

PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO: SU PERFORMATIVIDAD EN LA BIOGRAFÍA DE MUJERES GESTANTES

CHILE GROWS WITH YOU PROGRAM: ITS PERFORMATIVITY IN THE BIOGRAPHY OF PREGNANT WOMEN

Fecha recepción: septiembre 2017 / fecha aceptación: noviembre 2017

Nairbis Sibrian Díaz*

Resumen

El presente recorrido busca comprender la forma en la cual interviene el Estado y, al mismo tiempo, responden los y las ciudadanas frente a dicha intervención, a través del estudio de caso de la política pública Chile Crece Contigo orientada a la protección de la infancia desde la gestación. El estudio se focaliza en el despliegue de la política durante el embarazo mediante las narraciones biográficas de mujeres gestantes beneficiarias del programa.

Palabras claves: gestación, estudio de caso, perspectiva biográfica, performatividad y políticas públicas.

Abstract

The present course seeks to understand the way in which the State intervenes and, at the same time, the citizens respond to this intervention, through the case study of the public politics Chile Crece Contigo aimed at the protection of children since gestation. The study focuses on the deployment of policy during pregnancy through the biographical accounts of pregnant women beneficiaries of the program.

Keywords: gestation, case study, biographical perspective, performativity and public politics.

Introducción

La gestación es un periodo dentro de la maternidad cuya significación y construcción social está influenciada por discursos, tecnologías, disposiciones, espacios y engranajes que gestionan, administran y orientan el devenir madre. Estas estructuras provienen tanto del ámbito público como del privado y tienen que ver con cosmovisiones, modelos y expectativas sobre la vida en general.

Históricamente, la mujer embarazada ha sido objeto de control: en la Antigüedad y Edad Media por la religión y la familia (Usandizaga, 1944; Rousselle, 1989) y en la modernidad por el Estado, la medicina y el mercado (Foucault, 2008; Illich, 1975). Generalmente, este control opera a través de discursividades (Foucault, 2005) que

* Académica Universidad del Desarrollo, Chile. Licenciada en Comunicación Social, Universidad de Los Andes, Venezuela y Dra.(c) en Sociología de la Universidad Alberto Hurtado, Chile. Dirección: Av. Independencia 1133, D-1010. CP: 8380416, Santiago, CHILE. Email: n.sibrian@udd.cl

suponen prácticas y/o tecnologías¹. Sin embargo, frente a los agenciamientos hegemónicos también han surgido discursos, prácticas y/o tecnologías alternativas promovidas por las propias mujeres gestantes.

El presente recorrido es parte de una investigación doctoral cuyo foco son los discursos y tecnologías que performan el embarazo en Chile, en esta ocasión se pretende comprender la forma en la cual interviene el Estado y, a su vez, responden los y las ciudadanas frente a un hecho que se encuentra en límite de lo público y lo privado, como lo es la gestación, a través del estudio de caso de una política pública y mediante las narraciones biográficas de mujeres gestantes en Chile.

Las preguntas de investigación giran en torno a ¿Cómo una política pública performa o no las prácticas de mujeres gestantes? ¿Cómo la biografía de estas mujeres incide en la performatividad de la política? ¿Cómo impactan factores culturales en la forma en la que es recibida y traducida esta política pública por las gestantes?

El programa Chile Crece Contigo será entendido como un caso único (Stake, 1999) pero que en su interior contiene otros casos, mientras el abordaje se realizará a través de las narraciones biográficas de mujeres usuarias del programa. La idea es poder comprender cómo cada una va aceptando, rechazando, re-significando el accionar de la política implementada con motivo de su gestación.

Para poder cumplir con los propósitos planteados, primero es necesario comprender los puntos de partida del estudio, un estado del arte del tema y la perspectiva política desde los estudios sociales de la salud de donde emerge, luego se aborda el contexto en el que nace la política pública y su posterior evolución, para ello se presentará una genealogía del caso, también se esbozará la perspectiva teórica que atraviesa el estudio y posteriormente se presentará el enfoque metodológico, así como la aplicación al campo empírico, el cual se hará mediante fragmentos biográficos de mujeres gestantes y su respectivo análisis. En este estadio, se recurrirá a la clasificación de las narrativas en tres aspectos cruciales: historias de vida, prácticas y significaciones (Seidman, 2006).

La opción metodológica será el estudio de caso con enfoque biográfico-narrativo, mientras el análisis es descriptivo-interpretativo, ya que se ofrece detalle de los relatos de los individuos y una posterior interpretación apoyándose en los presupuestos teóricos previos. El informe se presenta bajo un formato narrativo en primera persona, pues existe una co-construcción y co-producción de los relatos y no se pretende establecer relaciones entre categorías como si fueran variables.

A modo de hipótesis se considera que la construcción social del embarazo no se reduce sólo a la falta de control de las mujeres o a la hegemonía de un saber específico

¹ Cabe destacar que, por discurso entiendo no sólo enunciados sino también prácticas (Fairclough, 1993) que van construyendo el embarazo, así como por tecnologías, entiendo artefactos físicos, organizaciones, componentes incorpóreos de tales organizaciones, dispositivos y recursos integrados en una red (Hughes, 2013).

sino que parece ser un fenómeno más complejo donde se articulan y superponen múltiples actores, procesos y agencias, el cual ocurre de diferentes maneras y donde cada mujer, posiblemente, realiza su propia traducción de acuerdo a su historia de vida así como condiciones como socio-económicas y culturales (Sánchez-Criado y López 2009).

Puntos de partida

La investigación se apoya, desde la corriente histórico feminista, en los trabajos de la socióloga Ann Oakley (1979; 1980), quien argumenta que la reproducción moderna [por ende el embarazo] es un fenómeno altamente tecnológico, desde la fecundación, controles ecográficos, hasta la inducción de parto (Oakley, 1979). En este sentido, la tecnología no sería sólo un agregado en el embarazo sino parte constitutiva y constituyente de él.

También se nutre de las reflexiones de Arlie Rusell Hochschild (2008) respecto a la creciente mercantilización de la vida íntima, la cual produce cambios en la manera en la que nos relacionamos con la tecnología, organizamos el cuidado materno y gestionamos las emociones.

El trabajo de María Soledad Zárate (2007), con la historia del parto en Chile desde el siglo XIX y sus transformaciones sanitarias, resulta crucial para comprender el ensamblaje socio-material que ocurre durante la gestación, pues éste se encuentra vinculado a relaciones de género y estrategias político-económicas.

Ineludibles son, también en la escena chilena, la investigación desarrollada por Michell Sadler (2003); quien sostiene que la forma en que se administra médicamente el nacimiento está vinculada con razones históricas, políticas y económicas, afectando decisivamente la experiencia de las mujeres; así como también la labor etnográfica llevada a cabo por Marjorie Murray (2012) cuyo estudio reveló que los significados y prácticas ejercidas por las mujeres durante el nacimiento dependen de las diferencias de raza, etnia y clase.

En cuanto a distancias y diferencias, esta propuesta se aleja de aquellos estudios sobre el embarazo que reflejan sólo la historia de las instituciones involucradas (Ferrer, 1904) y, en particular, de disciplinas como la obstetricia (Laval, 1949), también de aquellos que sólo ofrecen una mirada demográfica (Taucher y Jofré, 1997; Donoso, 2004) del tema, abordando únicamente problemas de natalidad, mortalidad o derechos (Casas y Herrera, 2012).

Por otra parte, de manera más teórica, la investigación se ancla en aportes post-construccionistas provenientes de las epistemologías feministas (Haraway, 1991), el Análisis del Discurso (Iñiguez-Rueda, 2003), las teorizaciones de la performatividad (Butler, 2004; Callon, 1998) que si bien no son enfocados a la maternidad o la gestación, están relacionados con el género, la tecnología, el cuerpo y la economía. La discusión teórica entre estas perspectivas no es abordada plenamente pues en este recorrido el foco está puesto en la perspectiva biográfica aplicada a tres historias de vida, dentro del caso de una política pública.

Medicalización del embarazo en Chile

La relación entre el discurso médico y el cuerpo de la mujer es una historia de larga data. Foucault (2008) plantea que uno de los principales objetivos de la medicina, a partir del siglo XVIII, fue el control fisiológico de las mujeres y la regulación de los nacimientos. Por su parte, Teresa Ortiz (2006) advierte los vínculos entre medicina, historia y género.

Asimismo, Pérez (2010) señala que, en la actualidad, las mujeres están medicalizadas por diversas razones y en distintas etapas de sus vidas: infertilidad, anticoncepción, menopausia. Existiendo, según Vásquez (2013), cierta gubernamentalidad entorno al género a través de las tecnologías médicas.

Específicamente sobre el nacimiento, Davis-Floyd (2001) señala que dicho gobierno es producto de la cosmovisión del nacimiento bajo el “paradigma tecnocrático” cuyo auge en la modernidad² conlleva a la medicalización³ de la mayoría de los conflictos de la reproducción, debido a su consideración bajo la idea de riesgo (Juan, 1991).

Bajo este contexto se comprenden fenómenos como el alto índice de cesáreas en Chile (Salinas, et al. 2007), cuya cobertura según la Organización Mundial de la Salud [OMS] es de casi un 100%, con una tasa de cesáreas sobre el 30%, siendo prudencial un índice de un 10% (OMS, 2009; 2011), así como también cobran sentido la proliferación de tecnologías en torno al embarazo (Jeżewski et. al., 2015) y diversas formas de parentesco y maternidad (Rivas, 2015).

² Con el advenimiento de la sociedad moderna, la medicina científica se interesa en la reproducción y todo lo vinculado a ella comienza a ser parte de políticas públicas sanitarias de los estados-nación. A partir de entonces corresponde a los médicos “la representación y la autoridad técnica y científica” (Ortiz y Sánchez 1995, p.250) para vigilar el cuerpo de la mujer embarazada, aunque tal circunstancia no constituya, ni para el sujeto ni para el médico, específicamente una enfermedad, esto porque el cuerpo y su reproducción son garantes de la fuerza productiva, de la fuerza laboral (Foucault, 1996).

³ La mayoría de las investigaciones sobre medicalización acuerdan que ésta constituye la expansión del dominio, influencia y supervisión médica, a través de un modelo médico de Estado (Foucault, 1996) o de empresas de salud con un sistema médico-tecnológico (Illich, 1975). Por su parte, Conrad (1992) define medicalización como la consideración de un comportamiento o condición bajo la idea de enfermedad, permitiendo así su intervención y tratamiento.

De acuerdo con Murray (2012), Chile no sólo tiene una de las tasas más altas de nacimientos por cesárea en el mundo, sino que esta tendencia tiene una fuerte diferencia entre los hospitales públicos, con 28 %, y las clínicas privadas, con 60% o incluso el 80%, (Murray, 2000). Asimismo, hay una marcada diferencia en tipos de nacimiento según el ingreso y el lugar donde éste ocurra.

Sin embargo, respecto a la forma de nacer existe cierta estandarización de procedimientos, la mayoría de ellos son invasivos y se acentúan en el sector público. Un estudio de la Universidad de Chile, sobre la atención de partos en este sistema, arrojó que el 92,7 % de ellos fue intervenido a través del uso de oxitocina sintética, anestesia epidural y rotura artificial de membranas, contraviniendo recomendaciones de la OMS (Binfa et. al., 2013).

A su vez, tales tendencias han provocado diversas controversias en torno al parto medicalizado (Hernández y Echevarría, 2016) y proliferan formas alternativas de gestionar el embarazo (telemedicina, yoga, danza) y parto (humanizado, en el agua, de pie, en casa) promovidas incluso por el propio sistema público como estrategias alternativas o complementarias (Vergara, 2014) de cuidado que, sin embargo, se mantienen bajo la mirada médica del cuerpo y no tributan a una mayor autonomía de la mujer.

Al respecto, Murray (2012) refiere que en Chile, hasta hace poco, el discurso sobre una forma menos medicalizada del nacimiento pertenecía a un pequeño grupo de mujeres de clase media y alta. Por otro lado, existen también experiencias de parto natural y humanizado que han penetrado la academia y algunas políticas públicas (Sadler, 2009).

No obstante, de acuerdo con Murray (2012) este discurso no está basado en los derechos de las mujeres ni en la búsqueda de autonomía respecto a sus cuerpos, sino en la humanización o la personalización del nacimiento combinada con las teorías de asociación (Lecannelier, 2006) que buscan “mejorar” la relación madre-hijo. Este trasfondo no sólo mantiene la mirada médica sobre el cuerpo sino también una ideología de consumo en la relación parental.

Breve genealogía de Chile Crece Contigo

Los primeros discursos y tecnologías médicas sobre el embarazo en Chile, al igual que en otras latitudes, estuvieron asociados a la etapa de constitución del Estado y a la profesionalización de la medicina (Illanes, 1993; Serrano, 1994). Datos históricos señalan que la mortalidad a causa del parto era sumamente alta en el siglo XIX, siendo las mujeres más pobres las que enfrentaron mayores riesgos a causa de mala alimentación, mala salud y la necesidad de seguir trabajando hasta el último día del parto (Anderson y Zinsser, 1991, p.277).

No obstante, “fue la mortalidad infantil [lo que] dio pie para que se prestara más atención al cuidado del embarazo y el parto” (Zárata, 2007, p.22), en conjunción con la emergencia de un saber científico que “descubre que la incertidumbre puede ser tratada, analíticamente, como la suma de cierto número de grados de certeza aislable y susceptible de un cálculo riguroso” (Foucault, 2008, p.136).

Asimismo, a partir de 1920, la población trabajadora es objeto central de tales políticas a través de campañas⁴ de difusión de la puericultura y la educación sanitaria, las cuales aspiraban “sutil y limitadamente a modificar la relación de las personas con su cuerpo, con sus padecimientos físicos y mentales” (Zárata, 2008, p.18).

Durante esta misma época se produce el “debate médico sobre el aborto en Chile”, el cual atentaba contra la nación desde el punto de vista de la soberanía, la economía y la identidad nacional (Del Campo, 2008, p.133). Este panorama dio paso a las iniciativas de planificación familiar que articularon avances científicos, estrategias políticas y económicas con un intransigente derecho a controlar el cuerpo de la mujer (Pieper, 2008).

Así comienza la expansión de la mirada médica sobre la reproducción en Chile, cuyo proceso se inicia en la gestación y parto, pero rápidamente se extiende hacia otros aspectos relacionados con él⁵. Dicho proceso tardó casi un siglo en consolidarse de forma indefinida tras diversas estrategias de legitimación y sus etapas fueron de definición, perfeccionamiento, extensión y expansión del diagnóstico médico⁶.

En el trayecto de esos años aparecen no sólo nuevos actores sino también tecnologías tales como el fórceps, la cesárea y la ecografía que vienen a consolidar un modelo de atención de la gestación marcado por el control del Estado pero también la emergencia de una perspectiva mercantil.

Se trata de los antecedentes de las políticas públicas en torno a la reproducción y protección a la infancia que están representadas, hoy en día, por el programa *Chile Crece Contigo*, el cual, a diferencia de antaño, parece esforzarse por incluir no

⁴ Ejemplo de ello son “las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938”, reseñadas por Labarca (2008), las cuales fueron expresadas en siete manuales mediante los que el gobierno dirigió y difundió nuevos conceptos sobre salud, enfermedad, feminidad y masculinidad. Al respecto, explica la autora que si bien, por una parte, la gente se libraba de sus dolencias y de implicancias dogmáticas religiosas, por otra, “se las revestía de un profundo significado social basado en un fundamento científico-médico” (Labarca, 2008, p.84).

⁵ La condición corporal de la mujer toma un papel determinante en la economía política debido a que, tal y como lo explica Foucault, para el capitalismo que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y XIX el cuerpo y su reproducción garantiza la función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. Bajo esta perspectiva, los cuidados y prácticas solicitadas a la mujer embarazada no constituyen aspectos meramente asistenciales sino que se inciben en una nueva moral del cuerpo, donde éste “es una realidad biopolítica [y] la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1996, p.87).

⁶ Ver Sibrian (2016) “El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva”, *Relaces* Número 21, disponible en <http://relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/414>

sólo la mirada de la medicina alopática occidental sino también otras cosmovisiones⁷. Asimismo, cabe destacar que estos programas no se han visto ajenos a los criterios que han orientado el diseño e implementación de las políticas públicas en la región, ni al contexto en el que éstas se originan.

Según Ochoa, Maillard y Solar (2010) la orientación y criterios orientadores de dichas políticas, en Chile, han estado principalmente sustentados y relacionados con el modelo económico y social de las últimas tres décadas. En este marco, se encuentran aproximaciones principalmente subsidiarias y asistencialistas, donde el rol del Estado es mínimo, transitando hacia aproximaciones de carácter promocional y que buscan garantizar derechos, tal es el caso de los sistemas de protección como Chile Crece Contigo.

¿Qué ofrece el programa?

En el año 2006, la Presidenta Michelle Bachelet anunció la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo⁸, dirigido a todos los niños y niñas del país, en función de acompañar los y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen al sistema escolar.

Este sistema cuenta con componentes de programa y articula tanto políticas y acciones preexistentes en el abanico de prestaciones del servicio público, previas a su implementación en 2007, así como programas nuevos creados especialmente para este sistema. Actualmente, opera en las 345 comunas del país y cubre a los niños desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar o su equivalente.

De acuerdo a la comuna y la instancia a la cual se dirija la mujer se despliegan una serie de mecanismos para garantizar tales derechos, los cuales incluyen controles médicos, atención dental, nutricionista, entrega de suplementos y vitaminas (leche, ácido fólico, hierro, calcio), talleres con matronas para la capacitación sobre el cuidado del embarazo y la crianza de los niños, así como la entrega de un ajuar al momento del nacimiento que incluye una cuña para el bebé, entre otros.

⁷ Producto de la crítica que se ha erigido hacia las políticas públicas en torno a la reproducción y la maternidad en Chile, han emergido discursos alternativos que han sido integrados por las mismas políticas públicas. Se trata de discursos provenientes de conocimientos ancestrales que recientemente se incluyen, visibilizan y legitiman en los programas públicos. Un ejemplo de ello es el estudio sobre "Pautas de crianza mapuche", dirigido por Michelle Sadler y Alexandra Obach (2006) y que apuesta por la interculturalidad en el sistema público de salud.

⁸ Según Robles (2011), Chile tiene una larga trayectoria en materia de políticas sociales para el combate a la pobreza y la expansión del acceso a los servicios sociales de su población. En este tránsito, es posible identificar una serie de elementos relevantes que dan cuenta de la progresiva ampliación de los sectores sociales cubiertos por la política social y que se vuelven sujetos de derecho para el Estado chileno. La protección social en Chile emerge como eje de la acción política, con un fuerte énfasis en la población más pobre y vulnerable en el país, durante la década pasada, y se expande en la dirección de un sistema más amplio en cobertura y prestaciones, a partir de un enfoque de derechos, durante el último quinquenio, bajo este propósito el propósito el programa Chile Crece Contigo constituye un pilar fundamental.

En los casos a seguir en este recorrido, las gestantes acuden a Centros de Salud Familiar (CESFAM) en distintas comunas de Santiago, donde se produce el enrolamiento en el sistema y sus componentes. Se les entrega una ficha de seguimiento que será llenada por quienes la atiendan y garantizará la portabilidad de su historia médica, además, se le entregan una serie de folletos, calendarios y libros.

Para que el sistema de protección funcione óptimamente, es decir, se cumplan sus objetivos y se desplieguen todos sus servicios la mujer debe no sólo controlarse en el CESFAM sino cumplir con todas las actividades que el sistema le va proveyendo hasta finalmente tener el parto en el hospital asignado a su comuna, esto es, convertirse y enactarse como usuaria⁹ del programa.

Propuesta teórica: Performatividad y género

Tal como se ha referido, la sociología del nacimiento requiere un enfoque multidimensional que se haga cargo de la tecnología como producto de contextos históricos, culturales y políticos a los que mujeres responden (Lock y Kaufert, 1998) y que a su vez entienda la agencia que ejercen la articulación de elementos heterogéneos (humanos y no humanos) que actúan como red durante el embarazo y parto. Es por ello que se decide vincular las teorizaciones sobre la performatividad¹⁰ con los Estudios de Género, teniendo como centro la capacidad de agencia que tienen discursos y/o tecnologías.

Pero esta capacidad no tiene necesariamente que ver con el contenido de los enunciados ni con lo lingüístico meramente, sino más bien con la estructura de las interacciones, los roles sociales que se adoptan y, sobre todo, de la configuración del mundo que en una relación entre actores se produce, es decir, con lo performativo de la relación discursiva¹¹.

Tal situación permite inferir que la performatividad no se remite sólo a los discursos en significado más laxo sino a toda circunstancia donde el sentido se construye (Watzlawick, 1980). Se trata de una dimensión que está relacionada con la legitimidad (Lyotard, 1994) y capacidad no sólo de producir un efecto, sino también instaurar una realidad a través del sentido (Verón, 1996).

Ahora bien, la teoría de la performatividad asociada a los estudios de género produjo nuevos rumbos y capacidades en la producción de sentido, pues se vinculó

⁹ Sánchez-Criado, T. (2012). ¿Cómo se mantiene una usuaria? Prácticas de apuntalamiento en la teleasistencia para personas mayores. En F. Tirado y D. López (Eds.) *Teoría del actor-red. Más allá de los estudios de ciencia y tecnología*. Barcelona: Amentia Editorial

¹⁰ Algunos autores que han desarrollado teorizaciones al respecto son Callon (1998), Butler (2004) y Mol (2002)

¹¹ Si bien es cierto que con frecuencia decir algo producirá ciertas consecuencias o efectos sobre los saberes, pensamientos o acciones del auditorio o de quien emite la expresión; la realización de un acto sólo por el acto mismo del decir se conoce como "perlocución" (Austin, 1962, p.145). Esta es la referencia más directa de la noción de performatividad donde "performativo" y "realizativo" son equivalentes.

con la identidad de género. Tal como lo explica Judith Butler (1990), cuando Simone De Beauvoir (1974) señala que la mujer no nace sino que se hace, entonces, se apropia de la doctrina de los actos constitutivos, inscrita en la tradición fenomenológica, y la reinterpreta.

Desde entonces se entiende que el género no es, de ninguna manera, una identidad estable; más bien, es una identidad instituida por una repetición estilizada de actos que es inscrita en el propio cuerpo. Por tanto, dice Butler (1990), en la relación arbitraria entre esos actos, en las diferentes maneras posibles de repetición, en la ruptura o la repetición subversiva de este estilo, se hallarán posibilidades de transformar el género y transformar la realidad.

Pero, cómo hablar de performatividad en la relación de una política pública con la historia de vida de sus usuarias. Giarni (1998) plantea que la práctica de recoger información y relatos sobre la experiencia sexual o de procesos fisiológicos se encuentra cargada del peso simbólico de la historia y, especialmente, del contexto normativo social, religioso o biológico en el que éstas se inscriben, así como también del peso de las representaciones sociales de la sexualidad según los cuales se configuran los procesos de subjetivación, permitiendo o impidiendo que la red de sentido desplegada a través de técnicas de gobierno operen, performen.

La política pública Chile Crece Contigo tiene como foco la protección de la infancia, por tanto, su performatividad va no sólo hacia el control del cuerpo sino a la reproducción de una mirada médica que coloniza toda la red de sentido de la gestación, construyendo ideales de género asociados a la forma natural o correcta de ser mujer y ser madre.

Por tanto, el trabajo de campo será visto a la luz de las nociones de performatividad y género, cuya articulación es entendida como la capacidad de agencia o no agencia, de actuar y/o tomar decisiones, que tienen las mujeres durante la gestación en relación además con sus historias de vida y que como bien establece Murray (2012) están vinculadas con las nociones de clase, género y etnia.

Abordaje metodológico: El estudio de caso

La pertinencia de un estudio de caso en el contexto de políticas públicas en América Latina viene dado porque este terreno está en constante cambio y reacomodo de acuerdo a una serie de variables que incluyen no sólo las transformaciones económicas estructurales sino también cambios en la subjetividad asociados a las expectativas e intereses de los propios ciudadanos.

El estudio de caso investigativo se entiende como una pesquisa multifacética que: (1) investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real (2) cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes o claramente diferenciables; (3) que utiliza múltiples fuentes de evidencia o datos; y (4) primordialmente (pero no exclusivamente) métodos cualitativos de investigación (Yin, 1994).

Así, el programa Chile Crece Contigo será entendido como un caso de estudio en sí mismo, según lo que Stake (1999) considera “el caso único”, mientras que el abordaje se realizará a través de las narraciones biográficas de mujeres gestantes usuarias del programa.

De acuerdo con Stake (1999), los casos que son de interés en los servicios sociales los constituyen, en su mayoría, las personas y los programas, las cuales en cierta forma se asemejan unos a otros y de cierto modo son únicos también. La idea es indagar sobre aquello que tienen de únicos y aquello que tienen de común, es decir, comprenderlos y para eso lo más importante es conocer sus historias. Es así que los datos a recoger de las personas estarán en forma de historias, relatos contados sobre un periodo de tiempo en sus vidas.

Se trata de mujeres gestantes usuarias del programa Chile Crece Contigo que en lo sucesivo serán consideradas como actores dentro de un caso. Tal como afirma Stake, “el caso es algo específico, algo complejo, en funcionamiento [...] no es necesario que las partes funcionen bien, los objetivos pueden ser irracionales, pero es un sistema. Por eso, las personas y los programas constituyen casos evidentes” (1999, p.16).

El objetivo es comprender cómo integran, dialogan o rechazan la política pública en sus vidas las usuarias del programa con especial énfasis en una mirada etnográfica de espacios como consultas, talleres y charlas del programa. Para ello se le realizaron entrevistas reflexivas, periódicas y de seguimiento a los actores, asimismo, se acompañó a actividades propias de Chile Crece Contigo y se les consultó sobre su experiencia, significación y opiniones al respecto.

1 Enfoque Biográfico

En esta ocasión, se recurrirá al relato biográfico de un período acotado: la gestación. Se explorará el discurrir de la vida durante este lapso. Si bien no se trata de una historia de vida como tal, al tratarse de un periodo con muchos cambios permite una cronología que incluye una serie de obstáculos, modelos, fases y la convierten en única, “aunque comparta también muchas cosas con las vidas de su alrededor” (Stake, 1999: 87).

Dentro de los distintos estilos del análisis biográfico, el presente estudio se enmarcará en aquellas aproximaciones que señalan la existencia de nudos o momentos

claves en las biografías, que vislumbran períodos de transición de especial relevancia para el proceso de investigación con relatos de vida.

La noción de “acontecimiento biográfico” de Leclerc-Olive (2009), concebida como aquellos puntos de la biografía en que la vida “da un giro” que marca su desarrollo posterior, resultará útil para comprender cómo el embarazo y, en algunos relatos, el parto resultan cambios trascendentales en la vida de las personas, los cuales están en diálogo no sólo con sus expectativas individuales sino también colectivas, enmarcadas dentro de un contexto nacional y gubernamental.

El texto será de carácter narrativo, esto significa que el investigador se encuentra situado entre sus experiencias, los textos del campo y un esfuerzo por dar sentido a lo vivido y recogido. La selección de episodios, voces, observaciones y, especialmente, su ordenación y conjunción crean la historia del caso (Bolívar, 2002).

En suma, la perspectiva biográfica permitirá analizar de mejor forma acontecimientos contingentes -objetivos y/o subjetivos- ocurridos durante el embarazo, al ser la fuente de cambios significativos que inscriben un antes y un después en las trayectorias individuales de mujeres gestantes, en diálogo con el programa Chile Crece Contigo que es el caso de estudio general. Posteriormente, lo recogido en cada caso se articulará con el análisis narrativo propuesto por Seidman (2006) y se vinculará a las nociones de género y performatividad.

2 Proceso de selección, instrumentos, aspectos éticos y trabajo en terreno

Las mujeres escogidas como participantes del estudio son usuarias del programa Chile Crece Contigo. Durante el trabajo de campo se realizaron entrevistas semi-estructuradas y reflexivas, al inicio y al final del seguimiento, entendiendo la reflexividad como un proceso donde la realidad es co-producida y co-construida. La primera entrevista se llevó a cabo entre los 3 y 5 meses de gestación de cada participante (dependiendo del momento en el cual es contactada), luego se realiza una entrevista intermedia y la última tras el nacimiento del bebé o transcurrido un periodo de seguimiento continuo.

Aunque se tenía una estructura de entrevista, con temas previstos, la consigna siempre fue concebirla como algo cambiante, móvil, emergente que se transforma de acuerdo al contexto y realidad estudiada, además, se manejó un formato de entrevista feminista, centrada en la idea de reciprocidad. Se trata de concebir la relación similar a la amistad, pues no puede haber ninguna intimidad sin reciprocidad (Edwards y Holland, 2013) y para ello hay que establecer relaciones no jerárquicas, basadas en la empatía. Por ello es común que la entrevista se dé en un tono conversacional donde el entrevistador y el entrevistado realizan reflexiones conjuntas.

También se hacen contactos de seguimiento, los cuales son acompañamientos y visitas que no tienen la estructura de una entrevista sino de una actividad cotidiana donde se pueden observar las prácticas y participar al mismo tiempo, su perspectiva es más bien etnográfica.

Cada una de las participantes fue informada de manera verbal y escrita mediante un documento de “consentimiento” sobre las condiciones del estudio y accedió a permitir las entrevistas y el seguimiento de sus actividades con fines académicos y de investigación.

Aunque la mayoría de ellas accedió a publicar su nombre, dado que no todas lo autorizaron, se prefirió mantener el anonimato. Por tanto, los nombres con los que se presentan a las personas en este recorrido no son reales. Así, bajo un formato narrativo en primera persona, se presentaron la historia de tres mujeres que tuvieron distintas experiencias y opiniones sobre el programa.

Tres historias, tres decisiones, tres caminos en Chile Crece Contigo.

Carmen

Nos conocimos en una reunión de amigos, ella estaba comentando que al día siguiente debía ir al consultorio público de su comuna porque estaba embarazada y le correspondía control, explicaba que no quería ir sola porque debía esperar mucho tiempo, pero nadie quería ir con ella porque no era grato esperar. Desde ese día, me ofrecí a acompañarla cada vez que quisiera y en efecto comenzamos a ir juntas no sólo a la consulta sino a cualquier actividad, diligencia o trámite que ella requiera durante su embarazo.

Carmen no es de Santiago, ella nació en el norte de Chile. Se vino a la capital hace poco porque su pareja encontró trabajo en la Región Metropolitana. No pensaba pasar mucho tiempo en la ciudad, por ello buscó un trabajo temporal, pero tras enterarse que estaba esperando un hijo decidió quedarse. Su pareja trabaja todo el día y no puede acompañarla a los controles ni actividades asociadas al embarazo, tampoco tiene familia cerca ni muchos amigos en la ciudad. En la primera entrevista se produce un diálogo sincero y abierto sobre lo que ella piensa y siente sobre la maternidad.

En primera instancia fue difícil, bastante difícil, fue una noticia no esperada, a pesar de mi edad no estaba contemplado el tener hijos ni formar familia, pero la verdad es que ha ido pasando el tiempo y ya me he podido lograr concientizar del proceso en el cual estoy, de lo que se viene y cada día ha sido mucho mejor que el anterior (Carmen, comunicación personal, 13 de marzo de 2017).

Carmen es Asistente Social de profesión y sus planes eran seguir estudiando fuera del país, ahora labora en un centro de llamados o *Call Center* donde le exigen que cumpla metas y captaciones de clientes para una empresa de servicios. Cuenta que durante los primeros meses debió ocultar su embarazo pues estaba en periodo de prueba en el trabajo y aún no la habían contratado.

Al enterarme sólo le avisé a mi pareja y a dos amigos que estaban muy preocupados. Pero hasta el día de hoy la gente en Iquique no sabe que yo estoy embarazada, mis amigos cercanos obviamente sí, ya lo saben, pero así como contarle a todo el mundo no lo he logrado todavía, estoy como en ese proceso de no sé, en algún momento era como quizás tiempo para contarle, además, en mi pega no podían enterarse porque yo estaba en periodo de prueba y quien contrata a una embarazada, después del tercer mes ya fue más evidente y no pude ocultarlo más (Carmen, comunicación personal, 13 de marzo de 2017).

Al describir un día cotidiano en su vida, lo que Carmen más destaca como un cambio en su rutina es la alimentación, así como también labores de cuidado, búsqueda de información y sensaciones o circunstancias asociados al embarazo que implicarán posteriores decisiones, caminos y formas de gestionar el embarazo, pues ella quiere pasar esta etapa lo más rápido y menos traumática posible.

(...) en los días que tengo que trabajar, me levanto me preparo lo que me voy a llevar (...) todos los días me hago jugos naturales, tutti frutti o sino de una sola fruta pero es diario me lo llevo para el trabajo, me preparo un sándwich y una fruta y me voy a trabajar, solo trabajo seis horas diarias o algunas veces cinco dependiendo si los sábados también tengo que trabajar, me voy a trabajar, me relaciono con mis compañeros (...) yo acá estoy sola entonces mis compañeros han sido la verdad que un gran apoyo, llegó a la casa (...) y trato de descansar un poco, lo que puedo porque la verdad es que con el calor que hace es poco lo que puedo dormir, veo un rato tele o sino empiezo a revisar cosas en internet que tenga relación netamente, bueno, lo principal es que tenga relación con los niños y el embarazo y todo esto porque la verdad es que yo soy una de las mujeres más ignorantes del tema, como nunca estuvo dentro de mis planes nunca me interesó nada que tuviera que ver con niños, bebés y embarazo, para mí era un tema sacado de mis interés así es que ahora la verdad es que de forma natural he sentido la necesidad de estar como instruyéndome y todo eso (...) en la noche llegamos un poco a la hora del martirio porque me siento cansada, tengo unas ganas de dormir y no puedo porque el bebé se mueve mucho, es un poco incómodo, es algo bonito que se siente tener un ser dentro tuyo vivo pero la verdad es extraño también a la vez y sólo quiero que ya pase, que nazca y seguir adelante (Carmen, comunicación personal, 28 de marzo de 2017).

Este relato sobre su rutina muestra una inclinación hacia lo pragmático que será predominante durante todo su embarazo de Carmen y que chocará con el intento de intervención de la política pública. Al consultarle por el sistema de salud bajo el cual se atiende, ella responde que va tanto al particular y como al público, pues hay cosas que el consultorio no tiene y que debe hacerlas de manera externa como, por ejemplo, las ecografías y además porque no confía en el consultorio dado que, a su juicio, pasan por alto detalles que el sistema privado no.

El doctor me revisó los exámenes que me habían hecho en algún momento en el consultorio y que se supone me habían dicho que estaba todo excelente y muy bien, la verdad es que la azúcar estaba un poco baja entonces eso era lo que me estaba martillando y hacía que yo me sintiera en algunos pasajes del día un poco débil, sin mucha fuerza y con mucho sueño, así que el médico me dio quince días de licencia (Carmen, comunicación personal, 07 de abril de 2017).

De este modo el sistema particular resolvió su problema a diferencia del consultorio que más bien lo complejiza. Sin embargo, Carmen aún no considera cambiarse ni salirse del programa que le ofrece el consultorio, piensa mantenerlo y a su vez verse de forma particular en centros de salud. Todo ello en función de poder responder a lo incierto de su contexto económico que la motiva a tener varias opciones.

Lo que pasa es que estaba probando con dos médicos, particulares aparte. Eso es por Fonasa. Aparte del consultorio que es digamos la salud pública que me atienden de forma gratuita y me entregan la leche, me ve la matrona, todo el tema de la salud dental, y bueno no perder tampoco esos beneficios porque a pesar de que no son de la mejor calidad pues es algo. En estos momentos, como te digo, económicamente no estamos en el mejor momento entonces no sé cómo se vendrá en unos meses más, si quizás no junto la plata para pagar el bono del parto, voy a tener que sí o sí tratarme en el consultorio y parir en algún hospital público que me corresponda (Carmen, comunicación personal, 21 de abril de 2017).

Un día al volver del consultorio público, Carmen es enfática expresando descontento en cuanto al trato, la demora y calidad de los servicios. Además, introduce la variable geográfica pues señala que en región los CESFAM¹² son mucho mejores, a su juicio. Así que va a atenderse de forma particular cada vez que puede.

Fue pésima, muy mala atención, muy mal servicio prestado, tanto los médicos, las matronas, las asistentes, todo. Yo vengo de una Provincia donde me imaginaba siempre que en la Capital podría ser mucho mejor y estaba completamente

¹² Son Centros de Salud Familiar (CESFAM), de nivel medio, con enfoque familiar y comunitario.

equivocada (...) yo voy a una hora y me atienden para un mes y medio más, cuando son cosas que realmente se necesitan atender de forma inmediata, así que la atención pública me pareció pésima. (Carmen, contacto de seguimiento, 15 de mayo de 2017)

Lo que más molesta a Carmen del consultorio es el trato, la falta de empatía, una especie de hastío que viven los empleados públicos de manera general. Ella siente que esta situación la afecta y la hace pasar malos ratos.

Un día que pedí hora, porque la matrona no me podía atender como por un mes y medio más, después, lo último que me dieron fue un doctor, porque tenía el resultado de que estaba embarazada y nadie me había visto, cuando llegué con el examen de que estaba embarazada a un doctor, el doctor me dice que él no podía decirme nada, porque eso le correspondía netamente a la matrona, entonces le digo que por favor por último me diga si es que estoy bien, si es que no sé, que me mire, le digo por favor revíseme, tómeme por último el peso, si estoy dentro de lo normal y me dijo que no, que él no podía hacer nada así que me tuve que ir, para mí eso no es que me haya visto un doctor porque no me hizo una ficha, no anotó nada mío, como que hasta se molestó por lo porfiada que yo había sido y me enojé, me alteré y eso es lo que menos necesito en mi condición (Carmen, contacto de seguimiento, 17 de mayo de 2017).

Durante el periodo que sigue acompañé a Carmen unas tres veces más al consultorio. En una ocasión fue para el retiro de exámenes de glucosa, luego a un control con matrona y al retiro de medicinas y leche. El día del retiro de exámenes llegamos al consultorio, subimos unas escaleras e hicimos una fila para esperar el turno, como la entrega se demora más de lo normal ella me deja esperando en su puesto y decide aprovechar el tiempo e ir a la zona de matronas a pedir hora para el próximo mes, cuando vuelve me cuenta que en la entrada de la sala de obstetricia hay un cartel pegado que dice: "no hay matronas hasta mayo". Finalmente, llegamos a la ventanilla donde entregan resultado de los exámenes y Carmen los guarda en su bolso.

Al día siguiente vamos a la consulta que tenía agendada desde hace un mes, llevamos el examen entregado y nos anotamos con la matrona que está en la entrada, ésta nos indica que debemos esperar un poco porque hay muchas mujeres esperando también. Luego de un par de horas, llaman a Carmen y ésta entra con la matrona. Posterior a la consulta, le pregunto sobre su impresión y me comenta que le revisaron los exámenes de glucosa, le dijeron que todo estaba bien, pero también le pidieron la ecografía y le preguntaron: "¿por qué no se la había realizado?" Ella se sintió mal porque no tenía dinero para hacerla pero tampoco quería hablar de eso con una matrona, lo considera irrespetuoso.

Me explica que también le preguntaron sobre si se estaba tomando el hierro y el calcio, pero ella comenta que perdió la receta para retirar esos medicamentos, entonces, ella cuenta que la matrona se enojó y le dijo que tenía que haber pedido que le hicieran otra receta, pero era irresponsable dejar de tomarlos. A Carmen le molestó nuevamente el trato, que la llamaran irresponsable cuando siempre está cuidándose pero lo que importa es que el bebé está bien, pudo escuchar sus latidos, no tiene infección urinaria y sus niveles de glucosa están bien, sólo debe hacerse pronto la ecografía para traerla al próximo control. Luego, vamos a la zona de farmacia a retirar el ácido fólico, calcio y leche con la nueva receta que le dieron. Mientras esperamos para ser atendidas me comenta que ya van dos veces que retira la leche y nunca se la toma porque no tiene buen sabor.

La semana siguiente Carmen va a realizarse la ecografía en un servicio particular, allí conoce un médico obstetra que atiende por Fonasa¹³ comprando un bono y que la trató bien, le pareció muy amable, cuidadoso, además, con un precio razonable, motivo por el cual ella decide comenzar a verse por el sistema público pero bajo la modalidad de libre elección y pagando un porcentaje. En días previos, había llamado al consultorio pero nunca le dieron hora y sencillamente le pedían que volviera a llamar. Así que Carmen toma la determinación de dejar el programa y atenderse por este sistema mixto donde ella paga y el Estado también¹⁴.

El sistema de Fonasa particular es súper bueno, no hay comparación, que tampoco es tan particular porque igual cancelo 5.700 pesos de un bono. No es mucho, pero es totalmente distinto, si yo necesito que el médico me vea hoy mismo lo hace si es realmente importante el médico, a veces me da un cupo en el día o al día siguiente a primera hora, el tema de los exámenes es lo mismo, así que es bien penosa la brecha ahí entre ambos sistemas pero es lo que tenemos hoy en día (Carmen, contacto de seguimiento, 23 de mayo de 2017).

En los días siguientes, acompañé a Carmen a todos sus controles, ahora de forma particular, continuó consultando internet para informarse, viendo videos en *Youtube*, pero no visitó redes sociales vinculadas a la gestación sino que más bien buscó información certificada en revistas o páginas que hablaran del cuidado durante el embarazo y la maternidad, no le gustan los grupos de mujeres embarazadas que andan juntas, no se siente identificada. Leyó constantemente los informes que le llegaban a través de *Baby Center*, una aplicación telefónica que explica el tamaño del bebé, las semanas de gestación, los cambios de la mujer, también consultó *kinedu* una página donde explican cómo estimular el desarrollo de los bebés desde el primer día y con eso siente que es suficiente.

¹³ El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo público que administra los fondos estatales destinados a salud en Chile, para dar cobertura a sus beneficiarios. FONASA es la alternativa pública al sistema privado de salud.

¹⁴ Los bonos de atención de salud de Fonasa permiten acceder a una consulta o procedimiento médico con un prestador que se encuentre en convenio, a través de libre elección.

Si tenía otras dudas, las despejaba con amigas de la infancia que ya son mamás y que las contacta por teléfono o electrónicamente. Otras cosas, más domésticas, las pregunta a sus padres cuando habla con ellos en las noche. De este modo transcurrió el tiempo estando de licencia, por contracciones prematuras, hasta el nacimiento. Un día en la noche se iniciaron las contracciones, ella estaba sola porque su pareja había salido de viaje por trabajo, en la mañana botó el tapón mucoso y salió a la clínica en la cual había comprado un bono de parto previamente.

Tuvo cesárea¹⁵ porque no dilató suficientemente, ya habían esperado algunas horas y como no continuó dilatando, los médicos dijeron que había riesgo para el bebé. Precisamente, sobre esta experiencia en el sistema semi-privado, siente que no fue tampoco la mejor porque en varias ocasiones se sintió violentada durante el nacimiento, explica que había una luz intensa muy fuerte, no la dejaban ver, cada vez que le hacían tacto le dolía mucho y la dejaron un buen rato sola para luego decidir operarla. Haciendo un balance, piensa que lo mejor fue retirarse del consultorio para tener mayor tranquilidad en los últimos meses de embarazo, mientras el trato durante el nacimiento en la clínica no fue bueno, pero lo considera inevitable.

El consultorio para nada, yo ahí no tuve buena experiencia, para mí es una pérdida de tiempo, fueron los momentos que más pasé rabia en el embarazo, bueno rabia externa porque obviamente uno en el día a día tiene problemas como cualquiera, pero éstas eran como injustas, porque me hacían ir, no estaban las horas, no me atendían, había mala disposición, entonces fue bastante incómodo tener que seguir asistiendo, pero ya después de los cinco meses ya no fui nunca más y creo que fue como lo mejor que pude haber hecho, no ir nunca más porque fue una rabia menos, un problema menos, una impotencia menos. Las otras opciones tampoco es que son las mejores, igual en la clínica te tratan al lote en el momento del parto, pero te evitaste la molestia durante el embarazo al menos y ya cuando nace lo demás no importa, hay que pasar por eso (Carmen, comunicación personal, post-parto, 19 de julio de 2017).

Carmen concluye que el programa no cubre las expectativas de nadie pero lamentablemente hay personas que necesitan asistir a ese tipo de instituciones y recibir esos servicios porque no tienen otras posibilidades. Su proyección es continuar con las consultas particulares tanto para ella como para el bebé y volver a su trabajo lo más pronto posible.

¹⁵ La Organización Mundial de la Salud afirma que la cobertura médica del parto en Chile es de 99 %, con una tasa de cesáreas sobre el 30%, siendo prudencial un índice apenas un 10%. Para algunos autores tal excedente podría ser producto de una excesiva medicalización durante el embarazo (Viñals, 2014) y una mercantilización del parto. Asimismo, un estudio de la Universidad de Chile sobre la atención de partos en el sistema público arrojó que el 92,7 % de ellos fue intervenido a través del uso de oxitocina sintética, anestesia epidural y rotura artificial de membranas, contraviniendo recomendaciones de la OMS (Binfa y otros, 2013)

Francisca

Durante un taller del programa Chile Crece Contigo, divisé a una participante siempre dispuesta a opinar y preguntar en torno a las explicaciones de las matronas, se llamaba Francisca y era una de las madres más conocidas y queridas en su consultorio.

Cuando la conocí tenía 25 semanas de gestación, es extranjera y llegó a Chile hace menos de un año. Inmediatamente, aceptó ser parte del estudio y comenzamos a vernos dos o tres veces a la semana, la acompañaba a sus controles, talleres e incluso simplemente a ver televisión, hablábamos de todo y sin ninguna reticencia.

Nuestra primera entrevista fue en el marco de una consulta de especialidad a la cual la habían derivado desde su consultorio. Era lunes, ocho en punto de la mañana y hacía mucho frío, nos juntamos en la sala de espera del servicio de especialidades de un hospital público. Al llegar está Francisca sentada esperando su turno, quien, en medio del mar de gente, me hace señas para que me acerque.

Nos saludamos efusivamente, muchas personas están a nuestro alrededor, gente de pie, sentados en el piso, mujeres con niños, coches, adultos mayores. Hay diferentes filas, ella me cuenta que ya se anotó pero ahora está esperando para que la llamen y entregar su carnet de identidad. A lo lejos se escucha la voz de una enfermera que va nombrando a las personas mientras otros pacientes los van repitiendo entre los asistentes porque al final de la sala casi no se escucha.

Francisca se mantiene atenta al llamado, mientras habla conmigo. Me cuenta que llegó muy temprano, cuando aún no salía el sol, y que por eso logró conseguir donde sentarse, ella lleva casi un año en el país y desde que está embarazada no está trabajando. Se atiende a través del servicio público, bajo el programa Chile Crece Contigo, en el consultorio más cercano a su residencia. Cuando le pregunto cómo ha sido la atención señala:

Me encanta, yo me siento muy a gusto, las matronas me atienden bien, mi doctora me atiende bien, mi ginecóloga me atiende súper, la asistente social, con la psicóloga también, todos, te digo, con todos me va súper bien y ya como que fue mejorando mi estado de ánimo, mis cosas, además que ya puedo salir (Francisca, comunicación personal, 05 de mayo de 2017).

¿Ya puedes salir? ¿Cómo es eso? Le pregunto.

Me explica que los primeros meses del embarazo fue difícil porque se sintió muy mal, no quería comer nada y bajó mucho de peso. Además, estaba sola porque ni ella ni su esposo contaban con apoyo familiar. En el consultorio le diagnosticaron anemia y la iban a hospitalizar pero ella se resistió porque no tenía a nadie que la acompañara y prefería estar en casa:

Entonces mi doctora se asustó, mi matrona se asustó, me mandaron para acá, me hicieron análisis pero yo no me quise quedar tampoco hospitalizada, no tengo mamá, no tengo papá, no tengo a nadie aparte de mi esposo que está trabajando todo el día y si pierde un día de trabajo tú sabes que aquí todo lo descuentan. La familia de él tampoco apoya y es mejor así porque no quiero a la suegra metida en mi casa. Así que hablé con mi doctora y me mandaron todo el tratamiento en el consultorio y me dejaron en la casa (Francisca, comunicación personal, 05 de mayo de 2017).

Por tanto, los primeros meses no podía salir, ni asistir a los talleres que ofrece el programa, las matronas y otros profesionales del consultorio iban a su casa, incluso la psicóloga pasaba tiempo con ella en su domicilio acompañándola y se hicieron amigas. Cada vez que íbamos al consultorio, Francisca pasaba por varias oficinas a simplemente saludar.

Por fin la llaman y cuando llegamos al *box* de atención le toman la presión y le sacan la sangre para luego derivarla a otra sala donde debe esperar nuevamente un turno para ser atendida. Esperamos de pie y continuamos la entrevista en un pasillo, a nuestro lado una mujer embarazada está junto a su bebé en un coche, el pequeño llora sin parar y Francisca me mira y me dice “¿Será que todos son así?”. La vuelven a llamar, ahora sí a la consulta con el especialista.

Al salir me cuenta que tiene hipotiroidismo pero esto puede pasar con el embarazo, le indican tratamiento y le prescriben nuevos exámenes, para ello debe volver a pedir hora y buscar el medicamento en farmacia. De inmediato vamos a la recepción a preguntar por las horas disponibles para exámenes y le dicen que debe volver el viernes a pedir hora para la próxima semana.

También vamos a farmacia, allí volvemos a realizar una fila de aproximadamente 30 minutos frente a una ventanilla que abren y cierran cada vez que entregan un medicamento. Hacemos fila para entregar la receta y para retirar. En total estuvimos más de una hora esperando sólo en Farmacia. En el hospital estuvimos desde las 8:00 hasta las 12:00 horas haciendo colas, en consulta y esperando, sin embargo, ella lo considera normal e incluso agradece que la atiendan.

Luego de la consulta siempre la acompaño hasta su casa, así pasan los días, semanas y meses siguientes. Francisca no se pierde ninguna consulta en el consultorio, va con la psicóloga, la nutricionista, el dentista y los talleres, rigurosamente. Antes de ir debe llamar por teléfono y pedir hora, este es un sistema nuevo que comenzaron a implementar hace poco para descongestionar las salas, sin embargo, no llevan un registro de horas muy eficiente porque a veces le piden volver a llamar al día siguiente para ver las horas de la próxima semana. Esta situación la desespera y a veces sencillamente va al consultorio y ruega le consigan hora ese momento.

Un día, mientras esperábamos un control, le pregunté si alguna vez había considerado atenderse por otro sistema y me explica que su esposo no quería que ella se atendiera en el consultorio público pues consideraba que era malo, pretendía endeudarse para estar en una ISAPRE¹⁶ y así su hijo naciera en una clínica.

Pero en la ISAPRE no me aceptaban porque no tenía todavía ningún tipo de documento, mi residencia me la dieron apenas hace como dos meses y entonces ya nos fuimos al consultorio, y me empezaron a hacer todo el seguimiento. Yo le dije que era mejor, así no nos endeudábamos y en el consultorio me tratan tan bien, además, nos van a dar la cuna (Francisca, comunicación personal, 02 de junio de 2017).

La acompaño a cada control y en el camino ella me va contando cómo se siente, a veces no puede dormir porque el bebé se encaja en una de sus costillas, siente que le cuesta respirar y entonces despierta a su pareja para que le haga los masajes que le enseñaron en el taller. Francisca, cumple todo al pie de la letra, toma todas sus medicinas sin falta, practica todos los ejercicios y lo que no sabe o no entiende lo consulta a su matrona. En la sala principal de su casa tiene el folleto y calendario que le dieron en el programa, donde explican lo que ocurre en su cuerpo cada semana de gestación, éste se encuentra colgado junto a la última ecografía de su bebé y le sirve para ir comprendiendo cada cambio, me cuenta que incluso es útil para explicarle a su marido lo que le pasa.

En sus controles, me presenta ante el personal médico como alguien cercano y a veces como un familiar, quizá porque somos de la misma nacionalidad, incluso me pide recordarle cosas y hasta hacer preguntas a la matrona sobre algún dato importante. Francisca es muy querida entre las matronas y el personal médico, a todos saluda efusivamente y al salir de cada consulta se despide de todos.

Al finalizar los talleres, Francisca, junto a las demás gestantes, recibe un diploma que acredita que asistió a todas las charlas y cursos impartidos por el programa, aunque el diploma no busca hacer juicios evaluativos sí hace un reconocimiento a aquellas mujeres que hicieron todo tal y como ellos lo pedían, es decir, cuya performatividad fue efectiva y lineal. Asimismo, este ciclo culmina con una visita guiada que prepara a los padres para las gestiones del nacimiento del bebé.

Con 38 semanas de gestación, Francisca expulsó el tapón mucoso y se encontraba lista para iniciar el trabajo de parto, algunos días después comenzó a sentir contracciones, así pasó una noche entera y a la mañana siguiente pidió que la llevaran al hospital. Una vez iniciado el trabajo de parto solicitó anestesia porque no aguantaba el dolor y en la fase final de su dilatación le colocaron oxitocina sintética para acelerar

¹⁶ Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) creadas para otorgar servicios de financiamientos, beneficios y seguros en materia de salud. Se trata de un sistema privado de seguros de salud creado en Chile en 1981.

el parto. Posteriormente, le practicaron una episiotomía de dos puntos y su bebé nació en perfectas condiciones. Tras el parto sus impresiones fueron:

No me quejo, la verdad, muchas veces tuve que esperar pero por algo uno es paciente, de verdad para mí todo fue súper bien, los doctores me trataron bien, todo lo que me decían me parecía bien, había que hacerlo todo por el bien del bebé, pero nunca me trataron mal, nunca sentí reproche por ser extranjera, me dieron un servicio que es del país como a muchas personas chilenas. Aunque me rompieron la bolsa y me dolió mucho, la verdad no tengo quejas, me pusieron anestesia para que no me doliera más y me tomaron sólo dos puntos, todo fue muy rápido, además, me dieron una cuna que se arma y se desarma, con muchos libros para leerle al bebé¹⁷, pienso que Chile tiene un buen sistema de salud, en comparación con lo que han pasado mis hermanas en mi país, para mí fue súper (Francisca, comunicación personal, post-parto, 11 de julio de 2017).

Su proyección es continuar llevando a su bebé al mismo consultorio, a sus controles pediátricos, como parte de la misma política "Chile Crece Contigo" que ahora está enfocada directamente en el desarrollo del bebé. Piensa en el embarazo como una experiencia en la cual se requiere mucho apoyo y que afortunadamente ella contó con un programa y un conjunto de personas profesionales a su lado.

La valoración que realiza Francisca, pese a que la atención que recibió fue muy similar a la de Carmen, es completamente distinta, donde viene a jugar un papel fundamental el factor migración en la trayectoria de vida. Su visión está atravesada por una comparación constante con las experiencias de sus familiares en el país de origen que la llevan a justificar todo tipo de situaciones.

Patricia

En el marco del II Encuentro por un Nacimiento sin Violencia organizado por la Coordinadora de los Derechos del Nacimiento, a principios de este año, conocí a varias mujeres embarazadas que buscaban información sobre atención, cuidados y modalidades de parto. En ese contexto me encontré con Patricia y su pareja que a pesar de estar siendo atendidos en el consultorio de su comuna buscaban espacios alternativos de gestión del embarazo y esto se va a traducir en un elemento diferenciador en este caso, productor de nuevas discursividades.

¹⁷ El Programa Chile Crece Contigo, contempla el plan de Apoyo al Recién Nacido (PARN), el cual incluye no sólo talleres prenatales y controles de salud, sino también un set de implementos (Ajuar), así como educación sobre su uso y crianza temprana. Este set incluye cuna, frazadas, sábanas, libros, entre otros.

Patricia y su pareja trabajan de manera independiente, ambos son de Santiago y cuentan con el apoyo de sus familias, de hecho en la actualidad viven en el anexo de la casa de los padres de él. Como apenas tienen 12 semanas de gestación recién se registraron en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de su comuna y les hicieron el ingreso inmediatamente, me dieron un calendario tremendo de atenciones, el ingreso lo tuve este martes y te cuento que fue un poco raro, no me sentí respetada en ningún momento (...) porque, claro yo en el consultorio prácticamente no tenía ficha ni antecedentes ni nada, me preguntaron por los exámenes que me había hecho, ahí revisaron mi resultado de exámenes de sangre, estaban todos bien pero por ejemplo un PAP yo no me había hecho hace algunos años y no me preguntaron si me lo quería hacer o no, fue como te lo haces y fue así como que arriba, vamos, desvístete, hacemos el PAP y yo no pude negarme (Patricia, comunicación personal, 31 de marzo de 2017).

De la misma consulta la derivaron a salud dental, nutricionista y asistente social, así como otros servicios que presta el consultorio, lo cual le pareció estupendo pues hay muchas cosas que ella ha descuidado con el tiempo:

Sí, de Chile Crece contigo me dijeron inmediatamente: ahora tienes que ir a atención dental para que te den una hora y tienes que pasar a otro sector para que te den dos horas más, con un nutricionista y con una trabajadora social y retirar la leche. Así que ya salí, cumplí todas esas misiones, en la atención dental me regalaron un cepillo de dientes, un enjuague bucal, una pasta y un hilo dental. Me advirtió la dentista, muy seria también, que no debía usar ni el cepillo ni el enjuague aún porque probablemente me iban a hacer una limpieza y que los usara después (...) me dieron hora para el lunes (...) y tuve hora ayer con la trabajadora social y la nutricionista. Con la nutricionista estuvo súper, nunca había visto una nutricionista y fue bien agradable (...) me dijo que era una paciente ideal, bueno ella estaba muy contenta de atender a alguien que no tiene mucho problemas, pero la trabajadora social fue una decepción (...) ella llenó una ficha y yo sólo leí información. Yo pensé, me imaginé, que ella podría mencionarme, bueno estos son los beneficios sociales, algo así, cómo funciona el proceso, yo esperaba comentarle que no sabía en realidad qué hacer con la previsión, que habíamos pensado pagar FONASA, pero ahora Matías está contemplando pagar mejor una ISAPRE, la verdad es que me importa poco el tema, más por cómo estamos proyectando el parto pero bueno esperaba alguna orientación (Patricia, comunicación personal, 31 de marzo de 2017).

Otro día, Patricia me cuenta que les gustaría tener un parto en casa, pero aún no están seguros, están buscando información al respecto pues existen algunos temores por parte de sus familiares, por eso, también están considerando una clínica que practique parto humanizado y evaluando cambiar de previsión, pero hay muchos aspectos que la hacen cuestionar la atención en una clínica e inclusive en el consultorio, sobre todo la invasión a su cuerpo e intimidad.

Por ejemplo, cuando me fui a hacer el PAP me dijeron descúbrase y justo había llegado otro matrn que me había hecho como el pre-ingreso antes y a quien yo le había comentado sobre la lesión de la cadera (...) descúbrete dijeron, con los tres ahí y tuve que descubrirme y, bueno, dijeron pon las manos acá, las manos allá, así como para mirar los pechos, también quería que me desvistiera de la cintura hacia abajo para hacer el PAP y estaba el matrn y la otra matrona ahí como en el escritorio y yo me estaba sintiendo muy incómoda, me carga sentarme en esa silla poner mis piernas a esta altura, no quiero hacerme un PAP, me lo van a hacer igual y además con público, era como noooo! (Patricia, comunicación personal, 13 de abril de 2017).

En el CESFAM también la invitaron al ciclo de talleres que se realizan periódicamente para mujeres gestantes. Sin embargo, a Patricia no le motivó mucho, fuimos juntas al primero y aunque le parece que la información que proporcionan es adecuada, piensa que es muy básica, cosas que ella ya sabe y puede conseguir en internet, así que decide no continuar en este tipo de actividades, ni retirar la leche ni asistir a talleres, sólo mantiene los controles habituales de la matrona.

No, no seguí en los talleres, afortunadamente no me han preguntado más si voy a ir ni tampoco por la leche (...) mantengo los controles porque los encuentro pertinentes, cumplir con los exámenes, la eco, escuchar los latidos y el monitoreo general, pero lo demás, al menos, no es para mí. Yo igual tengo la suerte de tener harta contención con mi pareja, que él igual está involucrado en el proceso y no he necesitado mucho buscar afuera, eso ha sido algo bien positivo porque quizá hay otras personas que tienen la necesidad (...) de hablar, de revisar, esto está bien, esto no (Patricia, contacto de seguimiento, 16 de mayo de 2017).

Patricia sigue a varios grupos por internet que le van informando sobre eventos de su interés, cada vez que conversamos ella trae su libreta de apuntes donde anota los eventos que llaman su atención, gracias a ello me entero de muchas actividades organizados por diversas redes y movimientos sociales. En ese contexto, Patricia se anima a asistir a un taller de parto en casa, en el cual conoce a una matrona que le proporciona información sobre esta modalidad.

Luego de tener una consulta con esta matrona, Patricia decide tener el parto en su domicilio y comienza a planificar todo. Con este propósito contactó una *doula* o acompañante de parto que en los círculos de mujeres ha comenzado a tener relevancia pues maneja estrategias de contención indispensables. Así, de manera independiente, pero gracias a una red de mujeres con intereses similares, conformó el equipo médico que la asistirá durante el nacimiento de su hijo.

El equipo que la acompañará será financiado de forma particular con ciertas facilidades de pago que le permite la matrona y su ayudante, mientras que los servicios de *doula*¹⁸ son voluntarios provenientes de una red de apoyo a mujeres gestantes. Pero, pese a toda la ayuda con la que cuenta, no abandonó los controles en el consultorio público de su comuna. De hecho, la misma matrona de parto en casa le recomienda continuar con las consultas allí, pues así se ahorra pagar por consultas particulares y lo mismo que le hacen en estas consultas es lo que haría su matrona nueva. Una vez que se acerque la fecha del nacimiento, tendrá un par de consultas con la matrona particular para garantizar que todo vaya bien y así no les saldrá tan costoso todo.

De hecho mi matrona particular me lo recomendó así, pues en caso de que yo no tuviera esa instancia quizá requeriría verme más con ella, pero ella me dijo que aprovechara para que no tuviera que pagarle a ella, luego más adelante nos veíamos más seguido antes del parto. A mí me pareció genial esa idea y por eso sigo yendo al consultorio (Patricia, contacto de seguimiento, 19 de junio de 2017).

Sobre los controles posteriores expresa que, excepto la primera vez, las matronas la han tratado bien e incluso se han mostrado respetuosas con el hecho de que tendrá parto en casa, pues ella prefirió ser sincera desde el principio y decirles que no iría a dar a luz al hospital para que no la incluyeran en los recorridos y en otras actividades similares.

Me atendió una chica bien amorosa que pensó que iba a dejar de ir a los controles por tener el parto en casa, así que yo le dije que no, que iba a seguir yendo no más y todo (...) y lo bueno es que no me he sentido obligada a tomar lo que está, no me han dicho ni que tengo que ir a los talleres sí o sí, ni a retirar la leche, ni nada de eso (Patricia, comunicación personal, 18 de julio de 2017).

En este caso se produce una combinación interesante entre autonomía y cuidados, pues Patricia aprovecha algunas cosas y otras sencillamente las descarta. Sin embargo, lamenta que ciertos servicios, que hubiesen sido de gran ayuda, le hayan traído problemas como, por ejemplo, la atención odontológica.

Terminé el tratamiento dental, las sesiones que me habían dado, igual la última no fue exitosa, para nada, la última no estuvo bien, porque me hicieron cosas que no eran necesarias, fue como vamos a mejorar esta tapadura y la vamos a hacer de nuevo, con suerte me estaban avisando lo que me estaban haciendo y yo dije bueno ya estoy aquí, y me atendió una dentista y me cambió una tapadura, pero al hacerlo me soltó otra parte que yo tenía bien y que hace como dos

¹⁸ Ver: <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/que-es-una-doula/>

años me la había hecho de forma particular, entonces esa parte se me soltó, yo volví a ir y cuando fui, me pusieron otra cosa y me ocurrió esto de que me sentí mal. Y de hecho, ese mismo día llegué aquí a la casa y se me volvió a salir y fue como un retroceso porque sentí que por arreglar algo que no era urgente arreglar, me sacaron lo que yo tenía, que me había hecho un dentista particular y que era como un buen trabajo. Por lo que me di cuenta, las cosas que ellos hacen, ellos mismo saben que nos tan buenas (...) porque en esa última sesión cuando me arreglaron y en realidad me empeoraron, cuando me despedí del dentista, éste me dijo que si se me salía viniera nuevamente, él ya sabía que era malo el trabajo (Patricia, comunicación personal, 28 de julio de 2017).

Efectivamente, la tapadura se le soltó de nuevo y tuvo volver a ir a consulta, esta vez le advirtieron que allí no tenían las posibilidades de hacerle algo mejor, ahora sólo puede esperar ahorrar para ir a un servicio dental privado que arregle lo que le hicieron.

Su proyecto de parto contempla esperar hasta que su bebé decida nacer, incluso hasta después de la semana 40, me explica que su matrona dice que a partir de esa semana, si aún no nace, se hace un monitoreo casi diario, pero se puede esperar hasta la 42. En líneas generales piensa que la política pública Chile Crece Contigo podría mejorar y que las madres tienen que evaluar qué les sirve del programa y qué no, el problema es cuando no tienen otra opción, concluye.

El rechazo, la aceptación y el modelo combinado

Con base en los aportes de Seidaman (2006), la estrategia de análisis de las entrevistas fue la clasificación de los discursos de acuerdo a su relación con la historia de vida, prácticas y significación. El propósito es identificar cómo la biografía dialoga con la experiencia de las mujeres en la política pública, las decisiones que toman y la reflexión que luego hacen de la misma, entendiendo estos dos últimos puntos como el terreno donde se juega lo performativo.

El análisis de los discursos identificados como relatos de vida arrojó, por ejemplo, que las expectativas de Carmen están asociadas con la llegada a la capital, donde su anhelo o esperanza se vincula con la idea de mayor modernización del Estado, caracterizada por conceptos como eficiencia, efectividad y fluidez en los procesos. Es por ello que considera una “pérdida de tiempo” el programa y prefiere pagar un poco más para gestionar ella misma su modo de atención. Carmen es performada por un discurso cuya demanda satisface, generalmente, el mercado.

Tomé la decisión de no ir más al consultorio, no retirar nada, ni ver los libros que me entregaron porque aparte de la mala experiencia, ellos no me estaban

haciendo nada que no me pudiera hacer de forma particular por Fonasa pagando unos 6.000 pesos más pero me iba a ahorrar el mal rato y la caminata para allá, me iban a atender más rápido y el mismo día (Carmen, comunicación personal, post-parto, 19 de julio de 2017).

En el caso de Francisca, quien inició un cambio de vida mayor, pues emigró de su país de origen, las expectativas están centradas en consolidar derechos básicos, donde el Estado es protagonista y garante de unas condiciones mínimas de bienestar, ella acepta por completo el apoyo profesional encarnado en los implementadores de la política y los convierte en parte de su vida. Se introduce en la red socio-material que conforma el programa, sin ninguna resistencia, y construye junto a los actores, tecnologías y objetos de *Chile Crece Contigo* un tipo de embarazo. Allí la política performa constantemente sus prácticas y se convierte en un productor de sentido junto a ella.

Yo hice todo lo que me dijeron en los talleres, iba contando las contracciones, recordando todo, claro en algún momento ya no pude más, menos mal que la doctora me vio y me dijo tu eres primeriza, entonces me rompió la bolsa y no me puso a sufrir (...) los estudiantes que estaban allí también me ayudaron en todo momento y me daban ánimo. (Francisca, comunicación personal, post-parto, 11 de julio de 2017)

Por su parte, Patricia busca algo que, por ahora, no ofrece el Estado, ni el mercado, ni la familia tradicional, se trata de una nueva forma de concebir la gestación, caracterizada por el empoderamiento, una vuelta hacia lo natural y espiritual que ha sido impulsada por diversos movimientos sociales y que produce un tensionamiento hacia las formas en las cuales se ha vivido y experimentado el embarazo y la maternidad en la época moderna. No obstante, dicha tensión tiene la paradoja de, por un lado, criticar el control del Estado, el mercado y la familia pero, por el otro, no quiere abandonar las garantías proporcionadas por estas esferas, generalmente, realizan un híbrido entre lo que buscan y lo que necesitan.

Creo que en el programa hay cosas que sirven y otras que no y otras que son de mala calidad, yo no tengo necesidad de buscar allí contención, tengo mi pareja que me apoya y muchas compañeras, amigas, que iniciaron la maternidad y que hoy en día están haciendo cosas interesantes, tengo redes, entonces lo único que me sirven son los controles para no tener que pagarle a mi matrona de parto en casa de forma particular. Esa fue la solución que yo encontré (Patricia, comunicación personal, 09 de septiembre de 2017).

Este recorrido mostró una serie de ensamblajes y tecnologías que van apareciendo de acuerdo a cada paso que las mujeres van dando, en concordancia con sus historias de vida y de acuerdo a la red de apoyo con la que cuentan o no que les permite tomar unas u otras decisiones.

Respecto al análisis de las prácticas, la opción de Carmen fue rechazar un programa que la hacía sentir frustrada en sus expectativas y construir su embarazo al margen del mismo, esto supuso abandonar un espacio con unos actores y acceder a otras modalidades y tecnologías; el de Francisca, recibir todo lo que le ofrecía el programa, convertirse en una usuaria del mismo, aceptar sus condiciones y navegar en la red que éste construye; y el de Patricia, integrar lo que le favorecía de acuerdo a su contexto y omitir lo que no cubría sus estándares o no estaba en concordancia con su proyecto de gestación, aunque en ocasiones no pudo librarse de todo lo que implica la maquinaria.

Sobre las significaciones, tanto Carmen como Patricia tienen expectativas o ideales de parto que no encuentran plena correspondencia en los servicios ofrecidos por la política pública, mientras que en el caso de Francisca lo ofrecido por el sistema supera con creces sus expectativas, sin embargo, ambas tienen en común que no cuentan ni con red de apoyo familiar ni social, por lo que sus opciones oscilan entre la oferta pública y privada.

Es justo en este apartado, donde la reflexividad de cada una está directamente relacionada con aspectos de clase, nacionalidad, nivel educativo, posición y redes. La condición de migrante de Francisca le permite significar no sólo positivamente el programa sino que lo integra plenamente a su biografía transformando a los actores en su familia, mientras que las condiciones contextuales de Carmen, proveniente del interior y sin apoyo familiar constante, hacen que el programa le parezca insuficiente y recurra a la alternativa del copago. Finalmente, Patricia, cuyo nivel de información es mayor y cuenta con una red de apoyo social amplia, tiene unas expectativas mucho más exigentes.

Conclusiones

En concordancia con otras investigaciones (Jordan, 1993; Murray, 2012), el principal hallazgo de esta aproximación a la performatividad de Chile Crece Contigo en la biografía de mujeres gestantes es que se debe considerar el contexto político, económico, médico-cultural en el que las mujeres toman sus decisiones y articularlo con la política pública, lo cual constituye un gran desafío político en aras de hacer de la experiencia del nacimiento no sólo exitosa en función del bebé sino también grata y placentera para la madre.

Cada caso (dentro del caso Chile Crece Contigo) muestra una performatividad completamente distinta, con una red de sentido y una semiosis social (Verón, 1996)

propia, atravesada por variables de clase, etnia y género¹⁹ entre otras condiciones socio-culturales asociadas a la genealogía de la propia política pública tales como: la tendencia al control del cuerpo de las mujeres y la medicalización de la gestación.

Sin embargo, las variables clásicas (clase, etnia y género) no resultan del todo determinantes, también influye la posición que la mujer ocupe en la red de sentido que la performa, es decir, las relaciones sociales, información, experiencias propias o ajenas que estén a su alcance y que le permitan posicionarse de una u otra forma frente a las instituciones.

Asimismo, cada trayectoria construye relaciones predominantes con ciertas tecnologías que permite inferir que algunas de ellas son más comunes, o performan más, ciertos espacios que otros. Por ejemplo, la relación cesárea-clínica es algo fehaciente en el caso de Carmen, así como el vínculo parto-hospital se patentó en el relato de Francisca y, finalmente, la relación del parto en casa y la participación de *doulas* con el surgimiento de nuevas discursividades y tendencias asociadas a movimientos sociales en torno a los derechos del nacimiento fue el eje de la trayectoria de Patricia.

Respecto a la Política Pública Chile Crece Contigo, de acuerdo a la red (Hughes, 2013) de dispositivos y recursos desplegados por el programa en diálogo con las historias de vida, es posible señalar que:

En el primero de los relatos, se produce una configuración del mundo que rechaza unos disciplinamientos para adoptar otros similares pero con una operacionalización y connotación distinta; en el segundo, la maquinaria de la política pública es completamente desplegada en la prácticas, sentidos y discursos de la gestante en concordancia con su trayectoria e historia de vida y, en la tercera historia, se muestra una resistencia a la forma clásica de gestionar el embarazo pero que no supone un rechazo sino más bien una integración y omisión de tecnologías, actores y objetos de acuerdo a un proyecto particular.

El estudio de caso con enfoque biográfico permitió comprender que la trayectoria de vida de las mujeres, atravesada por variables de clase, género y etnia, así como la red social y las experiencias previas con las que cada mujer cuenta, las posiciona de manera distinta en la red de sentido que las constituye y hace variables sus necesidades durante el embarazo, las cuales superan la entrega de leche, medicamentos y una serie de controles, apuntando hacia diversos caminos, opciones y formas de gestionar el embarazo, con las cuales la política pública debería poder dialogar.

Asimismo, develó que tanto el programa como sus diversos escenarios, modalidades y tecnologías contribuyen a formas específicas de performativización del género, es decir, a inscripciones de lo que se consideran formas naturales ser mujer y

¹⁹ Al respecto Murray (2012) realiza una aproximación más detallada a partir de 16 casos de mujeres en Santiago de Chile. A efectos de esta primera entrega de investigación doctoral aún no se pueden, ni es el propósito fundante, establecer generalizaciones.

aunque la significación que hacen las usuarias de la política depende de su historia de vida, así como de las expectativas que tengan y las posiciones que ocupen en la red de sentido, esto no puede esconder la tendencia al control y gobierno de las tecnologías y discursos que constituyen la misma y que se refleja en las prácticas de las mujeres con diversas negociaciones de la autoridad (Lea, Philo y Cadman, 2016) en cada caso.

Referencias bibliográficas

- Anderson, B. y Zinsser, J. (1991). *Historia de las mujeres, una historia propia*. Barcelona: Crítica.
- Austin, J. (1962). *Cómo Hacer Cosas con Palabras*. Barcelona: Paidós.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., y Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, (29), 1151-1157.
- Bolívar, A. (2002). "El estudio de caso como informe biográfico-narrativo". *Arbor*. CLXXI, 675, 559-578.
- Butler, J. (1990). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. En S. Case (Ed.), *Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre* (pp. 270-282). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Butler, J. (2004). Performative acts and gender constitution. En H. Bial (Ed.), *The Performance Studies Reader* (pp.519 -531). Nueva York: Routledge.
- Callon, M. (1998). Los mercados y la performatividad de las ciencias económicas. [Traducido de "The embedness markets in economics"]. En M. Callon (Ed.) *The laws of the markets* (pp.11-67). Oxford: Blackwell.
- Casas, L. y Herrera, T. (2012) "Maternity protection vs. maternity rights for working women in Chile: a historical review". *Reproductive Health Matters*, N° 20, pp. 139-147.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18(1), 209-32.

- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of child-birth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23.
- De Beauvoir, S. (1974). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte Editores.
- Del Campo, A. (2008). La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930. En M. Zárate (Comp.), *Por la salud del cuerpo*, (pp.133-188). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Donoso, E. (2004). Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15, 326- 330.
- Edwards, R. y Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?* London: Bloomsbury.
- Ferrer, L. (1904) *Historia general de la medicina en Chile*. Tomo I, Talca: Imprenta de Talca.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira
- Foucault, M. (2005). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fairclough, N. (1993). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Giami, A. (1998). "Enquêter sur la sexualité et le sida: Les enquêteurs de l'ACSF. En, N. Bajos, M. Bozon, A. Ferrand, A. Giami, A. Spira, et le groupe ACSF. *La sexualité aux temps du SIDA*. Sociologie d'aujourd'hui (pp.95-104). Paris: PUF.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Hernández, J. y Echevarría, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático, *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), 1-25.
- Hochschild, A.R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz Editores.

- Hughes, T. (2013) "La Evolución de los Grandes Sistemas Tecnológicos". En H. Thomas y A. Buch (Eds.), *Actos, actores y artefactos* (pp. 101-145). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.
- Illanes, M. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: Editorial Colectivo de Atención Primaria.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Iñiguez-Rueda, L. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Jeżewski, J., Pawlak, A., Wróbel, J., Horoba, K., y Penkala, P. (2015). Towards a medical cyber-physical system for home telcare of high-risk pregnancy, *IFAC-PapersOnLine*, 48(4), 466-473.
- Jordan, B. (1993) *Birth in Four Cultures*. Long Grove, IL: Waveland
- Juan, M. (1991). Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 29-51.
- Labarca, C. (2008). Todo lo que usted debe saber sobre las enfermedades venéreas. Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938. En M. Zárate (Comp.), *Por la salud del cuerpo* (pp.81-129). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Laval, E. (1960). Algunos aspectos de del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile. La Maternidad del Salvador, *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 1, 1 - 79.
- Lea, Philo y Cadman (2016) It's a fine line between...self discipline, devotion and dedication: negotiating authority in the teaching and learning of Ashtanga yoga. *Cultural geographies*, 23(1) 69-85.
- Leclerc-Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberforum*, 4 (8), 1-39.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y en la salud mental*. Santiago: LOM.

- Lock, M., y Kaufert, P. (1998) Introduction. En *Pragmatic Women and Body Politics. Cambridge Studies in Medical Anthropology*. pp. 1-27. Cambridge:Cambridge University Press.
- Lyotard, F. (1994). *La condición posmoderna*. Madrid: Planeta Agostini.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: ontology in medical practice*. London: Duke University Press.
- Murray, S. (2000). Relation between Private Health Insurance and High Rates of Caesarean Section in Chile: Qualitative and Quantitative Study, *British Medical Journal* 321, 1501-1505.
- Murray, M. (2012). Childbirth in Santiago de Chile: Stratification, Intervention, and Child Centeredness, *Medical Anthropology Quarterly*, 26(3), 319-337.
- Ochoa, G., Maillard, C., y Solar, X. (2010). *Primera infancia y políticas públicas, una aproximación al caso del Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo*. Santiago: Germina Editorial.
- Oakley, A. (1979) *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson.
- Oakley, A. (1980) *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.
- Ortiz, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK.
- Ortiz, T. y Sánchez, D. (1995). La experiencia escrita de las matronas. Siglo XVIII. Ballarín Domingo y Martínez López (Ed.) *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. Universidad de Granada, España 239-246.
- Pérez, L. (2010). Desigualdades de género en la medicalización: un tortuoso recorrido por el vademécum, *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5, 63-88.
- Pieper, J. (2008). Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile. En M. Zárate (Comp.), *Por la salud del cuerpo* (pp. 191-228). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

- Rivas, A. (2015). Revisitando el parentesco: ¿sigue siendo la sangre más espesa que el agua? Nuevas formas de parentesco y familia. En H. González (Ed.), *Diversidades familiares, cuidados y migración* (pp.39-68). Santiago: Editorial Universidad Alberto Hurtado.
- Robles, C. (2011). *El sistema de protección social de Chile: una mirada desde la igualdad*. Santiago: CEPAL.
- Rousselle, A. (1989). *Porneia. Del dominio del cuerpo a la privación de lo sensorial*. Barcelona: Península.
- Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mis hijas*. (Tesis para optar al título de antropóloga social). Universidad de Chile. Repositorio digital. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
- Sadler, M. (2009). *Re-vision del parto personalizado: Herramientas y experiencias en Chile*. Santiago: Chile Crece Contigo.
- Salinas, Naranjo, Pastén y Retamales (2007) Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención, *Revista HCUCCh* 18, 168-178.
- Sánchez-Criado, T. (2012). ¿Cómo se mantiene una usuaria? Prácticas de apuntalamiento en la teleasistencia para personas mayores. En F. Tirado y D. López (Eds.), *Teoría del actor-red. Más allá de los estudios de ciencia y tecnología* (pp. 111-156). Barcelona: Amentia Editorial.
- Sánchez-Criado T., y López, D. (2009). "La traducción del cuidado: la teoría del actor-red y el estudio de la interdependencia en la teleasistencia para personas mayores". *Estudios de Psicología*, 30 (2): 199-213.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences*, 3rd ed. New York and London: Teachers College, Columbia University.
- Serrano, S. (1994). *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Sibrian, N. (2016). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva, *Relaces* 21(8), 27-38. Disponible en: <http://relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/414>.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Taucher, E y Jofré, I. (1997). Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso, *Revista Médica de Chile*, 125, 1225-1235.

Uzandizaga, Manuel (1944). *Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España*. Santander: Aldus.

Vásquez, F. (2013). Más allá de la crítica de la medicalización. Neoliberalismo y biopolíticas de la identidad sexual, *Constelaciones. Revista de Teoría Crítica*, 5, 76-102. Verón, E. (1996) *Semiosis social*. Barcelona: Gedisa.

Vergara, F. (2014). Una experiencia de parto natural y respetado en el Sistema Público de Salud. Chile Crece Contigo. Santiago. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/columnas/una-experiencia-de-parto-natural-y-respetado-en-el-sistema-publico-de-salud/> (15 de agosto 2016).

Viñals, V. (2014). Violencia Obstétrica: La herida invisible del parto. *Diario U. De Chile*. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto/>

Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder

Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2ª ed.). Newbury Park: Sage.

Zárate, M. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago: Dibam.

Zárate, M. (2008). *Por la salud del cuerpo*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.