



## **El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva**

**Caregiving during childbirth: from individual to collective responsibility**

**Michelle Sadler**

Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez (Santiago, Chile) y Medical Anthropology Research Center, Universidad Rovira i Virgili (Tarragona, España) michelle.sadler@uai.cl

**Francisca Vezzani**

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)  
francisca.vezzani@ug.uchile.cl

**Loreto Watkins**

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)  
lorewatkins@gmail.com

**Javiera Navarrete**

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)  
j.navarretesalgado@gmail.com

**Amaranta López**

Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (Santiago, Chile)  
amaranta.lopez.nieto@gmail.com

### **Resumen**

En el presente artículo proponemos una reflexión en torno al cuidado en la atención del nacimiento, que surge del análisis de testimonios de experiencias de parto que fueron expresados por mujeres en la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile, aplicada por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO Chile) en el año 2017. Desde el activismo basado en la evidencia, damos voz a las experiencias vividas por las mujeres como fuente fundamental de conocimiento que pueda dialogar con el saber biomédico y así posibilitar la emergencia de nuevas formas de reflexividad colectiva. Dentro de la gran diversidad de experiencias de parto vividas, identificamos una percepción generalizada de que en el sistema de salud chileno no hay garantía de una atención integral y respetuosa, y de que el acceso a dicha atención es responsabilidad principal de las propias mujeres, en procesos autogestionados de acceso a información y de toma de decisiones individuales. Esta lógica centrada en las elecciones personales se contrapone a una ética del cuidado entendida en términos de responsabilidad colectiva, dependiente de entramados de redes de solidaridad y colaboración.

**Palabras clave:** antropología médica, activismo basado en la evidencia, parto, ética del cuidado, responsabilidad colectiva.



### Abstract

In this article, we propose a reflection about caregiving during childbirth, which arises from the analysis of testimonies of childbirth experiences that were expressed by women in the First Survey on Childbirth in Chile, applied by the Observatory of Obstetric Violence (OVO Chile) in 2017. From evidence-based activism, we give voice to women's lived experiences as a fundamental source of knowledge that can dialogue with biomedical knowledge and thus enable the emergence of new forms of collective reflexivity. Within the great diversity of childbirth experiences, we identify a generalized perception that in the Chilean health system there is no guarantee of receiving comprehensive and respectful care, and that access to such care is the responsibility of women themselves, in self-managed decision-making processes. This logic centered on personal choices is opposed to an ethic of care understood in terms of collective responsibility, dependent on solidarity and collaboration networks.

**Key words:** medical anthropology, evidence-based activism, childbirth, ethic of care, collective responsibility.

## 1. ENMARCANDO LA REFLEXIÓN EN TORNO AL CUIDADO EN LA ATENCIÓN DEL NACIMIENTO

A lo largo de las últimas décadas, el problema de la calidad de la atención de salud durante el proceso de gestación, parto y puerperio ha cobrado creciente atención a partir del trabajo de organizaciones sociales y académicas feministas; quienes denuncian los abusos vividos en dicha atención y lo analizan como uno de violencia estructural y de género. En el presente acápite describimos ciertos hitos que llevaron a la visibilización del problema, exponemos brevemente los elementos que nos permiten caracterizar la atención del nacimiento en Chile y las prioridades actuales en la atención, así como la importancia de la inclusión de las experiencias de las mujeres como fuente válida de conocimiento en la atención de salud.

Durante la segunda mitad del siglo XX, desde las ciencias sociales –especialmente la antropología y sociología médica– fue tomando centralidad el análisis crítico de la medicalización de la vida, que problematiza la expansión del dominio de la medicina alópata o biomedicina a todos los ámbitos de la vida humana. A partir de estas disciplinas, la biomedicina se comprende como un sistema cultural que presenta normas, creencias e interacciones que influyen en la conceptualización de la salud, enfermedad, y las formas de atención (Gaines y Hahn, 1984; Hahn 1995; Lindenbaum y Lock 1993; Rhodes 1996). En tanto sistema cultural, se gesta al alero del paradigma científico que emergió a partir del siglo XVIII, caracterizado por una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal (Davis-Floyd 2001). Su rasgo estructural dominante es el biologicismo, mediante el cual se subordinan o excluyen las dimensiones psicológicas y socioculturales de los procesos de salud y enfermedad respecto de la dimensión biológica (Menéndez 2003). Además, desde los albores de la medicina moderna, se utilizó la anatomía masculina como norma, frente a la cual la femenina fue descrita como desviada y patológica (Rothman 1989; Sheperd 1993; Davis-Floyd 2001). Al sumar los aportes de la biopolítica, podemos comprender la biomedicina como un dispositivo de control sobre los cuerpos y la existencia humana; control que se hace especialmente marcado en el campo de la sexualidad y la reproducción (Foucault 2006). Para Foucault, los discursos científicos de la medicina y psiquiatría del siglo XIX fueron parte importante de lo que denominó dispositivos de sexualidad, es decir, un conjunto de procedimientos de poder tendientes a crear y controlar el sexo de los individuos. Estos discursos promovieron la idea de la histerización del cuerpo femenino atribuido a una sexualidad



desbordada y peligrosa para el orden social, que justificaba que el cuerpo de las mujeres pudiera ser sometido al control médico; único medio capaz de contenerla (Foucault 2006).

Es así como la biomedicina se configuró como un sistema médico androcéntrico que reproduce las desigualdades de género tanto en la jerarquización de sus practicantes como en su visión patológica de los cuerpos femeninos (Martin 1987; Sadler 2018). En el campo de la atención de la gestación y el nacimiento, estos principios fueron dando lugar a un modelo de atención basado en el uso intensivo y rutinario de intervenciones obstétricas, justificado en la premisa de que el parto es un evento en extremo riesgoso y que debe contar con estricta supervisión médica. En el proceso de atención, las usuarias fueron excluidas de la toma de decisiones por no contar con el conocimiento autorizado para hacerlo, desde una perspectiva reduccionista de sus procesos fisiológicos (Jordan 1993). El modelo de atención así descrito, corresponde a lo que Davis-Floyd (2001) denomina modelo tecnocrático de atención; que se instaló en el “imaginario común, naturalizándose como sinónimo de cuidado y buena atención” (Viola, Bonet y Espinoza 2020: 4).

Estos problemas –excesiva medicalización de la atención del nacimiento y pérdida de centralidad de la mujer en la atención obstétrica– fueron abordados tanto por organizaciones civiles como por organismos de salud desde la década de los 80’. En Latinoamérica se fundaron las organizaciones pioneras de la sociedad civil para denunciar los abusos vividos en la atención del nacimiento, como la ReHuNa (Red para la Humanización del Parto y Nacimiento, Brasil) en 1993, y la RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto) en el año 2000, las cuales abrieron el camino para la creación de muchas otras organizaciones en los años que siguieron. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recogía en 1985 estas mismas inquietudes en las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza* (OMS 1985).

Pero, lamentablemente, dichos llamados no tuvieron mayor impacto en las prácticas obstétricas de las décadas que siguieron. Y pasaron tres décadas antes de que el tema cobrara protagonismo en la agenda de salud pública internacional, luego de que diversos estudios a lo largo del mundo mostraran la frecuencia y gravedad de los abusos que las mujeres vivían durante la atención obstétrica (Bohren et al. 2015; Bowser y Hill 2010), junto con los efectos iatrogénicos de las intervenciones obstétricas de rutina en la salud materna y neonatal (Dahlen et al. 2013; Keag, Norman y Stock 2018). El problema del abuso y falta de respeto en la atención del nacimiento (OMS 2014), que en Latinoamérica se nombró como violencia obstétrica (Quattrocchi y Magnone 2020), fue plasmado en declaraciones y reportes de diversos organismos internacionales (Šimonović 2019; White Ribbon Alliance 2011), como un fenómeno generalizado y sistemático, que constituye una grave violación a los derechos humanos y una forma de violencia de género.

Como respuesta a lo anterior, los organismos de salud –tanto internacionales como nacionales– promueven un modelo *humanista* de atención que incorpore las dimensiones psicológicas y socioculturales de lo humano (enfoque biopsicosocial) y la comprensión de las personas usuarias como agentes activos en los procesos de atención (Davis-Floyd 2001). Estos principios están presentes en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL 2008) que rige la atención del parto en Chile, documento en el cual se enfatiza que, pese a que el país exhibe logros significativos en la dimensión sanitaria –reducción de la morbimortalidad materna e infantil–, es necesario plantear nuevos desafíos en torno a la calidad en la atención de salud, con el fin de “recuperar los aspectos psicológicos y



sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia” (MINSAL 2008: 7). Este mismo foco presentan las más recientes recomendaciones de la OMS para la atención del nacimiento, las cuales se centran en una experiencia positiva del parto, definida como aquella que:

“[C]umple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas” (OMS 2018: 2).

De las 56 recomendaciones de cuidados para una experiencia de parto positiva que contiene el documento, la primera y fundamental es la atención respetuosa de la maternidad, la cual busca que todas las mujeres mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad, que se asegure su integridad física y un trato adecuado, que se les permita tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto (OMS 2018).

En estos documentos, se reconoce que la atención materna respetuosa es un elemento crítico de las estrategias para mejorar la utilización y la calidad de los servicios de salud; tratándose de un enfoque que protege los derechos fundamentales de mujeres, recién nacidos y familias (Shakibazadeh et al. 2018). Se enfatiza así, tanto a nivel nacional como internacional, un cuidado integral que incluya tanto los aspectos clínicos como los psicosociales que están involucrados en el proceso; y se releva la experiencia vivida de las personas usuarias de los sistemas de salud como dimensión central de la atención y el cuidado.

## 2. LA ATENCIÓN DEL NACIMIENTO EN CHILE

En el país, la atención del proceso de gestación y parto ocurre –en casi la totalidad de los casos– en el contexto de la biomedicina. En el año 2017, un 99,6% de los nacimientos en el país sucedieron en hospitales o clínicas, atendidos por profesionales biomédicos, principalmente matronas(es) y médicos obstetras (INE 2019). Dada esta hegemonía, se vuelve relevante comprender los principios que orientan la atención alópata del parto y cómo se configura dicha atención en nuestro país.

Si bien en Chile se han alcanzado buenos indicadores de mortalidad materna e infantil, el sistema de atención presenta grandes inequidades derivadas de la existencia de dos subsistemas de atención; el público y el privado. A grandes rasgos, las personas afiliadas a Fonasa (Fondo Nacional de Salud) se atienden en el sistema público de salud, y aquellas adscritas a Isapres (Instituciones Previsionales de Salud) se atienden en el privado. Las usuarias de Isapres, o de Fonasa que pueden optar y pagar el bono PAD Parto (mediante el cual reciben atención privada) tienen un rango de opciones de maternidades y equipos de salud entre los cuales optar, y reciben una atención continua –del mismo equipo profesional– desde la gestación hasta el postparto. Además, reciben una atención personalizada, de una matrona y/u obstetra por usuaria. En cambio, quienes pertenecen a Fonasa y no acceden al bono PAD Parto (por encontrarse en el tramo A de los menores ingresos del sistema o por no poder costearlo), se atienden en la red de salud pública asignada por comuna de residencia. Por tanto, no cuentan con atención continua, es decir, el personal de salud que las atiende varía desde el consultorio a la maternidad donde ocurre el



parto y rara vez cuentan con atención personalizada. A su vez, la calidad de atención en el sistema público se ve tensionada por una alta presión asistencial y por una menor calidad en la infraestructura que en el sistema privado.

En ambos subsistemas de atención, se realiza un exceso de intervenciones obstétricas y de prácticas no avaladas por la evidencia, como inducción y/o conducción artificial del parto (mediante el uso de oxitocina sintética), rotura artificial de membranas, monitoreo electrónico fetal continuo, posición litotómica de parto, imposibilidad de movimiento libre y deambulación de la mujer, restricción de alimentos y líquidos, realización de cesáreas, entre otras. A esta dimensión de la atención la llamaremos “técnica”, refiriéndose a los tipos de procedimientos obstétricos realizados y la forma en que se aplican (Bravo, Uribe y Contreras 2008). Si bien estos procedimientos pueden ser necesarios por condiciones de salud o por problemas que surjan durante el trabajo de parto, no debieran realizarse de forma rutinaria y sin condiciones médicas que las ameriten. Como ejemplo, en Chile el 2015 la mitad de los nacimientos ocurrieron por cesárea, con un 28% más en salud privada que pública (INDH 2016), siendo una de las tasas más elevadas del mundo. Esto, considerando que la OMS ha planteado que, a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna ni neonatal (OMS 2015).

Otro componente de la atención es el que se puede denominar “relacional”, que alude a las formas en que el personal de salud y población usuaria se vinculan y cómo esta última se siente tratada (Bravo, Uribe y Contreras 2008). Si bien a lo largo de las últimas tres décadas ha ido mejorando la percepción de calidad en el componente relacional, se siguen reportando faltas de respeto y de dignidad en la atención (OVO Chile 2018). En esta dimensión del cuidado se identifica una gran distancia entre salud privada y pública. Por ejemplo, la encuesta OVO Chile (2018) muestra que en los partos ocurridos entre 2014 y 2017, un 43% de mujeres en salud pública y un 20% en privada respondió que el personal de salud no atendió sus dudas, que las omitieron, desatendieron o acallaron; un 43% y 17% respectivamente reportó haber vivido críticas o represiones al expresar sus emociones o dolor durante el trabajo de parto; y un 18% y 5% declaró haber vivido algún tipo de abuso físico (como manotazos, zamarreos, empujones). En forma similar, en el estudio de Binfa et al. (2016) realizado en maternidades públicas de siete regiones del país, las mujeres expresaron descontento con el trato recibido, planteando que durante la atención no se sintieron escuchadas, no recibieron información y no fueron consideradas en la toma de decisiones respecto a los procesos e intervenciones ocurridas.

Con el fin de profundizar en las experiencias de mujeres durante su parto en Chile, en este artículo analizamos información de la encuesta OVO Chile (2018) que no había sido sistematizada hasta la fecha. A modo de contextualización, esta encuesta se aplicó durante el año 2017 y correspondió a un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que dieron a luz entre los años 1970 y 2017. El cuestionario fue aplicado vía on-line, y la participación fue voluntaria y anónima. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurrida en aquel periodo. El número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357. De las experiencias de parto reportadas en la encuesta, un 39,7% ocurrió en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias. Con respecto a la edad de las mujeres al momento del parto, un 11,4% ocurrió antes de sus 20 años, un 50,4% entre sus 25 y 29 años, un 36,8% entre sus 30 y 39 años, y un 1,3% a sus 40 años o más. Las mujeres atendidas en el sector privado presentaron niveles educativos más altos que las de salud pública, y fueron madres a mayor edad; la mayoría de las mujeres atendidas en el sector privado fueron madres entre los 30 y 40 años, mientras las del sector público entre



los 20 y 29. Un 6% más de mujeres de salud pública fueron madres en la adolescencia que las del sector privado. Con respecto a la región donde ocurrió el parto, de la muestra total un 61% fue en la Región Metropolitana, y el resto en otras regiones<sup>1</sup>.

El cuestionario incluyó 70 preguntas de selección múltiple, además de una última pregunta abierta formulada como: “Finalmente la invitamos a escribir comentarios, sugerencias y a contarnos su experiencia de parto o cesárea”. Esta pregunta constituyó –sin haberlo esperado– una fuente de información riquísima: se recibieron 8.696 respuestas, la mayoría de ellas con detallados relatos de la experiencia vivida y de los aspectos emocionales involucrados. El trabajo de análisis fue realizado por un grupo de 13 voluntarias de OVO Chile, quienes al momento de iniciar el trabajo –en 2018– eran estudiantes y tesisistas de las carreras de antropología y sociología. El equipo trabajó durante dos años en la lectura y análisis de los testimonios, repartiéndose la totalidad del material entre las participantes. Para el proceso de codificación, se seleccionó alrededor de un quinto de todos los testimonios; elegidos por ser aquellos que profundizaban más en los sentires asociados a la vivencia de parto. Mediante el uso de análisis de contenido cualitativo, se llevó a cabo un proceso iterativo de codificación que dio cuenta de las prácticas de cuidado y/o abuso durante la atención del nacimiento.

Este proceso de levantamiento y análisis de las voces de las mujeres forma parte de lo que ha sido denominado como “activismo basado en la evidencia”, a través del cual se confronta el conocimiento “médico” con las experiencias vividas y encarnadas de las usuarias, con el fin de posibilitar la emergencia de nuevas formas de reflexividad colectiva. En este esfuerzo, el conocimiento considerado como experto, y el experiencial, se articulan en lugar de oponerse entre sí, permitiendo el establecimiento de un diálogo y negociación entre las partes, desde donde se pueden proponer caminos para mejorar los lineamientos de salud (Rabeharisoa, Moreira y Akrich 2014). Es así como en el presente artículo buscamos que los relatos de las mujeres en torno a sus propias experiencias sean considerados como conocimiento esencial para problematizar lo que se ha comprendido y normalizado como una “buena” experiencia de parto, y con ello aportar hacia una comprensión integral de lo que implica el cuidado en el proceso del nacimiento.

### 3. ¿QUÉ CONSTITUYE UNA “BUENA” EXPERIENCIA DE PARTO PARA LAS MUJERES?

Planteamos anteriormente que la OMS (2018) define la experiencia positiva de parto como la que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer; esta definición requiere que nos preguntemos cuáles y cómo son dichas expectativas. Al atender a las experiencias narradas, emerge primero la necesidad de reconocer una gran diversidad de posiciones desde las cuales las mujeres construyen sus expectativas, que se vincula con los lugares que ocupan en la escala social, su capital cultural, información a la que han accedido sobre los procesos reproductivos y el parto, experiencias previas de atención de salud, entre muchos otros elementos.

Nos encontramos con que muchas de las mujeres ubicadas en posiciones más vulneradas de la sociedad han sido socializadas en una cultura de temor a los abusos que se pueden vivir durante la atención del parto (Sadler y Rivera 2015). Para ellas, la principal expectativa es la de no vivir abusos, es la de tener la “suerte” de ser atendidas en forma digna y respetuosa; poniendo así el énfasis en la dimensión relacional del cuidado. Además, su condición socioeconómica no les permite acceder a otras opciones de atención

---

<sup>1</sup> Los principales resultados cuantitativos de la encuesta se encuentran en OVO Chile (2018), disponible en [www.ovochile.cl](http://www.ovochile.cl).



más que la institución pública que les corresponde por residencia. Así lo relata Ester: “Teniendo que esperar la suerte de ser atendida por personas pro-parto respetado, es decir, a la suerte de la olla” (686)<sup>2</sup>; y Carmen: “Tuve mucha suerte porque no fui tratada como las demás” (5652).

En el otro extremo encontramos a mujeres ubicadas en posiciones sociales de privilegio, que cuentan con los recursos para desplegar complejas y variadas trayectorias terapéuticas en busca de equipos de atención que se alineen con sus expectativas: “Fue un parto maravilloso, pero ayudó mucho el hecho de yo estar muy empoderada en el tema y buscar un ginecólogo apropiado a mis requerimientos” (Rosa, 6875); “Si bien tuve una buena experiencia de parto, esto fue posible ya que yo me informé y me empoderé, luego elegí un médico que respetara mis decisiones, visité a tres y elegí el que me dio la tranquilidad de que el parto sería mío” (Trinidad, 569). En estos casos, los requerimientos de las mujeres incluyen tanto las dimensiones técnicas como las relacionales del cuidado.

Y, por supuesto, entre estos dos extremos encontramos un sinfín de posiciones diversas, pero que, a pesar de su variedad, tienen ciertos denominadores comunes. Una percepción generalizada de las mujeres que contestaron la encuesta es que no hay garantía de una atención integral y respetuosa en el sistema de salud chileno y que para conseguir dicha atención, se requiere que ellas desplieguen recursos de diversa índole. En este sentido, tanto en salud pública como privada, encontramos diversos testimonios en los cuales las mujeres enfatizan que sus experiencias fueron satisfactorias porque contaban con el conocimiento e información necesaria para defender sus derechos y decisiones, y/o porque contaban con recursos para transitar entre equipos médicos e instituciones en búsqueda de la atención deseada. Así lo expresa Amalia: “Mi experiencia fue satisfactoria porque me dediqué mucho tiempo a informarme correctamente, creo que mi experiencia fue hermosa porque elegimos con conocimiento y supimos cómo enfrentar el proceso” (94).

No obstante lo anterior, el acceso a información no asegura que se respeten los saberes y deseos de la mujer. Como menciona Rocío: “Me sentí permanentemente cuestionada durante la gestación por diversos profesionales de la salud y familia, por mi decisión de tener un parto respetuoso y prepararme para ello. Es increíble lo difícil que el sistema te pone parir siendo protagonista, cuando debiese ser lo lógico y natural” (96). Además de este cuestionamiento, puede suceder que la información y expresión de preferencias en torno al parto genere un efecto contraproducente, como expresa Adriana: “Nos han discriminado en el CESFAM [Centro de Salud Familiar] y hospital por tener la información y por optar por un parto sin mayores intervenciones médicas e intimidad” (589). Karina incluso cuestiona que la información pueda llevar a una atención respetuosa: “Como mujer no tienes elección, solo debes adecuarte a ese (mal) trato, por muchos motivos, por ejemplo: miedo a que el trato empeore, miedo a que tal vez tu hijo tampoco reciba un buen trato luego de reclamar o exigir ciertas cosas, esto y mucho más acalla estas prácticas normalizadas” (8599). De ahí que haya mujeres que, si bien manejan información basada en las recomendaciones actuales para la atención, no se atreven a plantearlas por temor a las consecuencias negativas que ello podría acarrear, como expresa Patricia: “Sólo seguí las indicaciones del equipo sin poner resistencia, por miedo a ser mal tratada” (856).

Podemos entonces plantear que, en muchos casos, una experiencia calificada de “positiva” o satisfactoria se logra por la preparación e información a la que ha accedido la mujer, e incluso por adoptar una actitud

---

<sup>2</sup> Los nombres utilizados en este artículo corresponden a seudónimos; el número que les prosigue es el número del testimonio al que corresponde (del total de 8696).



“defensiva e hiper alerta”, como expresa Alejandra, “continuamente exigiendo mis derechos. La normalidad era ignorar completamente los deseos de la madre, por ejemplo, frente al uso de oxitocina, anestesia, el acompañamiento, entre otros. Nadie le preguntaba a una nada” (5197). Más aún, hay mujeres que a pesar de haber buscado instituciones y/o equipos de atención “respetuosos” (esto último posible mediante el uso del bono PAD Parto o estando afiliada a Isapres), se encuentran con que sus derechos son vulnerados en el momento de la atención: “Me vendieron un servicio sobre parto respetado y natural que en la realidad no fue tal, todo lo contrario” (Aline, 6306); “Ellos decían hacer partos respetuosos, mi experiencia fue muy mala, el doctor no respetó mi trabajo de parto y amenazó con hacerme cesárea todo el tiempo, la matrona indujo mi parto, sin mi consentimiento, mientras pujaba el doctor amenazaba con el fórceps, después del parto se burló por haberme defecado... Muy violento todo” (Blanca, 3388).

A partir de relatos como los anteriores, observamos que la necesidad de las usuarias por informarse y defenderse, conlleva un sentido de responsabilidad que se produce en clave de autogestión y que deriva en su culpabilización –por parte de los distintos actores que participan del parto– en caso de que el proceso no sea vivido como se esperaba. En este sentido, algunas mujeres se culpan a sí mismas: “Me siento responsable de nunca haber pedido nada; me entregué al personal médico, de lo cual me arrepiento ya que tenía todo el conocimiento” (Marta, 229); “En mi parto la pasé demasiado mal y [luego] noté lo tonta que fui al dejarme pasar a llevar tanto y no saber mis propios derechos y los de mi bebé” (Carla, 257); “Hasta hoy me culpo por no haberme informado antes de lo que ahora ya sé” (Rebeca, 38); “Fue mi ignorancia lo que me llevó a tener un parto medicalizado y muy intervenido” (Javiera, 1345); “El nacimiento de mi primer hijo fue muy doloroso [...] y creo que sí fue culpa mía por no haber leído más y haberme empoderado de la situación” (Valeria, 4491). Mabel relata que: “Fue mi primera guagua y la verdad es que en parte fue responsabilidad mía porque no se me ocurrió dudar de lo que decían. Lamentablemente si tú no estás informada, empoderada y totalmente clara en lo que quieres y lo que puede pasar en relación con el parto, estás expuesta a que se te pase a llevar” (1220).

Esta auto-responsabilización por la calidad de la experiencia vivida es en muchas ocasiones reforzada por el personal de salud. Así se aprecia en algunos testimonios: “La matrona me retaba, me decía que no lo estaba haciendo bien, que mi hijo se podía morir si no lo hacía bien” (Susana, 4612); “Me decían que si yo no cooperaba, le hacía daño a mi bebé, que yo sería la única culpable si algo malo pasaba” (Cecilia, 5869). Pero ¿es responsabilidad de las mujeres el tener que estar completamente informadas de lo que puede ocurrir en el parto, de cuáles son o no intervenciones recomendadas y/o necesarias? Estos últimos relatos se alejan de una experiencia de cuidado al traspasar la responsabilidad de un “buen” parto a las mujeres, lo cual genera y refuerza las desigualdades que existen desde el inicio de la vida misma. Aquellas con mayores recursos económicos y culturales tienen mayor acceso a información, más posibilidades de desplegar itinerarios terapéuticos diversos y costosos, y a la vez se encuentran en posiciones sociales que les permiten interacciones menos jerárquicas con el personal de salud y, por ende, mayores posibilidades de ser escuchadas y respetadas.

Además, en varios de los testimonios descritos como “buenos” por las participantes, se observa un alto grado de normalización de prácticas abusivas que hacen que las expectativas no sean las de una experiencia integral, en la que hayan sido consideradas como usuarias activas en el proceso de cuidado. Por ello, podríamos cuestionar la definición de que una experiencia que cumpla o supere las expectativas de la mujer sería “positiva” (OMS 2018), para plantear que toda expectativa se construye desde





determinadas posiciones; por lo que se hace necesario comprender la calidad de la atención entregada a partir de un análisis situado de las experiencias vividas.

De lo que no cabe duda es de cuáles son los denominadores comunes de las experiencias satisfactorias de parto, que pueden resumirse en considerar a la mujer –y sus acompañantes significativos– como personas y agentes activos en el proceso de cuidado, cuyas necesidades son protagonistas de un proceso que ocurre en un contexto de trato respetuoso, amable y cariñoso. Sonia describe su experiencia de parto como “intensa pero inmensamente satisfactoria”; estuvo marcada por un constante “ambiente amoroso y de mucha contención, en el cual se respetaron mis movimientos, mis tiempos y emociones” (1284). Tania, quien recuerda “con alegría” la experiencia, relata cómo “en el hospital respetaron mi parto en todo momento” (8461). Elena, muy “contenta” con su experiencia, expresa que “todo fluyó a su propio ritmo”, sin imposiciones de parte del equipo médico (3051). Mariluz vivió “una experiencia maravillosa” en la cual se sintió “en plena libertad” (4082).

Aurora (8370) y Vanessa (1143) describen sus experiencias de parto como buenas, respetadas, maravillosas; en sus testimonios aparecen conceptos como intimidad, ritmo, fluidez y libertad. Melissa, quien describe el parto de su hija como “la mejor experiencia de la vida”, destaca en su relato que tuvo libertad de hacer lo que sus sensaciones corporales le iban indicando, que “todo el equipo fue fantástico en el trato”, todo lo cual le permitió sentirse “súper segura y capaz de parir” (8250). Para Sofía: “[La experiencia de parto] fue muy respetuosa, sintiéndonos protagonistas de este momento tan preciado. Terminé sintiéndome muy empoderada y feliz, porque fui oída y acompañada” (147).

Estos últimos son los elementos que nos abren a la discusión en torno al “cuidado”, entendiéndolo en un sentido más amplio e integral que el mero éxito “biológico” del proceso (Viola, Bonet y Espinoza 2020). En este sentido, la experiencia de cuidado se produce cuando se pone a la mujer y sus necesidades integrales en el centro, aun cuando las expectativas sobre el parto no logren cumplirse. Tal es el caso de Kathia, quien relata que su deseo de un parto normal dentro de su hogar no pudo concretarse, debido a que tuvo que ser trasladada a la clínica por motivos médicos y vivir una cesárea:

“En vista de las circunstancias en que mi hijo no bajaba por el canal y yo llevaba dos días de trabajo de parto, fue que decidimos ir a la clínica. Ahí primero inducimos el parto, pero cuando rompieron membranas y salió meconio, decidimos hacer cesárea, completamente necesaria. Mi bebe nació bien, grande, en un ambiente respetuoso. Nos permitieron tener mantras como música, pude ver cuando sacaron a mi bebé y de inmediato lo pusieron en mi pecho. Hicimos apego por unos minutos, luego el papá fue con él para que lo pesaran, revisaran y vistieran. Y volvió a mis brazos. [...] A pesar de no poder recibir a nuestro bebé por parto normal y en nuestro hogar, estamos felices de poder haber vivido un parto respetado [...]. Con mi matrona, ginecólogo, marido y bebé fuimos un gran equipo” (5951).

La experiencia de cuidado descrita por Kathia nos presenta los beneficios de una dinámica interactiva de participación en el proceso de atención, que se relata desde la primera persona plural, es decir, desde un “nosotros” constituido en conjunto, tanto por la familia como por el equipo de salud. En este sentido, enfatizamos que no es el cumplimiento de una expectativa previa lo que marca la experiencia, sino el haberse sentido respetadas, tratadas con compasión y cariño, en forma “humana”, incluso en casos donde se enfrentan al dolor de una pérdida:



“Fui a un control con la matrona y descubrieron que mi bebé no tenía latidos. Como ya tenía una cesárea previa, me tuvieron que practicar cesárea nuevamente para sacar a mi bebé. Debo decir que el equipo fue muy humano con nuestra situación, me acompañaron desde el principio. La matrona incluso lloró conmigo. En vez de llevarme a una sala de recuperación, nos dejaron estar en pre-parto después de la cesárea con nuestro hijo fallecido y con nuestra familia. La contención durante los días que estuve hospitalizada fue muy necesaria” (Alicia, 6218).

#### 4. HACIA UN CUIDADO BASADO EN LA RESPONSABILIDAD COLECTIVA

En el apartado anterior, las palabras de Alicia refieren a una dimensión fundamental para la experiencia del cuidado en la atención del parto; el acompañamiento compasivo. Como ha señalado Kleinman (2012), los teóricos del cuidado han identificado la presencia del “estar allí” en un sentido existencial, como un aspecto clave del cuidado. Nos referimos a un acompañamiento activo, motivado por el compromiso con los demás, que por lo tanto no reniega del carácter afectivo y moral del cuidado. En sintonía con este autor, Boff (2002) plantea que:

“Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro” (29).

A su vez, y tal como señalan Shakibazadeh et al. (2018), el cuidado es mucho más que la reducción de las acciones de falta de respeto y malos tratos durante la atención del parto. No se trata de una mera corrección a nivel de conductas y actitudes individuales, sino de un cambio de modelo que impregna el actuar de todos los agentes involucrados en los procesos de atención. Se trata entonces de abordar el cuidado como una responsabilidad colectiva, como plantea Alba Carosio (2007) al proponer una ética del cuidado. Esta propuesta apunta al desarrollo de vida en comunidad, donde prevalezcan relaciones equilibradas y justas, centrándose en la responsabilidad y el compromiso afectivo con el otro. Es así como el cuidado se comprende desde un enfoque relacional, conformado por un entramado de redes de solidaridad y colaboración (Carosio 2007; 2014). Esta ética del cuidado instala una toma de conciencia sobre la vulnerabilidad intrínseca del ser humano, impulsando un cambio en nuestra forma de pensar las responsabilidades sociales, en términos de interdependencia (Martín Palomo y Muñoz Terrón 2015). Comprender el cuidado en este sentido, desde su dimensión ética y social, supone a la vez tener en cuenta que las prácticas, las palabras y las materialidades, se vinculan de una manera histórica y culturalmente situada (Mol 2008).

El cuidado entraña entonces una responsabilidad social y no una elección individual, a diferencia de cómo ha sido abordado en sistemas de salud neoliberalizados como el chileno. En contextos de atención en salud, Mol (2008) utiliza el concepto de lógica de la elección, tomando el término de lógica para aludir a la racionalidad del despliegue de las prácticas de salud. En esta lógica, se entrega la ilusión de que las personas usuarias se tornan más activas y libres ya que pueden escoger y se asume que analizarían los pros y contras de la información que se les presenta para realizar sus elecciones “autónomas”. Por tanto, una “buena” elección dependerá del equilibrio entre ventajas y desventajas, y será responsabilidad de quienes utilizan los sistemas de salud, en quienes recaería la culpa de una “mala” decisión (Mol 2008, citado en Barros 2015).



Sin embargo, es necesario reconocer las fallas en el supuesto de que las mujeres (y sus redes de apoyo) comprendan sus opciones y siempre sean capaces de tomar decisiones libres acerca de la naturaleza de la atención médica: la gama de opciones que se presenta puede ser limitada y no basada en la evidencia y, más aún, la posibilidad de elección no está siempre disponible, y cuando lo está, no todas las mujeres pueden escoger (Morris 2013; Sadler et al. 2016).

En contraposición a lo anterior, Mol (2008) desarrolla la lógica del cuidado, en la cual se concibe la atención de salud como una interacción y proceso continuo, en la que se comparten responsabilidades entre el equipo de salud, las personas usuarias y sus redes sociales. La atención sería así interactiva; un proceso abierto que va siendo moldeado y remodelado según los acontecimientos y desafíos que se van presentando. En el proceso de gestación, parto y puerperio, esta lógica nos llevaría a evaluar la calidad de la atención por el acompañamiento recibido y el camino recorrido, y no solo por el resultado obstétrico (Barros 2015). De ahí que Mol (2008) señale que la responsabilidad y la culpa que acompañan a las decisiones individuales, desaparecen en la lógica del cuidado, puesto que todo el entramado de personas involucradas es responsable de la experiencia en un sentido colectivo.

Desde ahí retomamos el principio de responsabilidad social de Carosio (2007), entendido como un vínculo intersubjetivo primordial, para hablar de responsabilidad colectiva en el proceso de gestación, parto y puerperio. La responsabilidad se configura así como un acto de compromiso por el otro, donde se debe resguardar el derecho de decisión, respetando y rescatando los saberes encarnados de las mujeres. Viola, Bonet y Espinoza (2020) proponen una corporalidad de la responsabilidad, la cual ponga el foco en que el conocimiento corpóreo-sensorial sea considerado y escuchado por los profesionales de la salud como un saber válido para la toma de decisiones compartidas. En este sentido, y como planteamos anteriormente, es necesario incorporar las voces de las mujeres para posibilitar la emergencia de nuevas formas de reflexividad colectiva (Rabeharisoa, Moreira y Akrich 2014). Ello nos permitiría avanzar hacia una “justicia hermenéutica” (Chadwick 2019) que subvierta la lógica racionalista del control y del dominio tecnocrático, y reconozca a las mujeres como sujetos epistémicos y portadoras de conocimiento tan legítimo como el biomédico.

La invitación es a reflexionar colectivamente sobre las preguntas que hemos articulado. ¿Cómo es el cuidado que nos gustaría recibir y prodigar? ¿Cómo articular un cuidado en el ámbito de la atención del parto, de la salud y, en un sentido mayor, en nuestra convivencia social, desde lo colectivo? Esto, en sintonía con Kleinman (2012, 2013), nos dirige a entender el cuidado como una condición definitoria de lo que significa ser humano, por lo que supone pensar qué lugar queremos otorgarle dentro de nuestras sociedades. En la atención del nacimiento se pone en juego la reproducción de lo humano; de instalarse una ética de responsabilidad colectiva en el cuidado de este proceso, podremos construir comunidades (más) capaces de cuidar(nos).

### **Agradecimientos**

Agradecemos a todas las mujeres que generosamente compartieron sus experiencias en la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile; y al equipo del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. Este trabajo fue realizado gracias al compromiso de un equipo de voluntarias que se reunió periódicamente entre mediados del año 2018 e inicios del 2020 a analizar los testimonios vertidos en la encuesta. Además de quienes son autoras del presente texto, participaron de este proceso: Pascale Bussenius, Daniela



Cordero, Antonia Guerra, Antonia Roberts, María Consuelo Robledo, María Gracia Salamanca, Javiera Valdebenito, y Valentina Villena. Es gracias al esfuerzo colectivo y la pasión que este grupo humano entregó, que logramos leer y analizar los miles de relatos recibidos, honrando así la confianza depositada por tantas mujeres. Esperamos aportar con este trabajo para que cada día sean más las personas que se comprometan en una ética del cuidado durante la atención del nacimiento.

## Bibliografía

- Barros, M. N. (2015). *Reconfigurando um modo de ver o parto*. Tesis de Doctorado, Instituto de Ciencias Humanas y Filosofía, Departamento de Psicología, Universidade Federal Fluminense.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. y Foster J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Editorial Trotta.
- Bohren, M.A. et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bowser, D., y Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a Landscape Analysis*. Harvard School of Public Health University Research Co.
- Bravo, P., Uribe, C. y Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>
- Carosio, A. (2007). La ética feminista: Más allá de la justicia. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 159-184. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vem/article/view/2185](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/2185)
- Carosio, A. (2014). La lógica del cuidado como base del "buen vivir". Entre la economía feminista, la filantropía y la migración: hacia la búsqueda de alternativas. En A. Girón (Coord.), *Del "vivir bien" al "buen vivir"* (pp. 23-36). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chadwick, R. (2019). Practices of Silencing. Birth, marginality and epistemic violence. En C. Pickles y J. Herring (Eds.). *Childbirth, Vulnerability and Law* (pp. 30-48). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429443718>
- Dahlen, H.G., Kennedy, H.P., Anderson, C.M., Bell, A.F., Clark, A., Foureur, Ohm, J.E., Shearman, A.M., Taylor, J.Y., Wright, M.L. y Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses*, 80(5), 656-662. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.01.017>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Gaines, A. y Hahn, R. (1984). *Physicians of Western Medicine: Anthropological approaches to theory and practice*. Reidel Publishing Company.
- Hahn, R. (1995). *Sickness and Healing*. Yale University.



- Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile. (2016). *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. INDH. <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2019). *Anuario de estadísticas vitales 2017*. INE.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures, a crosscultural investigation of childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Waveland Press.
- Keag, O.E., Norman, J.E. y Stock, S.J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15(1), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Kleinman, A. (2012). Caregiving as moral experience. *The Lancet*, 380(9853), 1550-1551. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61870-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61870-4)
- Kleinman, A. (2013). From illness as culture to caregiving as moral experience. *The New England Journal of Medicine*, 368, 1376-1377. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1300678>
- Lindenbaum, S. y Lock, M. (1993). *Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Beacon Press.
- Martín Palomo, M.T y Muñoz Terrón, J.M. (2015). *Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar el cuidado*. Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Ministerio de Salud (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Morris, T. (2013). *Cut it out: The C-section epidemic in America*. New York University Press.
- Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento. *Lancet*, 2, 436-437.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. OMS. [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Resumen de orientación (español). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. OVO Chile.



- Quattrocchi, P. y Magnone, N. (Comps.). (2020). *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo. EDUNLa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Rabeharisoa, V., Moreira, T. y Akrich, M. (2014). Evidence-based activism: patients', users' and activists' groups in knowledge society. *Biosocieties*, 9(2), 111-28. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.2>
- Rhodes, A.L. (1996). Studying biomedicine as a cultural system. En C.E. Sargent y T.M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology, contemporary theory and method* (pp. 165-180). Praeger Publishers.
- Rothman, B.K. (1989). *Recreating Motherhood: Ideology and technology in patriarchal society*. W.W. Norton.
- Sadler, M. (2018). Cuerpos vividos en el nacimiento: Del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. En M. Cordero, P. Moscoso y A. Viu (Eds.) *Rastros y gestos de las emociones* (pp. 199-245). Cuarto Propio.
- Sadler, M. y Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72. <https://www.revistacontenido.com/el-temor-al-parto-yo-no-me-imagino-el-parto-ideal-yo-me-imagino-el-peor-de-los-partos/>
- Sadler, M. et al. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Shakibazadeh, E. et al. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(8), 932-942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Sheperd, L.J. (1993). *Lifting the Veil: The Feminine Face of Science*. Shambala Publications.
- Šimonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. (Doc. N° A/74/137). <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
- Viola, F. I., Bonet de Viola, A. M. y Espinoza, M. (2020). El racionalismo y la descorporización moderna del parto: por una ecología de nacimiento. *Salud Colectiva*, 16, 1-14. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2548>
- White Ribbon Alliance (2011). *Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva*. WRA.

Recibido el 4 Nov 2020

Aceptado el 15 Jun 2021