

El parto como objeto de consumo. De violencia obstétrica a oferta de nuevos modelos de parto en Santiago de Chile

Childbirth as a consumption object. From obstetric violence to the offer of new childbirth care models in Santiago, Chile

Florencia Vergara, Juan Rivera

RESUMEN

El parto en Chile ha tenido grandes cambios históricos, políticos y económicos. Este artículo analiza el parto como un proceso socioeconómico basándose en dos investigaciones de ciencias sociales: la primera sociológica, con una revisión de la literatura sobre el consumo en Chile; y la segunda antropológica, con entrevistas a personal de salud obstétrica en Santiago de Chile. Las reflexiones que proponemos con este cruce interdisciplinario dan cuenta de cómo el parto en Santiago de Chile pasa de ser un proceso manejado entre la comunidad y luego profesionalizado en el siglo XX, a convertirse hoy en un objeto de consumo, ofertado especialmente por instituciones privadas. Desde los recientes modelos de atención obstétrica veremos que, dentro de una cultura neoliberal, la producción de un *objeto-parto* con atrayentes características, promete mejoras tanto en la experiencia de las mujeres (previamente violentadas) como en sus recién nacidos, aquí llamadas *guaguas optimizadas*. Siempre y cuando esto pueda pagarse. Estas investigaciones nos proponen poner atención en el intercambio gestado por las instituciones, quienes ofrecen métodos diferenciados del parir tomando las demandas sociales contra la violencia obstétrica para empaquetarlas en programas que parecen mejorar el producto humano y la experiencia materna. Queda abierta la cuestión vivida dentro de estos partos e invitamos a investigar tales posibilidades.

Palabras clave: Violencia obstétrica; parto; modelo biopsicosocial; objeto de consumo; consumo.

ABSTRACT

Childbirth in Chile has had great historical, political, and economic changes. This article analyzes childbirth as a socio-economical process, based on two social science investigations: a sociological one that produces a literature review of Chilean consumption; and an anthropological one, based on interviews to obstetric staff in Santiago, Chile. The reflections we propose with this interdisciplinary work address how childbirth in Santiago de Chile goes from being a process managed by the community and then professionalized in the 20th century, to become today as an object of consumption, offered mainly by private institutions. From new models of obstetric care, we will see that within a neoliberal culture, that the production of a *child-birth-object* with seductive characteristics, promises improvements, both in the experience of women (previously mistreated) and in their newborns or -as we call them- *optimized babies*. As long as they can pay for it. The mixture of these two investigations proposes to pay attention to the exchange that the institutions are advertising, which offer differentiated methods of childbirth care, taking social demands against obstetric violence to package them into programs that seem to improve the human product and the mother's experience. The question within the experimentation of these deliveries remains open and we extend the invite to investigate such possibilities.

Keywords: Obstetric violence; childbirth; biopsychosocial model; consumption object; consumption.



INFORMACIÓN:

<http://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.992>

ISSN 2477-9083

Vol. 7 No. 34, 2022. e210992

Quito, Ecuador

Enviado: septiembre 10, 2022

Aceptado: diciembre 15, 2022

Publicado: diciembre 27, 2022

Publicación Continua

Sección Dossier | Peer Reviewed



AUTORES:

Florencia Vergara
Universidad de Chile - Chile
florencia.vergara@uchile.cl

Juan Rivera
Universidad de Chile - Chile
jurivera@ug.uchile.cl

Conflicto de intereses

La autora declara que no existió conflicto de interés posible.

Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento

Agradecemos a las matronas y gineco-obstetras participantes, así como también a quienes nos apoyaron en la escritura y edición de este artículo.

Nota

El presente artículo es producto de las reflexiones en torno a una tesis de pregrado en Antropología Social y otra de magíster en Ciencias Sociales.

ENTIDAD EDITORA



1. Introducción

En Chile el parto es tratado en centros acreditados (hospitalarios y/o clínicos) en un 99,6% de los casos (OPS, 2019), por lo que se considera un proceso mayoritariamente institucionalizado. Esto puede hacernos pensar que se trata de un proceso homogéneo con tratamiento protocolar estándar; sin embargo, si nos adentramos en las instituciones, veremos que hay más de una forma de parir y que esto cambia en el tiempo.

Actualmente podemos diferenciar los modos de parto según el establecimiento, pudiendo ser atendido en instituciones públicas -en donde no se pueden elegir en gran medida sus condiciones- o en instituciones privadas, donde pueden elegirse algunas dimensiones del tratamiento. La salud pública es utilizada por un 80% de la población, mientras la salud privada atiende al resto del país (Bece-rril-Montekio et al., 2011). Como veremos en este artículo, esta diferencia no solo se refleja en costos, sino también en resultados de atención del parto.

En este artículo nos centraremos en un tipo de atención de parto ofrecida en instituciones privadas, donde solo algunas mujeres acceden, conocida como *atención biopsicosocial* (implicando partos respetados, naturales, personalizados y humanizados). Si bien en instituciones públicas se ha intentado dar un enfoque biopsicosocial a la atención, esta no se ofrece como programa y problematiza otras temáticas que no trabajaremos en este artículo.

Describiendo estos tipos de atención al nacimiento buscamos dar cuenta de que el parto, por un lado, implica relaciones de gobernanza para el parir de la especie, con cuerpos específicos y objetivos que hoy parecen responder a una optimización de la vida. Y por otro, queremos desarrollar la idea de cómo este tipo de partos conlleva una práctica económica que lo configura como un objeto de consumo; pasando de ser un proceso medicalizado de mucha violencia obstétrica en las décadas recientes (Sadler et al., 2016) a un proceso donde -si bien la violencia continúa para la mayoría- quienes puedan acceder a instituciones privadas, obtienen una serie de otros tratos y condicionantes del parto, tanto al nivel de su experiencia personal como en la vida futura de sus hijas e hijos.

Así, para entrelazar el deseo individual de una salud cada vez más inalcanzable o indefinida (Vigarello, 2006), se articula una atención de parto con una oferta en las clínicas privadas más costosas de Santiago, que parece entregar un producto mejorado, capaz de responder a la demanda de un parto no solo seguro y garante de vida sino con nuevas garantías: una experiencia maximizada para las mujeres y una cualidad optimizada para los bebés (*guaguas*, de ahora en adelante). ¿Cómo un proceso reproductivo se constituye en un objeto de consumo? ¿Qué características tiene este nuevo objeto en el siglo XXI?

Como describimos en este artículo, las maneras actuales de las instituciones de salud privada en un Chile orientado al libre mercado transforman luchas políticas feministas que surgen por la visibilización de violencias obstétricas (Sadler, 2003) en un producto empaquetado y proveedor de

una experiencia mejorada. Hoy estas luchas válidas e importantes de reconocer quedan captadas por instituciones que ven en la salud del nacimiento un nicho económico rentable y exclusivo.

Tomando los principales resultados de nuestras investigaciones, la primera empírica de corte antropológico sobre el valor del parto institucional en Chile (Vergara, 2018) y la segunda revisionista y reflexiva de corte sociológico sobre las formas de consumo en Chile (Rivera, 2019), nos proponemos comprender los nuevos modos de parto abordados como un objeto de consumo en la atención privada contemporánea.

Para ello ponemos atención en cómo los discursos institucionales de atención obstétrica comercializan este objeto intercambiando ideas distintas a las esperadas en el parto de siglos y años anteriores. Puede decirse que hoy un parto tiene más resultados posibles, y que al menos en Santiago de Chile, los discursos sobre el parto actual renuevan expectativas. Ya no basta con institucionalizar y controlar el nacer; hoy se espera una madre con experiencias positivas maximizadas, así como guaguas optimizadas en su inmunidad, afectividad, desarrollo neurológico y potencial.

Los nuevos modelos de parto privados, que no son mayoritarios, parecen intercambiar un *último modelo* que constituye a la atención biopsicosocial como un objeto accesible solo para algunas personas. Tales productos se asocian a pretensiones de modos de vida, al acceso al consumo, y a una diferenciación con el resto de la población. Nuestras reflexiones pretenden aportar a la discusión sobre las nuevas formas de vida gestadas selectivamente y analizar cómo prácticas afectivas que surgen de luchas por erradicar malos tratos se pueden transformar en objetos de consumo.

2. Cuestiones de Métodos y Teorías

Este texto es un esfuerzo interdisciplinario para analizar los tipos de parto en Santiago de Chile desde su condición de objeto de consumo. Para ello, tomamos nuestras investigaciones y sus principales conclusiones: una tesis de pregrado sobre antropología social que trabaja el valor del parto institucional en Chile (Vergara, 2018) y una tesis de postgrado que trabaja la sociología del consumo en Chile (Rivera, 2019). Con ambos materiales y nuestra experiencia en estos campos nos propusimos dar cuenta de cómo el parto se va construyendo como un objeto de consumo en la atención contemporánea privada. Para ello ponemos el foco en cómo los discursos sobre los nuevos modos de parto están siendo ofrecidos.

La tesis antropológica explica los diferentes tipos de parto que nos encontramos hoy en la atención institucionalizada en Santiago de Chile: modelos clásicos biomédicos, y nuevos modelos de enfoque biopsicosocial. Estos últimos buscan tratar los cuerpos no solo desde su materialidad, sino desde su afectividad, emocionalidad y potencialidad. De estos tipos de parto, el que interesa mirar aquí es el biopsicosocial producido en instituciones privadas, que promete nuevos objetivos en las maneras de nacer.

La tesis sociológica interpreta la literatura sobre el consumo para explicar la interacción sujeto-objeto a partir de las necesidades, los deseos, las motivaciones y las aspiraciones. En ella, se revisa la relevancia de los estudios sobre el consumo para comprender cómo se constituyen patrones en los/as consumidores/as desde los contextos chilenos neoliberales. Lo que nos interesa con ella es dar cuenta de los requerimientos que hacen de cualquier material o acción un objeto consumible.

Nos basaremos en los materiales y resultados de ambas investigaciones para plantear cómo un parto, proceso inevitable para la vida y a la vez sumamente económico y social, no solamente se presenta como un intercambio de prestaciones de servicio, sino que se presenta como un objeto competitivo, optimizado y asociado a proyectos de vida e ideales sobre la potencialidad de la guagua. Todo esto devenido de demandas sociales que los movimientos de mujeres organizadas han realizado para exigir un parto sin violencia obstétrica y con condiciones justas; recordándonos al capitalismo verde o a las formas de cuidado neoliberales que cuestiona Puig de la Bellacasa (2017).

Proponemos una conversación que releve dos puntos: mirar la biopolítica presente en el parto, coherente con etapas a las que responderá el objetivo de producir madres y guaguas sanas; y su existencia como objeto de consumo en la actualidad.

Sobre la dimensión de la biopolítica debemos indicar que los gobiernos sobre la vida no se dan en *ningún lugar*, sino que son visibles (y ejecutables) en materialidades. Foucault (1977), estudia cómo la medicalización y el dispositivo moderno de la biomedicina produce relaciones y objetivos en la población, según los intereses del Estado. Las poblaciones sujetas no son tratadas desde una concepción ideológica o puramente simbólica del poder, sino material. El cuerpo es el lugar donde se conjuga el individuo y la especie, por tanto, las técnicas y los dispositivos se dirigen al objeto/sujeto corporizado.

Pero, como indica Fassin (2012), las nuevas operaciones de gobierno de la vida son múltiples y no existen solo a nivel de políticas estatales ni siempre evidentes. Las actuales y sofisticadas maneras de gobernanza (Rabinow y Rose, 2006; Rose, 2012; Byung-Chul, 2014) no solo intentan imponer *desde afuera* un estado de las cosas ni una línea que homogenice el camino para toda la población. Las formas de gobierno(s) hoy multiplican sus técnicas en son de trabajar al individuo desde su subjetividad, desde su deseo y desde la potencia respecto a todo lo que puede ser y consumir.

Como indican Rabinow y Rose (2006), los estudios biopolíticos cambiaron la convencional consideración del Estado como origen, promotor, beneficiario y punto terminal del poder. El poder se vuelve visible en la vida cotidiana, en sus instituciones, de maneras más evidentes y materiales. Análisis empíricos respecto a sitios de creación y manejo de las individualidades se multiplicaron. Por tanto, la perspectiva del gobierno de la población no solo se dirige al estudio de la gobernanza estatal, sino al gobierno de la vida que hoy parece emanar incluso desde los individuos mismos sobre sí y se cristaliza en nuestras prácticas cotidianas.

Desde esta racionalidad de gobierno, y entendiendo que hoy el gobierno viene también desde nosotras y nosotros mismos, contemplando nuestras subjetivaciones capitalistas (Zuleta, 1999)

podemos preguntarnos qué maneras son las que gobiernan o hilan nuestro cotidiano. De manera congruente con el contexto neoliberal, el consumo parece ser una de tales prácticas con las que mapeamos nuestros días y entra en nuestras cartografías como modo de existencia -con mayor o menor resistencia. El consumo no nos es ajeno, al menos en las geografías neoliberales.

El consumo llevado al sector de la salud puede parecernos alarmante, sin embargo, en Chile ocurre diariamente. En esta reflexión planteamos que, si bien es un asunto crítico, consumir salud -en los nuevos modelos de parto- parece estar siendo congruente con las exigencias de una búsqueda indefinida del bienestar. Vigarello explica que:

La salud se presenta como un estilo de vida, se vende tal como ocurre actualmente con la mayoría de los hábitos cotidianos y es el marketing el que gobierna [o influye en gran medida] el consumo: ‘bonos de prueba’ para los productos, ‘juegos de salud’ con las marcas, concursos que ofrecen estancias en centros de talasoterapia o ‘escuelas de musculación’, ‘clubes para estar en forma’ o cursos para mantener ‘una vitalidad plena O por qué no, un programa que mejore los resultados de tu parto. (2006, p. 394)

El autor explica que son los nuevos ideales alineados con la redefinición del concepto de salud los que han cambiado y el objetivo no es solamente alejar el mal ni aumentar la resistencia orgánica: “a la clásica ambición de protegerse del mal, se agrega ahora una interminable y confusa ambición en busca del bienestar” (2006, p. 395). Para Vigarello el *óptimo bienestar* representa un problema en un mundo donde la salud parece ser un objeto cada vez más esquivo.

En el caso del parto existe variedad de tratamientos que se encargan del objetivo de garantizar la vida de la madre y recién nacida/o, pero que no siempre responden a la demanda de un trato digno para las mujeres sin violencia obstétrica estructural (Sadler et al., 2016). Sin embargo, surge hoy la posibilidad de acceder, por un precio más alto, a otro tipo de atención de parto. Una en donde se garantiza un trato respetuoso, cómodo y privado, e incluso se mejoran los resultados potenciales. Si bien por un lado tenemos una salud pública para atender al parto, que puede o no responder a la demanda de una población, tenemos por otro un mundo de atención privada que parece ser capaz de mejorar el resultado. Es este el objeto que buscamos poner en el foco.

3. El Parto Exitoso: historia, expectativas y productos

3.1 Historización del parto

En el Chile actual, la atención de parto (contemplando gestación, parto y postparto inmediato) se atiende el parto hospitalariamente en un 99,6% (OPS, 2019), con una atención derivada de protocolos específicos -equipos humanos profesionales, tecnológicos y científicos validados en centros de salud obstétricos acreditados. “El hecho homogéneo en la forma de parir no es azaroso; desde estudios históricos podemos rastrear intentos estatales por su regularización y seguridad mediante la expansión de la medicina moderna o biomedicina” (Vergara, 2018, p. 11).

Pero antes de esta casi total institucionalización el parto en Chile, así como ocurre en gran parte de Latinoamérica, atraviesa interesantes procesos. Como describe Zárate (2007), tras un largo período de comadronas y parteras independientes atendiendo a mujeres en el territorio chileno, se pasa -paulatinamente- a una profesionalización obligatoria de la matronería en instituciones validadas durante el siglo XIX, fortaleciendo una autoridad biomédica obstétrica masculina y dejando excluidas a las mujeres que se habían dedicado siempre a la labor, estigmatizando cualquier proceso que no respondiera a los protocolos que el Estado-Nación exigía. Fúster (2013) desde los estudios sobre la medicalización en Chile, dirá que consecuentemente, se busca fomentar la asistencia médica y regulada durante el siglo XIX y XX para obtener mano de obra capacitada, siendo para ello el nacimiento uno de los procesos a controlar. Los seres humanos eran útiles, aptos y por ende productivos para la creación y mantención del Estado-Nación Chileno incipiente.

Como indica Forascepi Crespo (2018), ya desde mitades del siglo XX comienza una *evolución* de tal situación sanitaria en Chile. En 1950 se tiene una mortalidad neonatal de 27 por cada 1000 Nacidos Vivos [NV] y una mortalidad materna de 276 por cada 100000 NV, pero que gracias a las medidas de Seguros Nacionales, Fondos Públicos y Privados que desarrollarían exitosos programas de salud materno infantil, se obtiene para 1990 una mortalidad materna que descendió a 40 (hoy en 13,5) por cada 100.000 NV y una mortalidad neonatal de 8,5 (hoy en 5,2) por cada 1.000 NV (Cuadro 1 en Forascepi Crespo, 2018).

A finales del siglo XX, la atención institucional se encuentra protocolizada, llegando a imponerse un uso cotidiano de intervenciones fármaco-quirúrgicas y una atención en donde la parturienta queda fuera de su propio parto, como explicará Sadler (2003). Esta atención tecnocrática, biomédica y protocolizada deviene en altos números de operación cesárea injustificada en el país. La Sociedad Chilena de Pediatría explica que “Chile presentaba en el año 1985 una tasa de cesárea de 25%. En 2011, dentro de los países pertenecientes a la OCDE, figuraba con un 37.7% como el tercer país con mayor tasa de cesárea de la Organización. En 2015 esta tasa aumentó en Chile al 47.1%, posicionándolo como el segundo país de la OCDE con mayor número de partos por cesáreas” (SOCHIPE, 2017). Para algunas investigadoras esto se asocia a un ethos económico de las instituciones y médicos que podían organizar su agenda (Murray, 2001).

Este contexto problemático genera en el siglo XXI una ola contestataria a la jerarquía, violencia y protocolización de la medicina obstétrica intervencionista. Se propone la necesidad de cambio en la atención, sugiriendo modelos que limiten y eliminen malas prácticas del parir: abusos de poder, intervención injustificada, tecnocratización del cuerpo de la mujer. Esto es respaldado por la OMS, políticas nacionales y movimientos que luchan contra toda violencia obstétrica (OMS, 2015; MINSAL, 2008; OVO Chile, 2021), constituyendo un gran avance para romper con violencias sistemáticas.

Pero en este proceso de romper con la jerarquía y producir nuevas formas de nacer a nivel institucional surge un fenómeno: se pasa a proteger a las mujeres de las violencias sistemáticas mediante una experiencia significativa, positiva, pero consumida. Si bien estas nuevas demandas exigen no caer

en los errores del siglo XX donde la rigurosidad de los protocolos violentos, autoritarios e intervencionistas son justificados por la seguridad de mantener la vida y salud inmediata del binomio, ahora comienzan a generarse otras respuestas en las instituciones: programas de parto que aluden a la humanización, naturalidad, respeto y personalización, pero que parecen estar generando otro tipo de valores (económicos y morales) para las instituciones y las/os profesionales.

Si desde una lectura biopolítica los partos del siglo XX institucionalizados y protocolizados pueden caracterizarse por “la producción de cuerpos vivos y sanos cual cadena *fordiana* asociadas a un capitalismo productivista humano en tanto se producen cuerpos sanos desde métodos eficientes” (Vergara, 2018, p. 49) y los procesos intervencionistas con capacidad de pago se ligan a prácticas económicas de mujeres que tenían otro status; los nuevos modelos parecen buscar una forma de producción humana distinta. Enraizado en un contexto neoliberal, donde la salud entra al mercado con cada vez más opciones de productos, la salud del parto presenta las mismas opciones de antes, sumándole ahora una atención que ofrece otro resultado asociado a nuevas verdades: una madre autorresponsable de su proceso, una mejor experiencia y la salud del neonato optimizado en sus cualidades vivientes.

3.2 Expectativas del parto exitoso

Si leemos el servicio de atención de maternidad en clave de antropología económica, diremos que este es un intercambio entre un pago -de 1.140,59 USD a 7.980,00 USD como costo base (Leiva y González, 2017)- por un binomio madre y guagua en condiciones óptimas.

Las condiciones *óptimas* en que se espera recibir al binomio en el intercambio son variables según las valoraciones que se ponen en juego en los modos de parto. Esto cambia contextualmente, diferenciándose tanto a nivel geográfico-cultural como temporal. Es así que en las entrevistas con matronas que atendieron partos en localidades del norte, donde habitaban mujeres aimaras [pueblo indígena de América del Sur], comentaban que su sentido común distaba del que ellas tenían para atender partos:

Las mujeres aimaras ellas en su cultura parían en sus casas, y había una alta morbimortalidad por lo tanto era disminuir eso y ellas no iban a parir al hospital. Porque se sentían violentadas. Porque para ellas lo peor que podía haber pasado, ellas preferían que se les muriera un hijo en la casa antes que ir a ser violentadas a un hospital porque para ellas es más natural que pasara eso. (Matrona de Parto Respetado, Santiago, 2018)

De la misma manera que las valoraciones cambian culturalmente, cambian con la historia de un país. A finales del siglo XX el intercambio en el parto configurado por una relación entre dinero -o seguros de salud- y una prestación médica, aseguraría la vida y sanidad del binomio como condición óptima. Este intercambio, como mencionamos, se logró institucionalizar a través de una creciente medicalización e intervención constante del proceso de embarazo-parto-puerperio durante el pasado siglo (Zárate, 2007), lo que significó números prácticamente nulos de morbimortalidad materno-fetal y una percepción de éxito respecto al rol de la obstetricia (Sadler, 2009).

Las cesáreas y las inducciones farmacológicas representaron seguridad y garantía de la vida de la madre y la persona recién nacida. Y este tipo de parto sigue siendo la tendencia mayoritaria aún, asociado a un parto tradicional o biomédico. Sin embargo, tras la crítica a tales tratamientos, no basta con una madre y persona recién nacida sana. Ello, según las matronas y obstetras entrevistadas, es el piso mínimo de la atención, y la realidad obtenida por muchas mujeres. Pero lo que hoy se considera apropiado desde las subjetivaciones obstétricas es una atención respetuosa, ojalá mantenedora de la fisiología y contenedora emocionalmente.

Pero eso ha traído en la actualidad donde se ha reducido bastante, todavía hay metas a lograr, pero habiendo logrado lo que se quería, eso fue a expensas de otras cosas que ha llevado a problemas nuevos. Por ejemplo, la sobre medicalización del parto, de un proceso que es natural. Y en ese sentido existe hoy una preocupación mayor por buscar el equilibrio. Y es así que casi todos los centros, te diría yo, a lo mejor algunos no, casi todos los centros tienen ciertos programas igual que esta clínica, para favorecer el parto natural. (Médico gineco-obstetra, Santiago, 2018)

Los tratamientos del parto con enfoques biomédicos -que entienden el cuerpo de una mujer embarazada como disponible para la intervención si ello garantiza la vida del binomio-, continúan existiendo; pero se suman opciones que presentan el parto como una buena experiencia materna y familiar, donde lo óptimo es un recién nacido no solo vivo sino con todo el potencial que pueda dársele; partos conocidos como *respetados, humanizados, personalizados y/o naturales*, que si bien se diferencian, se presentan como opuestos a un parto biomédico tradicional (Vergara, 2018). No sorprende así que durante los últimos 10 años hayan aparecido programas especiales (Clínica Alemana, 2022; Clínica Dávila, 2022; Clínica Bupa, 2022) en las clínicas privadas más costosas de Santiago, aludiendo a una demanda creciente, y que tanto a nivel ministerial como de organización social se refuerce la exigencia de estos modos.

De esta manera, nos enfrentamos a una situación de intercambio entre pagos monetarios más altos por productos mejorados o de mayor valor: una guagua viva, sana y ahora optimizada; junto con una experiencia significativa y maximizada para la madre.

3.3 Productos del parto exitoso

3.3.1 Experiencias Maximizadas

Los procedimientos protocolares, biomédicos e intervencionistas a los que estuvo subordinada la atención del nacimiento institucional por largo tiempo, tuvieron en el presente siglo no necesariamente un cambio, pero sí un reconocimiento. Como menciona la presidenta del colegio de matronas en el 2014: “Yo doy fe que esas cosas ya no ocurren y que en los lugares donde aún pasa, el maltrato está en retirada” (Presidenta Colegio de Matronas, en Vergara, 2018).

Organizaciones activas en redes sociales y plataformas virtuales se han dedicado durante los 2000 a criticar la atención del nacimiento, reconociendo prácticas biomédicas que devienen en violencia obstétrica sufrida sistemáticamente por mujeres en instituciones de salud. Estas agrupaciones (entre ellas el Observatorio de Violencia Obstétrica, Agrupación Ritmos de la Tierra, Colectivo Contra la Violencia Obstétrica, Dulce Matria, Nacer en libertad, Parir(NOS) Chile, Relacahupan Chile, Siembra Chile, Tribu de parto) publican manifiestos, recolectan relatos de violencia obstétrica institucional y marchan por la necesidad de un parto respetado. Estas manifestaciones, afortunadamente, han tenido asidero en proyectos de ley, recientemente aprobados (Morales, 2022) pero aún no aplicados.

Figura 1. Folletos de Programas Biopsicosociales.



Fuente: Fotografía de folletos de Vergara, 2018 (p. 57).

Pero paralelamente, las instituciones acreditadas de salud que pueden hacerlo -principalmente instituciones privadas del sector Nororiente de Santiago- se han dedicado desde la segunda década del siglo XXI a ofertar programas que promuevan el parto respetado, humanizado, personalizado y/o natural. Así aparecen modos de atención que reúnen las demandas realizadas socialmente en programas institucionales de partos distintos al biomédico o asociados a un “enfoque biopsicosocial” (MINSAL, 2008).

Estos modelos actualizan la perspectiva sobre atención obstétrica y reconceptualizan el rol de sus participantes; presentando contrastes con los modos de parto anteriores y planteando nuevas expectativas sobre el parir. Estos nuevos partos apuntan a cambiar la experiencia de la madre, sujeto que anteriormente se consideraba violentado en el ejercicio de la obstetricia protocolar para ahora ser atendida con el respeto que merece.

La experiencia se basa en considerar el parto de bajo riesgo como un proceso natural en lugar de una patología, y requiere una madre no pasiva ni dominada por la autoridad médica, sino empoderada de su parto, con conocimientos de sí misma y que espere pasar por un momento positivo. Para ello, las instituciones ofrecen un comportamiento médico no sólo técnico sino también emocional, una arquitectura especializada y un ambiente que garantice la comodidad de la parturienta. Una atención 1 a 1 (personalizada), la libertad de elegir sus posiciones, y respetar su plan de parto son parte de lo ofrecido.

Figura 2. Captura de Pantalla Video Parto Natural CLC.



Fuente: Adaptada de Parto Natural [Video] por Clínica Las Condes (CLC), 2017 [YouTube].

Si bien hay una variedad de cambios, los elementos prioritarios ofrecidos en los nuevos modelos promocionan para la madre la *seguridad* (ya presente en modelos anteriores, pero dirigida por nuevas verdades), el *buen trato* y la *autonomía* de la parturienta (ambos aspectos novedosos).

La seguridad implica garantizar la vida inmediata pero también la evasión de cualquier efecto iatrogénico, o daño generado médicamente. El cuerpo de las mujeres toma mayor importancia y se plantea respetar procesos fisiológicos en lugar de intervenirlos injustificadamente, por sus efectos secundarios. Esto contribuiría a respetar la hormonalidad natural -principalmente la liberación de oxitocina- y los recursos aprendidos por la mujer, en lugar de aplicar técnicas externas para adelantar el proceso. Se asume que cuando sea necesario se puede inducir o anestesiarse, pero atrasando estas técnicas para no producir el efecto de intervenciones en cascada, comunes en partos biomédicos tradicionales (Reyes, 2015). Esta seguridad en la experiencia de la parturienta requiere que esta logre atravesar el parto confiando en sí misma:

Si es un parto natural o uno menos intervenido, tú precisamente tienes menos riesgo. Y hay evidencia científica de eso. Entonces tampoco es una cosa, así como que nosotros suponemos que hay menos riesgo sin intervención o medicamento. No, hay evidencia y está hecho, entonces es bastante absurdo que le tengan miedo. (Matrona de Parto Respetado, Santiago, 2018)

El buen trato deriva en gran medida de los cambios que se han instalado en el país en tanto ya no se aceptan -discursivamente- situaciones de violencia obstétrica que impliquen una relación hostil hacia la parturienta. Los buenos tratos requieren amabilidad y atención para el correcto desarrollo bioquímico del parto. La experiencia de un ambiente agradable, silencioso y contenedor es lo que parece exigirse:

Está estudiado que la oxitocina que es la hormona con la que acelera el parto no se genera si hay adrenalina que es la del miedo, y cómo no tener miedo si estás en un lugar que no conoces con gente que no te habla, no te explica mucho. (Matrona Parto Tradicional y Respetado, Santiago 2018)

La emocionalidad de la madre en los partos biomédicos tradicionales no importa técnicamente como para entrar en la ecuación de la atención. Pero para los partos biopsicosociales, la importancia es tal que la aparición de *doulas* (terapeutas acompañantes, encargadas de garantizar atención emocional y contención focalizada en la parturienta) es recurrente u obligatoria. En instituciones públicas e instituciones sin este modelo, esta labor se les atribuye a las matronas, que la hacen sólo si tienen el tiempo.

Si bien los nuevos modelos fomentan tal amabilidad, varias instituciones privadas han ofrecido el *buen trato* desde hace décadas. Sin embargo, este buen trato ahora implica horizontalidad y preocupación de la emocionalidad parturienta por su garantía de un buen parto. La comodidad y personalización ya era un producto instalado como bien comerciable, pero no siempre estuvo ligado a repercusiones en la hormonalidad: “En las clínicas todo el mundo es buena onda. Te están vendiendo eso igual” (Matrona Parto Tradicional y Respetado, Santiago 2018).

La autonomía se presenta como una nueva forma de comprender la atención, en la cual la jerarquía médica se ve cuestionada, dando la posibilidad a las parturientas de tomar decisiones dentro de su proceso institucional, auto educándose previamente con talleres, libros o charlas. Esto permite realizar lo que ellas desean para el momento del parto, siguiendo un plan o simplemente pudiendo decidir durante la atención. Con estos modos se incluye en el trabajo de parto poder caminar, comer, realizar posturas diversas para calmar dolores, exigir su posibilidad de decidir ante los tratos de su cuerpo y los de la guagua.

Estos aspectos se conjugan para dar una mejor experiencia a las parturientas. Ante la expectativa de una mejor atención, y sabiendo que en muchos centros no se obtiene, esta experiencia se presenta como una forma de valorizar el servicio. Hacer sentir bien a la madre, en un contexto donde no siempre ocurre, es una ventaja comparativa. Con hotelería y servicio afectivo, la madre se siente bien a través de modelos que favorecen la experiencia del parto.

Así, las instituciones privadas, responden a las expectativas emocionales, ético-políticas, fisiológicas y afectivas. Aspectos materiales como las nuevas Salas Integrales del Parto (SAIP), u objetos y tecnologías que faciliten el manejo del dolor (fulares, balones, aromaterapias, hidromasajes) se hacen parte del nuevo parto y las clínicas ofrecen ciertas garantías:

Los beneficios de vivir con amor y seguridad la gestación de un hijo y de tener un parto natural están demostrados. Por eso en Clínica Santa María desarrollamos un programa para apoyar a las futuras mamás en su preparación para este proceso. (Clínica Santa María, 2019, sección Parto Natural).

3.3.2 Guaguas Optimizadas

Mientras la experiencia usuaria se intenta maximizar a través de buen trato, autonomía y seguridad según la capacidad de pago; el *producto-bebé* también se valoriza, produciéndose nuevas formas de mejorarlo y optimizarlo. Según dice la página web de clínica Santa María sobre el parto Natural:

Hoy existe evidencia científica que confirma que la forma de nacer sí tiene relevancia en cuanto a lo conocido como memoria emotiva. Esto estaría directamente relacionado con conductas de la infancia y la adolescencia, en cuanto a delincuencia, violencia, trastornos del ánimo, comportamientos de riesgo, etc. Por lo tanto, la premisa es: 'Hay que cambiar la forma de nacer' [Michel Odent]. (Clínica Santa María, 2019, sección Parto Natural)

Para la institución, un parto natural parece demostrar beneficios futuros tanto para la madre como para el neonato, no solo a nivel inmediato sino pensando en un futuro posible que evite problemáticas de largo plazo. De esta manera, el modo de parto parece estar ofreciendo una *mejor manera* de parir humanos y humanidad.

Nacer sin patologías evitables es basal, ya desde la incipiente medicalización del parto. Pero hoy, un bebé atendido en un enfoque humanizado, respetado, natural o en alguna medida biopsicosocial, nacerá de maneras menos intervenidas (mecánica, quirúrgica y/o farmacológicamente), ojalá fisiológicas, dejando de lado la cesárea electiva y en lo posible inductores y anestésicos inmovilizantes.

Parir una guagua de mejor manera se asocia con fomentar la fisiología del parto para proteger al recién nacido y su inmunidad, realizar apego inmediato y prolongado para una relación mejor con la madre, y una incentivación a la lactancia para además recibir los nutrientes necesarios y la conexión que se requiere para el proceso de lactancia prolongado. Estas condicionantes, como indica la institución, proporcionarán mejores posibilidades para los neonatos en un futuro de largo plazo.

Entonces, el producto guagua tiene que ver con las cualidades que se pueden adquirir por los métodos de parto. Maximizar su potencial mejorando su relación con la madre, su capacidad de lactar y su desarrollo como individuo a futuro, en términos sociales y neuronales. Consecuentemente, cuando se les pregunta a las profesionales por qué es importante cambiar el modelo tradicional de atención a un parto biopsicosocial, la respuesta alude al proyecto de humanidad:

La forma en que uno nace es súper importante, o sea en cómo tú estructuras tu forma de personalidad, apego, la perspectiva de maternidad que tiene la gente, entonces definitivamente si es que uno nace mejor, vamos a tener adultos mejores y a largo plazo vamos a ser una mejor sociedad también pues. Entonces yo creo que es súper importante invertir en eso. (Matrona Parto Respetado, Santiago 2018)

Las *mejores posibilidades futuras* son interesantes. Al parecer, no solo hay una mejor manera de atender el parto, sino que también hay un mejor -o peor- futuro según cómo se atiende el parto. Se

aplica una lógica cuasi-eugenésica en donde el controlar acciones previas permite un desarrollo distinto del proyecto humano actual.

El tratamiento de una guagua en estos modelos no ocupa las mismas técnicas de los modelos biomédicos. El detener las intervenciones innecesarias, la espera, el fomento de apego inmediato, y la promoción de lactancia son algunas prácticas que ocurren en estos modelos. Medir a los bebés desde la prueba de Apgar ya no es suficiente, sino que se buscan otras prácticas para otros objetivos.

Estos modos igualmente responden al control del riesgo y seguridad. Aunque los métodos no sean intervencionistas, tanto en un parto común como en uno respetado institucional se buscará la manera de atravesar el dolor y de vivir el proceso desde un enfoque de medicalización, en el cual la medicina se hace parte central del proceso de parto, y acomoda sus maneras de intervención a partir de variantes -no por ello menos significativas para las usuarias-, como el trato, la experiencia positiva, el respeto a la fisiología del cuerpo y la necesidad de autogestión de la salud individual. Todos estos aspectos no dejando de ser medicalizaciones, resignifican lo que sería un *parto exitoso*, como indica la tabla 1.

Tabla 1. Extracto Tabla Comparativa entre Modelos de Parto Biopsicosocial.

Modelo Alternativo al Tradicional Biomédico en Institución Privada	
Se Busca	<p>Buenos resultados fisiológicos permanentes, aunque signifique atravesar por procesos de dolor (no implica sufrimiento). Seguimiento de la embarazada hasta el puerperio con el mismo equipo médico de su elección Propiciar prácticas de comodidad, confianza, respeto y autonomía de las usuarias. Materiales y espacios para acompañar el proceso, con los recursos que sean necesarios para ello. Que los profesionales acompañen Fomentar educación prenatal con talleres y equipo de salud personal. Atención personalizada para quien pueda pagarla Mantener a la familia adosada a la clínica General rentabilidad con la atención (para la institución y/o equipos de salud) Salud a largo plazo de la parturienta Complementar la atención biomédica con atención emocional de matronas acompañantes y/o doulas.</p>
El Nacimiento	<p>Es impredecible y solo algunos aspectos pueden controlarse Se debe tratar con los conocimientos y medios que la paciente considere conveniente, y se valida Medicina basada en Evidencia Es un evento importante simbólicamente Es una fuente de ingresos</p>
Es riesgoso por	<p>Muertes materno-fetales Intervenciones innecesarias Falta de atención emocional</p>

Fuente: Adaptado de Vergara (2018, pp. 107-108).

4. El parto, objeto de consumo

Según Baudrillard (2009), el consumo es definido por la organización de todos los elementos que lo componen y que pasan a formar parte de una sustancia significativa. Para Catalán (2009), se entiende desde la apropiación (por la adquisición), y el uso que se le da al objeto. No es el acto, sino el proceso y su consecuencia lo que necesitamos para entender al consumo. Un proceso no limitado al intercambio económico y simbólico de los objetos. Moulián (1998), en cambio, considera al consumo como una práctica individual que se vincula con la satisfacción de los deseos y las necesidades privadas aparentemente ajenas al devenir político de la sociedad.

Por su parte, el objeto de consumo es entendido, bajo la lógica de la utilidad, como un útil; como una mercancía, desde la lógica del mercado; como un símbolo, en la lógica del don; y como un signo, bajo la lógica del estatus (Baudrillard, 2009), a la vez que también funge como eje posicionador en una escala de estratificación (Moulian, 1998). Para convertir un proceso de nacimiento de un ser humano en un objeto de consumo es requerido que éste se convierta en una especie de signo. Signos como elementos que jerarquizan, desde una sociedad de consumo cuya lógica social se basa en la clasificación y diferenciación, un proceso constante y renovante de “selección de signos que jerarquizan a los grupos sociales manteniendo su estructura de desigualdad y dominio” (Baudrillard, 2009).

Del parto se espera la producción de un ser humano con capacidades adecuadas para funcionar en este mundo. Una sociedad capitalista que incentiva la producción de individuos con condiciones óptimas de rendimiento. Sin embargo, existen diferencias entre individuos potencializados desde el nacimiento frente a aquellos que no lo son, como si se tratara de la diferenciación entre consumir determinado objeto que mejora las características al nacer, frente a no poder consumir o no tener esta opción como posibilidad, volviendo estas prácticas agentes que diferencian y jerarquizan.

Desde la teoría del capital humano de Schulz (citado en Bröckling, 2015, p. 96), el rendimiento que se obtiene al invertir en el *capital salud* se expresa en el tiempo para estar sano y libre de enfermedad, pudiendo así trabajar, consumir y realizar actividades de ocio. Bajo esta lógica, hijos e hijas pueden considerarse objetos de consumo, un bien que a largo plazo genera su propio ingreso monetario y es sostén para la vejez de los padres, algo que Becker (1960) llamaba *durable consumer goods*. La decisión de cómo engendrar hijos e hijas dependería, en este caso, de los beneficios esperados y los costos que se asumirán en el futuro. Uno de los factores de costos es la calidad de los niños (Becker, 1960), definiendo cuánto se quiere invertir en ellos, en los cuidados prenatales, la educación y la calidad de vida derivada de los bienes y servicios que consumirán durante su desarrollo. Por ende, la inversión y desarrollo de sus capacidades comienza “desde lo más temprano posible” (Becker, 1960), siendo la familia quien toma la decisión por el nuevo ser humano en la “constitución de una idoneidad humano-máquina”.

Como en cualquier otro objeto de consumo, el parto debe cumplir dos condiciones para su consolidación como tal: en primer lugar, debe existir una oferta; en segundo, debe existir un/a consumidor/a. La oferta emerge desde el sector salud, impulsada por la publicidad, y que ofrece subsanar aquellos malestares que preocupan a las mujeres embarazadas (Sadler et al., 2016), ofreciendo formas de atención integral (Vergara, 2018). El/la consumidor/a, al que van destinados los mensajes publicitarios, reflexiona, es decir, racionaliza sus opciones de acuerdo con su contexto y posibilidades, reconoce las implicaciones de su elección a través de procesos internos que contemplan sus experiencias previas, su presente y futuro. Nos referimos a un tipo de consumidor/a que en sus procesos internos, remite a un tipo de consumo reflexivo (Rivera, 2019) y que coincide con la argumentación de Zadoroznyj (2001) respecto a las madres que eligen especialistas para los partos y que llama *consumidores reflexivos*.

Dado que el objeto de consumo está determinado por su uso, y dicho uso, “por la pertinencia externa con otras prácticas sociales que le sirven de contexto y los modos de vida en que el mismo es característico” (Callejo, 1995, p. 83), su determinación como objeto aparece desde el mismo ejercicio de la elección, dado que existe un contexto de desigualdad en la calidad de la atención médica pública versus privada (Vergara, 2018, pp. 43-45). Los causales que orillan elegir el objeto, surgen de la experiencia chilena con los partos como espacios no exentos de prácticas que generan molestia y malestar a las personas (Sadler et al., 2016). Ante esto, la opción presentada por el sector privado resulta atractiva para quienes ostentan los medios económicos suficientes. Estas instituciones, percatándose de la necesidad de las personas de recibir mejores cuidados y atenciones, respecto al sector público, generaron propuestas de atención integral a través de paquetes especializados en un proceso de parto exitoso y posibilitador de alcanzar el mayor nivel de potencialidad en la guagua.

Dado que la necesidad se crea a partir del malestar experimentado por las experiencias que tuvieron las embarazadas, y las prácticas a las que se exponían durante el proceso, la iniciativa privada aprovecha el espacio que la salud pública chilena no alcanza a cubrir y establece medidas atraen a las futuras madres por medio de mensajes publicitarios desde los sitios web de los hospitales y clínicas privadas (Ver figuras 1, 2 y 3).

Dicha publicidad no está presente en la producción directa de los objetos, aunque sí pasa a convertirse en objeto de consumo cultural, al ser lo que mejor dirá lo que consumimos a través de los objetos (Baudrillard, 1979). Los mensajes publicitarios llegan a las personas que buscan ciertos tipos de servicios y que, en última instancia, consumen la publicidad para definir qué objeto de consumo se amolda a sus requerimientos materiales y simbólicos. La misma publicidad se convierte en objeto de consumo, y dentro de sus mensajes encontramos los otros objetos que nos interesan: los partos.

Cuando la salud no es concebida únicamente como la relación del cuerpo propio sino con el cuerpo *funcional y personalizado*, se deduce que la presentación del cuerpo es la propia presentación del prestigio y el estatus. Desde esta perspectiva el sector salud representa la oferta que demandan socialmente quienes requieren servicios médicos, quirúrgicos y farmacéuticos ligados con la demanda

social de estatus que promete la personalización del cuerpo. Para Baudrillard (2009), la salud está vinculada más con el estatus que con la supervivencia biológica. Lo cual adquiere sentido cuando ya no está en juego únicamente posibilitar un parto con guaguas vivas sino también el determinar *cómo* y con qué características se nace. Por lo tanto, al momento de adquirir este objeto de consumo, no solo se consideran las variables de la optimización de los cuerpos sino también de las posibilidades que ofrece este proceso, no limitadas a la productividad del ser viviente, sino al estatus que confiere el ser una persona productiva.

Este modelo da cuenta de personas que, siendo más que derechohabientes del sector salud, son consumidores, puesto que pagan por un servicio que se entiende desde una lógica de oferta-demanda de un objeto de consumo ofertado por hospitales y clínicas privadas de Santiago. Estamos en presencia de un/a consumidor/a que con el aumento del poder del mercado y de las compañías que monopolizan los códigos y las tecnologías (Alonso, 2004), se autoproduce a partir de sus propias vivencias y de la búsqueda de los significados que encuentra en los objetos que consume.

El consumidor o la consumidora, en este caso, en términos de Angelcos (2008, p. 93), “busca constantemente nuevas experiencias de deseo, no se satisface allí donde la sociedad impondría los límites”. Limitantes que la salud pública no contempla y que quienes sí pueden financiarse experiencias novedosas, acuden a una clínica u hospital privado, satisfaciendo sus deseos de guaguas optimizadas y mejores tratos durante el parto.

5. Conclusiones

La idea de los nuevos modelos de parto como objeto de consumo surge en las instituciones analizadas bajo una lógica de mercado de cubrir una necesidad de mejora en los partos de la capital, devenida de demandas sociales y conectando con un deseo individual -que es siempre social-, configurado por subjetivaciones de salud indefinida. De ver el parto como posible experiencia de violencia obstétrica, ahora pasamos a verlo como objeto de consumo.

Se busca optimizar al nuevo ser viviente para el desarrollo de sus potencialidades y maximizar los beneficios de largo plazo ofertados, siendo ésta la inversión que se hace al bien de consumo duradero que representa el tener hijos e hijas. Al mismo tiempo, las demandas sociales de una atención digna y respetuosa para personas gestantes, se convierte fácilmente en un nicho de negocios rentable, en donde ciertos métodos del buen trato parecen justificar un alto costo; y quienes no puedan acceder a este tipo de tratamientos no estarían priorizando su propia experiencia. Entregando en el acceso al consumo también la responsabilización por la atención elegida.

En una sociedad neoliberal y privatizada, la *democratización* del acceso al consumo tiene grandes riesgos, en primera, porque dicho acceso se consigue desde el poder pecuniario o desde el crédito, con su consecuente endeudamiento; en segundo, porque la búsqueda de la diferenciación remite a lógicas de desigualdad, entre quienes pueden y quienes no, reproduciendo (literalmente) la desigualdad inicial.

El desafío consiste en reconocer que tanto los seres vivos como sus procesos de gestación están siendo objetos de consumo en los cuales intervienen deseos y aspiraciones desde las madres (y a veces padres) hacia las guaguas, y que dichos deseos son vinculantes a proyectos de vida. Somos, hasta cierto punto, inversiones que resultan redituables tanto a nuestros progenitores como a nosotros mismos, y el ser capaz de incrementar las posibilidades de éxito futuro de estos nuevos seres vivos que nacen en las mejores condiciones posibles desde la medicina actual, significará continuar reproduciendo una lógica de desigualdad en el consumo que ya opera desde varias décadas atrás. Esto implica que seguirán reproduciendo también sus malestares, sus efectos en las relaciones sociales y -probablemente- nuevas desigualdades, ahora llevadas al terreno de la salud.

La desigualdad en el acceso y la falta de garantía de derechos universales en Chile -como la salud, la educación y la vivienda- ha sido subsanada de forma errática a través del acceso al consumo como medio simbólico de aspiración hacia el confort y la libertad para tener posesiones y dedicar el tiempo libre a lo que quisieran las personas (Moulian, 1998). La privatización de los derechos convirtió en objetos de consumo a los servicios asistenciales que anteriormente el Estado chileno proveía a la población bajo otra matriz socioeconómica distinta a la postdictatorial. Actualmente se lucra con ellos, y la centralidad que tiene la salud en este proceso de privatización de la vida extiende sus consecuencias hasta la formación de nuevos seres humanos con desiguales condiciones de existencia, de salud y de nacimiento.

No se trata de criticar nuevos modelos, sino quiénes y por qué acceden a ellos. Idealmente todas las personas tendrían acceso a un parto, si se quiere humanizado, respetado, natural y personalizado, en tanto merecemos un trato digno y respetuoso, física, emocional y moralmente. Y sería ideal, si así lo queremos, poder desarrollar el potencial de los seres humanos, si queremos o pretendemos una sociedad en donde podamos colectivamente vivir mejor. Sin embargo, el parto como consumo nos remite a algo totalmente opuesto:

1. No todas las personas pueden acceder a formas respetuosas de tratamiento y aunque en los discursos profesionales se asume que la atención ha cambiado, en la práctica esto no se condice. En Chile existen pocos avances en materia de revertir esta desigualdad que viene desde el nacer, e incluso se profundizan desigualdades.
2. Esta optimización y búsqueda de salud indefinida ofrecida por los nuevos modelos parece continuar la lógica de *mejoramiento*, compitiendo y comparándonos, empleando la *optimización* para hacernos funcionales.

Sin embargo, la optimización sólo es útil cuando jugamos en un campo en donde el apremio por la competencia es el único modo de existencia, donde el consumo de salud implica una reproducción de las lógicas neoliberales, donde pareciera que somos libres, cuando en realidad somos esclavos a moldes de *cómo ser mejor humano*. Siendo aquella mejoría siempre cuestionable.

Finalmente, creemos importante invitar a investigaciones que ausculten experiencias de mujeres que hayan atravesado estos nuevos métodos naturo-institucionales. Conocer sus perspectivas vale más que cualquier reflexión crítica. Sin embargo, por ahora nos atenemos a reflexiones que cuestionan la venta selectiva de procesos naturales cuando estos implican más modos de desigualdad.

Referencias

- Angelcos, N. (2008). *Subjetividad y Política: sobre el rendimiento sociológico de los procesos de subjetivación* [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile]. Repositorio UChile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106127>
- Alonso, L. (2004). Las políticas del consumo: transformaciones en el proceso de trabajo y fragmentación de los estilos de vida. *RES*, 4, 7-50. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64939>
- Baudrillard, J. (1979). *Crítica de la economía política del signo*. Siglo XXI.
- Baudrillard, J. (2009). *La Sociedad de Consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Siglo XXI.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., y Annick, M. (2011). The health system of Chile. *Salud Publica Mex.*, 53(2), 132-143. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21877079/>
- Becker, G. (1960). An Economic analysis of fertility. En National Bureau of Economic Research (eds.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (pp. 209-240). Columbia University Press. <http://www.nber.org/chapters/c2387>
- Bröckling, U. (2015). *El self emprendedor. Sociología de una forma de subjetivación*. Universidad Alberto Hurtado.
- Byung-Chul, H. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y Nuevas Técnicas de Poder*. Editorial Herder.
- Callejo, M. J. (1995). Elementos para una teoría sociológica del consumo. *Papers: revista de sociología*, 47, 75-96. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v47n0.1800>
- Catalán, B. (2009). Consumo y segmentación: algunas consideraciones conceptuales y empíricas. En A. Joignant, y P. Güell (Eds.), *El arte de clasificar a los chilenos: Enfoques sobre los modelos de estratificación en Chile* (pp. 36-59). Ediciones Universidad Diego Portales.
- Clínica Alemana. (2022, noviembre). *Parto Natural*. <https://www.clinicaalemana.cl/especialidades/maternidad-y-familia/parto-natural>
- Clínica Bupa. (2022, octubre). *Parto respetado: un cambio de paradigma*. <https://acortar.link/XR4GK9>
- Clínica Dávila. (2022, noviembre). *Tipos de Parto*. <https://www.davila.cl/tipos-de-parto>
- Clínica Las Condes. (2017, abril). *Parto Natural*. [Video] Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=6B8jmcwBDi4>
- Clínica Santa María. (2019, julio). *Parto Natural*. <https://acortar.link/fwfRRy>

- Fassin, D. (2012). *La razón humanitaria. Una historia del tiempo presente*. University of California Press.
- Figuroa, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283-332. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008>
- Forascepi Crespo, C. (2018). Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.137>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Fúster, N. (2013). *El cuerpo como máquina: la medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. CEIBO.
- Leiva, L., y González, K. (2017, mayo). *Costo base de un parto en clínicas fluctúa entre \$ 1 millón y \$ 7 millones*. La Tercera. <https://acortar.link/fpYSUL>
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- Morales, R. (2022, mayo). *Ley Adriana: Cámara aprobó proyecto que sanciona la violencia gineco-obstétrica*. ADN Radio. <https://acortar.link/oCL1ht>
- Moulian, T. (1998). *El consumo me consume*. LOM Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. <https://acortar.link/cyBQKT>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019, octubre). *Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care: speculative ethics in more than human worlds*. University of Minnesota Press.
- Rabinow, P., y Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties* 1, 195–217. <https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Ramírez, C. (2015). *Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el protagonismo* [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile]. Repositorio UChile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/140306>
- Rivera Ríos, J. (2019). *Del consumo reflexivo al consumo habituado: la variación de las prácticas asociadas al consumo contemporáneo* [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. Repositorio UChile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/176085>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida en sí: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE.
- Sadler, M. (2009). *Re-Visión del Parto Personalizado: Herramientas y Experiencias en Chile*. Programa Chile Crece Contigo.
- Sadler, M. (2016). Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo. *Revista de Antropología*, 33, 45-57. <https://acortar.link/wnSyg9>

- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., y Clausen, J. (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>
- SOCHIPE. (2017, junio). *Incrementos de la tasa de cesáreas en Chile: implicancias en salud, desde la mirada de los pediatras*. https://sochipe.cl/v3/esteto_articulo_solo.php?id=1006
- Vergara Escobar, F. (2018). *Valor de lo Viviente en la Atención Institucional del Parto* [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile]. Repositorio UChile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175687>
- Vigarello, G. (2006). *Lo sano y lo malsano*. Abada Editores.
- Zadoroznyj, M. (2001). Birth and the 'reflexive consumer': trust, risk and medical dominance in obstetric encounters. *The Australian Sociological Association, Journal of Sociology*, 37(2), 117-139. <https://doi.org/10.1177/144078301128756256>
- Zárate, M. (2007). *Dar a Luz en Chile, S. XIX: De la Ciencia de Hembra a la Ciencia Obstétrica*. Centro de Investigaciones Diego Barros Arana de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, y Universidad Alberto Hurtado.
- Zuleta, M. (1999). La subjetivación capitalista. *Nómadas*, 11, 10-27.

AUTORES

- Florencia Vergara.** Magíster en Antropología Sociocultural. Antropóloga Social. Investigadora. Profesora.
- Juan Rivera.** Magíster en Ciencias Sociales mención Sociología de la Modernización. Licenciado en Sociología mención en Comunicación y Educación. Investigador independiente.