: *“Pura fuerza no más, y afirmarse de algo, se ponían en las vigas del techo un cordel cualquiera, se envolvía con un trapo y ahí se tomaba.”* (74 años, Detif).

También, una mantilla para envolver al bebé y fajas tejidas a mano; agua hervida; y para el cordón umbilical, una pitilla para amarrarlo y una tijera para cortarlo.

Respecto a la medicación utilizada, sólo se daban remedios naturales y caseros como “cocimientos” de hierbas, cortezas o azúcar quemada:

La partera daba hierbas, aguas que uno tome, se relaje po, me imagino que sería pa eso. Y no, te estregaba, te sobaba la guatita, esas cosas. Toda clase de remedios con toda hierba, se hervía y se hacía remedio (83 años, Liucura).

Después del parto se le preparaba un caldo de gallina a la parturienta para recuperar las fuerzas que implicaba parir: *“después le daban una sustancia. La sopita de gallina, la pura sopita. (...) Yo ya era grande, me recuerdo que carnearon una gallina y le dieron eso”* (58 años, Puqueldón).

Finalmente, vemos que en este período no existía otro tipo de atención al parto y a la salud reproductiva de las mujeres, más que la brindada por las parteras. Si bien su labor es bien valorada por las mujeres de la Isla Lemuy, es importante comprender que no había acceso a otro tipo de atención; primero, no se conocía y luego, no tenían los medios para acceder al hospital. También vemos que el nacimiento y la gestación son vividos como experiencias cotidianas y domésticas, por lo tanto, no está presente la creencia, la práctica ni la experiencia de medicalizar ni de trasladar dichos procesos al Hospital.

IV.ii. La transición: de las parteras a la salud oficial

En Chiloé se creó el Servicio Nacional de Salud en el año 1952, el cual establece una serie de normativas en pos de institucionalizar el sistema biomédico de salud. Este proceso contribuyó a mejorar los indicadores sanitarios de la población, pero también implicó el desplazamiento de los sistemas médicos tradicionales y locales, junto con la hegemonización del sistema médico oficial.

En este sentido, en la década del '60, se inició una estrategia a nivel nacional, orientada por políticas de corte internacional, que consistía en la implementación de políticas públicas de salud en la ruralidad chilena, a modo de lograr una mayor cobertura desde el Estado y su paradigma de salud oficial y central. Este plan nacional no incluyó la salud tradicional de cada localidad del país, sino que vino a imponer su propio paradigma y sistema de salud: el biomédico. Para lograr establecerse en cada localidad, se trabajó con campañas de educación tanto en los colegios como en los centros de salud rural (consultorios y postas), además de la realización de visitas domiciliarias por parte del personal médico capacitado (Zárate, 2007). Es así como en Chiloé pronto se realizaron rondas médicas para lograr una mayor cobertura médica en el sector y se construyeron postas en algunos sectores tales como Puqueldón –en la Isla Lemuy – en el año 1962, dotándola de un técnico paramédico residente de tiempo completo.

Sin embargo, la implementación del sistema de salud oficial no fue fácil ya que los sistemas de salud tradicionales estaban bien posicionados en la población y constituían la única forma de atención hasta ese momento. Es por esto que, además de la posta, del paramédico residente, de las rondas médicas, de las campañas de educación, se optó por prohibir, perseguir y castigar la atención local de los partos, así como otros mecanismos de control tales como “premiar” a los paramédicos que no tuvieran partos domiciliarios en sus sectores, u obligarlos a acudir a carabineros para que estos encarcelaran a la partera que asistiera dicho parto fuera del hospital o de los centros de salud sancionados como ilegítimos para dicho evento fisiológico. De este modo, “Esta situación llevó a que la medicina tradicional se convirtiera en un conocimiento escondido, y que los

sanadores – en especial las parteras – al verse amenazados fueran abandonando el ejercicio de su práctica” (Ibacache, Leighton y Monsalve, 2008: 18). Finalmente, los esfuerzos por constituir al sistema de salud oficial como único sistema de atención local fue exitoso, al menos en la atención al parto, ya que todos los mecanismos mencionados, junto con el mejoramiento de las vías de comunicación-transporte de la comuna de Puqueldón, derivaron en que actualmente no se atienden partos en la Isla Lemuy –salvo excepciones-, sino que todos son derivados al Hospital de Castro.

Para tratar estas temáticas, trabajamos principalmente con tres entrevistas de personas pertenecientes al área de la salud en el período analizado. Actualmente el y las entrevistadas están jubiladas. El primer paramédico trabajó durante 30 años en la posta de Puqueldón, por lo tanto fue el único paramédico residente en la Isla por muchos años, también atendió una gran cantidad de partos. Era denominado como “practicante” por los habitantes de la Isla. A través de su relato y las memorias que él escribió en el año 1980, hemos podido ver la transición que tuvo la atención al parto y a la gestación en la Isla.

Asimismo, la primera auxiliar paramédica de la posta de Detif desde el año 1970 nos confirma lo que nos relata el primer paramédico de Puqueldón pero profundiza en algunas estrategias realizadas “desde arriba” para establecer la salud oficial como la única forma de atención. Además de entregar algunas especificaciones de la localidad considerada hasta el día de hoy como la más aislada – valga la redundancia - de la Isla Lemuy. Y, por último, conversamos con una enfermera del Hospital de Castro desde 1975, quien fue encargada de trabajar con los paramédicos de las postas rurales en terreno. Con ella comprendimos las dinámicas que había entre las políticas públicas en salud, el hospital y las postas rurales de la Isla.

Es importante señalar que debido al aislamiento geográfico del Archipiélago de Chiloé, estos procesos se vivieron con cierto “desfase” en relación a la ruralidad del Chile continental. En este sentido,

Si bien hoy la cifra de partos institucionalizados en Chiloé alcanza el promedio nacional, dada la dispersión geográfica, los recursos de la propia cultura y el difícil acceso a los establecimientos de salud, la brecha entre la realidad del Archipiélago y el resto del país era mucho mayor durante las décadas pasadas (Ibacache, Leighton y Monsalve, 2008: 17).

Así la geografía y demografía del lugar se convierten en elementos constitutivos tanto del desarrollo del sistema médico hegemónico y local, como de su coexistencia.

Siguiendo los conceptos de sistema de salud y modelo de atención definidos en el marco teórico, en la presente investigación encontramos un sistema de salud tradicional-local y un sistema de salud oficial, sin olvidarnos que ambos dialogan y que no se presentan de manera rígida en las prácticas familiares. El sistema de salud tradicional-local se refiere a la atención de la gestación y el nacimiento que se desarrolla en la comuna de manera tradicional por agentes locales de salud como las parteras, revisado en profundidad en el capítulo anterior. Mientras que el sistema de salud oficial es el implementado mediante políticas públicas y programas estatales de salud a nivel nacional, el cual es aplicado en cada localidad con sus respectivas particularidades. No obstante, las bases conceptuales del sistema de salud oficial derivan del modelo médico imperante, es decir que éste trabaja desde el modelo de atención o paradigma biomédico.

A continuación daremos revisión a las interrogantes asociadas a este capítulo de la investigación: ¿Por qué la labor de las parteras fue desplazada en la Isla Lemuy por los paramédicos? ¿Cómo se logró institucionalizar el sistema oficial en la atención a la gestación y al parto? ¿Este proceso insular tiene relación con un proyecto país?

ii.1. Llegada de la salud oficial a la Isla: primer escenario.

En el año 1962 se creó la primera posta rural de la Isla en Puqueldón junto con la llegada del primer auxiliar paramédico residente, el cual estuvo solamente un año, por lo que la comunidad no lo recuerda. La posta fue construida por estudiantes universitarios¹² en conjunto con la comunidad, con recursos otorgados tanto por el Municipio como por la universidad. En esta se atendía a una población de aproximadamente 4.800 habitantes, y se realizaba una ronda médica cada dos meses con un médico general y a veces un dentista, pero no realizaban un seguimiento médico: *“no había un equipo de salud que coordine con uno para hacer todos los controles, eran cosas por el día”* (Paramédico, Puqueldón). Los traslados hacia Castro, centro de derivación más cercano, eran sumamente difíciles, puesto que como transporte de urgencia solo existían un caballo y una lancha, y la salida de esta última dependía de las condiciones climáticas.

En 1974 fue asignado un nuevo auxiliar paramédico residente a la posta de Puqueldón como punto fijo para apoyar al primero, quien siguió a cargo de recorrer la Isla brindando atención médica. Hasta que en 1975, se construyeron postas y estaciones médico rurales, primero, en los sectores de Aldachildo y Liucura, continuando con las de Ichuac, Detif, Puchilco y, finalmente, Lincay. Después de varios años se agregó mayor personal a la ronda médica y, más tarde, a la posta de Puqueldón, tales como enfermeras, matronas, dentistas y médicos. Ya en 1979 aproximadamente comenzaron las rondas médicas en el barco Cirujano Videla, las cuales se realizaban una vez al mes por todas las playas de la Isla Lemuy. Pero, a diferencia de las rondas médicas anteriores, éstas eran coordinadas por los paramédicos de las postas rurales y se realizaba un seguimiento a los pacientes, así como también se revisaban los casos más complejos y se evaluaban los traslados al hospital: *“Así que yo tenía que entrar con bote a remo con mis fichas y con mis pacientes para la atención a bordo en el barquito.”* (Auxiliar paramédica, Detif).

¹² Los informantes no especifican de qué universidad provienen.

1.A. Aislados del Hospital: las mareas, el viento, la lluvia

El mar marca profundamente la vida en el archipiélago de Chiloé, aparece en cada relato y en cada entrevista realizada, ya que forma parte de sus creencias, es fuente de trabajo y alimento, en definitiva el mar los condiciona y constituye. El aislamiento geográfico también es constitutivo de la localidad, dependiendo completamente del mar y el clima, de las mareas y la lluvia:

Si había temporal, muchas veces nos pasamos a quedar alojados por ahí por cuando no podíamos cruzar por los vientos, así que nos quedábamos por ahí por las islas, ahí pasábamos a alojarnos. Esperar a que calme el viento y ya el otro día salir. Como la gente por acá no es como en otros lados que ignoran a la gente, acá la gente es toda solidaria. Ellos nos admitían en sus casas, ahí nos alojábamos, nos daban café en la noche. Esperar que calme el viento (60 años, Ichuac).

Antes solo habían huellas que indicaban los caminos y, no olvidemos que la Isla es conocida por sus bosques nativos, lo que dificultaba aún más el paso de los habitantes por la Isla. El caballo era la única forma de trasladarse dentro de la Isla y para ir a la Isla Grande, al principio solo había bote a remo, luego les pusieron motor y, más tarde, llegaron las lanchas que seguían siendo pequeñas pero tenían techo. Estas últimas mejoraron un poco las condiciones del traslado porque se podían cubrir del viento, del frío y de las lluvias. Sin embargo, seguían dependiendo de los fuertes vientos y lluvias, que provocaban peligrosas olas y nublaban la vista de los conductores de lanchas.

Las mareas altas, el viento y la lluvia también complejizaban el traslado al interior de la Isla porque la marea alta impedía el paso de algunos tramos de la costa que no se podían cruzar a caballo ni a pie. Y la lluvia inundaba algunos pasajes de las huellas, además de la dificultad de andar a caballo o a pie con temporal.

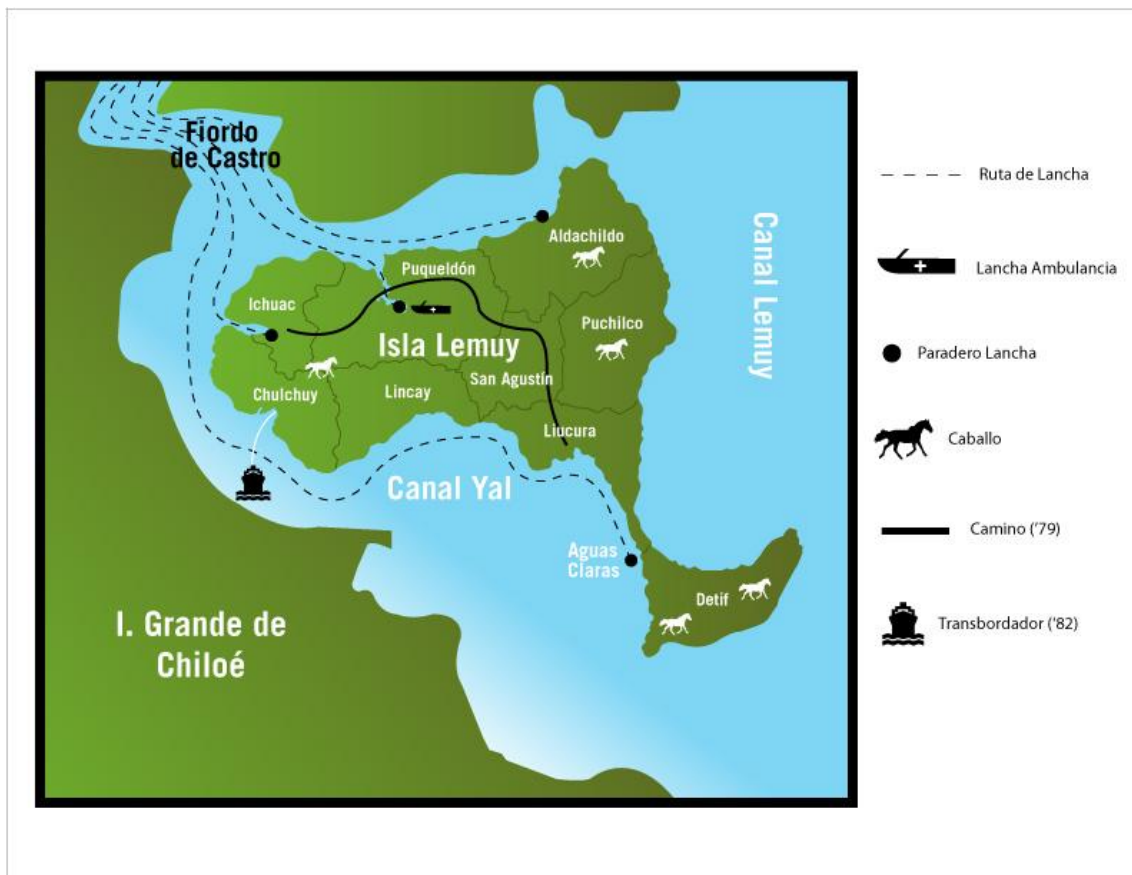
A continuación podemos ver en el mapa N°2, las formas de traslado que tenían en este período y las rutas que realizaban las lanchas recogiendo gente para ir a Castro y luego de vuelta realizaban el mismo trayecto parando en cada lugar donde los pasajeros lo necesitaran. También podemos ver las paradas de las

lanchas, donde había una pequeña construcción de madera tipo “muelle”, en cada una salía una lancha al día. Las lanchas que salían desde Aguas Claras iban parando para recoger a las personas que esperaban en la costa:

La lancha salía no de este lado, sino que del otro lado de Detif, del otro lado, de por ahí de Aguas Claras sería el otro lado. Había que salir de aquí a las cinco de la mañana y llegaba a Castro a las nueve o diez según cuanta gente recogía la lancha... de a pie, a la amanecida de a pie (Auxiliar paramédica, Detif).

La primera auxiliar paramédica vive en la playa, al lado del mar pero al otro lado de las rutas de las lanchas, por lo tanto tiene que ir caminando o a caballo hasta la parada de la lancha en Aguas Claras. Al igual que ella, todas las personas que vivían en Detif realizaban este trayecto para poder ir a Castro. En los otros sectores, las personas se acercaban a la parada o ruta de lancha más cercana.

Mapa N°2. Mapa de la Isla Lemuy.



Elaboración propia

La posta de Puqueldón tenía una lancha ambulancia y un caballo, ambos para trasladarse a todos los sectores de la Isla para brindar atención médica, por eso el paramédico atendió partos en todos los sectores. En caso de emergencia de tener que trasladar alguna parturienta al hospital de Castro era complejo pero ocurrió algunas veces:

Como les digo, cuando no había camino, había que llevarla en camillas, en caso de partos muy complicado, buscábamos a 4, 5 o 6 personas, uno a cada lado para llevarla hasta el mar, por los cerros, por los cercos. Íbamos a pie hasta que llegábamos a la lancha (Paramédico, Puqueldón).

El primer camino construido al interior de la Isla Lemuy fue en el año 1979 y comprendía el tramo entre Ichuac y Liucura, pasando por Puqueldón y San Agustín (ver mapa N°2). Al año siguiente llegó el primer bus comunal y una camioneta para la municipalidad y otra para la posta. Estas nuevas formas de comunicación vial derivaron en una mayor accesibilidad a la salud oficial, facilitaron el control médico de los paramédicos locales y de las rondas médicas. Estos cambios también hicieron más factibles los traslados de la atención al parto al hospital: *“Hubo mejores caminos, caminos buenos, y llegó el equipo de salud, entonces trataba de conversar con la gente y tratábamos de inculcar a las embarazadas que fueran al Hogar de la mujer campesina”* (Paramédico, Puqueldón).

En casos de traslados de emergencia o cuando las mujeres querían ir al hospital una vez que ya habían comenzado con su trabajo de parto, Paramédico las llevaba a Ichuac en la camioneta de la posta, ahí ellas cruzaban en lancha a la Isla Chiloé – cerca de Chonchi – y luego, en bus, caminando, o en algún auto o taxi que encontraran, llegaban a Castro. O bien podían – dependiendo del clima – irse en lancha hasta Castro.

Así, Rosa nos relata su primer y único parto de hace 30 años:

En ese tiempo no había camino yo me fui caminando, el paramédico don Paramédico tenía una camioneta amarilla, ese me pasó...y ahí me fui caminando hasta Chonchi con mis dolores era un día domingo me recuerdo

mucho que pasó un taxi, iba llegando ya, y gracias a Dios, porque en ese tiempo no había nada (55 años, Puqueldón).

En esos años las mujeres de la Isla Lemuy ya se iban a parir al hospital de Castro, sin embargo, esta situación seguía siendo compleja, a pesar de los nuevos caminos, del bus, de las camionetas y del transbordador. Esta complejidad derivaba en la necesidad de acudir a la partera en algunas ocasiones de emergencia. Las parteras ya no se presentaban como la única posibilidad de atención al parto, sino como un apoyo en caso de que la mujer no alcanzara a irse a Castro y comenzara el trabajo de parto en su casa.

1.B. Del fogón en cuclillas, al dormitorio acostada.

El primer parto lo recuerdo bien porque había como un kilómetro de acá, cuando llegué estaban atendiendo varias personas, como unas diez personas adentro de la pieza, y todos querían que empuje, que haga fuerza nomás. Había una partera y conversé con ella para que la gente saliera y me hicieron caso, así que como tres o cuatro nos quedamos adentro. Entre dos teníamos que, a la manera antigua, tirar una soga de arriba y con eso se hacía tener la guagua sentada. Y ahí se tiraba cuanto rato estaría tirando hasta que la persona no daba más. Así que le dije que porque no la llevábamos a la camita y de ahí que esperemos un tiempo porque no tenía muchas ganas de pujar, hasta que llegó la hora y salió, salió bien mi primer parto (Paramédico, Puqueldón).

La entrada de la salud oficial en la atención de los partos se traduce en el inicio de una nueva forma de hacer las cosas, a la manera biomédica. Un elemento central de esta nueva manera es el traslado de las mujeres parturientas a la cama. La posición elegida tradicionalmente por las mujeres para parir había sido en posición cuclillas, la cual facilita la salida del bebé¹³. Pero el paramédico consideraba que esa posición y el lugar – al lado del fogón – no eran adecuadas, higiénicas ni seguras para un parto. Para él lo correcto y los conocimientos válidos eran los que le habían enseñado en la Academia y en el Hospital de Castro en sus prácticas y capacitaciones: *“Yo las atendía acostadas en la cama,*

¹³ En la mayoría de las culturas se ha estudiado que las mujeres escogen una posición vertical para parir. Esta posición facilita la salida del bebé debido a que permite una mayor apertura de la pelvis, controla la presión sobre la cérvix y con ello a una correcta dilatación, disminuye el dolor de las contracciones, permite el giro del bebé en el canal del parto, y la gravedad ayuda (Odent, 2009).

así me enseñaron a mí.” (Paramédico, Puqueldón). Entonces, se traslada la fase expulsiva del parto, del fogón a la pieza, y de la posición cuclillas a decúbito dorsal.

También se introducen fármacos para disminuir los dolores de parto, los cuales coexisten con las hierbas dadas por las parteras. Al principio, el paramédico solo lo van a buscar una vez que comienza el trabajo de parto, y acude con su maletín médico en el cual lleva algunos elementos nuevos que introduce:

Tenía mi equipo de parto, un equipo que esterilizábamos en Castro, así que yo tenía mi caja con mi equipo, mi instrumento, todo lo que se necesita o lo básico. Tenía pinzas, tenía mis tijeras, tenía mis cordones, tenía mis sabanillas, mis toallas, eran un bolso con mi equipo, mi equipo de parto. Ya lo ocupaba eso y cuando iba a Castro, me llevaba mi equipo para que me lo esterilicen allá y lo traía de nuevo y así. Mis guantes, todo lo que se necesita, o sea, lo básico para atender un parto. Claro, acostada en la cama y alguien que me ayudaba y ahí hacía todo como para poder atender el parto (Auxiliar paramédica, Detif).

Otro cambio importante es la disminución en el número de participantes en el parto, con las parteras podían estar presentes todos menos los niños. Con el paramédico solo estaba él y una persona más, ya sea la partera o la abuela, o en algunos casos ambas; pero nunca había más de tres personas en la pieza además de la parturienta.

A diferencia del rol de las parteras que veíamos en el capítulo anterior que eran más bien pasivas, el papel del paramédico es activo, es decir, él decide qué y cómo se hacen las cosas, además de dar instrucciones a las parteras, la familia presente y a las parturientas: *“debes ayudarla, decirle que puje, y uno tiene que ir diciéndole más fuerte...”* (Paramédico, Puqueldón). Luego él recogía al bebé y se lo entregaba a la partera para que ella se hiciera cargo, mientras el paramédico se encargaba de la parturienta y controlaba el alumbramiento de la placenta, la que tiraba despacio. Esta última ya no la pueden enterrar como solían hacerlo: *“Cuando ya había camino, yo intentaba llevar la placenta a Castro para que me la revisen, pero si no se podía, se botaba”* (Paramédico, Puqueldón).

ii.2. Estrategias de instauración de la salud oficial

Como hemos visto, nos encontramos con un primer escenario en el que coexisten ambos sistemas brindando la atención al parto en la misma Isla y *de la mano*. Luego vemos que los traslados al hospital se logran institucionalizar como lo normal y lo correcto, construyendo un nuevo escenario, que se constituye con la sobrevivencia de las parteras de la Isla Lemuy – por necesidad – y el sistema de salud oficial como **la vía**.

Tal como planteábamos en el marco teórico, el poder se presenta como efectos de verdad y el sistema de salud oficial llega a la localidad caracterizado por una mirada etnocentrista, presentándose como única verdad y única forma de ser y hacer las cosas. En definitiva, como el único modo de atención a la gestación y al parto válidos. La única verdad, la única vía. Para lograr este cambio en el sentido común de la población fue necesario construir un nuevo sentido de los partos: éstos se vuelven peligrosos y por ende necesarios de atender biomédicamente y en un hospital, y los partos domiciliarios se ven como anticuados, brutales, salvajes. Esto se logra mediante distintas estrategias desde “arriba”: desde el Estado, el Servicio de Salud, el Hospital y las postas rurales con el personal médico. Foucault plantea que existen tres formas de estrategia, una que refiere a los medios empleados para lograr un objetivo, la segunda para designar la forma en que una persona actúa premeditadamente buscando obtener ventajas sobre los otros y, la tercera, alude a:

Los procedimientos usados en una situación de confrontación con el fin de privar al oponente de sus medios de lucha y obligarlo a abandonar el combate; es una cuestión entonces de los medios destinados a obtener una victoria. Estos tres significados van juntos en situaciones de confrontación -guerra o juego- donde el objetivo es actuar sobre el adversario de tal forma de volver la batalla imposible para el otro. Por tanto, la estrategia se define por la elección de soluciones ganadoras (Foucault, 2002: 20-21).

Las distintas estrategias – en sus tres formas foucaultianas – que se utilizaron para lograr abarcar la mayor población posible de todos los sectores de la Isla Lemuy e inculcar la medicina biomédica como la forma correcta de atención, y la

única, fueron varias. A continuación revisaremos las que pudimos investigar a partir de los relatos realizados: sumisión, control y persecución de las parteras; capacitaciones al personal de salud; campañas de educación a la población; control de la población y; el miedo y el rol de los carabineros.

2.A. Control y sumisión de las parteras.

Las mujeres se negaban a trasladarse a parir al hospital de Castro, por un lado, por lo que implica alejarse tantos días de sus labores económicas y domésticas y, también, porque existía desconfianza hacia el tipo de medicina que se estaba empleando: se sostenía la creencia popular de que al hospital se “iba a morir”. Pero también porque las mujeres no querían ser atendidas por hombres en un proceso tan íntimo, hasta hoy las mujeres mayores de la Isla evaden los controles ginecológicos por vergüenza.

Asimismo, existía mayor confianza hacia las “meicas” y/o “parteras”, debido a esto el paramédico tuvo que crear estrategias para posicionarse en la localidad y, como él dice, debió luchar día a día por demostrar que su trabajo obtenía buenos resultados. A medida que pasaron los años, la confianza en este profesional fue aumentando, llegando el momento en que se logró generar la confianza suficiente en los pacientes como para ser atendidos por todo tipo de enfermedades, pasando las “meicas” y/o “parteras” a ser el apoyo más cercano, obteniendo así un trabajo en “equipo”, cuestión que fue exitosamente lograda en la Isla Lemuy. En palabras del mismo don Paramédico:

Compartí varios partos con otras parteras, las parteras me ayudaban, siempre les daba labor para que no se sientan que les quitaba el lugar, yo trataba a las mujeres con amabilidad. Que lleguen primero que mí, que había que traer agua hervida en un lavatorio y ellas se encargaban de tener el lugar para cuando yo les diga, la iban a buscar primero a ella, pero siempre querían que yo esté y yo estaba (Paramédico, Puqueldón).

Así, pasa una primera fase en la que el paramédico se sitúa con y desde una marcada superioridad en temáticas del trinomio salud-enfermedad-tratamiento, y construye confianzas. En este sentido, ya desde el primer parto que atiende en la

Isla se posiciona y lo realiza a su manera, a la manera biomédica, situando a la partera en un segundo plano: *“Yo no más usaba guantes, ellas tenían que hacer otras cosas, traer agua caliente.”* (Paramédico, Puqueldón).

De este modo, la mantiene ocupada como su ayudante, de su lado como “amiga”, la controla y la vigila para que no se resista ni se rebele a estas transformaciones en la atención al parto:

Las parteras tienen poder también y uno no debe irse en contra de ellas porque tiene poder, así que prevenía haciéndome el amigo con ellas, las introdujimos bien. Igual a las machis, ellas también atendían (Paramédico, Puqueldón).

La relación entre las parteras y el paramédico en la Isla Lemuy obedece, por un lado, al conocimiento autorizado versus el conocimiento popular, pero también a la construcción simbólica del género en esa época. Así, el paramédico se presenta como el profesional que estudió, por ende, es él quien sabe, él es el autorizado por el Estado para ejercer atención oficial a la salud y enfermedad de la población, y no es casual que sea un hombre. Ambos elementos lo sitúan en un estado superior a cualquier médico popular y, sobretodo, a las parteras, las cuales define en función de la atención que a él le enseñaron en la Academia:

Nunca tuve un problema con alguna partera, es que yo tuve cuidado, aunque a veces me daba rabia, porque a veces no tenían cuidado, querían hacerlo como antes y tirarlas con fuerza, y yo pienso que la manera de hacerlo que tenían es poco higiénica (Paramédico, Puqueldón).

Como vemos, el discurso biomédico, sitúa a las parteras - sin estudios oficiales y siendo mujeres – como poco higiénicas, inferiores, no aptas para realizar correctamente la atención a la gestación y al parto. Es por esto que es fundamental el control y la forma de sumisión que realiza el paramédico hacia las parteras, no es solo simbólica, ocurre de manera directa y tangible, a nivel de las prácticas y las creencias: *“tenía que decirle que se lavaran las manos antes de hacer cualquier cosa y les hacía hacer las cosas frente a mí.”* (Paramédico, Puqueldón).

Las estrategias que utiliza Paramédico para situar a las parteras en un segundo plano en los partos y, asimismo, quitarles el protagonismo a las parturientas, son eficaces ya que desde el primer parto que atiende logra imponer el modelo biomédico de atención al parto. Así vemos como las parteras están al servicio del paramédico, lo que responde a un contexto nacional e incluso mundial:

En el mundo entero las parteras se ven asediadas a medida que aumenta el poder y la influencia de la biomedicina. Las parteras tradicionales están en peligro de extinción y las profesionales en muchas oportunidades están al servicio de modos de saber etnocéntricos y prácticas biomédicas (Davis-Floyd, 2009: 54).

Sin embargo, en este período de coexistencia de ambos sistemas de salud, siguen habiendo partos atendidos solo por las parteras, en los que persiste su forma de atención a los nacimientos. También vemos que, en una primera instancia, Paramédico no logra trasladar los partos domiciliarios al hospital, debido a una gran resistencia en la Isla.

2.B. Capacitaciones inter-islas.

Las principales problemáticas con las cuales trabajaba la Atención Primaria en los años 75-80 eran desnutrición, control de embarazo y atención del recién nacido, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad (sobre 100). Antes de la municipalización de la salud existía un espacio de trabajo denominado “terreno” que consistía en un equipo de salud que se trasladaba a las zonas rurales a atender; es lo que hoy conocemos como atención primaria. Conversamos con la enfermera Enfermera de terreno encargada de uno de los equipos de terreno compuesto por ella y cuatro o cinco auxiliares de enfermería –lo que hoy se conocen como técnicos paramédicos-. Más o menos en el año 1976, Enfermera de terreno junto a un equipo conformado por una matrona, dos enfermeras y una nutricionista, crearon una capacitación inter-islas que incluía a las islas Lemuy, Quehui y Chelín. Esta consistía en la realización de capacitaciones, cursos y

talleres para los técnicos paramédicos y voluntarios de salud¹⁴ de las islas mencionadas. La señora Iliá de la posta de Lincay – en la Isla Lemuy – fue una de las voluntarias de salud, quienes no eran técnicos paramédicos sino que los nivelaban y preparaban para ser monitores de salud.

Las primeras capacitaciones inter-islas se realizaron con el objetivo de – en palabras de la enfermera – *“sensibilizar a los técnicos y a los voluntarios en la pesquisa de recién nacidos, embarazadas y desnutridos, y la técnica visita a domicilio. Cómo tenían que hacerlo, qué cosas tenían que ver, cómo tenían que acercarse a la gente.”* En estos encuentros acudían todos los paramédicos de las postas de la Isla Lemuy y de las otras islas, en los cuales intercambiaban sus experiencias en terreno: cómo llevaban la atención y los controles, qué problemas se les presentaban, cómo los resolvían, a cuánta gente estaban atendiendo, cuánta gente acudía a la posta, cuántas visitas domiciliarias realizaban. Y, al mismo tiempo, las enfermeras del hospital los escuchaban, los contenían y también les iban enseñando el qué debían hacer y cómo tenían que realizarlo:

Entonces estas jornadas de atención primaria era una forma de expresar de los equipos de salud lo que hacían y pensaban que era innovador. No innovador teóricamente, era innovador en el momento para el lugar donde ellos estaban, eso es innovación (Enfermera de terreno, Castro).

Luego, los paramédicos aplicaban los nuevos conocimientos en sus respectivas localidades.

Cerca de los 80` había financiamientos extranjeros y, por lo mismo, exigencias en salud a nivel internacional que el ministerio de salud buscaba alcanzar. El trabajo en salud pública depende también de los contextos políticos del país y de las discusiones que se dan a este nivel- tal como discutimos en los antecedentes de nuestra investigación- y dependiendo del proyecto de país que se quiera desarrollar en cada gobierno, se va transformando la salud: así, las políticas y los programas están en función de este “proyecto país”. Así es como en el gobierno

¹⁴ Los voluntarios de salud son parte de un proyecto país que se desarrolló en el Gobierno de Salvador Allende que trataba de capacitar en salud a las mismas personas de la comunidad (ver CAPÍTULO II.ANTECEDENTES DE LA SALUD PÚBLICA EN CHILE).

de Allende la salud comunitaria fue el eje central, mientras que durante la dictadura, el trabajo comunitario quedó reducido a la ruralidad. En este marco, en Chiloé se realizó

Un primer encuentro, por indicación del nivel ministerial, encuentro de postas y un primer taller... aquí en Castro se reunieron todos los TENS de postas y consultorios... Hicimos con Ale -una enfermera del Ministerio- nuestro primer taller, que tenía enfoques iguales, de acuerdo a los problemas: mortalidad infantil, atención profesional del parto, planificación familiar que era en ese tiempo muy fuerte (Enfermera de terreno, Castro).

Antes de lograr el control de la gestación y el traslado de los partos al hospital, se consideraba importante en este grupo de “terreno” del hospital, capacitar a los paramédicos para que ellos desarrollen la capacidad de distinguir las gestaciones – o enfermedades – riesgosas para que puedan con tiempo y, dependiendo de las condiciones climáticas y de conectividad de cada isla, un traslado a tiempo. Para esto les enseñaban:

a identificar algunas cosas de riesgo, entonces él lo hacía: la altura uterina, escuchar latidos, poner cuidado en aumentar las frecuencias de las atenciones la embarazada, que eduquen a la embarazada sobre los síntomas de urgencia, y esas cosas, y era lógico pal tiempo (Enfermera de terreno, Castro).

También se les capacitaba para – en palabras de la enfermera – “pelotear” el parto, es decir, retrasar su fase expulsiva con el objetivo de lograr su traslado al hospital, y también, para poder atender un parto inminente.

La enfermera de terreno nos cuenta que ella junto a su equipo veían que el personal de salud de las postas rurales tenían mucha falta de conocimientos y era muy alta la necesidad de desarrollar sus capacidades, dada la falta de conectividad en el que se encontraban, donde solo podían comunicarse por radio.

En la entrevista a la auxiliar paramédica, encargada de la posta de Detif, se refleja la importancia que para ella tienen estas capacitaciones que recibe en forma periódica, no sólo le enseñan lo que ella después transmite y practica en la localidad, sino también se constituyen como un apoyo moral en su trabajo:

Una enfermera, la señora B. C. (...) Esa mujer yo la quiero como una madre porque ella es la que me enseñó, la que me educó, la que me dio consejos. (...) Ella era enfermera jefe del hospital, súper buena la señora. (...) Ella fue mi profesora, me enseñaba en los cursos de capacitaciones (Auxiliar paramédica, Detif).

Podemos ver que la relación generada en las capacitaciones entre la enfermera a cargo y la auxiliar paramédico es efectiva, ya que esta última efectivamente cree, y esta es su única verdad, en lo que le enseñan en las capacitaciones: a partir de éstas, ella detiene las atenciones de parto que hasta el momento había alcanzado a realizar en la localidad e intensifica las distintas estrategias aprendidas para que la atención al parto sea trasladada definitivamente al hospital.

2.C. Campañas de educación a la población

Dentro de los esfuerzos de parte del Estado de ampliar su cobertura en salud surgen programas de salud rural donde se enfatiza el trabajo comunitario e integral, como nos cuenta la misma enfermera de Castro. Una parte importante de este trabajo tiene que ver con educar a la población, estrategia ampliamente utilizada para legitimar determinadas ideas. Es así como desde el año 1975, en las distintas postas de la Isla, cada auxiliar paramédico a cargo comienza a aplicar los conocimientos adquiridos en sus capacitaciones en el Hospital de Castro, en campañas de educación a la comunidad, especialmente a madres y niñas y niños.

Se hacían educaciones de grupo les llamábamos, educación en las postas. Por ejemplo, yo tenía el listado de todas las mamás, especialmente de las madres de los niños en control, cuando yo hacía mis capacitaciones, por ejemplo cada 10 mamás, a más no, porque a un grupo pequeño se le enseña mejor que a un grupo grande. (...) yo las daba en el colegio, les mostraba el video allá, tenía mi video como para poder mostrarle a los niños. Así se trabajaba (Auxiliar paramédica, Detif).

En este caso, vemos que hay una preocupación por el personal de salud de generar mejoras en la calidad de vida de las familias de la Isla, erradicando

problemas de salud que se podían evitar con medidas simples, como la pediculosis o problemas dentales.

Por ejemplo, de control de niño sano, de enfermedades de la piel, igual sarna y pediculosis, educaciones dental: mantenerse su buen cepillado, esas cosas (...) Lactancia materna que eso lo enfocaba harto, harto, me gustaba enseñar sobre la lactancia de los niños (...) Y así me lo iba enseñando, porque cuando yo llegué se veía harto impétigo, sarna, pediculosis. Después, gracias a dios se terminó eso, con mi educación y mi tratamiento (Auxiliar paramédica, Detif).

También se realizaban educaciones a gestantes, y cuando éstas no acudían a las postas a las educaciones, los TENS iban a domicilio a realizarlas, explicando “los factores de riesgo del embarazo, los factores de riesgo del parto inminente o sangramiento”. Esto tiene que ver con un cambio muy relevante en cuanto a la comprensión del ciclo reproductivo, que se expresa muy bien en la siguiente anécdota donde la abuela le decía a su nieta enfermera de terreno:

Hija lo que pasa es que aquí es de la guata al hoyo’, me decía. Significaba para ella que era una mujer de pueblo, que nadie se percataba si había una mortalidad infantil, neonatal, un mortinato. Nadie se percataba. La gente tenía su guagua o no la tenía y...parte de la naturalidad no más. Entonces claro, cuando empezamos nosotros a buscar, encontramos. Y como todas las estadísticas que antes no se buscan, cuando se buscan la curva se eleva (Enfermera de terreno, Castro).

Es decir, antes no existía la preocupación por la mortalidad infantil de la manera en que se instaló tras la llegada del sistema de salud. Esto también tiene que ver con la planificación familiar, otro tema fuertemente tratado en las campañas de educación, ya que antes al no existir los métodos anticonceptivos alópatas nacían muchos más niños y era común que alguno o algunos de ellos fallecieran, transformándose en los “angelitos” o como eran llamados en esta zona “pajarillos”. Todo esto tiene que ver, como veremos en el siguiente punto, con los mecanismos de biopoder en acción.

2.D. El control médico de la población, biopoder en acción.

La acción y la postura del Estado se caracterizan, desde los años `70, por la implementación de políticas de integración, sobre todo en materia de salud y educación. Este escenario nacional, a su vez, apela a parámetros de corte mundial. Como hemos visto, a partir de los años ´60 el Estado busca alcanzar todos los sectores del país mediante la dotación de postas rurales, seguido de las distintas estrategias que han sido descritas en la Isla, pero que ocurren de manera similar en muchos sectores de Chile. No sólo se apela a una imposición del sistema de salud biomédico sino que también se apunta a un control y disciplinamiento de los cuerpos, desde su saber técnico, racional, liberal, masculino y central.

En un primer momento, cuando estaba sólo la posta de Puqueldón en la Isla, *“prácticamente no había a quien llevar [al hospital] porque no había control de nadie”* (Paramédico, Puqueldón). En este momento la población tenía la desventaja de contar con menos elementos técnicos y un sistema de salud tradicional un tanto desmembrado, pero tenía mayor libertad de hacer lo que quisiera respecto a su cuerpo.

Con la implementación de postas y más personal de salud, se comenzaron a realizar controles de salud en general de forma periódica pero para lograr atender y llevar un seguimiento se realizaba mediante visitas domiciliarias y se registraba en fichas médicas. Estos controles médicos domiciliarios se realizan hasta la actualidad con el objetivo de brindar atención médica en aquellos sectores más apartados de la Isla y a aquellas personas con dificultades para desplazarse, y también para asegurarse de controlarlos médicamente, ya que de otra manera, muchos de ellos no acudirían a las postas. Esto responde al fenómeno de la biopolítica explicado en el marco teórico, que consiste en considerar la salud de la población como un tema de políticas públicas. En otras palabras, la salud y la enfermedad, así como la gestación y el parto, se convierten en problemáticas sociales abordables por el Estado.

Antes hacíamos muchas visitas a domicilio nosotros. Bueno, igual como ahora que salen los martes y jueves los chicos. Nosotros teníamos dos días a la semana que teníamos que salir a domicilio, a pesquisar enfermedades, a dar educación a la gente, a hacer tratamientos anti-sármicos que antes se veía mucho la sarna, la pediculosis, el impétigo, esas cosas (Auxiliar paramédica, Detif).

Específicamente en el ámbito de la gestación, los controles de esta comienzan junto a la llegada de las postas rurales, es decir, a mayor cobertura: mayor control médico. La enfermera encargada de los terrenos del Hospital nos cuenta que:

El 75 se buscaba, el 83 ya nos exigían a nosotros tener un indicador que era control del embarazo antes del tercer mes para poder cambiar, mejorar la atención profesional del parto como grueso, tenemos que tener controles regulares (Enfermera de terreno, Castro).

Actualmente estos controles son realizados en el CESFAM por parte de una matrona, quien también participa de las rondas médicas periódicas (ver capítulo “Gestación y parto en la actualidad”).

2.D.a. Control del Postparto, los bebés y los niños.

Después del parto, las mujeres debían quedarse al menos tres días en el hospital antes de volver a sus casas; una vez que regresaban, el personal médico de su respectiva posta les realizaba una visita a domicilio para controlar tanto a la mujer puérpera como al recién nacido y les daba indicaciones- a pesar de que muchas de estas ya eran entregadas durante la estadía en el Hospital-:

Del amamantamiento del bebé, que tenga cuidado con el cordón, que a los cuántos días se le cae el cordón, la puérpera, el aseo de la puérpera, todas esas cosas. Que tiene que traerlo a control en la fecha que los cita, importante las vacunas (Auxiliar paramédica, Detif).

La insistencia en estos temas tenía que ver con un afán de mejorar cifras de morbilidad y mortalidad infantil, y de llevar el progreso de la medicina a los sectores rurales, aislados y empobrecidos. Pero también, como vimos en el marco teórico, significa la llegada de un biopoder estatal que controla la vida y los cuerpos de sus ciudadanos, futuros trabajadores que seguirán sustentando el

sistema político y económico hegemónico. La responsabilidad de la salud queda en manos de los agentes oficiales, quienes tienen el deber y el derecho de ir a los domicilios de las personas a controlar su salud, decidiendo sobre los cuerpos de los hijos. Por ejemplo en el tema de las vacunas:

Traía yo los termos de vacunas de Castro. Por ejemplo, si yo tenía un día miércoles, el día antes del control niño sano, tenía yo que traerme el termo con las vacunas y yo vacunaba acá. Hacía todo eso yo. Traía el termo con hielito, así que no había problema con las vacunas. Le traía a todos los niños, yo era bien estricta en eso. Si no salía a hacerle visita a domicilio: “qué pasó con este niño que no viene, cómo está”. Yo era bien estricta en la atención de niños sí, yo era bien estricta, nunca me faltó un niño, nunca me quedó un niño sin vacunar. Todas sus vacunas al día (Auxiliar paramédica, Detif).

2.E. El miedo y la intervención de carabineros.

Cuando se comienzan a trasladar los partos al hospital como una práctica más recurrente, el protocolo que debía seguir el personal médico de cada posta era mandar a la gestante con anticipación al parto, al Hogar de la Mujer Campesina en Castro. La construcción de este hogar forma parte de una de las estrategias para trasladar el parto al hospital: *“con nuestra idea de captar partos...de disminuir los partos en domicilio, lo que hacíamos es que se venga la gente, entonces habían hogares de la madre campesina”* (Enfermera de terreno, Castro). Si bien esto dio un mayor resultado por la posibilidad que entregaba de poder enviar a las mujeres en las últimas semanas de gestación, sirvió más bien con las madres primerizas, ya que la mayoría de las mujeres no querían abandonar sus casas, sus hijos, y el trabajo en el campo porque muchas veces estaban solas a cargo, mientras los hombres trabajaban fuera del archipiélago.

Es por esto que para lograr trasladar la atención al parto desde la casa al Hospital de Castro, además de las estrategias que ya han sido descritas en este capítulo, también vemos que los paramédicos infundían miedo en las gestantes para lograr que se fueran a parir al hospital, amenazándolas con carabineros. Sin embargo, ellos sí podían solicitar la ayuda de los carabineros de la localidad para trasladar a las gestantes de término al Hospital. Si se negaban, primero debían pedir apoyo a

la posta de Puqueldón, si en conjunto no lograban convencerla, lo intentaban con la matrona que venía en las rondas médicas y si aun así no lograban su traslado, el último recurso eran los carabineros. Para esto, la matrona debía ir a Tribunales y ellos emitían una orden, la que carabineros debían cumplir.

Ramón, un carabinero jubilado, quien estuvo a cargo de la lancha de carabineros que vigilaba la Isla Lemuy, y más tarde, de las islas Quehui y Chelín, nos relata que muchas veces pasó largas horas tratando de convencer a las mujeres para que se trasladaran al hospital:

Tampoco... tratar a la fuerza sino que teníamos que convencerla, conversando que era mejor para su vida, mejor para el bebé y todo. Pero no era de 'oye, súbete a la fuerza' no, llevaba mucho tiempo convencerla. (...) Es que la orden hay que cumplirla. Aunque haya estado dos días convenciéndola, tenía que llevarla. No es una cosa de un chiste, no es de decir 'oye, si puedes anda'. No, la orden se cumple (Ramón, Carabinero).

A pesar de que existía la posibilidad de acudir a Carabineros, muchas veces los paramédicos no utilizaban este recurso pero sí les decían a las mujeres a modo de amenaza con el objetivo de infundirles miedo y lograr sus traslados:

Y después yo empecé a decirle a la gente, bueno si ustedes no van a la buena a tener su guagua en el hospital, yo voy a venir con carabineros. Así mismo le decía, para poderlas convencer y ahí la gente empezó como irse a tener sus guaguas al hospital (Auxiliar paramédica, Detif).

Pero cuando se le pregunta si alguna vez acudió a carabineros, se ríe y afirma que “No, yo le decía, le daba como susto yo a la mamá”. Sin embargo, las mujeres de la localidad estaban conscientes de que podía ocurrir esto, porque ya lo habían visto.

Así es que el miedo se instaló en la localidad, tanto entre las parturientas como en las parteras, por eso finalmente dejaron de atender partos y algunas incluso escaparon: se trasladaron a otras localidades por la persecución que comenzaron a vivir y por miedo a ser encarceladas. Delfina relata que los médicos querían

conocer a la partera que la había ayudado con sus complicaciones en su segundo parto por el buen trabajo que había realizado pero ella tenía miedo:

Y querían conocer a la señora para felicitarla por el trabajo que hizo y la viejita tenía miedo así que dijo que ‘mejor ni digan que yo fui’, porque no podían cuidar, en ese tiempo las mujeres no las dejaban que cuidaran en el campo. (...) los del hospital no dejaban y los carabineros también se metían ahí ellos (54 años, Detif).

Con estos relatos se comprende la dificultad y las respuestas a la defensiva de muchas mujeres cuando se les pregunta sobre las parteras, y también la sensación de que no todo se está diciendo, siempre nos da la impresión en las entrevistas de que ocultan algo, dudan permanentemente si estará bien dar nombres o contar algunas historias.

ii.3. Invirtiendo significados

“Ser modernos es encontrarnos en un entorno que nos promete aventuras, poder, alegría, crecimiento, transformación de nosotros y del mundo y que, al mismo tiempo, amenaza con destruir todo lo que tenemos, todo lo que sabemos, todo lo que somos” (Berman, 1988: 1).

Hemos revisado que, a lo largo del período estudiado en este capítulo, fueron implementadas distintas estrategias que responden a políticas públicas nacionales. Sin embargo, éstas por sí solas no logran explicar en su totalidad la efectividad que tuvieron para lograr trasladar los partos al hospital y, sobre todo, el discurso que hoy tienen las mujeres de la Isla Lemuy sobre el fenómeno estudiado. Es por esto que, tal como veíamos en el marco teórico, el control de la gestación y el parto derivan en una regulación y disciplinamiento de los cuerpos y los procesos fisiológicos de las mujeres, transformando las prácticas locales – como profundizamos en la primera parte – y las creencias de la localidad.

En esta segunda parte del capítulo, revisaremos los principales elementos –o estrategias- que apuntaron a invertir los significados culturales, ya que las creencias responden a una esfera simbólica de la sociedad que repercute también en las prácticas, y viceversa.

3.A. El Hospital: símbolo del mundo moderno

Primero, es importante señalar que las transformaciones estudiadas se contextualizan en un período de modernización del país. Tal como ya revisábamos en la primera parte del capítulo, hubo avances en salud apelando por sobre todo a otorgar una mayor cobertura médica y control de la población, en las zonas rurales y las más alejadas. Así, comprendemos que el fenómeno estudiado no puede ser sino explicado como parte de los procesos de modernización de la Isla. Ya planteábamos en el marco teórico que – parafraseando a Zárte (2007)- el fenómeno estudiado es *un ejemplo más de la clásica tensión entre civilización y barbarie, es decir, una expresión más de los procesos de modernización.*

En la Isla Lemuy, estos procesos implicaron grandes transformaciones reconocidas como parte de los planes de modernización del país, no tan solo a nivel de salud sino también a nivel de conectividad: entre los más importantes distinguimos el establecimiento de postas rurales en sectores aislados, la construcción de caminos, la implementación de transbordadores hacia Lemuy y otras islas más pequeñas del archipiélago, entre otras. Todas políticas que llegaron a los lugares más apartados del país, abarcando así a la mayor población chilena, “haciendo patria”. En esta construcción de país, no solo vemos cómo el Estado amplía su cobertura médica y, anteriormente en educación, sino que se apoya también en la imposición de prácticas patrióticas tales como cantar el himno e izar la bandera de Chile cada lunes en los colegios. Así nos relata el profesor de la escuela básica de Lincay quien trabajó junto a su esposa como los únicos profesores de dicha localidad durante 30 años: *“todos los lunes cantábamos el himno nacional porque era importante brindarle honores al país. E izábamos la bandera porque la bandera es tu madre”.*

Por otro lado, debemos comprender que el capitalismo es un “orden cultural” (Sahlins, 1988) o una verdadera cultura; éste “disciplina” simbólicamente todo tipo de praxis humana con una naturaleza significada en una relación, evidentemente,

matizada y materializada históricamente de “ser humano y emporio de materias primas” (naturaleza), que es comprendida como tal por la investidura simbólica que posee “desde arriba” o desde su mismo diseño institucional. Esta se viabiliza a través de las distintas instituciones “productoras de verdad” (Foucault, 2003) y de agentes “dignos” de la misma, como es el caso del hospital y del personal de salud respectivamente.

De este modo, la implementación de la salud biomédica y la consecuente desaparición de la salud tradicional tiene que ver con el proceso de modernización. El carácter auto-expansivo del capital que es sin duda la matriz material desde donde este proceso se produce y reproduce, construye verdaderas hegemonías de sentido – una cultura, “tradición cultural” o “preconcepción” – que asocian el concepto de desarrollo al de progreso. Orientadas en una dirección de cambios que iban desde lo rural hacia lo urbano, de la agricultura a la industria, de lo tradicional a lo moderno, de lo atrasado a lo próspero, quitaban y disciplinaban todo remanente del pasado.

A fines de los años `70 y en la década de los `80, vemos que se empezó a institucionalizar en la Isla el traslado del nacimiento al hospital, sin embargo, este traslado aún depende de las condiciones económicas de las familias y, por otra parte, derivado también de lo anterior, el acceder a parir en el hospital se traduce en un mayor status social.

El caso de la señora C. de Detif y la profesora de Lincay reflejan dicha situación, ya que ambas parieron a sus hijos en años en que prácticamente ninguna mujer se trasladaba al hospital. Esto debido a su buena situación económica, por un lado, el esposo de la señora C. tenía una lancha, con la que aseguraba su viaje a Castro en el momento oportuno y, por otra parte, la profesora casada también con un profesor tenían un sueldo estable y mejor que el de la mayoría de las familias de la Isla.

Sin embargo, este status no puede ser explicado únicamente por reflejar la situación económica de las familias, sino también por lo que simbólicamente

representa el hospital en la localidad. El hospital es un referente de modernidad. Así, cuando consultamos a una mujer en Lincay si conoce a alguien que haya parido en la Isla, ella responde:

No, yo pura modernidad. Con suerte mi abuela tuvo sus hijos en la isla. Yo todos mis hijos los tuve en Castro. Y toda mi familia se está yendo a Chonchi porque haya hay más modernidad, más comodidad. Aquí ya es primitivo (56 años, Lincay).

En la cita anterior, se refleja esta dicotomía de la que hablamos entre lo primitivo y lo civilizado, entre lo rural y lo urbano, entre el parto domiciliario y el hospital, entre las parteras y el personal de salud. Es así como el hospital se erige, desde el discurso y desde las prácticas originadas “desde arriba” como un símbolo de esta promesa modernizante, del progreso y lo bueno, pero que las mujeres de la localidad van haciéndolas suyas, hasta invertir los significados.

Esto último se materializa en el discurso de las mujeres de la localidad, para quienes el hospital adquiere una calidad de superior, otorgando mayor status a quienes parían y nacían en él. Es por esto que se repite en cada entrevista, relato y conversación con las mujeres – y los hombres – de la localidad frases que aluden a lo primitivo que era parir en casa – como animales – y, al mismo tiempo, sitúan al hospital en un lugar superior, al que asisten personas – en un principio – acomodadas económicamente.

En este sentido, la señora B. que parió a sus hijos en su casa, percibe los partos de sus descendientes como si estuvieran en otro nivel, en una jerarquía mayor: *“Yo tengo cinco nietos de aquí, bisnietos tengo al lote, ellos ya se fueron al hospital, ya es otro rango”* (75, Puqueldón).

Por consiguiente, se invierten los significados, trasladando la hegemonía desde el sistema de atención médico tradicional al sistema de salud oficial – el biomédico – y, del mismo modo, convirtiendo a la gestación y nacimiento desde un hecho natural a un acontecimiento médico.

Como mencionamos en el marco teórico, esta inversión de los significados permite la mecanización y la medicalización de la atención al parto. De esta manera, las mujeres se han acostumbrado hasta el punto de no cuestionárselo, a parir con una amplia gama de intervenciones: de anestésicos, de médicos especialistas y de tecnologías específicas. Así, la forma naturalizada de parir en la modernidad es aquella donde la mujer delega su cuerpo al hospital y al equipo médico tal como revisaremos en el próximo capítulo “Historias de Hospital”.

3.B. Género y profesionalismo

A pesar de que en la primera parte, en el subcapítulo “Control y sumisión de las parteras” ya hemos mencionado el tema de la llegada del primer paramédico y su impacto en las parteras, como un hombre que estudió y se capacitó en la Academia, hemos querido profundizar en estas temáticas debido a su relevancia para el fenómeno estudiado, además de incluir nuevos resultados para el presente análisis.

En un primer momento, observamos el desplazamiento de la labor de las parteras por el personal de salud capacitado profesional y académicamente. Para esto, tal como revisamos, el parto domiciliario se transformó en una práctica primitiva, animal y propia del pasado y, por consiguiente, la figura de la partera y el parto domiciliario quedaron en el ámbito de lo atrasado. En este sentido, varias de nuestras entrevistadas incluso se refieren al parto en la casa como algo “*brutal*” o “*animal*”. Nos encontramos entonces con el fenómeno de la “*partera ignorante*”. Esto último ocurrió en varios países latinoamericanos, la desvalorización de la atención al parto brindada por las parteras locales descansó en la construcción y promoción de la figura de la “partera ignorante” (Zárate, 2007).

Para esto, el género y la profesionalización de los agentes de salud cumplen un rol fundamental en esta inversión de los significados locales-tradicionales. Asimismo su conexión – que se presenta natural pero es, sin duda, una construcción política – de ambos elementos con la modernidad:

La Universidad de Chile logró que la medicina se profesionalizara exitosamente en sus cuatro primeras décadas de vida universitaria porque aquella reunía elementos que la calificaban como una profesión moderna: una base cognitiva propia, prestigio social y confianza, crecimiento de su mercado y autocontrol del monopolio del ejercicio, tarea en la que colaboró el Estado. (...) La historia de la Medicina era una historia de la lucha por el progreso (Zárate, 2007: 93).

Por otra parte, nos encontramos con un segundo momento del profesionalismo y academicismo, pero esta vez dentro del propio sistema de salud oficial. Esto ocurre a fines de los '80 con la municipalización de la salud, la cual repercute a nivel local con la profesionalización y especialización de los puestos laborales, es decir, cada profesional se encarga solamente de su área. Esto también contribuye con el traslado de los partos al hospital, debido a que se especializa el control de la gestación y del parto, y los paramédicos locales ya no estarían capacitados para brindar dicha atención. Así, las mujeres quedan "obligadas" a acudir al hospital.

Antes, en la década del '80 con el programa nacional PRESAL (Programa de Salud Rural de Chile) se trabajaba con la comunidad de manera integral, es decir, el equipo médico junto con el personal médico de cada posta trabajaban en conjunto y todos debían manejar la información completa:

Entonces la Adriana Churchill, que era la enfermera que estaba encargada del programa a nivel ministerial, porque era terrible, decía 'yo voy a llamar a cualquier parte de Chile, y me encuentro con un TENS, una matrona, una enfermera, un médico y le voy a preguntar lo siguiente: ¿Cuántas muertes infantiles tuvo este mes? ¿Cuántas reuniones de equipo hicieron? ¿Cuántas supervisiones hicieron? ¿Hicieron informe de muertes para saber de qué murió la gente? ¿Qué pasa en la posta de al lado? ¿Qué pasa en la posta de Ihuac? ¿Cómo está la construcción? ¿Tiene comité de salud? ¿No tiene comité de salud? ¿Hicieron educaciones en...? ¿Tienen el programa de postas?'" (Enfermera de terreno, Castro).

También todos tenían que saber y hacer de todo:

Entonces la matrona cuando tenía tiempo y yo estaba atendiendo, yo le decía 'mírate el tarjetero, ve si falta alguna vacuna, ve la fecha y la edad y si falta alguna vacuna' (Enfermera de terreno, Castro).

Asimismo ocurría en la Isla Lemuy, tal como relata la auxiliar paramédico de la posta de Detif que realizaba controles de gestación, cuestión que en la actualidad solo la matrona está capacitada para realizar:

Se empezó a controlar un poco tiempo después que yo vine. Acá yo hacía de todo porque había que hacerlo, además que lo sabía. Auscultar la guagua y todo, con la corneta, con todo. Ahora mis colegas no hacen esos controles (Auxiliar paramédico, Detif).

Mientras que luego de la municipalización de la salud,

Entonces con la municipalización la APS se llenó de profesionales, eso es lo que el mundo quería. Pero no hubo fuerza suficiente para mantener programas de salud, cohesión de equipo, un montón de cosas (Enfermera de terreno, Castro).

Asimismo,

Bueno es un principio fundamental pues, tú no puedes tener, no puedes hacerlo todo. Para cumplir un objetivo, en APS no puedes estar tan clara, tu preparación profesional tiene que fluir en alguna parte. Y con la municipalización se perdió eso, y yo profesional soy el que tengo que controlar el embarazo, porque sé el desarrollo intrauterino, porque yo esto, yo lo otro y porque también hay exceso de los profesionales. La pregunta que yo me hago a distancia es qué tanto se transforman en equipo el TENS y la matrona, el TENS y la enfermera. Sin embargo qué tanto fluye, que es lo que corresponde a cada uno, qué tanto de lo tuyo me enseñaron a mí y que tanto de lo mío le enseñaron a ella, y qué tanto de eso no es la esencia de tu rol y que tú lo puedes tomar perfectamente. Y eso se perdió, que era lo que nosotros estábamos trabajando (Enfermera de terreno, Castro).

3.C. Asepsia y antisepsia

Uno de los elementos centrales que caracterizó al discurso del personal médico y, que marcaron los programas y políticas públicas de la época, fue la higiene. Los asuntos de higiene pública repercutieron en la localidad desde la implementación de la primera posta rural en Puqueldón. Como hemos revisado en la primera parte del capítulo, el primer paramédico introdujo la utilización de guantes en la atención domiciliaria del parto y también él nos relata que les exigía a las parteras que se lavaran muy bien las manos antes de entrar a la habitación del parto. Del

mismo modo, era una temática que se trataba en las capacitaciones inter-islas y que protagonizaba las discusiones al interior del hospital y del ministerio. Así nos relata también la enfermera encargada de los terrenos: ***“Entonces la mamá entraba aquí y entraba al templo, al templo de la asepsia y la antisepsia. (...) no habían visitas, porque se iban a infectar los recién nacidos, se iban a infectar las puérperas”*** (Enfermera de terreno, Castro).

Sin embargo, debemos recordar que

Antes del desarrollo de las técnicas obstétricas y de la asepsia, el médico y la matrona se encontraban en similar situación de impotencia frente a los problemas del embarazo y el parto. Incluso, la habilidad manual y el saber empírico desarrollados por las matronas a través de sus múltiples experiencias las convertían en terapeutas más consultadas por muchos sectores sociales que los médicos. Sólo la aplicación de los principios de asepsia y los progresos técnicos transformaron el parto asistido médicamente en una alternativa más segura que el parto a domicilio (Viveros, 1995: 151).

Es decir, como ya mencionamos, no es que el hospital o el personal biomédico de salud sean más seguros que las parteras y la casa de por sí, y los conocimientos de las parteras tradicionales tampoco deben ser desvalorados.

Finalmente vemos cómo han sido invertidos los significados de la localidad, cambiando el sentido común de la población y así su actuar. Es decir, si antes era impensado trasladarse a Castro a parir, hoy no se cuestiona este traslado y no se piensa el parto en casa como opción válida, al menos en la Isla Lemuy. Del mismo modo, antes lo normal era parir en la casa, mientras que en la actualidad lo normal es parir en el Hospital. Vemos entonces cómo se transforman al mismo tiempo e imbricadas entre sí, las prácticas y las creencias, en una relación simbiótica.

IV.iii. Historias de Hospital

En este subcapítulo profundizaremos en los aspectos culturales de la atención biomédica del nacimiento en Chiloé, centrándonos en las praxis que están fuera de la normativa internacional y del sentido común de lo que implica proveer bienestar a la mujer y al bebé durante un parto. Para esto presentamos un relato polifónico, es decir, un relato construido a partir de varias entrevistas en profundidad realizadas a mujeres en distintas localidades de la Isla Lemuy. Se entrecruzan las voces de diversas mujeres que dieron a luz en el Hospital Dr. Augusto Riffart de la ciudad de Castro entre los años 1970 y 2008, voces que hemos trenzado buscando mostrar una realidad que, pese al tiempo transcurrido, mantiene intactos varios elementos relevantes –mencionados más abajo – para nuestro análisis. Sin duda, la importancia central de la construcción de este relato radica en la concentración de distintas historias que dejan al descubierto la experiencia que viven estas mujeres en el hospital. Hemos unido y editado el relato de manera coherente, exponiendo las principales prácticas de las mujeres parturientas y del personal médico, incluyendo nuestros comentarios para destacar las distintas temáticas abordadas.

Las historias de Hospital en Chiloé están marcadas por vivencias fuertes para quienes se van a atender en él; sólo se va al hospital por algún problema – más o menos – grave de salud, alguna enfermedad, alguna urgencia, la necesidad de alguna operación, o para parir. Ya hemos revisado cómo llegó y se instaló la salud oficial en la Isla Lemuy, y también la construcción y las representaciones simbólicas del Hospital. Es importante volver a señalar que, para el caso estudiado, el hospital se presenta como un elemento de estatus social, de modernidad y de higiene. En este sentido, parir en el hospital es *parir como personas, como seres humanos*. Pero a la vez es un lugar al que se va a morir, o al menos, cuando se está gravemente enfermo. Entonces las mujeres van a parir rodeadas de enfermos. Esto es un sello de las primeras experiencias de parto hospitalario en la Isla, que a su vez, contribuyen con una creciente patologización de aspectos del ciclo vital de las personas.

El parto hospitalario está repleto, desde sus inicios hasta el día de hoy, de violencias, algunas más visibles que otras, algunas físicas y muchas otras simbólicas. Hoy día hablamos de violencia obstétrica, término que apela a

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres 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 (Venezuela, 2007).

Podemos – con algo de humor – pensar qué pasaría si este proceso fuera masculino. Revisemos, con este fin, el siguiente ejemplo dado por Emily Martin:

Si a tu esposo le dijeran que deberá tener una erección y eyacular dentro de cierto tiempo o será castrado ¿piensas que sería fácil? Para facilitarlo más, quizás podríamos ponerle una intravenosa en el brazo, mantenerlo en una sola posición, tener cuerdas alrededor de su pene, y que le digan que no puede moverse: podría ser chequeado cada pocos minutos; y la sábana podría estar levantada para ver si ha hecho algún “progreso” (Martin, 1987: 58).

La cita anterior contribuye a comprender la violencia obstétrica desde otra perspectiva ya que, puesto así podrá parecer ridículo, pero la verdad es que las mujeres al parir en los hospitales, estamos expuestas a condiciones estructurales análogas.

En este contexto, un fenómeno importante es la consideración de los sujetos como objetos por parte del personal médico, esta cosificación de las mujeres va acompañada por la delegación de sus propios cuerpos. Por un lado, en este sistema de salud, nos encontramos con un afán de dominar y controlar los cuerpos; y por otro, con la entrega de éstos, perdiendo el control y el poder de decisión sobre los mismos. Así, se abre paso a un tipo de parto – hospitalario – caracterizado por el intervencionismo y la medicalización. En este sentido,

El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. (...) no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere con las técnicas,

según la rapidez y la eficacia que se les determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos “dóciles” (Foucault, 2008: 160).

Esto último se ve reflejado en varias prácticas que se realizan en los partos en los hospitales de Castro y Ancud, como por ejemplo en la reiterada realización de tactos vaginales – innecesarios – por parte de distintos funcionarios del personal médico; en los monitoreos fetales constantes; en la realización de episiotomías rutinarias; en la utilización injustificada de oxitocina sintética; en el rasurado del vello púbico; en la realización de enemas; en la separación inmediata de la madre con el recién nacido y su inmediata revisión, etc. Así, la experiencia en el hospital permite “el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad...” (Foucault, 2008: 159).

Esta entrega del cuerpo también se refleja en la poca información que poseen las mujeres sobre los procedimientos que se les realizan, y la nula explicación entregada por el personal médico: *no se les pregunta, sólo se les inyecta*. Y ellas no se oponen, no cuestionan: sólo reciben. Sin embargo, varios de los procedimientos que se presentan de forma sistemática en el hospital, ya han sido revisados desde 1985 por organizaciones internacionales de la salud, como la OMS, que ya en su declaración de dicho año recomendaba, entre otros, no realizar la episiotomía rutinaria: “Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía”¹⁵. A pesar de esto, se sigue empleando.

Como hemos revisado en el capítulo anterior, la salud oficial y el hospital – mediante distintas estrategias – lograron presentarse ante la comunidad como la única forma válida de atención al parto. Esto es parte de una *monocultura* del rigor y del saber científico – concepto acuñado por De Sousa Santos (2010) – que en el caso de los partos se traduce en una atención biomédica del mismo. Lo cual no sólo se refleja en el traslado total de la atención de los partos al hospital, sino también en la prohibición de realizar prácticas local-tradicionales de las mujeres

¹⁵ Cita extraída de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

en el hospital. El parto hospitalario es de una manera particular: biomédica, intervenida, hipermedicalizada, con el control de la mujer y su cuerpo, y de su hijo y su cuerpo. Sólo puede ser como en el hospital – a través del personal médico – se estipula que sea. De lo contrario, se castiga a las mujeres con el aislamiento.

A partir de 1980 funcionó en Castro la Casa de la Mujer Campesina, que tenía como principal objetivo facilitar el acceso al hospital a las mujeres que tenían dificultades para acudir de manera rápida y alcanzar a parir en el recinto con el personal capacitado; y por consiguiente un mayor control de los nacimientos de las islas del archipiélago. La situación que se generaba con el traslado de las mujeres provenientes de la Isla Lemuy a Castro era bastante compleja, ya que – a veces contra su voluntad – debían permanecer desde antes de su fecha probable de parto, por lapsos de entre dos semanas y un mes. Esto implicaba dejar sus casas y, por ende, sus trabajos y familias, incluyendo los casos en que había otros hijos pequeños que debían quedar a cargo de parientes o vecinos.

También veremos historias marcadas por una discriminación por parte de quienes trabajan en el hospital hacia las mujeres provenientes de sectores rurales y empobrecidos, nos encontramos con una violencia de clase y de género. Asimismo, algunas enfermeras y matronas suelen maltratar a las mujeres madres solteras y, sobre todo, adolescentes.

En el año 2007, se comenzó a implementar el Sistema Nacional de Protección a la Infancia “Chile Crece Contigo” (en adelante ChCC) que en 2008 lanza el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, donde a nivel hospitalario se busca impulsar:

El parto personalizado; la presencia del padre o un acompañante significativo en el parto y el derecho de la mujer a su intimidad; a ser informada del tratamiento a seguir; a adoptar al momento del parto la postura física que le sea más cómoda o que su cultura indique y, una vez nacido el niño o niña, se promueve el apego precoz (Ibacache, Leighton y Monsalve, 2008: 4).

Este tipo de iniciativa orientada a la equidad y la igualdad de oportunidades en la primera infancia, tiene sus precedentes en el Programa Materno y Perinatal instaurado tras la redacción de las “Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento” de la OMS en 1985, donde se comienza a promover la participación del padre en el parto, la lactancia materna y el apego madre-hijo, Programa que en 1994 pasó a llamarse Programa de la Mujer debido a una ampliación de su enfoque. Bajo el Programa ChCC vemos que el Hospital de Castro implementó varios cambios en su infraestructura, y en la renovación y capacitación del personal médico; transformaciones identificadas por las mujeres que se traducen en un involucramiento de ellas, por ejemplo, en una mayor explicación – y consideración de sus decisiones – de cada procedimiento que se les realiza.

Habiendo revisado estos aspectos del parto hospitalario, damos paso a la voz de las mujeres isleñas que narran sus *Historias de Hospital*.

Relato polifónico. Historias de Hospital

En la Casa de la Mujer Campesina.

Esta historia comienza cuando la panza ya está grande, cuando las expectativas por conocer al hijo o hija van creciendo y los pies suelen hincharse. Con cerca de 36 semanas de gestación, las mujeres eran “*mandadas*” por el personal médico de la Isla Lemuy a la Casa de la Mujer Campesina en la ciudad de Castro. Ahí esperaban que se desencadenara el parto para hospitalizarlas, y llevarlas de la sala de trabajo de parto al pabellón. Lejos de la familia y la tierra, la entrega del propio cuerpo y el control por parte del personal médico es patente.

En el hospital me quedaba un mes más o menos, siempre lo mandaban antes. No me quedaba en la isla, era muy complicado pa salir, muy complicado, difícil para salir, uno no sabía qué tiempo iba a encontrar. Ese mes antes era en la Casa de la Mujer Campesina. Ahí era más triste, estar sola ahí en el hogar, pero ya con la segunda por lo menos fue mejor y fui a estar poquito tiempo.

Uno tenía sus horarios, salía, estaba igual que en su casa. Si querías caminabas todo el día y llegabas a comer no más, y a dormir. Todos los días llegaba la matrona, nutricionista... si te sentías mal te llevaban ahí cerquita al hospital. Nos daban desayuno, almuerzo y cena. Uno no pagaba ni un peso, lo pagaba el gobierno, hospital me imagino. Algunas mujeres eran reacias a irse pronto de sus casas.

Ahí en la Casa de la Mujer Campesina cuando le empezaban los dolores, la hospitalizaban y después hacía el trabajo en una sala y después la ingresaban a pabellón, porque ya la matrona va a cada rato, cada cinco minutos a ver, y cuando ya falta poco pa nacer la llevan al pabellón.

Intervenciones médicas. Desinformación y obediencia.

Cuando comenzaban los dolores las mujeres eran hospitalizadas. Como hemos visto el Hospital se presenta como símbolo de modernidad, higiene y estatus, lo cual facilita una posición subordinada de las gestantes al ingresar al recinto hospitalario. En las palabras de las mujeres vemos cómo la institución se apropia de sus cuerpos y los de sus hijos o hijas, que son entregados como una cosa que “se saca y se lleva” de un lugar a otro. El apego seguro de la díada mamá-bebé no es respetado. Los monitoreos fetales son constantes y los tactos vaginales, frecuentes y realizados por distintas personas. Los procedimientos médicos son tan poco cuestionados y tan naturalizados que simplemente “están”, por lo que la decisión de las mujeres al respecto no es considerada.

En el pabellón estaba la matrona no más, enfermera. No había médico. El parto era en la camilla. Cuando nacían inmediatamente le cortaban su cordón, y a uno no se la mostraban inmediatamente tampoco, ah; en esos años no. Primero la limpiaban, todas esas cosas, sí. Después, en la misma pieza se la pasaban un ratito y después la sacaban. Y a usted la sacaban y la llevaban a su pieza y después le llevaban a la guagua. La noche la pasaba con la guagua, la guagua con la mamá sí. Cuando nacía la guagua era en una sala sola, la sala de parto, y después la pasaban a una a sala común, donde estaba ahí con otras mamás.

Monitoreo, ese siempre ha estado. La que no estaba era la epidural que les colocan ahora a las mamás, en ese tiempo no estaba. Así que no me pusieron esa anestesia; después al último, cuando a uno le ponen los puntos, ahí sí. Antes no te ponían inyecciones, anestesia ni nada, te tenían con suero no más. Mis primeros partos en el hospital fueron sin inyección, si por eso yo digo que el parto en el hospital no es como lo muestran en la tele, porque si mostraran cómo es realmente en la tele, yo creo que nadie querría tener hijos. Pero cómo es la cosa que ahora tienen derecho a colocarse una inyección calmante si quieren en los hospitales. Tienen derecho a optar, a pedir que le coloquen un calmante. Antes no tenían ese derecho a pedir nada y ahora parece que por derecho, por ley, pueden pedir la epidural que se la coloquen para no sufrir tanto. Pero antiguamente no, antes con suerte daban una diperona [sic], si es que.

Había que estar quieto, lo que más te decían, no había que moverse, con la cabeza baja, para la raquídea sí. Ponían inyecciones no más y te decían según eran para dilatar el parto, para apurar el parto, que se acabara. Porque eso colocan, bien sea la inyección o bien sean unas pastillas igual que colocan para avanzar, para que baje más, para que dilate más pronto, y la guagüita baje. La pastilla lo tuve en el segundo parto, pero ahí no me pusieron anestesia. Hasta después que uno le colocan la inyección en la venita que es para recoger el útero después que uno tiene la guagüita. Le llegaban, inyectaban no más y listo, no preguntaban por qué, si tiene dolor, nada. A mí me tocaron dos inyecciones en el mismo lado de la pierna... no, en ese tiempo fue malo, malo, mala la atención, me quedé sola en el hospital; esos años tampoco permitían que estén los papás ni ningún familiar, en cambio ahora el papá entra a los partos y todo, así que es más distinto, ha cambiado cualquier cantidad.

Maltratos y sufrimientos que dejan huella. La importancia del personal médico.

Además de la invisibilización y cosificación de la mujer, hay maltratos que son aún más evidentes y directos: gritos, amenazas, aislamiento. La importancia que cobra el personal médico es notoria. Hay matrones y enfermeras “malos y buenos”, y el ser bien atendida se transforma casi una cuestión de suerte. Si toca

una “mala fecha” para parir, una no contará con la atención adecuada. Y como el personal médico es “el que sabe” la mujer acata, y entre los silencios de “usuarios y proveedores” quedan huellas dolorosas para el resto de la vida. Huellas que marcan mucho más que el cuerpo: son las cicatrices que empañan el recuerdo de un momento de gran relevancia social en la vida de una mujer, así como de gran impacto físico y emocional, y sin duda una experiencia que cambiará su vida.

El trato como toda cosa po, a veces bueno, a veces regular. De repente al mal cuidado porque las matronas no todas son iguales depende de la matrona que le toque o de la enfermera que le toque porque a veces las matronas y los médicos son muy buenas personas y los malos son las enfermeras, las que nos pasan revisando a cada momento a nosotras.

Hay matrones que son buenos y hay matrones que ya están cabreaos ya, yo creo. Entonces no es lo mismo. Una vez me tocó una matrona que era bien antigua esa matrona, y esa matrona no me quería hacer nacer todavía mi guagüita, y después llegó una alta, flaca, me acuerdo que le decían Lali, y ella llegó y me dijo que ya estaba a punto, que la guagua ya no daba más. Y claro así fue po, venía con el cordoncito en el cuello y todavía no lo hacían nacer. Después llegó la otra matrona y me llevó a la sala de parto y casi cuando me subí a la camilla nació la guagua. Y cuando ya salió, salió con el cordoncito en el cuello.

Me acuerdo cuando me hicieron cesárea, cuando fui a tener mi último chico, me pusieron una inyección aquí en la espina dorsal. Qué dolor más grande. Ese dolor como un año no me quitaba, cuánto me dolía, si me hacía así, me dolía al tiro. No sé cuánto dura ese dolor, mucho. Y ahí uno ya no siente nada, nada. Yo quedé con dolor de cabeza después, culpa de la enfermera igual. A mí no me dijo nada, porque yo nunca había sido operada y la enfermera pensaría que alguna vez me operaron, no me dijo nada. Yo lo único que escuché fue al doctor que... no me acuerdo qué fue lo que dejó dicho que no podía comer hasta el otro día, eso me lo dijo antes de que me operen. Y uno después de cuando vuelve la anestesia, está descontrolada... de la raquídea por lo menos. Y me llevaron, salí de pabellón como a la una, a las tres pasaron a dejar una once y la mujer me dejó mi hallulla y

una taza de té y que coma y claro, yo desperté y ni me movía, lo único que sabía era que estaba operada del estómago. Y me tomé el jarro de té y me puse como media sentada a comerme la hallulla y me la comí. Después cuando pasó el doctor, llamó a la enfermera, “enfermera venga para acá, y ¿a la paciente acá le dieron de comer?” “no sé doctor” dice ella porque qué no podía comer, no podía dejar un papel para que no pase la señora que reparte la comida. Y yo tenía que estar en ayuna hasta el otro día y el doctor preguntando quién fue la enfermera que estaba a cargo aquí, mi paciente comió y no puede levantar la cabeza hasta 24 horas después de la raquídea y yo ya había levantado la cabeza: si no era tanto por comer, era por la raquídea. Quedé con dolor de cabeza, es un dolor terrible, día y noche, día y noche y vivo con el dolor de cabeza, yo no hay día que no me duela la cabeza. Y me dijeron que fue la raquídea “porque te moviste”. Y ese dolorcito después me dijo el doctor “te va a acompañar para el resto de tu vida”. La raquídea no se puede levantar la cabeza hasta después de las 24 horas recién moverse, pero la comida no es tanto porque la comida va al estómago, pero la raquídea se te va a la cabeza. Y sin almohada, y yo estaba con la tremenda almohada [risas]. Y qué incómodo es estar sin almohada. Estar en una cama pareja.

Mi tercer parto fue peor, yo digo que por eso quedé así enferma ahora, fue peor porque fue en las fiestas patrias, me pescó justo el 18 en el hospital. Y no sé por cómo estarían...no había ninguna casi de turno, en el hospital salen. Casi me matan ahí, peor. Ahí sí que sufrí, porque después estuve ocho días, después volví a entrar ocho días más en el hospital y sin poderme mover, me hicieron puntos por abajo ¡ay Dios! me crucificaron, casi me matan. No, mis otros hijos que tuve en casa no sufrí tanto, nada. Ahí me crucificaron. Te hacen puntos, eso duele harto después, demora pa sanarse, me cortaron, creo que tuve como siete puntos, ahí sí que fue sufrimiento.

Discriminación y prohibición de prácticas locales.

Más allá de la violencia que cualquier mujer puede sufrir en el hospital, debemos sumar en el caso de las lemuyeses, un factor relevante: la discriminación.

Discriminación de clase, por ser mujeres provenientes de sectores rurales empobrecidos; discriminación étnica, por sus prácticas y creencias; discriminación por su edad, en el caso de las madres adolescentes; y moral en el caso de las madres solteras. Todos factores que sumados al miedo hacen que muchas sufran estas discriminaciones en silencio. Pero por otra parte, vemos cómo hay resistencias: el realizar a escondidas las prácticas prohibidas, el informarse de mujer a mujer.

No es como en una parte que vaya y esté en una clínica o en el mismo hospital y pague pensionado, lo van a atender de lujo. Pero vaya a una sala común. Es de terror escucharlo. Gritan auxilio, por favor, ayúdenme. Y si está el segundo, el tercer día y no pasa nada, corte no más. Había otra chica de 16 años que gritaba tanto que a cada rato le iban a decir que se calle por gritona (...) la chica rompió bolsas y gritaba y gritaba y no la operaron pronto, después la guagüita tragó líquido y quedó enferma. Sí, porque no la pescaban. No, pero en serio, se escuchaba cada grito, gritan y al momento en que nace la guagua es un grito - pero el grito fuerte- y se escucha el llanto de la guagüita. Antes a las gritonas las dejaban en la sala de aislamiento, si grita mucho o reclama mucho, lo llevan a aislamiento y ahí no la oye nadie. Lo dejaban en el hospital no más y que grite no más po. Se ponen nerviosas las otras personas también cuando gritan mucho. Y hay unas que nada, ni se escuchan. Una señora llegó y dijeron “sala tanto, listo” y empezaron a correr todos y de repente escuchamos que le contaban y le decían puja y al rato nació la guagua y esa no gritó nada.

Después de parir tiene que estar por lo menos unos ocho, diez días con fajas. Pero con mis hijos que nacieron en el hospital no pude, si en el hospital quién te va a permitir faja po. También, las guaguas se lavan con leche, pero en el hospital no lo dejan. Yo lo hice escondida, esperé que las enfermeras todas se fueran y yo me saqué leche, me saqué en un platito que tenía y le lavé las manitos, los pies y la carita completa. Pero las manitos y la carita y los ojitos también se le pone leche, directo a los ojitos para sacarle todos los restitos de sangre que le quedan acumulados en el parto. Le quedan unas manchitas negras adentro como basurita y siempre le quedan, yo a mis chicos ninguno quedó con eso, quedó limpiecitos

sus ojitos. Y eso para que nunca, para que la piel no tenga espinillas, ni sea una piel que se parta, la lechecita de su madre esa le sirve para toda su vida. La M. lo hizo escondida también, nosotras con la M. igual lo hicimos en el hospital, aunque ella tuvo cesárea y todo. Yo le decía “M., sácate leche” y al otro día lo lavó, porque como el primer día estaba así como que no se podía mover, pero al otro día le pasaron un vasito, se sacó leche y lo lavó.

En el hospital no dejan hacer nada, yo cuando tuve a R., había una niña que era de la isla de Quenac y no tenía leche y las enfermeras la retaban a esta chica porque la guagua lloraba y lloraba. Y la mujer decía si le podían dar lechecita y en el hospital dan mamadera, le dan relleno; y la chica cuando ya se iban todas las enfermeras, a escondiditas me pasaba su guagua para que yo le diera pecho y lo dejaba llenito. Y yo me iba calladita para que no me fueran a pillar porque si no, me cambian de pieza y me aíslan. Así que yo le daba pecho a ese chiquito. Después yo salí y ella quedó porque tuvo cesárea.

Siempre la gente de la isla lo discriminan. Si usted va a pararse en el mesón a preguntar algo, lo miran de arriba a abajo. Y si hay alguno que esté mejor vestido, lo hacen pasar a ese primero y después a uno. Y la otra sigue esperando ahí y si llega una con mejor pinta, ahí sigue. Es igual a esa chica de Quenac, (...) esta chica ya estaba casi teniendo a su guagua en la puerta del SOME y llegó a control con su bolso de ropa, la mandaron del hospital de Achao urgente a Castro porque no sé qué problema ella tenía en el parto. Imagínese, la fue a dejar la ambulancia de Achao, la entregó al hospital y adentro del hospital que la vio la matrona, le dijo a ti te falta como una semana así que ándate no más. Y no conocía a nadie ahí en Castro, tenía una familiar arriba en una población me dijo, ni sabría yo decirte en qué población era, de esas poblaciones nuevas. Y ahí estaba sola la chiquita, como sería que ya no se podía parar. Y me dijo que estaba sin comer desde el primer día, a R. lo mandé a que fuera a comprar pan, sándwich, yogurt le dejamos comprado a la chica. Y yo le dije “¿y tus papás?” “mis papás están en la isla si yo estaba en el hospital de Achao y desde el hospital de Achao me trajeron aquí, ellos no saben nada” me dijo “y traigo mil pesos” me dijo “y tengo que ir ahí donde vive un familiar”. Es que son calladitas, las jóvenes de las islas no hablan, les da

miedo hablar, piensan que les van a contestar mal. Y ahí quedó la pobre chica, al final no supimos nunca qué pasó. Bueno, ni en las noticias lo pasan eso, no lo dan porque es de isla, si mueren mujeres de parto o gente de isla, no lo dan eso. No lo toman en cuenta eso.

Me tocó a mí ver una niña que tenía como 16-17 años, mamá soltera, y a esa como que le miraban así, había una matrona que había en ese tiempo que la dejaba y le decía “grita no más tal por cual aguántate, quien te mandó”. Si uno se empezaba a quejar, te decían así, también si tu guagua no bajaba “¡tiene que esperar!” te gritaban.

Cambios con el “Chile Crece...”

Si bien hasta aquí nos hemos centrado en aspectos deficientes de la atención al parto de manera biomédica, también es necesario señalar que a partir de la instauración del ChCC ha mejorado la percepción de las gestantes respecto a la atención e infraestructura del nacimiento en el Hospital. Incluso está el deseo de las mujeres de tener un Hospital más cercano, para evitar las complicaciones del traslado.

Como le digo, no era muy buena la atención tampoco, todavía no cambiaba. Algunas eran unas enfermeras medias antiguas y no eran muy buenas personas con la gente que llegaba de afuera nueva para tener guagüita. Después, cambió el personal y la atención ya es distinta, es otra cosa. Las matronas ya son como para uno, como que lo designan así, más de una matrona no lo ve. Solamente es una sola. Y anteriormente pasaba una matrona, después pasaba otra y así. Ahora una sola matrona le designan, es casi como sistema particular, buena atención comparada con la que había antes, ahora está completamente mejorada. Ahora último, el matrón o la enfermera te explicaban lo que iban a hacer, para qué era cada inyección, cada cosa que te ponían y te hacían. Cambió hartito. Todo era distinto, cambió todo. El hospital también lo renovaron. Cambió todo, las camas, antes las camas eran súper duras; y eran de una especie de cuerina pero como goma y uno transpiraba un montón, yo prefería dar vueltas por el hospital que

estar acostada. Y ahora no, por lo menos, son igual como colchonetas pero ya no son tan duras. Cambió cualquier cantidad.

Es difícil que haya un hospital que tenga de repente todo tan lejos de las islas. No sé, debería haber uno más cerca, acá en Chonchi, así como más a mano, porque aquí igual hay chicas que camino a Castro tuvieron sus guaguas en el transbordador, en la plaza.

A través de este relato que se presenta desde una única voz, finalmente son muchas voces más las que hablan, y muchas las mujeres que representa, incluso a nosotras. Todo lo visto en este capítulo nos hace cuestionarnos ¿es realmente necesario intervenir tanto el proceso del nacimiento? ¿Es realmente eficiente el modelo biomédico de atención a la gestación y nacimiento?

Pasemos ahora a revisar en mayor profundidad la situación actual, desde la implementación del ChCC, de la reproducción en la Isla Lemuy.

IV.iv. Gestación y parto en la actualidad

En este último capítulo de los resultados damos cuenta del contexto actual de la atención a la gestación y nacimiento. Como hemos visto en los capítulos anteriores, hoy en día sólo existe la posibilidad de atender la gestación y el parto en el sistema de salud oficial. Asimismo, está establecido –y es obligatorio- el control periódico de la gestación y los traslados de los partos al hospital.

El capítulo anterior, Historias de Hospital, estuvo marcado por experiencias de violencia obstétrica, sin embargo, el final del relato polifónico entrega esperanzas de cambios a nivel de la infraestructura y, sobretodo, de la calidad del trato humano dado hacia las mujeres gestantes y en proceso de parto y postparto, debido a la implementación del Programa Chile Crece Contigo.

El presente capítulo desarrolla la atención a la gestación y al parto desde el 2008, año en que comienza dicho programa y el año 2013, año en que fue realizado el último terreno en la Isla Lemuy. Este capítulo está construido a partir de nuestra observación, nuestra experiencia en una ronda médica, y las entrevistas realizadas tanto a mujeres que han parido en los últimos años como a personal del servicio de salud oficial. Acompañamos a la matrona en la realización de visitas domiciliarias, las cuales describiremos basándonos en notas de nuestro diario de campo, por lo cual utilizamos ese estilo de redacción.

En primer lugar, describimos el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la Isla Lemuy, ubicado en Puqueldón, y lo referente a su funcionamiento y atenciones médicas. En segundo lugar, describimos las maternidades de los hospitales de Castro y Ancud, que son los principales hospitales donde son asistidos los partos de las mujeres de la Isla.

iv.1. CESFAM

Imagen N°1: Centro de Salud Familiar Puqueldón, año 2012.



Fuente: Fotografía propia.

En el año 1995 fue inaugurado el Consultorio General Rural en el centro de Puqueldón, el cual actualmente se ha transformado en el CESFAM (Centro de Salud Familiar). Hoy en día la red asistencial de la Isla Lemuy corresponde a un sistema de atención primaria de salud municipal que está conformado por el CESFAM y 10 postas rurales en las distintas localidades, quienes son los encargados de realizar las rondas médicas al resto de las localidades de la Isla Lemuy. Por otra parte, hay que mencionar que el CESFAM está dirigido por una matrona, y presenta una dotación de 33 funcionarios: dos médicos, otra matrona, una enfermera, un dentista, una psicóloga, una educadora de párvulos¹⁶, doce técnicos paramédicos y cuatro administrativos. Entre los recursos materiales que tiene el CESFAM están los cuatro vehículos que funcionan tanto para el equipo médico en sus rondas, como para el traslado de pacientes.

El CESFAM está compuesto por otras unidades tales como el servicio de urgencia que comprende a cuatro técnicos paramédicos disponibles las 24 horas del día en el recinto; la farmacia que atiende de lunes a viernes de 08:00 a 17:18 horas.,

¹⁶ La educadora trabajó durante los años 2008-2012 en el CESFAM con el objetivo de implementar el programa Chile Crece Contigo.

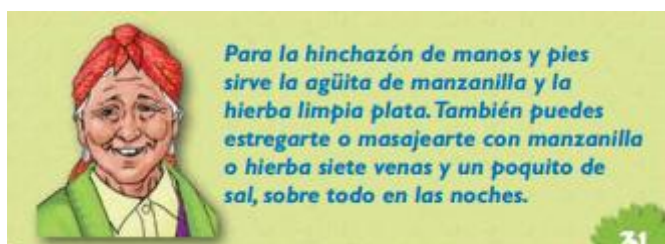
donde se administran y se organizan los medicamentos. El SOME, donde trabajan tres funcionarios que llevan la parte administrativa del Centro de Salud, ya sea las recaudaciones, las inscripciones, las derivaciones, la entrega de horas de atención, etc.

La unidad de esterilización, la unidad de “procedimientos” en la cual se llevan a cabo los procedimientos dictados por los profesionales tales como curaciones, inyecciones, toma de muestras, etc. También existen dos box de medicina, el cual está dotado por un ecógrafo; un box ginecológico, un box de kinesiología; un box de enfermero; un box de Asistente Social, un box de Psicología; un box odontológico; un box de preparación de pacientes; una secretaría; una oficina de dirección; baños públicos y de personal; sala de espera dotada con sillas; una oficina de OIRS; un vacunatorio; una residencia de técnicos paramédicos de urgencia y un box cardiovascular. Por otra parte, con el fin de ampliar el acceso a la atención y, así, la participación de la población, se creó el Comité Consultivo de los usuarios de la comuna de Puqueldón.

Como veíamos en el capítulo anterior “Historias de Hospital”, las mujeres entrevistadas reconocían varias mejoras en la atención al parto desde la implementación del Programa Chile Crece Contigo. Lo que revisaremos en este capítulo se enmarca dentro de este programa, por lo que la matrona y la educadora de párvulos deben regir su trabajo por este, asimismo la atención de los hospitales que revisaremos más adelante. Uno de los proyectos que llevó a cabo este programa fue la preparación de material informativo – para ser entregado a las familias – sobre gestación y crianza. Se realizaron distintas guías de gestación y nacimiento con un enfoque intercultural, ya que se hizo un trabajo de recopilación de tradiciones locales que dieron vida a una versión Aymara, una Mapuche, una Rapa Nui, y una chilota. La Guía “Desembarcando en una isla... Gestación y Nacimiento en Chiloé” debe ser entregada a todas las gestantes que se atienden en el servicio de salud pública. Carla de 19 años tiene seis meses de gestación y recibió la guía chilota, a ella le ha ayudado y le gusta mucho esta guía informativa, ya que tiene miedo del parto: *“me da miedo cómo sea todo pero me lo como sola no más”*. También le gusta esta guía por los consejos locales que

aparecen, sobre todo los que poseen información de las hierbas: “es entretenida porque sale una abuelita que da consejos... con ella supe que el hinojo que me gusta tomar sirve para la leche” (ver imagen N°2).

Imagen N°2: Extracto “Desembarcando en una isla... gestación y Nacimiento en Chiloé”



Fuente: Programa Chile Crece Contigo

Siguiendo con la atención local, en el CESFAM son controladas todas las gestaciones de la Isla, pero actualmente no existe atención al parto sino que la política actual corresponde a enviar a las mujeres a Castro idealmente a la semana 38 de gestación. El rol de la matrona es atender a todas las mujeres en edad reproductiva y se encarga de la salud reproductiva de éstas:

Mi trabajo consta de todo lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva. Eso quiere decir que nosotros controlamos desde los recién nacidos a los 7 días. Todo el proceso de la salud sexual, de las niñas sobre 10 años, sus caracteres sexuales. Después los adolescentes que hay bien pocos acá en realidad, porque no hay educación media. Entonces, los chicos a los 14 años se van, así que no tenemos muchos adolescentes ni muchos embarazos adolescentes, de hecho ahora, no tenemos ni uno. Tenemos uno de 18 años que es la niña más joven que tenemos. Y los controles de embarazo, los controles de puerperio que son después de que tienen el embarazo, controles de regulación de fertilidad, controles de climaterio, controles de menopausia, todo eso. Talleres Chile Crece que es el nuevo programa con que nosotros nos regimos. Controles de cáncer de mama y cervicouterino, que también se hace toda la red entre Castro y Puerto Montt, pero eso en realidad, y es harta pega porque como es una sola matrona – la otra es la directora –, así que tratamos de abarcar lo más que podemos (Matrona CESFAM).

En relación a la gestación, atiende las citas agendadas en la oficina del CESFAM, pero también realiza visitas domiciliarias y si considera necesario está autorizada para llamar a las mujeres en gestación, ya sea porque no han asistido a los

controles mensuales, o bien, porque las monitorea mientras se acerca la fecha de parto:

Hacemos rondas también, yo las hago 7 veces al mes, las rondas son dos por postas. Tenemos diez postas, y por lo general el médico hace dos veces al mes la ronda y nosotros como equipo completo y transversal, que es la nutricionista, la matrona, la enfermera, lo hace una vez al mes. Entonces, una vez al mes nosotras vamos a las postas y son siete las que yo visito y ahí hago los controles, el resto en el consultorio (Matrona CESFAM).

Sin embargo, en gran parte de los sectores rurales, el traslado hacia el centro de salud se ve entorpecido por diversos factores, asociados principalmente a problemas de movilización. Y, asimismo, las posibilidades de entregar atención domiciliaria se ven disminuidas por la falta de recurso humano y económico del centro de salud local:

Mira, son más o menos 30 embarazadas al año, en este momento ya llevamos 8, así que este año a lo mejor, vamos a crecer un poquito, pero por el momento, en general tenemos entre 30 o 35 embarazadas al año. No es tanto el número, pero la dificultad es que no viven al lado y la comunicación y la distancia es harto más larga. Para ir a hacer una visita tenemos que tener toda una tarde por gestante. Así que no es tanta gente, pero sí es más difícil llegar a las embarazadas (Matrona CESFAM).

Además que todas las gestantes debiesen recibir al menos una visita domiciliaria, por lo establecido en el programa nacional Chile Crece Contigo. Estas visitas son denominadas por el CESFAM como “integrales”, ya que están compuestas por la matrona, otro profesional que puede ser la educadora de párvulos encargada del programa Chile Crece Contigo, la nutricionista, un médico general, un dentista o la asistente social, y un técnico paramédico. Pero, la matrona plantea que establecen prioridades porque:

Hay mujeres que tienen más factores de riesgo, que pueden ser adolescentes, aquí se ve mucho la violación de familiares, el alcoholismo, la pobreza. A esas una las va a ver más continuamente, 2 o 3 veces, dependiendo de las necesidades de cada embarazada (Matrona CESFAM).

Como mencionábamos más arriba, en la Isla Lemuy sólo existe el CESFAM como único centro de atención primaria del sistema de salud oficial, por lo tanto, hay presencia únicamente del sistema de salud público. En este contexto, tanto las personas que tienen Fonasa o que cotizan en Isapres privadas, tienen la posibilidad de atenderse en el CESFAM de Puqueldón de manera gratuita. Pero, si quieren atenderse de forma particular, tienen que ir a Castro. No obstante, es necesario mencionar que el 92,4% de la población de la comuna de Puqueldón pertenece a Fonasa, siendo el 68,8% del total de la población comunal perteneciente al grupo A y solo el 2,9% cotiza en el sistema privado¹⁷.

Sin embargo, todas las gestantes de la Isla son atendidas por la matrona del consultorio y, muy pocas, complementan esta asistencia con el sistema de salud privado que se ofrece en Castro. Tal es el caso de R. de 28 años con una hija de 3 años que se atendió en el CESFAM y con un ginecólogo particular de Castro – siendo carga en la isapre de su padre –, además de parir en el Hospital de Ancud porque es en este sector en el cual ella tiene parientes donde pudo alojar los días anteriores y posteriores al parto, antes de volver a la Isla. Así, ella nos comenta que:

Una vez que detectas tu embarazo vas al consultorio y te atiende la matrona. Ella te lleva el historial del embarazo, pero si no quieres, en mi caso fue porque quise, fui al ginecólogo a Castro. Los controles que me daban, primero eran espaciados y después ya son todos los meses pero no recuerdo con qué frecuencia. Él me atendió y con él planifiqué el parto (28 años, Puqueldón).

No obstante, R. también se realizó controles con la matrona del CESFAM, asistió al dentista en esta misma institución y recibió todos los beneficios del servicio público, tales como: leches especiales para gestantes y luego para su hija, todo el material didáctico del programa Chile Crece Contigo, folletos informativos sobre los cuidados en la gestación y sobre el cuidado del recién nacido: lactancia y estimulación, entre otros.

¹⁷ Datos obtenidos de la CASEN 2009.

Como vemos, en la Isla Lemuy no existe la posibilidad de atender partos en la actualidad, así es que la mayoría de las mujeres viajan a Castro a parir o, algunas acuden al Hospital de Ancud. No obstante, en el CESFAM están preparados por cualquier eventual emergencia a pesar de que el último parto atendido en la Isla fue en el año 2009:

Todos los partos se atienden en Castro, porque ahora no tenemos servicio de urgencia, solamente servicio de estación rural de urgencia que lo atiendo yo u otro compañero paramédico, así que no se atienden partos. De todas maneras igual tenemos paquetes de partos por si llegase ocurrir algún parto acá... Pero ya gracias a dios, todas tienen un parto atendido en atención terciaria, o sea, en Hospital de alta complejidad, porque acá no tenemos los recursos como para tener partos (Pablo, paramédico).

Pero como la fecha de un parto no se puede predecir con exactitud, sino que solo se da una fecha estimada siendo igual de posible que se produzca dos semanas antes o dos semanas después, e incluso pudiendo ser antes si se tratase de un parto prematuro. Esta característica de los partos complica la situación de partir al hospital para el nacimiento y también es determinante para establecer los protocolos del CESFAM y de todo el sistema de salud insular. Hasta hace cinco años atrás existía el Hogar de la mujer campesina en Castro que funcionaba como una pensión, recibiendo a las mujeres gestantes en sus últimas semanas de gestación.

Sin embargo, en la actualidad sin este hogar resulta aún más complejo para las mujeres irse al hospital, por protocolo debiesen estar en Castro desde la semana 37 de gestación, ya que se considera normal parir entre la semana 37 y 42. Esta situación es compleja para las gestantes por varias razones – hay que considerar que cada familia tiene sus particularidades – por un lado, hay muchas mujeres que no tienen familiares ni en Castro, ni en Ancud, por lo tanto en caso de no haber disponibilidad de camas en el hospital de Castro, deben pagar pensiones, donde pasan – en el mejor de los casos – sus últimas noches solas, apartadas de sus casas y sus familias, a menos que tengan la posibilidad de que algún familiar la acompañe: la madre o una tía, ya que la mayoría de los hombres – si es que los hay – deben quedarse a trabajar en la Isla. Por otra parte, hay muchas

mujeres que tienen otros hijos, lo que complica aún más la situación de viajar por varias semanas a Castro: con quién dejar a los hijos, cuánto tiempo sin verlos.

La matrona del CESFAM conoce bien la situación de cada gestante y sabe también que debe recomendarles que se vayan a Castro con 37 semanas, pero reconoce lo difícil que es para estas familias:

Supuestamente por norma a las 37 semanas, para que se le hagan los controles allá, pero eso es por norma no más, porque resulta que las pacientes no tienen donde quedarse. No tenemos ni siquiera una casa donde dejarlas, una casa de acogida donde dejar a las embarazadas. Así que yo trato de dilatarlas lo más que puedo, 38 semanas, porque muchas tienen más hijos y no tienen con quién dejarlos, tienen que dejarlos con el marido a veces y el marido tiene que dejar de trabajar. Entonces es un proceso bien complejo y uno no puede ser tan intransigente y decirle “tú a las 37 semanas te vas o te vas”, porque eso significa que si tiene la guagua a las 40 semanas, entonces eso sería un mes que tiene que estar afuera de su casa, y eso no es lo más conveniente y óptimo. Así que cuando no hay ningún problema, uno las ve constantemente, una las va a ver a la casa y las envía cuando ya uno calcula que le pueda quedar una semana o esté en el tope del límite de las 40 semanas (Matrona CESFAM).

Muchas veces las gestantes parten al Hospital de Castro cuando empiezan con las contracciones, por lo tanto deben irse rápidamente, muchas no tienen auto y a muchas les comienzan en la noche cuando no hay transbordador funcionando. Pero como saben que tienen que prever estas emergencias,

Cuando empiezan con contracciones se van rápidamente en ambulancia o se van ellos mismos en cualquier auto, arriendan autos, le piden al vecino también, al hermano. Ellos ya tienen planificado eso, ellos ya saben que esto es así, así que ya saben cómo se van a ir, ya lo tienen conversado con el vecino, con el hermano, con el tío, con el primo, que apenas pase algo ellos tienen que partir y así se coordinan igual con el transbordador en la noche para poder pasar (Matrona CESFAM).

A pesar de que aún se presenta como un problema el tema del traslado al hospital, esta situación ha mejorado, sobre todo por los avances que ha habido en la Isla en cuanto a infraestructura vial, en la construcción de los caminos y su mejoramiento, y con mayor cantidad de frecuencia de los transbordadores. Al acercar la Isla Lemuy a Castro, acortando los tiempos de viaje, se ha facilitado la

vida de sus habitantes en muchos aspectos, a pesar de que aún recientes en sus experiencias el aislamiento geográfico y las condiciones insulares:

Es difícil que haya un hospital que tenga de repente todo tan lejos de las islas. No sé debería haber uno acá en Chonchi, así como más a mano, porque aquí igual hay chicas que camino a Castro tuvieron sus guaguas en el transbordador, en la plaza (...) creo que hay dos ambulancias, pero parece que una está mala. Entonces eso igual, se echa a perder la ambulancia y llega hasta ahí no más. Hay camionetas eso sí. Pero ambulancia hay una sola funcionando, la otra parece que todavía no la arreglan (32 años, Detif).

La matrona ya nos anuncia la manera mediante la cual las gestantes deben realizar ciertos arreglos y acordar tratos con las redes formales e informales que tienen a su alcance para, una vez llegadas las contracciones, lograr llegar a Castro a parir.

Una vez que las mujeres son dadas de alta en el Hospital de Castro, vuelven a la isla y es en el CESFAM donde son atendidas por la matrona para los controles de post-parto y anticoncepción, y los controles de “niño sano”¹⁸ del recién nacido, ambos en Puqueldón. El Hospital envía una nómina con las mujeres y sus recién nacidos de la Isla Lemuy, al CESFAM. Sin embargo, existe un monitoreo de estas familias porque no siempre asisten a los controles por su cuenta, así es que a partir de la nómina que envía el Hospital de Castro con las madres y recién nacidos dados de alta, se les realiza un seguimiento:

El ideal es que los bebés reciban la primera atención antes de los siete días, y si no vienen se va a domicilio, se lleva la pesa, el aparato para medirlos y todo, y se hace la atención en el domicilio, porque igual a veces no coinciden, acá son todos profesionales únicos entonces ya no pueden venir porque no hay quien los atiendan, ante eso igual se va al domicilio y ahí van los profesionales con la atención (Educatora, Chile Crece Contigo).

También, la educadora de párvulos encargada de aplicar el Programa Nacional Chile Crece Contigo en la Isla Lemuy, cita a los recién nacidos junto a sus madres o cuidadores a la sala de estimulación ubicada en el jardín infantil JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles) de Puqueldón, que se encuentra frente al

¹⁸ El control niño sano forma parte del programa Chile Crece Contigo.

CESFAM, en la plaza central de la localidad. Pero, nos comenta que prácticamente nadie asiste a estas salas, por lo tanto, ella llegó en el año 2008 a la Isla con el objetivo de realizar visitas a domicilio junto a la matrona y en estas, conversa con los padres sobre los cuidados y la estimulación que deben realizar con sus hijos en la primera infancia para su desarrollo psicomotor y cognitivo, porque han detectado que:

Acá se ve harto el tema de que los niños, muchos van a cursos de integración, porque están con harto déficit, y lo que busca Chile Crece es disminuir esa brecha y que los chicos tengan acceso a esta educación entre comillas antes de tiempo. Igual a veces tú vas a las casas y las mamás están mirando la tele, tú les hablas y no te pescan mucho...o los chicos están jugando afuera (Educadora, Chile Crece Contigo).

Hay mucha diferencia entre Puqueldón y los sectores más alejados al CESFAM en términos de acceso a atención médica, debido a la lejanía, pero también a la precaria movilización, a los malos caminos- actualmente en proceso de pavimentación-, etc. En palabras de R.:

Sí, porque si tienen una emergencia no sé cómo lo hacen. Generalmente la gente con vehículo viene a la urgencia o arrendarán o no sé cómo, pero vienen por sus propios medios. El viaje a Castro es con ambulancia, pero para llegar imagínate, es lejos, es difícil, tienes que tener plata para mandar un vehículo, ahí mismo a veces unos van a vendarse algo simple, pero los que viven lejos no pueden hacer eso. En los sectores hay postas rurales con paramédicos pero con horarios de oficina, entonces no te puedes enfermar fuera de esos horarios, ahí se van rotando para la ronda médica. El tema de urgencia lo veo más complejo, yo no sé qué tiene que pasar para que llamen a un médico (28 años, Puqueldón).

1.1. En terreno con la matrona

En nuestro segundo terreno, el año 2013, nos volvíamos a encontrar con la matrona Fabiola que trabaja en el CESFAM de Puqueldón. Esta vez, ya que nos recordaba no éramos personas desconocidas como el año anterior, logramos que accediera a llevarnos con ella a una mañana de visitas domiciliarias. Quedamos en llegar a primera hora al Centro de Salud, nos preocupamos de ser bien puntuales para no perder esta oportunidad. Dos días después la matrona saldría

de vacaciones por lo tanto era nuestra única posibilidad. La mañana del día 22 de febrero llegamos a las 9 AM., tal como habíamos acordado la semana anterior, la matrona estaba muy ocupada y nos pidió que la esperáramos un rato. Cuando llegamos la sala de espera – con sillas y televisor encendido con el matinal – estaba llena de pacientes pero ya cuando nos fuimos alrededor de las 10:30, quedaban muy pocas personas. En la camioneta empezaron a conversar y decidir a quiénes irían a visitar. Las visitas domiciliarias se realizan sin previo aviso a las personas que asistirán. En el vehículo va el chofer, la matrona, la asistente social y nosotras dos.

La primera visita fue a una mujer con seis meses de gestación, en Ichuac. No conocían dónde vivía porque antes vivía con la mamá y ahora estaba viviendo con su pareja y la hija de su pareja. Esta es su tercera gestación, pero los otros dos hijos viven con su mamá, la abuela de los niños. La asistente social no la conocía así que se presentó y llenó una ficha. Entre las varias preguntas realizadas por la matrona, había una sobre el espacio definido para el bebé. La matrona decía que el bebé tiene que dormir en su cuna y no en la cama, pero que en el ajuar entregado por el Gobierno viene una cuna junto a otras cosas más. La asistente social la invitó a que conversaran más íntimamente en la consulta en el CESFAM, y ella le respondió que quería ir a hablar sobre su mamá y la custodia de sus hijos mayores. En la casa de al lado vive la suegra con su cuñada. A los hijos mayores no los visita mucho, viven en Puqueldón, pero les manda cosas con la cuñada.

La segunda visita fue en Liucura a una mujer gestante de 36 semanas. No pudimos entrar a la casa porque se trataba de un caso más complejo, ya que no había dicho aún quién era el padre y, por lo mismo, estaba peleada con la mamá. Una vez de vuelta a la camioneta, nos contaron que les había ido bien porque la mujer ya había contado quién era el padre de su hijo y con eso las relaciones familiares al interior de la casa habían mejorado. Era su tercer hijo, los dos mayores eran del marido pero ahora estaba separada.

Después nos fuimos a San Agustín. En esta localidad realizamos dos visitas, a una joven gestante y a una mujer y su recién nacido. La primera visita era una casa justo en el cruce del camino hacia Aldachildo, una mujer de 18 años con 26 semanas de gestación. Ella no habla mucho, es la mamá quien responde a las preguntas que les realizan. La asistente también completa la ficha y la invita a conversar al CESFAM. Entre la mamá y la gestante nos cuentan que se quiere ir a vivir a Quellón a la casa del papá de la guagua, pero la mamá no quiere ya que su hija es primeriza y la ve aún como una niña, como su niña. La matrona apoya a la mamá y la asistente dice que finalmente es una decisión de ellos. La joven terminó su cuarto medio en un liceo técnico en elaboración industrial de alimentos. Vive con la mamá, el papá y tres hermanos. Su gestación no fue planificada y cuenta que: *“Al principio me costó pero ahora ya lo asimilé”*. Han hablado con los vecinos que tienen autos para cuando tenga que trasladarse al hospital al momento del parto o, en último caso, la ambulancia. De todas maneras, la matrona le dice que después de que cumpla las 38 semanas de gestación, ella la revisa cada tres días con realización de tacto vaginal y una vez que empiezan con dilatación o con contracciones, con cualquier indicio del inicio del trabajo de parto, se trasladan al Hospital de Castro.

La última visita es camino a Puchilco. Esta consiste en el control de peso de una recién nacida de 17 días. Al principio la matrona le dice a la mujer madre que no le de relleno pero después de pesarla y revisar el cuaderno de salud, se da cuenta que ha bajado de peso, así que le dice que mejor le de entre 2 a 3 mamaderas al día. A pesar de que el día anterior el nutricionista no le había recetado relleno. Pero le indica que suspenda el relleno una vez que la guagua recupere el peso y que amamante lo más seguido posible. A pesar de que es su cuarta hija, la madre tiene hartas preguntas. Luego en la camioneta, nos cuentan que es primera vez que se hace cargo de una de sus hijas, la asistente social dice que *“esa mujer yo la veo como más empoderada”*.

Ya estamos en la hora. Tienen que volver al CESFAM a la una y faltan 10 minutos. Se dan por terminadas las visitas domiciliarias. Acuerdan que el resto queda para la siguiente semana.

iv.2. Las maternidades del Hospital

Si bien en Chiloé existen cuatro hospitales con maternidades: Ancud, Castro, Achao y Quellón; solo hablaremos de dos: Ancud y Castro, ya que es en estos donde asisten las mujeres de la Isla Lemuy. La gran mayoría acude al Hospital de Castro, como revisamos en el capítulo II. La transición: Introducción de la salud biomédica, desde los inicios de los traslados de los partos al hospital, han sido a este. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje de mujeres que prefiere el hospital de Ancud, principalmente, porque tienen parientes en esa comuna y, por lo mismo, donde hospedarse. También, nos pareció interesante conocer personalmente esta maternidad porque es la única que funciona y, además, incentiva los partos integrales. Como decíamos los hospitales también se rigen por el Programa Chile Crece Contigo que en relación a los partos propone una atención personalizada e integral a las mujeres gestantes y sus acompañantes en cada momento del proceso de nacimiento: preparto y parto. Asegura un manejo oportuno del dolor sujeto a elección de las mujeres, y estipula que las gestantes tienen libertad de movimiento y de elección de la posición para parir. También supone generar condiciones propicias para el favorecimiento del primer contacto físico madre-bebé, especialmente protege la primera hora de apego de la día, esta debería darse inmediatamente después del parto, del útero al pecho de la madre, sin separación intermedia¹⁹.

2.1. Hospital de Castro

El Hospital de Castro es el principal hospital de la Isla de Chiloé, a este se derivan los casos complejos que no pueden resolverse en los demás hospitales tipo 4: Ancud, Quellón, Achao y Queilen. Hoy día prácticamente todo lo pueden atender en este hospital, excepto algunas situaciones particulares y algunos pacientes oncológicos, los cuales son trasladados a Puerto Montt.

¹⁹ Información obtenida de la página web del Programa Chile Crece Contigo. Disponible en: www.crececontigo.gob.cl

En el año 2008, además de la implementación del Programa Chile Crece Contigo, el Hospital de Castro fue remodelado, arreglaron y agrandaron su infraestructura. En la actualidad tiene cuatro salas de parto individuales, en las cuales las mujeres parturientas realizan su trabajo de parto, el parto y el apego temprano con sus bebés. En caso de cesárea, las mujeres deben ser trasladadas a pabellón que está en otra área del hospital y no depende de maternidad. El hospital cuenta con anestesiista y gineco-obstetra las 24 horas del día.

Las principales transformaciones que el Programa Chile Crece Contigo trajo a este Hospital fue el tema del apego y del acompañamiento, además de la implementación de una sala de parto integral, talleres para las mujeres gestantes y un acompañante, y la contratación de una psicóloga.

Ha servido harto el Chile Crece por el tema de neonatología, que también se hace harto acompañamiento a las mamás y seguimiento a los recién nacidos. Eso, y la psicóloga que ha sido bien fundamental en los casos sociales, de repente para la lactancia cuando las mamás no están muy conectadas con su recién nacido, han tenido embarazos medios complicados, ha sido un tremendo aporte, de todas maneras (Matrona jefe).

La matrona jefe comenta que varias cosas ya las hacían desde antes del programa como el apego temprano y la posibilidad de las mujeres de entrar con un acompañante durante el preparto y el parto, esto último dependía de si había más de una mujer en trabajo de parto, ya que en la infraestructura anterior las salas de parto eran compartidas:

Antes teníamos otra infraestructura, que no nos permitía de repente hacer pasar al acompañante porque era una sala de parto para más de una persona. Entonces si había un trabajo de parto, perfecto, pasaba el acompañante, pero si habían dos no podía, y no podías hacer apego tampoco. En cambio cuando nos cambiamos acá a esta infraestructura nueva ya pudimos hacer apego y acompañamiento, y todas las pacientes pueden tener acompañamiento (Matrona jefe).

Una entrevistada de Liucura tuvo su primer parto previo a la implementación de estos cambios, en 2000 y el segundo después, en 2008. Ella experimentó la transformación, que valora como muy positiva ya que en su primer parto

Era como bien frío el trato, si uno se empezaba a quejar decían “bueno y quien te manda”, si tu guagua no bajaba “¡tiene que esperar!”, o si no uno le llegaban, inyectaban no más y listo, no preguntaban por qué, dolor, nada. A mí me tocaron dos inyecciones en el mismo lado de la pierna...no en ese tiempo fue malo, malo, malo la atención, me quedé sola en el hospital; esos años tampoco permitían que estén los papás ni ningún familiar, en cambio ahora el papá entra a los partos y todo (33 años, Liucura).

Otro aspecto importante de la implementación del “Chile Crece...” fue la eliminación de prácticas innecesarias que la misma matrona jefe nombró como ritos, que eran utilizados como parte de una rutina, que como hemos visto en el marco teórico, expresa un mensaje de que las mujeres entregan a la institución

Lo otro es que ya no se hace lavado intestinal que se hacía antes, tampoco se hace el rasurado tampoco, y episiotomía tampoco. Esas son prácticas ya que no existen. Eso se dejó como el 2005 más o menos, 2005-2007 por ahí se dejó de hacer eso porque ese rito en verdad no tenía ninguna utilidad. En casos muy excepcionales se ha necesitado hacer episiotomía cuando las guaguas son muy grandes para ayudarlas un poco. El lavado intestinal era una molestia para la mamá y no aportaba en nada, todo eso se ha ido basando en estudios (Matrona jefe).

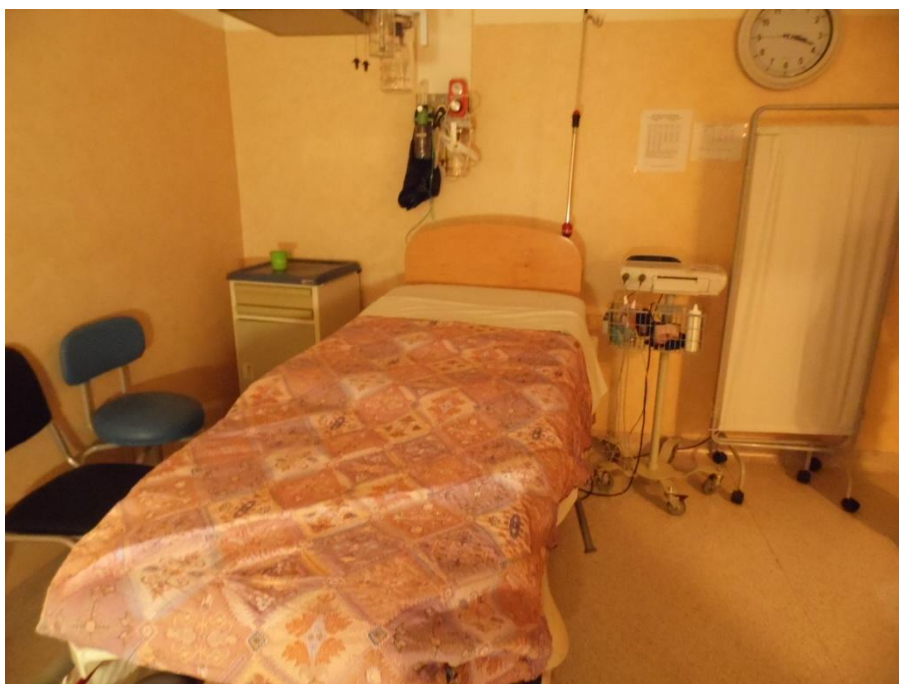
Los talleres para las gestantes se realizan en la Atención Primaria, pero el último taller cuando ya tienen 36-37 semanas, es en el hospital. En este taller las mujeres conocen las salas donde van a parir, al personal médico y conversan extensamente con la matrona. Se realiza dos veces al mes y, principalmente, se responden dudas de las mujeres y sus acompañantes, tratan los miedos y los mitos:

Aclaremos todos los mitos, las dudas. No se po ‘a mi vecina la otra vez le pasó tal cosa’ porque siempre vienen con esos miedos, entonces tú tratas de decirles ‘mira, lo que le pasó a tu vecina no necesariamente te va a pasar a ti’ y les mostramos las instalaciones, entonces ahí quedan como bastante más tranquilas. Eso les ayuda harto (Matrona jefe).

Si bien hay una sala especial para partos interculturales (ver imagen N°3), donde las mujeres pueden escoger la posición vertical para parir, esta no funciona por falta de personal capacitado en partos integrales: “Nosotros tenemos una mesa

de parto vertical, que es de madera, que la mandaron a construir, pero nosotros no tenemos personal capacitado para atender partos verticales; no nos sentimos con la seguridad de comenzar a atender partos verticales” (Matrona jefe). Esta sala fue implementada en el marco del Programa Chile Crece Contigo, por lo que también aparece en la guía “Desembarcando en una isla... Gestación y nacimiento en Chiloé”: “Hospital de Castro: se utiliza una cama de parto que se inclina para que quedes semi-sentada. Tanto el trabajo de parto como el parto se hacen en la misma cama y sala” (Monsalve, 2010: 34). A pesar de lo mencionado por la matrona jefe, las mujeres pueden exigir –amparadas por el Programa Chile Crece Contigo – validar su derecho de parir en la posición que ellas escojan.

Imagen N°3: Sala de Parto Integral Hospital de Castro, año 2013.



Fuente: Fotografía propia.

En relación al apego temprano, este se realiza de la manera estipulada por el Programa, pero no cumple totalmente con los planteamientos de la teoría del apego, ya que dura solo una hora y las matronas son las que lo ponen en el pecho de su madre y ayudan a acoplar al pecho, lo cual si bien está orientado a incentivar la lactancia materna, no deja de ser una intervención.

La idea es que el recién nacido nace, tú lo pones en el pecho de la mamá e inmediatamente lo acopla la matrona recién nacido, mientras la matrona de parto está terminando. Lo acopla al pecho, la idea es que empiece al tiro la cadena de hormonas a funcionar, además se quedan una hora acá. Una hora en apego y después se van a la sala, y de ahí seguimos con el tema de lactancia ya en sala. La matrona recién nacido pasa todos los días a ver cómo están, si le han dado leche, todo lo demás. (Matrona jefe).

Además, el apego que estipula el Programa Chile Crece Contigo, también se ve obstaculizado por la falta de personal médico:

Realizamos apego, apego de una hora en los recién nacidos, no a todos por falta de personal. Después de las cinco y media de la tarde no se hace el apego y en la cesárea tampoco porque es en el pabellón, entonces ya no es una dependencia nuestra, que no podemos manejar (Matrona jefe).

Finalmente, luego de que la matrona jefe nos recibe en su oficina, donde comenzamos y realizamos gran parte de la entrevista, nos muestra la maternidad: la sala de parto integral, las otras salas de parto, y las salas de post-parto. Una vez en la sala de parto integral (ver imagen N°3), nos comenta que:

Esta es la sala de parto, tienes todo lo necesario para atender un parto, la ropa estéril, la caja de parto, que tiene los instrumentos, los guantes, y los medicamentos que necesite en caso de urgencia, los brazaletes que se ponen al momento que la guagüita nace (...) Esta es una cama de parto electrónica, entonces esta camita tiene la particularidad de que tú puedes moverla, porque los partos normales no son horizontales, son verticales, entonces tú estás sentada. Porque esto se desmonta, esto se saca, esto desaparece, entonces tú estás sentada, la matrona recibiendo la guagüita, el acompañante acá (...) Y cuando está todo bien, todo bien, todo bien, generalmente las colegas atienden el parto con esta luz, así [luz tenue] entonces es un ambiente mucho más íntimo, como que nadie habla, todos calladitos, si la señora quiere gritar, grita (...) y eso, monitor, reloj y el aparato de oxígeno por cualquier urgencia. Esta cama se baja, se sube, se acomoda de acuerdo a las necesidades de la paciente. Tiene control remoto también pero lo sacamos porque hacían mal uso, así que eso no, y hay un baño para el paciente (Matrona jefe).

2.2.Hospital de Ancud

El otro hospital de Chiloé que atiende una gran cantidad de partos y, algunos de la Isla Lemuy, es el Hospital de Ancud. La diferencia de este último es que es el

único en la Isla grande que incentiva los partos naturales, es decir, las matronas se están capacitando en esta corriente mundial de la humanización del parto y se ha dotado con la infraestructura adecuada: una sala de parto integral con una especie de jacuzzi, una pelota para pilates, una silla especial para la atención del parto en cuclillas y una camilla con la posibilidad de que la parturienta esté en cuclillas. El día que visitamos el hospital, la matrona jefe nos mostró la maternidad del hospital, donde están las distintas habitaciones para que las mujeres pasen su estadía obligatoria junto a sus recién nacidos, y también tuvimos la posibilidad de ingresar a la sala integral de parto, en la cual en ese momento estaba una parturienta realizando su trabajo de parto vestida con una típica camisola de hospital sentada con las piernas bien abiertas sobre la pelota de pilates con un leve movimiento hacia adelante y hacia atrás.

Además, el protocolo del parto, a diferencia del Hospital de Chiloé, aquí la gestante puede estar acompañada por sus familiares en todo momento y el trabajo de parto y el parto se realiza en la misma sala, a no ser que necesite ser trasladada a pabellón para realizar una cesárea. La matrona jefe Haydee Millas en marzo del año 2012 se encontraba cursando un diplomado en la ciudad de Concepción sobre Salud Primal con el objeto de especializarse en el parto humanizado para poder profundizar en su aplicación en el Hospital de Ancud. Haydee nos relata que como en el hospital no existe un anestesista de planta, se vieron en la obligación de buscar alternativas para anestesiar los dolores de las contracciones en el parto y así nació la importancia de nuevas posiciones que favorezcan el nacimiento de la guagua y, asimismo, que disminuya el dolor de la parturienta. Además de otras formas como masajes, la iniciativa de la hidroterapia y el parto personalizado. La matrona nos plantea que:

La ciencia obstétrica ha hecho mucho daño durante un largo período en la tratativa que le ha dado a los partos y ya es tiempo de remediar esta situación, por lo que nosotras vamos a aprender al diplomado estas cosas y la idea es empoderarnos y ayudar a que las mujeres se empoderen de sus propios partos y sean ellas las protagonistas. Pero es difícil, porque hay que cambiar todo un sistema de pensamiento de los doctores, de las matronas y de las pacientes (Matrona jefe, Ancud).

R., la joven madre de Olivia de 3 años, fue a parir al Hospital de Ancud porque allá tiene a una tía, en cambio en Castro no tenía donde hospedarse. Ella después de estar dos días con fuertes dolores de contracciones dice que pidió que le realizaran una cesárea:

Porque a mí me dijeron que, yo alcancé a tener 40 semanas de embarazo y no tenía contracciones, entonces me inyectaron no sé qué sustancia y ahí programaron que fuera al Hospital, me inyectaron una sustancia para inducir las contracciones y todo eso. Estuve todo un día, desde la mañana, después toda una noche, después me rompieron una membrana porque yo tenía contracciones pero no las sentía. No sé qué te rompen, pero te hacen como un tacto, y ahí tuve contracciones más fuertes, y me cansé, como que ya tenía sueño, me dolía mucho (28 años, Puqueldón).

No obstante, R. tiene una buena opinión del hospital:

No era desagradable el lugar, porque en el Hospital de Ancud está implementada una sala, donde hay sillones, hay un jacuzzi, con pelotas para relajarte. Yo podía estar con el papá de mi guagüita y en la tarde, mientras no pasaba nada igual me podía ir a ver mi familia. Lo único diferente que me exigían era la alimentación, que tenía que comer poco y cosas livianas, pero no era así como que estaba en la camilla. Todo ese rato estuve acompañada y bien, no era un ambiente tan de hospital, llegaban cuando yo pedía (28 años, Puqueldón).

Además, las salas son individuales: *“individuales, para que pudieras estar con quien querías, eso lo hace todo más agradable”* (28 años, Puqueldón).

Pero, a pesar de que R. considera que todo su proceso de trabajo de parto fue respetado –incluso considerando sus intervenciones de rotura de membranas, entre otros que no están recomendados por la OMS-, no recuerda conforme el momento del nacimiento de su hija, porque se la llevaron de su lado y no volvió por al menos una hora, cuestión totalmente desaconsejada por la OMS y que se contradice con los planteamientos del Programa Chile Crece Contigo y la primera hora de apego mamá-bebé. Con una pena notoria, nos relata que:

No recuerdo si primero le cortaron el cordón o... Alvaro le cortó el cordón y después me la pasaron un rato y me la dejaron un ratito, unos minutos no más, encontré que fue poco, después se la llevó su papá con la matrona, la

fueron a vestir y a lavar y a mí me llevaron a recuperación como una hora. Después de eso recibí a mi guagua, pero ya estaba muy limpia, vestida, hasta con aros. Así que esa parte no me gustó del parto, en ese rato la pasé mal porque yo quería ver a mi hija, fue una hora nomás, pero para mí fue mucho, yo estuve todo ese rato en recuperación y tenía frío y me sentía con la guata extraña porque bueno, me estuvieron revolviendo ahí, y no estaba 100% bien. Así que eso, no sé (28 años, Puqueldón).

En este capítulo, el último de los resultados, observamos que se han hecho esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en los hospitales de Chiloé. Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer hacia una verdadera “humanización” de la atención al nacimiento. En este ámbito existen posturas más extremas, como la de Davis-Floyd

La biomedicina es un modelo inadecuado para el parto en cualquier cultura. Es demasiado cara, demasiado intervencionista, demasiado orientada al tratamiento con fármacos y tecnología, y causa un daño excesivo a las madres y bebés como para que sea un modelo viable al que los países en vías de desarrollo deban aspirar (Davis-Floyd, 2009: 95).

Esta postura abre nuevas interrogantes respecto al camino a seguir como país respecto a los modelos médicos existentes y su verdadera eficacia y pertinencia. En el ámbito de la reproducción, modelos como las casas de partos o los partos domiciliarios atendidos por parteras o matronas son más baratos y más efectivos que el modelo hegemónico vigente en Chile hoy. Pero como sabemos, existen intereses económicos en juego en las políticas de salud pública. Es de nuestro interés trabajar para trascender éstos últimos y contribuir a que en nuestro país las experiencias de gestación y nacimiento sucedan en un entorno libre de relaciones jerárquicas, de imposiciones y expectativas. Para que algún día nos reproduzcamos como sociedades libres, que permitan el pleno desarrollo del potencial que cada ser trae a este mundo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

En este capítulo presentamos las conclusiones de nuestra investigación. Comencemos por repasar sucintamente los resultados de la misma. Hemos expresado que las transformaciones en la gestación y nacimiento en la Isla Lemuy, así como en su atención, han sido drásticas y veloces. En los últimos cincuenta años hubo un cambio de paradigma en cuanto a la reproducción humana, el cual vino de la mano de la instauración de la visión biomédica de la gestación y nacimiento. Esta visión supone que la gestación y nacimiento son acontecimientos médicos, que deben ser atendidos por personal capacitado en el sistema de salud oficial.

Este cambio cultural en la Isla está inserto en el contexto del proceso histórico de modernización de la ruralidad de nuestro país. Revisamos cómo el personal médico se encuadra con un proyecto país que apela a estándares demográficos internacionales: se busca avanzar, desarrollarse: salir del “tercer mundo”.

En este sentido, fueron utilizadas diversas estrategias por parte de la salud oficial para instalarse. Por un lado, se introduce un paramédico a la Isla; se construyen postas rurales; se realizan capacitaciones o educaciones para la comunidad; las gestantes son trasladadas a la Casa de la Mujer Campesina a un mes de parir. Y por otro lado, se niega el rol de las parteras, que se ven forzadas a dejar su labor; y a las mujeres se les obliga a controlarse durante la gestación y a trasladarse al Hospital a dar a luz; para lo cual el sistema de salud contaba con la fuerza pública.

También hemos dicho que en Lemuy, previo a la concepción biomédica de la reproducción, ésta era considerada parte de la cotidianidad y se tomaba con naturalidad. En el ámbito de la gestación en particular, tal cotidianidad probablemente tiene que ver con la alta tasa de natalidad que existía, en parte por la ausencia de métodos anticonceptivos y de otros horizontes para las mujeres; e implicaba continuar con la vida y el trabajo en el campo sin mayores preocupaciones.

Por su parte, en el ámbito de los nacimientos, dicha naturalidad se refleja en el hecho de que la partera era buscada al momento mismo del parto, y ésta realizaba intervenciones mínimas. No había mayores tabúes dentro de la comunidad respecto al parto, ni grandes normas o rituales que lo favorecieran, es decir, todo estaba en la localidad, y en las personas presentes, no se necesitaba nada más que una mujer parturienta y otra mujer que le brindase ayuda y apoyo.

Así fue como los partos pasaron de ser atendidos por una partera en la propia casa -con libertad de movimiento y muy poca tecnología- a trasladarse al Hospital, donde hay una serie de restricciones para las parturientas. Si bien en el Hospital se cuenta con más tecnología y mejores condiciones higiénicas, la atención al nacimiento en ese lugar conlleva la lejanía del propio territorio, así como malos tratos, desinformación y discriminación por parte del personal médico. Esta última se da especialmente hacia mujeres de sectores rurales y pobres, teniendo por aliciente los casos de mamás adolescentes y/o solteras.

Las historias de hospital que recogimos están marcadas por la violencia obstétrica, un trato frío, y la entrega de los cuerpos a la institución. Esto acompañado por una promesa de progreso, status, modernidad. El cambio de sentido que esto conlleva es inminente: para las nuevas generaciones parir en el hospital es la forma correcta y normal de hacerlo. Las parteras y los partos caseros quedan en el ámbito del atraso, de lo bestial.

No obstante, dentro de este nuevo paradigma, las mujeres y familias construyen espacios de resistencia. Primero, a diferencia de otros sectores del país, los límites de cobertura de la salud oficial y la mantención de la costumbre -de la mano con una visión del hospital como *moridero* y del parto como un asunto eminentemente femenino- hacen que la partería perdure hasta principios de la década de 1970; cuando ya había dejado de existir en gran parte del país.

Durante el periodo de transición hacia la visión biomédica, existían estrategias para evitar los controles y ser enviadas a la casa de la Mujer Campesina por tiempos prolongados. Incluso ocurría que algunas mujeres, sobretudo en el caso

de mamás adolescentes y solteras, ocultaban sus gestaciones hasta el momento de parir. Una vez establecido el sistema biomédico, al ir a parir al Hospital, se realizaban prácticas tradicionales a escondidas del personal de salud; y las mujeres se traspasaban información valiosa entre ellas y generaban redes de apoyo.

Bien, estos son –*grosso modo*- los resultados de nuestra investigación. Ahora veamos algunas de las implicancias que éstos tienen desde una perspectiva antropológica. Desde el punto de vista metodológico, la etnografía nos permitió enfrentarnos cara a cara con las y los actores sociales involucrados. En este sentido, la segunda estadía en terreno fue mucho más rica en términos de la calidad de la información obtenida. Aquí cabe señalar la relevancia de nuestro sexo, ya que al ser mujeres podíamos entablar más fácilmente conversaciones de temas considerados íntimos con las mujeres de la Isla; y también es importante destacar que en el segundo terreno ambas estábamos gestando a nuestras hijas, lo cual –por razones obvias- facilitó bastante las cosas.

Por otra parte, el carácter holístico de la antropología nos permitió observar el fenómeno en distintos niveles, ampliando la mirada frente a la problemática estudiada. En Puqueldón, las transformaciones en torno a la gestación y nacimiento se sitúan, como decíamos más arriba, en un contexto mayor: la modernización de la ruralidad chilena. En los años ´80, esto va de la mano de la construcción de nuevos caminos, una mayor conectividad a través de la telecomunicación; un cambio en la composición familiar (de familia extendida se pasa a familia nuclear); una disminución de la tasa de natalidad y una mayor expectativa de vida; el paso de una economía campesina agropecuaria de subsistencia al trabajo asalariado en la industria acuícola. La insistencia en los símbolos patrios y la escolarización da cuenta de un afán de integración por parte del Estado chileno. En el ámbito político, se da el proceso de municipalización de la salud, cerrando cada vez más los espacios de participación ciudadana, acompañado de la privatización progresiva de la salud y la educación. En contraste al período anterior de la Unidad Popular en el que se vive un auge en la participación comunal.

Todo esto da cuenta del proceso de aculturación vivido en Lemuy en un lapso de cincuenta años. La cultura chilota, formada principalmente a partir de elementos *huilliche* y españoles, y marcada por la violenta llegada de estos últimos, se ha ido *disolviendo*, y las parteras con todo su conocimiento son parte de lo disuelto. La cultura que se superpone es la hegemónica: la cultura del capitalismo, de la tele, el *mall*, la farándula, el individualismo, el exitismo y la competencia. Pero no demonicemos: la modernidad también tiene sus ventajas. Para muchas de las isleñas e isleños, este cambio cultural significó pasar –tanto ideológica como materialmente- de una vida de sacrificio a una de comodidades.

No queremos caer en un rescatismo, y también es importante señalar que tenemos conciencia de la posición “afortunada” que tuvimos justamente por ser estudiantes universitarias, por representar en algo a esa cultura moderna.

Sin embargo, es necesario ver un poco más allá respecto a este proceso de modernización, sobretodo en cuanto a las relaciones de poder que se suscitan en este marco. Al presentar nuestra investigación planteamos algunas preguntas que nos motivaron a realizarla. Hemos visto que la violencia obstétrica consiste principalmente en la apropiación del proceso reproductivo y de los cuerpos de las mujeres por el personal de salud biomédica. Ser víctima de violencia obstétrica es, por lo tanto, ser tratada como una enferma al momento de parir; no ser informada de los procedimientos que se nos realizan; ser intervenida de manera arbitraria; que nuestra voz sea acallada; que no nos permitan movernos libremente. Ser “aislada”, “gritoneada”, “cortada” y “pinchada”.

La invisibilización y aceptación de esta violencia en nuestra sociedad tiene que ver –poniéndolo en términos *foucaultianos*- con su función biopolítica. Existen intereses económicos que están siendo resguardados, y no sólo de los prestadores de salud y la industria farmacéutica y de tecnología médica. Es toda una estructura social la que necesita reproducirse. En este sentido, vimos cómo el parto hospitalario es un verdadero ritual, que perpetra las creencias de nuestra sociedad tecnocrática e industrializada. Las metáforas del cuerpo como máquina y los procesos reproductivos como producción industrial son parte del sustento de

este paradigma biomédico. Al reproducir esta cultura se reproducen también sus jerarquías de poder.

Nos interesa nombrar la violencia obstétrica y disentir de la opinión generalizada de que la llegada del Hospital es buena en sí misma, sin negar por supuesto los beneficios que tiene para las y los habitantes de Chiloé el contar con tecnologías y medicamentos que pueden contribuir a su calidad de vida. Pero como antropólogas y mujeres madres creemos en la potencialidad transformadora de nuestra disciplina; en su capacidad de extrañarnos frente a algo cotidiano; de mostrar que hay muchas maneras de parir igualmente válidas (tantas como mujeres en el planeta) y hacer visible lo que muchas mujeres viven como un sufrimiento acallado o a veces reducido a “depresión post parto” y que mayoritariamente afecta el vínculo con sus hijos, la vida familiar y por ende a todos y todas.

En las mismas palabras de quien fuera la enfermera encargada del sector rural del Hospital de Castro, vemos la posibilidad de una autocrítica, la esperanza de la reflexión humana para actuar a favor de otros (y de nosotros) y no cegarse por ideas preconcebidas que no se sabe *qué* o *a quién* benefician:

Yo me acuerdo que las gitanas aquí en el hospital lo único que querían es tener su parto en el suelo. Y mis colegas, mis compañeras y mis colegas matronas se ponían furiosas, porque la gitana no quería estar en la cama, y la gitana quería tener su parto en cuclillas. Y nosotros no...trabajo de parto en cama. “Señora acuéstese, señora acuéstese, señora acuéstese” y eso era normal... ¡nuestro paradigma era absurdo! Pero era nuestro paradigma, y esa era la verdad (Enfermera de terrenos, Castro).

Toda sociedad necesita reproducirse, tanto física como culturalmente. Los seres humanos nacemos, las mujeres parimos. Es una de las tantas cosas que, con el nombre que sea y el significado que sea, compartimos todas las personas de este planeta. Lo que creemos y hacemos respecto a la gestación y el parto es lo que cambia de sociedad a sociedad, de persona a persona. La capacidad de decidir qué pensamos y qué hacemos cuando estamos gestando y pariendo habla de

nuestra posición en la sociedad en la que hemos nacido. Es decir con cuánto poder nacemos, con cuanto poder parimos.

Como vemos este acto íntimo de parir posee grandes implicancias a nivel social y cultural. El caso de la “extinción” de las parteras en la Isla Lemuy, y la instauración de un sistema médico hegemónico son sólo un botón de muestra de un fenómeno que por estos días nos interpela con fuerza como humanidad. Cuestiones acerca de la bioética, la posibilidad de fertilización asistida e incluso la idea de que los bebés puedan ser gestados fuera del cuerpo de una mujer ya no son parte de la ciencia ficción.

Para finalizar, es necesario explicitar nuestra postura frente al tema. Este juego hermenéutico, este relato que intenta relevar la voz *emic* está permeado sin duda por nuestra visión *etic* del asunto. Esta tesis es nuestro gran y final ejercicio académico, y en ella hemos querido plasmar un cuerpo de conocimientos adquiridos que también han estado teñidos de una particular mirada sobre la antropología. Esta *ciencia* que es moderna y es occidental, pero que intentamos hacer propia y comprometida con la realidad. Esta antropología que a ratos se nos hace difícil de asir, que vemos aún incipiente en nuestro país. Se trata de encuentros y reflejos, de ir a buscar una *otredad* para pensar la *mismidad*. Y esta reflexión tiene un sentido, tiene una razón de ser, proviene de unas voluntades particulares.

Creemos que la antropología es una herramienta más para exigir dignidad y respeto para todas y todos. El rol de cada persona involucrada en los procesos reproductivos debe ser activo si se quieren lograr cambios verdaderos. Esperamos que nuestra tesis contribuya en algo a esta toma de conciencia respecto a la relevancia política de este acto eminentemente humano: parir, nacer...

ANEXOS

1. Pauta Entrevista Semi-estructurada

Nombre:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Número de hijos/as:

Lugar de parto/s:

Año de parto/s:

Dónde y cómo trató su/s gestación/es (embarazo/s)

Dónde y cómo trató su/s parto/s

¿Quiénes participaron de la atención a su gestación/es (embarazo/s) y parto/s?

¿Cuál sería –a su juicio- la mejor manera de tratar la gestación (embarazo) y atender el parto?

¿Conoce / tuvo algún parto con alguna partera? Descríbalo

Cuáles han sido las transformaciones en la atención del parto y la gestación (embarazo)

2. Pauta Relato de Vida

Dimensión 1: Caracterización del sujeto y su entorno (nombre, año, lugar de nacimiento, padres, colegio, vida barrial)

Dimensión 2: Prácticas y creencias (métodos anticonceptivos, alimentación, cuidados, qué se hablaba del parto, etc.)

Dimensión 3: Cómo era la atención al parto y la gestación (embarazo) tradicional

LISTADO DE REFERENCIAS

Aguirre Baztán, Ángel. 1995. "Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural". SE. Marcombo, Barcelona.

Alberich, Tomás. 2000. Perspectivas de la investigación social. En Villasante y otros: "La investigación Social Participativa". Colección Construyendo Ciudadanía/1. El Viejo Topo. Barcelona.

Allende, Salvador. 1939. La realidad médico-social chilena. SE. Santiago, Chile.

Álvarez, Nancy. 2005. "Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades mapuche: Estudio de Caso en Makewe Pelale". Tesis para optar al Grado de Magíster en Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable. Universidad Católica de Temuco, Chile.

Balandier, Georges. 2005. El dominio de lo político. En "Antropología política". Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina.

Barbado JA, Aizpiri JJ, Cañones PJ, Fernández A, Gonçalves F, Rodríguez JJ, De la Serna I, Solla JM. 2005. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. En Revista Medicina General y de Familia N°70, Febrero 2005. Edición digital. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf Consultada el 20 de marzo 2014.

Berman, Marshall. 1988. "Todo lo sólido se desvanece en el aire: la experiencia de la modernidad". Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.

Bourdieu, Pierre. 1997. "Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción". Ed. Anagrama. Barcelona, España.

2006. "Argelia 60'. Estructuras económicas y estructuras temporales". Ed. S.XXI. Bs. Aires, Argentina.

Cabellos, Francisco y Juan Quitral. 2006. "Interculturalidad crítica y conocimiento local: alicientes del sentido político. Constataciones en el contexto de la salud intercultural". Este artículo fue presentado en la mesa El multiculturalismo y los desafíos de la diversidad cultural, Seminario Internacional "Globalización, derechos humanos y pueblos indígenas", Observatorio de Derechos de los Pueblos Indígenas –CEPAL. Noviembre 2006, Santiago, Chile. Disponible en: <http://interculturalidadysalud.blogspot.com/2006/12/interculturalidad-critica-conocimiento.html> Consultado el 14 de septiembre 2014.

Cisterna, Francisco. 2005. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. En Theoria, ciencia, arte y humanidades, Volumen 14, páginas 61-71. Disponible en <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf> Consultada el 10 de octubre 2014.

Davis-Floyd, Robbie y Gloria Saint John. 2004. "Del médico al sanador". Ediciones Creavida. Buenos Aires, Argentina.

Davis-Floyd, Robbie. 2009. "Perspectivas antropológicas del parto y nacimiento humanos". Ediciones Creavida. Buenos Aires, Argentina.

Escobar, Cecilia. 2003. Antropología médica: una visión cultural de la salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud N°8 Enero-Diciembre de 2003. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_6.pdf Consultada en enero 2014.

Foucault, Michel. 1998. "Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber". Editorial Siglo XXI. Madrid, España.

2002. "El sujeto y el poder". Traducido por S. Carassale, y A. Vitale. Editado por Librodot.com. Revisado el 05 de septiembre de 2014, de <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Foucault/El%20sujeto%20y%20el%20poder.pdf>

2003. "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada Médica". Ed. S.XXI. Bs. Aires, Argentina.

2008. "Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión". Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.

Guber, Rosana. 2001. "La etnografía, método, campo y reflexividad". Grupo Editorial, Norma. Bogotá, Colombia.

Ibacache, Jaime y Alejandra Leighton. 2005. "Salud colectiva: un modelo de atención de salud contextualizado". SE. Chiloé, Chile.

Ibacache, Jaime, Alejandra Leighton y Daniela Monsalve. 2008. Nacer en Chiloé: Articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. Unidad de Salud Colectiva, Servicio de Salud Chiloé, Chile. Serie: Documentos de Salud Colectiva, N°1 Octubre 2008.

Illanes, María Angélica. 2006. Política social y modelos de desarrollo: puntos de saturación histórica Chile: 1924-2003. Disponible en: <http://www.estudiosdeltrabajo.cl/wp-content/uploads/2008/11/politica-social-y-modelos-de-desarrollo-m1-a-illanes.pdf> Consultada el 25 de marzo 2014.

Martin, Emily. 1987. The woman in the body. A cultural analysis of reproduction. Beacon Press. Boston, EEUU.

Monsalve, Daniela. 2010. "Desembarcando en una isla... Gestación y Nacimiento en Chiloé". Editorial La Mandrágora. Servicio de Salud Chiloé, Ministerio de Planificación, Ministerio de Salud y UNICEF. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/GUIA-CHILOTA_web.pdf Consultado el 14 de Octubre, 2014.

Molina, Carlos Antonio. 2010. "Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989". Editorial LOM. Santiago, Chile.

Odent, Michel. 2009. "El bebé es un mamífero". Editorial Madreselva. Buenos Aires, Argentina.

2014. Conferencia "De qué hablamos cuando hablamos de partería auténtica" (Julio, Teatro UDLA El zócalo). Ecología del Nacer. Santiago, Chile.

Sadler, Michelle. 2003. "Así me nacieron a mi hija: Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario". Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile.

Sahlins, Marshall. 1988. "Cultura y razón práctica". Ed. Gedisa. Madrid, España.

Small, Meredith. 2003. "How many fathers are best?" Artículo digital, traducido por Crianza Natural. Disponible en <https://www.crianzanatural.com/art/art71.html> Consultado el 23 de Septiembre de 2014.

Sousa Santos, Boaventura de. 2010. "Descolonizar el saber. Reinventar el poder". Editorial Trilce. Montevideo, Uruguay.

Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela. 2007. Artículo 15 de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia. Fondo de la Población de Naciones Unidas, Caracas.

Valls-Llobet, Carme. 2009. Mujeres, salud y poder. Ediciones Cátedra. Madrid, España.

Viveros, Mara. 1995. Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad. En Arango, L. G., León, M., y M. Viveros (Comp.), GÉNERO E IDENTIDAD Ensayos sobre lo femenino y lo masculino (pp. 149-168). Tercer mundo editores en coedición con Ediciones uniandes y Programa de estudios de género, mujer y desarrollo, Facultad de ciencias humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Wolf, Eric. 2001. "Figurar el Poder. Ideologías, dominación y crisis". Ed. Ciesas. DF., México.

Zárate, María Soledad. 2007. "Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica". Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

2008. "Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile". Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.