

Ética del cuidado gestante: entre lógicas tradicionales y nuevas formas de organización en un contexto chileno

Ethics of pregnant care: between traditional logics and new forms of organization in a Chilean context

Nairbis Desiree Sibrian Díaz¹

¹Académica Universidad Santo Tomás, Chile, nsibrian@santotomas.cl

 <https://orcid.org/0000-0001-8008-5080>

Fecha de recepción: 22 de mayo del 2020

Fecha de aceptación: 5 de febrero del 2021

Resumen

Introducción

En los últimos años la gestación ha experimentado ajustes y reacomodos producto de los cambios impulsados por las nuevas tecnologías y por los avances en materia de salud. Esto ha provocado que las prácticas de cuidado se transformen e incluyan nuevas materialidades.

Objetivo

El propósito de este artículo es describir algunas de las condiciones en el cuidado durante la gestación aplicado a casos de mujeres de ciertas edades, ocupaciones y condiciones socioeconómicas, en la ciudad de Santiago de Chile.

Método

Se recurre a un estudio de caso múltiple, desde un seguimiento de perspectiva etnográfica. Aplicado a tres mujeres gestantes provenientes de contextos diversos. El trabajo de campo incluye: observación participante, entrevistas en profundidad y etnografías durante ocho meses del 2017 en Santiago de Chile.

Resultados

La madre aparece, la mayoría de las veces, como la única responsable de proveer el bienestar de la nueva vida en curso. Es decir, se feminizan los cuidados aún desde la gestación. La mirada médica, la tecnología, la situación laboral y las relaciones familiares son actantes que construyen y propician el embarazo.

Conclusión

Las prácticas de cuidado estudiadas de las tres mujeres gestantes, muestran que el proceso de gestación se ve afectado por fuerzas provenientes del Estado, el mercado y la ciudadanía, en tanto se construye de modo contradictorio. Pese a que en la trayectoria gestante de estas mujeres influyeron lógicas colectivas y ciudadanas, prevalece una lógica patriarcal, así como la mirada médico-tradicional sobre las decisiones al momento del parto.

Palabras clave: Gestación, Mujeres, Redes de cuidado, Sistema sanitario, Tecnología.

Abstract

Introduction

In recent years the pregnancy has undergone a series of adjustments and rearrangements as a result of the changes promoted by new technologies and advances in health. This has caused care practices are transformed and include new materialities.

Objective

The purpose of this article is to describe some of the conditions in which care occurs during pregnancy in cases of women of certain ages, occupations and socioeconomic conditions in the city of Santiago de Chile.

Method

A multiple case study is used, from an ethnographic perspective follow-up. Applied to three pregnant women from diverse contexts. The field work includes: participant observation, in-depth interviews and ethnographies during eight months of 2017 in Santiago de Chile.

Results

The mother appears, most of the time, as the only one responsible for providing the well-being of the new life in progress. That is, care is feminized even from gestation. The medical perspective, technology, the work situation and family relationships are actants that build and promote pregnancy.

Conclusion

The care practices studied of the three pregnant women show that the gestation process is affected by forces coming from the State, the market and the citizenry, as it is constructed in a contradictory way. Despite the fact that collective and civic logic influenced the gestational trajectory of these women, a patriarchal logic prevails, as well as the medical-traditional view on decisions at the time of delivery.

Key Words: Pregnancy, Women, Care networks, Health system, Technology.

Introducción

La gestación, como proceso que encarnan las mujeres, ha estado vinculada con estudios que van desde las teorías de género (Narotzky 1995), historia de las mujeres (Knibiehler y Fouquet 1983; Berriot Salvadore 2000; Esteban 2000), hasta estudios epidemiológicos en perspectivas nacionales y locales (Taucher y Jofré 1997; Donoso, 2004; Casas y Herrera, 2012). En ese sentido, el periodo gestante ha sido notoriamente estudiado por la historia, la medicina y la antropología. Sin embargo, no sucede lo mismo en el terreno de la sociología, específicamente, en la relación: sistema de salud, biomedicina y sociedad.

Los primeros trabajos sociológicos sobre la reproducción partieron de las ideas de Parsons sobre el papel del enfermo (Macintyre 1980). De tal forma la gestación se trataba como un

fenómeno asociado a la noción de enfermedad lo cual eclipsaba otras discusiones al respecto e implicaba un sesgo.

Posteriormente, Ann Oakley (1979) aborda aspectos asociados a la historia del cuidado médico en el embarazo (1986); la relación entre el parto en casa y las élites (1987), así como el vínculo entre la tecnología obstétrica y trastornos emocionales (1992).

Desde la antropología, se estudia el dominio del campo médico sobre el nacimiento (Davis Floyd y Sargent 1997), la posición de las parteras (Barret Litoff 1978), la vivencia de la maternidad (Jordan 1978) y la construcción de la identidad materna (Kitzinger 1992).

En Chile, destacan trabajos investigativos que abordan: el nacimiento desde el punto de vista histórico (Zárate 2007), las transformaciones de las políticas públicas de natalidad (Binfa et al. 2013), las representaciones sociales del personal de salud (Avaria 2018), las pautas de crianza indígena (Sadler y Obach 2006), así como los discursos de diversas instituciones en torno a la gestación (Calquín, Cerda y Yáñez 2018).

La mayoría de estos trabajos percibieron a la gestación enmarcada en el devenir de la maternidad, esta última asociada generalmente a un proceso de conversión (Oakley 1979), a un ritual de paso (Van Gennep 1969), a una transición (Imaz, 2010) y a un acto de institucionalización de la figura de la madre.

Nuevos debates en torno al estudio de la gestación

La experiencia de las mujeres gestantes ha sido afectada por los cambios y transformaciones sociales, así como por sus condiciones estructurales y situadas. Por ello, resulta importante considerar los ajustes que enfrentan dos vertientes de conocimiento sobre este proceso. Por un lado, los cambios propios de la medicina y su paradigma en las ciencias sociales. Por otro lado, las modificaciones de la vida doméstica y el rol de las mujeres en la sociedad. Aunque esto ha sido ampliamente estudiado, el desarrollo tecnológico constante modifica tanto las prácticas médicas como las de cuidado, introduciendo nuevas variables.

Si bien existe un enfoque tradicional sobre la relación gestación y ciencias sociales explicado desde la medicalización, esta óptica se ha ido desplazando. De acuerdo con variados estudios, la medicalización consiste en la expansión del dominio, influencia y supervisión médica, bien sea por vía de un modelo médico de Estado, como señalaba Foucault (1996), o a manos de empresas de salud, como advirtió Illich (1975). También se entiende como una jurisdicción que abarca problemas no siempre médicos (Helman 1994) y como un conjunto de prácticas, ideologías y saberes médicos con funciones de control y normatización (Menéndez 1984). Por su parte, Conrad (1992) la define como la consideración de un comportamiento o condición bajo la idea de enfermedad.

Sin embargo, recientes investigaciones (Faraone y Bianchi, 2018) advierten un cambio en los rumbos de la medicalización, pluralizando las explicaciones (Rojas Navarro et al. 2018). Se señala que hay poderes compensatorios a través de personas compradoras, proveedoras y consumidoras (Light 1993), mientras se integran innovaciones tecnocientíficas que suponen

procesos multidireccionales (Clarke et al. 2003). Por todo ello, se considera que los motores de la medicalización son ahora compartidos con organizaciones sociales, grupos de interés de la biotecnología, personas consumidoras y empresas de administración del cuidado (Conrad 2007). Asimismo, diversos estudios revelan la participación de las personas en su propia medicalización (Pilnick y Zayst 2015), proceso que se denomina medicalización de sí según Fainzang (2013) y puede coincidir con formas de desmedicalización y medicalización (Torres 2014).

Ahora bien, desde el contexto doméstico, las prácticas en la gestación experimentan variaciones producto de cambios en materia de género (la inclusión de la mujer al mercado laboral) y la mercantilización de la vida íntima (Hochschild 2008), así como de virajes en la ciencia y la tecnología (Haraway 1991). Por ejemplo, la identificación de la mujer embarazada con una figura pasiva parece tener fisuras, pues esta comenzó a verse ya no como sujeta de ser controlada sino como una potencial usuaria (Del Olomo 2013), pero también como una ciudadana de derecho (Llopis 2015), lo que produjo iniciativas de empoderamiento hacia una maternidad consciente, amorosa y responsable (Vegas 2017).

Tales tendencias, por un lado, confirman y, por otro, tensionan las hipótesis sobre el monopolio médico en el terreno de la gestación, poniendo el foco también en la capacidad de gestión de múltiples actantes que intervienen en el proceso.

El rol de la gestante en la era digital

En la actualidad, las transformaciones digitales contribuyen a la erosión del modelo médico tradicional y manifiestan nuevas relaciones. En el área de la salud, en general, existe una gran demanda de información que es satisfecha gracias al uso masivo de Internet como fuente de conocimiento (Andreassen et al. 2007). Dichos cambios cuestionan el rol tradicional del paciente (Jovell 2006). En su lugar emerge una agencia activa, responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar parte de sus procesos vitales.

Entre los factores que promueven este nuevo modelo de ser pacientes se encuentra una mayor educación y perspectiva crítica (Tornay Márquez 2019). Y, en ese sentido, uno de los grupos que destacan son las mujeres embarazadas.

Estudios contemporáneos han demostrado que las mujeres embarazadas están usando, cada vez más, aplicaciones digitales durante el periodo gestante (Hearn, Miller y Fletcher 2013; Peyton et al. 2014; Rodger et al. 2013). Con efectos que van desde mejorar la salud hasta realizar pruebas personalizadas (Derbyshire y Dancey 2013). Un estudio similar (Kraschnewski et al. 2014) reveló que la mayoría de las mujeres usa aplicaciones vinculadas con el embarazo debido a que la atención médica prenatal, en ocasiones, no satisface sus necesidades.

Tales hallazgos conllevan a la pregunta: ¿cómo se produce el cuidado durante la gestación de tres mujeres chilenas provenientes de diversos sectores sociales, con condiciones de ocupación, edad y lugar de habitación diferentes?

La gestación como trabajo de cuidado y red

Desde las ciencias sociales emergen voces que conciben la gestación como un trabajo invisible y no remunerado (Durán 2012). Variadas investigaciones consideran a la gestación un accionar imprescindible para la reproducción social y el bienestar (Carrasco, Borderías y Torns 2011; Acosta 2015) pero poco reconocida y, en consecuencia, no recíproca (Comas d'Argemir 2017).

Ehrenreich y English (1975) advierten que la gestación es una actividad que involucra a la familia y sus variaciones, teniendo como eje la maternidad. Por su parte, Thomas (2011) destaca la responsabilidad del Estado en la materia y Lewis (1998) la ampliación de la oferta de servicios públicos de atención y cuidados como muestra del surgimiento de nuevas agencias.

Para Daly y Lewis (2011) los cuidados se sitúan en la intersección entre lo público y lo privado, tanto en el sentido de Estado/familia como en el de Estado/prestaciones de mercado. No obstante, en la actualidad, existe una reducción de la oferta de cuidados y un aumento de demanda, lo que conlleva a una crisis de los cuidados (Hochschild 1997; Pérez 2006) con cambios en los modos y las circunstancias en las que se producen. Es importante considerar tales transformaciones porque todo lo que sucede en el ámbito de los cuidados tiene un efecto reflejo (Hochschild 2008) en la salud, economía, mercado laboral y maternidad.

Al respecto se identifican algunos aportes de Comas d'Argemir (2017) que han permitido atisbar la profundidad de la naturalización del cuidado como responsabilidad femenina, pues la autora concluye que la obligación de gestar y cuidar se entiende, antropológicamente, como un don que coloca a las mujeres en el lugar de la deuda si no lo hacen.

Desde los Estudios de la Ciencia y la Tecnología (STS), se ha hablado de lógicas que operan en las prácticas de cuidado, sobre todo en los contextos vinculados a la salud, una de ellas sería, propiamente, la lógica del cuidado, identificada con cursos sensibles de acción donde los actores se co-construyen y, otra, la lógica de la elección, identificada con el modelo del paciente-consumidor y el paciente-ciudadano (Mol 2008), de tal forma el cuidado estaría asociado con una correlación de fuerzas, donde práctica y lógica están siempre implicadas, conformadas por redes que podrían estar más allá de la condición humana (Puig de la Bellacasa 2017).

En lo sucesivo, se entenderán los cuidados como prácticas situadas y concretas que desarrollan diversos actantes, humanos y no humanos, en función de proporcionar protección y bienestar a quienes lo requieran para el sostenimiento de su existencia, tales prácticas están afectadas por individuos, tecnologías e instituciones específicas. Bajo esta óptica cobran especial relevancia los objetos, así como también los programas y las políticas públicas que intervienen en el cuidado.

Metodología

La presente investigación tuvo como consigna la recolección de datos múltiples y el uso métodos e instrumentos variados, tanto para levantar como para analizar la información. Con este

ejercicio la investigación se asegura la confiabilidad (Silverman 2011) y también la honestidad en la experiencia de las personas participantes.

La investigación es cualitativa por lo cual se coloca el énfasis en la experiencia individual y colectiva de modo entrecruzado, es decir, la comprensión de las personas participantes y de quien investiga se une al transmitir experiencias vividas (Stewart 2014). Se utiliza el método de estudio de casos en tanto persigue la singularidad de los fenómenos, destacando las diferencias sutiles, la secuencia de los acontecimientos en su contexto y la globalidad de las situaciones personales (Stake 2006). No obstante, como en la investigación interesa comprender las lógicas de construcción de dicho fenómeno en varios casos, se trata de un estudio de caso múltiple, donde se estudian dos o más personas, ambientes o escenarios simultáneamente (Bogdan y Knopp Biklen 2003).

Según Stake (2006), a veces, el caso es una persona y, en muchos otros, las personas son descritas en profundidad. Por consiguiente, se recurre al relato biográfico del periodo gestante como técnica para la comprensión de los casos de estudio. Al tratarse de un periodo con muchos cambios permite una cronología que incluye una serie de obstáculos (económicos, familiares, médicos), modelos de salud (perspectiva de derechos, medicalización) y fases (pre-natal, gestación y puerperio) que la convierten en única.

Dentro de los distintos estilos del análisis biográfico, el presente estudio se enmarca en aquellas aproximaciones que señalan la existencia de nudos, momentos claves o acontecimientos que vislumbran períodos de transición (Leclerc Olive 2009), así como también una perspectiva etnográfica (Balbi y Boivin 2008), la cual permite ofrecer una mirada analítica centrada en la experiencia.

Para la recolección de los datos se emplea la observación constante de entornos y situaciones en modalidad participante y no participante (Gubern 2011), dichas modalidades se combinan con entrevistas en profundidad (Gaínza 2014) y desde perspectivas feministas (Tong 2009). La perspectiva feminista y en profundidad permite una relación de igualdad entre las participantes con una conversación dialógica, lo cual brindó la oportunidad de que las entrevistadas hicieran preguntas y cuestionamientos. Desde este punto de vista, la investigadora también revela información sobre su experiencia de vida respecto al tema de gestación, cuenta su experiencia en torno al proceso, encontrando puntos en común con las entrevistadas.

Cada participante firmó un consentimiento donde se le explicaron las características de la investigación y la posibilidad de permitir su participación de manera explícita o anónima. Todas aceptaron aparecer en la investigación con sus nombres de pila y también que se usaran sus hipocorísticos. Tales procedimientos y documentos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Alberto Hurtado, en Chile, donde reside copia original de los documentos asociados a esta investigación.

Los criterios de selección de los casos participantes de este estudio estuvieron relacionados con los siguientes aspectos:

- Dependencia del sistema de salud público o privado para la atención del embarazo.
- Uso frecuente de redes sociales, páginas web, foros, libros o revistas para informarse.

- Práctica de alguna actividad (física o espiritual) asociada al cuidado del embarazo fuera de las labores domésticas.
- Diferentes estratos socioeconómicos, según sus ingresos laborales, ocupaciones y residencia.

La aproximación con las participantes se lleva a cabo a través de centros de atención en salud (públicos o privados), así como también a través de escuelas de yoga y organizaciones no gubernamentales, asociadas al cuidado del embarazo.

Ahora bien, vale especificar que aunque en la investigación original los casos investigados fueron seis (6), en este artículo se presentan los hallazgos de tres (3) como una muestra y síntesis del estudio original. Los hallazgos se vinculan directamente a prácticas de cuidado en contextos de salud disímiles (servicio público, semi-privado y privado) y se cruzan con aspectos económicos o laborales que viven las mujeres gestantes.

Se realizaron 6 entrevistas en profundidad, dos por cada caso de seguimiento, una al inicio y otra al final. La última entrevista es posterior al nacimiento. Asimismo, se cuenta con 30 seguimientos etnográficos (conversaciones y acompañamientos cotidianos) distribuidos en 10 contactos por caso en promedio. Las etnografías corresponden a espacios de interacción de las mujeres embarazadas con otros actores, tales como consultas médicas, talleres o clases. El trabajo de campo duró ocho meses en promedio, se realizó durante el año 2017 en Santiago de Chile.

La observación no participante se aplica solo en los casos de consultas médicas e interacciones con personal de salud, mientras que para los demás espacios (casa, talleres o espacios públicos) se aplica la observación participante. Cada entrevista en profundidad; observación participante y no participante; y, cada seguimiento etnográfico fue codificado con el *software* cualitativo Nvivo, en torno a categorías previas y emergentes.

Las características de las participantes presentadas en este artículo son:

- Camila: A marzo de 2017 cuenta con 30 años. Nació y vivió en Iquique, al norte de Chile. Allí estudió una carrera técnica, pero no se tituló. Al 2017 trabaja en un centro de atención de llamadas (Call Center) en Santiago, gana menos del sueldo mínimo (180USD al mes). Vive con su pareja en Santiago Centro, donde arriendan una habitación. Se atiende en un consultorio público y asiste al programa *Chile Crece Contigo*.
- Vale: A abril del 2017 tiene 27 años. Nació y vive en Santiago. Estudió una carrera técnica en turismo, se tituló, pero no pudo comenzar a trabajar por su primer embarazo. Luego, cuando estaba comenzando a buscar trabajo, se enteró que estaba embarazada de nuevo. Al 2017 vive en un departamento arrendado en la comuna de Providencia y se encuentra desempleada. Se atiende por consulta privada y semi-privada a través de la previsión social de su pareja.
- Tina: Cuenta con 35 años a marzo del 2017. Nació y vive en Santiago. Es abogada, se dedica a la asesoría legal de fundaciones e imparte clases en una Universidad. Vive en un

departamento propio en la zona oriente de Santiago junto a su pareja. Se atiende por consulta privada.

Resultados y discusión

Con el propósito de describir las prácticas de cuidado y cómo estas son alentadas u obstaculizadas por diversos apoyos o dispositivos socio-materiales, esta sección se divide en dos partes. La primera está dedicada a la descripción de cada caso organizada de modo diacrónico o evolutivo según las interrogantes: ¿qué cambia?, ¿quiénes participan?, ¿dónde se atiende?, ¿cómo se atiende? y ¿cómo se da el proceso de atención durante el nacimiento? La segunda parte se enfoca en las prácticas de cuidado y sus modos de gestión, donde se identifican lógicas médicas, familiares, productivas, privadas o extendidas en torno al cuidado, para luego avanzar hacia la conclusión.

Camila: Con un hijo todo cambia

Camila es del norte de Chile, pero hasta hace poco vivía en el extranjero, estaba de paso en el país cuando se enteró que estaba embarazada. Por esa razón tuvo que quedarse en Santiago, comenzó a vivir con su pareja en el sector poniente de la ciudad e inició la búsqueda de un trabajo. Al momento de la ejecución del estudio investigativo Camila se encuentra trabajando en un Call Center, allí se dedica a la venta de servicios de telefonía móvil. Camila expresa que no le gusta mucho el trabajo y advierte que pronto tiene que informar que está esperando un hijo.

En la entrevista inicial realizada el 13 de marzo del 2017 ella expresa lo siguiente:

“Ese día cuando me entregaron el examen llamé por teléfono a mi papá y mi pareja para decirle que había salido positivo. Claro esto cambió todo porque yo tenía muchos planes, tenía proyectos, venía llegando de otro país, venía sólo por un tiempo, algo transitorio y me iba a devolver lo más probable que no al mismo país pero sí a otro, tenía pensado estudiar, entre otras cosas”. (Camila, comunicación personal)

Camila se atiende en uno de los consultorios públicos más concurridos de la ciudad, allí es beneficiaria del programa gratuito de acompañamiento a la infancia *Chile Crece Contigo*¹.

¹ Es un programa de atención pre y post natal que surge en el año 2006, bajo el primer gobierno de Michelle Bachelet, el cual articula políticas y acciones preexistentes en el abanico de prestaciones del servicio público. Actualmente, opera en 345 comunas del país y cubre desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar o su equivalente. Aunque está dirigido a toda la infancia desde su gestación, en la práctica se produce una segmentación provocada por el mismo sistema, ya que el acceso a la salud está sujeto a la condición laboral, es decir, cuando un trabajador es contratado debe adscribirse al sistema subvencionado o privado. A quienes no pueden hacerlo, se les considera beneficiarios del sistema público y son las personas que se atienden a través de la red de consultorios y mediante el programa *Chile Crece Contigo* (Avaria 2018).

En el registro de campo escrito el 15 de marzo del 2017 sobre el caso específico de Camila se detalla lo siguiente:

“Una mañana de un día de semana debe ir al control prenatal, tuvo que pedir permiso en su trabajo y la dejaron salir diez minutos antes. Va un poco nerviosa porque le darán los resultados del examen de glucosa y, además, tenía que llevar una ecografía que no ha podido realizar por falta de dinero. En su mano izquierda cuelga una bolsa cuyo contenido son exámenes; en la otra, una ficha donde están registrados todos sus datos y la evolución de su embarazo. Al llegar al edificio antiguo donde se encuentra el consultorio, mucha gente está esperando ser atendida. Camila presenta su carnet y la matrona le dice que llegó tarde, por tanto, tendrá que esperar que atiendan a todas las demás pacientes que están allí”. (Sibrian, datos inéditos)

La espera como práctica cotidiana no es nueva para Camila, ya le ha sucedido en ocasiones previas y constituye uno de los motivos más importantes por los cuales considera necesario cambiarse de sistema de atención. Después de aguardar durante tres horas y media, la hacen pasar.

De la misma manera se detalla en el registro de campo del 15 de marzo del 2017 lo siguiente:

“Camila se recuesta en la camilla, la cual tiene a su lado una mesita donde reposa un aparato y un frasco. La matrona toma el frasco y pone gel en su vientre. Luego toma el mango que sale del instrumento y lo frota sobre la barriga de Camila. El gel actúa como conductor inmediato de ondas y en efecto, al instante, se comienzan a escuchar unos sonidos fuertes y constantes: son los latidos del bebé, Camila ríe. Todo está bien, señala la matrona, son latidos fuertes y rápidos, eso es lo normal. Camila se cubre la panza y pasan de nuevo al escritorio donde le entregan la orden para retirar hierro y vitaminas en la farmacia. La matrona le dice que tiene los niveles de glucosa bajos y que debe alimentarse mejor. La próxima cita la tiene para tres meses más”. (Sibrian, datos inéditos)

Un mes después Camila decide abandonar el programa. Las próximas consultas las realizará en un centro de atención semi-privado donde puede ir con más regularidad y en el cual realizan ecografías y monitoreos constantes. Durante este periodo comienza a sentirse mal, tiene contracciones prematuras y pide una licencia². Ahora se queda en casa haciendo labores domésticas, pero esto le ha traído problemas con su pareja.

Ella expresa en un contacto de seguimiento realizado el 4 de abril del 2017:

“Un día me fue a visitar una amiga, entonces la mesa quedó en medio de la sala y con pedazos de pan, cuando él llega, me pregunta: ¿terminaste de tomar té?. Yo le respondí: te guardé un pancito, lo que pasa es que no pude ir a comprar, entonces, él me respondió: corre la mesa al menos, entonces me levanté y le dije: Yo estoy todo el día limpiando, lavando y ¿Te digo algo? ¿En el día

² Es un permiso de descanso prenatal y/o postnatal que forma parte de los beneficios de protección a la maternidad consagrados en la legislación chilena. El periodo pre-natal es de 42 días (6 semanas) y el periodo post natal de 84 días (12 semanas) respectivamente (Informe de la Superintendencia de Seguridad Social 2016). En este caso, Camila pide un permiso médico prenatal adelantado por condiciones de salud.

te molesto? No, porque tú te vas a trabajar, no es cierto, como yo soy la que acá no aporta nada entonces yo voy a ser tu empleada, pero sabes, le dije, a ti nada te cuesta lavar una taza y mover la mesa”. (Camila, comunicación personal).

No obstante, se siente afortunada porque en lugar de esperar que la atiendan en un consultorio, ahora va a un consultorio con mayor frecuencia, aunque deba pagar por ello. También navega por Internet para informarse o consulta a una amiga por *WhatsApp* o *Facebook*. Casi siempre observa videos en *YouTube* sobre cómo atender a bebés recién nacidos, busca información en revistas o páginas que hablen del cuidado durante el embarazo y la maternidad. Está preocupada por la ayuda con la que contará una vez el niño nazca.

Camila precisa lo siguiente en un contacto de seguimiento realizado el 15 de junio del 2017:

“Hace poco una de mis amigas con guagua, Claudia, me mandó un audio horrible. Todas las amigas que tengo con hijos me dicen las cosas que pasan y las cosas que más o menos vivieron ellas, pero nadie me había mandado un audio con una guagua chillando así, aquello era espeluznante, no paraba de llorar. Claudia debe tener unos 36 años y tiene experiencia como mamá, o sea, no la va a estar pillando desprevenida como a mí poh, que estoy prácticamente sola, pues mi pareja nunca está y sólo paga las cosas. Aún así ella, mi amiga, me dice que se le ha hecho súper complicado, así que yo estoy preocupada”. (Camila, comunicación personal)

Así pasan los meses y llega el día del parto. Las contracciones de Camila se iniciaron en la noche mientras estaba dormida. Como pudo salió a la calle y tomó un taxi, al llegar a la clínica la conectaron a un cinturón que monitoreaba los latidos del bebé y que la mantenía recostada. A partir de ese momento, las contracciones comenzaron a disminuir y los médicos de turno decidieron hacerle cesárea.

En la entrevista post-parto realizada el 19 de julio del 2017 Camila manifiesta:

“De repente me metieron al pabellón y me pusieron las inyecciones, me empiezan a preparar y me amarran los brazos. Entonces, no podía moverme para ningún lado. No podía ver para adelante, tenía adormecido el cuerpo desde la cintura para abajo, estaba postrada, inmóvil. Habían muchas personas, creo que eran como seis que estaban adentro de la sala, hablaban entre ellas, nunca se dirigían hacia mí. Bueno, al nacer me lo pusieron acá: en el pecho. No lo veo, no lo veo, decía yo”. (Camila, comunicación personal)

En este relato se ponen de manifiesto diversas lógicas de construcción del embarazo siendo determinante la tensión que existe entre el trabajo de cuidado, la productividad laboral y el contexto familiar. Esta tríada cobra sentido una vez que se enmarcan dentro de lo que ha sido denominado: la crisis de los cuidados (Acosta 2015) y la mercantilización de la vida íntima (Hochschild 2008); donde los actantes provenientes del campo médico, doméstico o laboral se tornan contrincantes o aliados. El desenlace del relato muestra el modo en que tales lógicas, más domésticas que otras,

participaron incluso en el proceso del parto, situación en la cual se conjugaron dichas lógicas con otras de institucional.

Vale: Cuando gestar también es un trabajo

Vale vive en el sector sur de Santiago y estudió turismo rural. La noticia del embarazo llegó cuando estaba emprendiendo un pequeño negocio con la finalidad de independizarse económicamente. En la entrevista inicial realizada el 26 de abril del 2017 ella menciona:

“A ver, cuando me enteré fue igual fuerte, porque justo estaba en una etapa de comenzar.... Dije: ya, por fin voy a empezar a trabajar en lo que quiero. Y, en ese momento, me entero que estoy embarazada. Dije: ¡No! ¿Cómo? Ya, rico por un lado, pero por el otro, ¡Pucha! No voy a poder hacer lo que realmente quiero, nunca voy a poder resolver este tema laboral”. (Vale, comunicación personal)

Desde que ejerce la maternidad no ha podido volver a trabajar y ahora se siente en la misma situación pues, su cuerpo necesita mucho más tiempo y energía para realizar distintas actividades, además carece de tranquilidad, como lo expresa también en la entrevista inicial ejecutada el 26 de abril del 2017:

“Es que igual es un cambio, poh. Imagínate, yo estaba en todo este proceso de empezar a trabajar porque con mi primer hijo me pasó lo mismo. Yo estaba estudiando ecoturismo y quedé embarazada en el último semestre, entonces lo que pude trabajar fue casi nada. Y ahora, en agosto empecé a planificar el negocio y quedé embarazada en diciembre, entonces lo que alcancé a trabajar fue muy poco. Y eso, yo creo, como que me afecta”. (Vale, comunicación personal)

Durante los primeros meses de embarazo el médico le indica a Vale que debe guardar reposo absoluto pues tiene riesgo de pérdida. Sin embargo, en su entorno familiar no se comprende bien por qué razón no puede hacer ninguna labor, excepto enfocarse en su proceso de gestación.

Al respecto, Vale explica durante el contacto de seguimiento realizado el 11 de mayo del 2017 lo siguiente:

“En el primer mes sangré. Yo pensé que me había llegado la regla, pero este sangrado siguió como por dos semanas. En el saquito donde está la guagua se empiezan como a generar pequeños desprendimientos (...) Entonces yo le conté al doctor y él me dijo: Ya. Quédate en cama y toma progendo, que son como unos óvulos que se ponen para que la guagua se afirme. No podía hacer nada y mi familia no lo entendía”. (Vale, comunicación personal)

Vale realiza un vasto esfuerzo todos los días para cumplir con las tareas domésticas. Su pareja sale a trabajar y ella se queda en casa atendiendo a su primer hijo y a cargo del hogar. A media mañana se conecta a Internet y practica una sesión de yoga *online*. En el Registro de campo llevado a cabo el 24 de mayo del 2017 se anota lo siguiente:

“Un día normal en la vida de Vale: se levanta temprano, prepara el desayuno, lleva a su hijo al colegio, saca al perro a dar una vuelta en el vecindario y a hacer sus necesidades, prepara el almuerzo y luego se ducha, corre a clases de yoga *online*, para abrir caderas y prepararse para el parto. Allí escucha relatos de otras mujeres embarazadas, comparten inquietudes, datos e información. Después continúa con el aseo, lavar ropa y ordenar”. (Sibrian, datos inéditos)

Con la esperanza de tener un parto vaginal, humanizado, lo más cercano a las condiciones naturales, los meses continuaron transcurriendo. Vale estaba convencida de que su cuerpo podía dar a luz sin intervenciones.

Para contextualizar léase con detenimiento la siguiente narración llevada a cabo en el Registro de campo del 1 de junio del 2017:

“Al entrar en su casa, lo primero que se vislumbra es una biblioteca con muchos libros de yoga, seguida de un salón con tapetes tejidos donde juega y come su hijo de cuatro años. Luego viene un balcón cubierto por las ramas de un hibisco con flores rojas. Allí sobre una hamaca se cuelga Vale a estirar las piernas. En la mesa del comedor, junto a su computador, tiene el emblemático libro de Casilda Rodrigáñez “Pariremos con placer” (2008), el cual combina datos de anatomía, historia y partería natural desde un punto de vista feminista y que constituye la piedra fundacional de la agrupación argentina “Las Casildas”, quienes fueron pioneras en la discusión sobre el parto humanizado en América Latina. (Sibrian, datos inéditos)

No obstante, cuando se acercaba la fecha de parto, a su pareja le ofrecen trabajo fuera de Santiago. Él había estado sin laborar los últimos meses y, frente al nacimiento inminente, la sustentabilidad era una prioridad. Este fue el motivo por el cual Vale tuvo que programar una cesárea. En la entrevista post-parto hecha el 27 de setiembre del 2017 Vale expresa:

“Eso fue un jueves y, bueno, lo programé para el otro día. Fue así tan exprés porque hablé con Julio, porque ¡ah!, llamé a la matrona y le dije: ¿Qué probabilidades hay de programarlo para el sábado? Y me dice: No, ninguna posibilidad porque el sábado tenemos turno, el domingo tampoco. Tendría que ser para el lunes. El lunes era mi cumpleaños, ahí justo vino mi cuñada a verme, entonces como que me aconsejó, me escuchó y todo. Y hablé con Julio y dijimos: Bueno, no tenemos más tiempo, tú te tienes que ir a Chiloé, ¿cachai? y hay que hacerla, poh. Así que lo colocamos para el día siguiente”. (Vale, comunicación personal)

En la intervención se tomaron en cuenta algunas de sus peticiones como la luz baja, no obstante, se trata de una operación donde todo está muy controlado e, ineludiblemente, la mujer es una espectadora de lo que le sucede, en la entrevista post-parto hecha el 27 de setiembre del 2017 Vale describe su experiencia de la siguiente manera:

“Tú estás con los brazos así, a los lados, y te los amarran no sé por qué. Arriba, dos cosas gigantes, así, redondas, de luces, muchas luces adentro, sí. Y eso era loco, porque hacía efecto espejo, entonces yo me veía ¿cachai? Eso era brígido, onda, ver cómo estaban sacando la guagua, se veía todo”. (Vale, comunicación personal)

Durante este relato se ve cómo el sostenimiento del embarazo requería de un tipo de cuidado, el cual puso al descubierto condiciones de género como, por ejemplo, la división sexual del trabajo al interior del hogar. Posteriormente, el cuestionamiento hacia la productividad develó la invisibilización del trabajo doméstico y del cuidado, carentes de reconocimiento y reciprocidad (Comas d'Argemir 2017) por lo que el acompañamiento también se puso a prueba. Finalmente, el desenlace mostró la forma en la cual el control del cuerpo, las condiciones económicas y la familia, como institución, son lógicas prevalecientes a pesar de la emergencia de redes socio-materiales alternativas.

Tina: Entre el trabajo de cuidar y la carrera profesional

Tina es abogada, docente y dirige una fundación, vive en el sector oriente de Santiago. A causa de su primer embarazo, renunció a un trabajo de dirección en una institución pública. Pensó que era mejor dar paso a una persona que tuviese más tiempo libre. Hoy, se pregunta si esa fue una buena decisión. Tina expresa en la entrevista inicial realizada el 30 de marzo del 2017 lo siguiente:

“No sé si lo debería haber hecho o no. Hoy día, mirando para atrás, en realidad, sí habría sido complicado llevar el cargo. Pero, quizás no. Quizás yo me complico más de la cuenta y en realidad es una cuestión social. Porque no pasa nada cuando uno se ausenta más del tiempo determinado del postnatal. Lo que pasa es que socialmente hay mucha discriminación. Si tú te fijas, la mayoría de las mujeres que tienen cargos públicos ya tienen hijos más grandes, están en una edad más adulta; son mujeres que no los han tenido o que no tienen ganas de tenerlos; son solteras o son casadas, da lo mismo, pero que no tienen interés en tener hijos y más bien están priorizando sus carreras profesionales”. (Tina, comunicación personal)

Tina hace hincapié en la necesidad de que el Estado y las instituciones apoyen a todas las madres que trabajan en casa y afuera de ella, las que son explotadas con sueldos mínimos y las que se encuentran ejerciendo cargos de dirección y tienen trabajo de cuidado también. Siendo así, Tina afirma lo siguiente en la entrevista inicial realizada el 30 de marzo del 2017:

“Yo trabajaba en un servicio [público] ... que no tiene sala cuna para sus trabajadores. O sea, ese es como el caso del herrero, cuchillo de palo. Porque si bien, hay toda una red de jardines infantiles, no es suficiente. Para las funcionarias que están en cargos directivos debiese haber aún más apoyo, porque llegar a un cargo directivo implica haber hecho una trayectoria larga y dejar de lado cosas”. (Tina, comunicación personal)

Para Tina el desafío en este embarazo es poder tener un parto vaginal tras haber tenido previamente una cesárea, para ello se rodea de diversas redes de apoyo e información a través de *blogs*, páginas web y aplicaciones digitales de salud. Al respecto Tina expresa en el contacto de seguimiento realizado el 6 de abril del 2017 lo siguiente:

“Entonces, en este segundo embarazo lo que sí estoy haciendo es buscar redes o personas que ya han tenido embarazos, o sea, partos vaginales post-cesárea. Me he dedicado a investigar, leer y

hablar con personas que lo hayan vivido... Incluso he hablado con mujeres y médicos de otros países a través de Internet y de una aplicación telefónica. Porque... en las cesáreas, finalmente, hay una especie de tabú, gente a favor, en contra, si es electiva, cesárea no electiva”. (Tina, comunicación personal)

Esta investigación la combina con el trabajo de cuidado que brinda a su primera hija, lo cual es posible tras la renuncia a su último cargo y a los trabajos flexibles que desempeña; sin embargo, le queda poco tiempo para el autocuidado y la atención de este nuevo embarazo. Como se detalla en el Registro de campo llevado a cabo el 6 de abril del 2017:

“Tina se levanta a darle de comer a su hija a las 6:00 de la mañana. Luego la viste y la prepara para el jardín. Junto con su pareja la pasan a dejar a las 8:00 horas en la escuela. Posteriormente, se va a la universidad a dar clases o a prepararlas. En las tardes trabaja en una fundación, allí revisa asuntos legales en distintos casos. A las cinco y media de la tarde se va a su casa porque la empleada doméstica se va a las seis. Cuida a su hija toda la tarde, mientras llega su marido. En la noche le vuelve a dar comida. Y a eso de las 21:00 horas vuelve a trabajar”. (Sibrian, datos inéditos)

Unos meses después, aún no ha podido tomar la licencia pre-natal, pues una condición de los trabajos flexibles es que hay unos meses (de postulación de proyectos) que no se pueden desaprovechar porque de lo contrario no hay recursos durante el resto del año. En el contacto de seguimiento realizado el 25 de julio del 2017 Tina lo expresa con las siguientes palabras:

“Y me quedé cerrando proyectos. La universidad cierra, pero después las notas, no sé, por ejemplo, el examen era el 29 y el 29 de junio yo estaba corrigiendo los exámenes, qué sé yo, exámenes recuperativos. Y más la fundación, donde había proyectos que había que presentar a la DIBAM, que había que presentar al consejo, a FONDART. Entonces bueno, me quedé en eso”. (Tina, comunicación personal)

Cuando finalmente logra dar cierre a todos los procesos laborales pendientes, se enfoca en lograr que la criatura en su vientre se coloque en posición de parto, pues en la última ecografía se dio cuenta que estaba en modo podálico o presentación de nalgas³ y esto dificultaría el nacimiento por parto natural. En el contacto de seguimiento del 25 de julio del 2017 Tina explica:

“Fui donde una señora... que hace acupuntura para gestantes y también se dedica un poco a dar vuelta a guaguas. Fui a dos sesiones con ella y me hizo acupuntura y moxa. Son como unos inciensos chiquititos...que te los ponen en el dedo chico del pie... y después... te los sacan cuando ya van consumiéndose para que no te quemem. Moxibustión se llama la técnica”. (Tina, comunicación personal)

Tina tuvo la última ecografía esa semana y la postura no varió. Optó por una cesárea respetada una vez más y a mediados del mes de agosto de ese año nació Salvador. En este relato se puede notar como el Estado y su estructura no están relacionados estrechamente con el embarazo, pues la

³ La presentación de nalgas es aquella en la que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. Su importancia viene determinada porque se asocia con una mayor morbilidad (Carvajal y Ralph 2018)

vinculación se limita a las políticas públicas de salud, dejando de lado una inmensa red de sentido cuyas filigranas están presente inclusive en el tiempo libre que se puede dedicar al cuidado del embarazo con o sin trabajo. Cada vez parece más evidente que trabajo y productividad son discursividades que se contraponen a los derechos y la ciudadanía. El desenlace de esta trayectoria revela la contundencia de las lógicas que gobiernan la gestación donde, por más tendencias novedosas que existan, la perspectiva tecnocrática prevalece ante cualquier riesgo (Davis Floyd y Sargent 1997).

Las prácticas de cuidado

Pese a que cada trayectoria de gestación es distinta, existen algunos rasgos comunes entre ellas. Lo principal es que la madre aparece, la mayoría de las veces, como la única responsable de garantizar el bienestar de la nueva vida en curso, es decir, se feminizan los cuidados desde la gestación (Acosta 2015). Sus vidas cotidianas están atravesadas por la conjugación y por las tensiones entre el mundo doméstico y el laboral. Además, pese a las claras diferencias en cuanto a ocupación y grado de instrucción, los tres casos tienen situaciones inestables en cuanto al trabajo: una de las mujeres está desempleada, la otra tiene un trabajo precario y la última trabaja por proyectos. En resumen, son las encargadas de las labores domésticas, de cuidarse a sí mismas (lo que supone cuidar a otro), así como preocuparse por ser productivas y reconocidas laboralmente.

En el caso específico de Camila, ella se encuentra contrariada por la escasa participación de su pareja y por la poca colaboración de esta en las labores domésticas. Por su parte, Vale se siente inquieta por no traer dinero al hogar y percibe una exigencia en el cumplimiento de las tareas domésticas, mientras su pareja trabaja formalmente y, por ello, la estabilidad de él tiene prioridad al tomar decisiones. Tina, si bien cuenta con un trabajo remunerado, siente que debe elegir entre cuidar o desarrollarse profesionalmente, además, el autocuidado requerido no lo pudo llevar a cabo en un trabajo formal estable.

En los tres casos se recurre a apoyos socio-materiales para lograr distintos tipos de cuidado. En la trayectoria de Camila, el cuidado principal provino de la medicina alopática tradicional con una red que incluye un programa público del Estado, una oferta de consultas semi-privadas y una red de amistades en modo virtual. En su trayectoria dos factores que fueron claves para producir un cambio de rumbo corresponden, por un lado, a la espera como rasgo característico de lo público (Auyero 2013) que la hacía sentir mal y; por otro, al acceso a mayor tecnología ecográfica en el sector privado. Vale, quien practica yoga y meditación *online* durante su embarazo, en el parto confía en la medicina tradicional y en el sistema privado. En su trayectoria no hubo mayores cambios salvo al final cuando una situación familiar puso de manifiesto que los intereses económicos paternos eran prioritarios. Tina, el tercer caso, también está conectada con nuevos y viejos modos de concebir los cuidados, tales como la moxa china o las aplicaciones telefónicas de salud sin abandonar la medicina alopática, bajo la modalidad privada.

En cualquiera de las trayectorias, unas con más acentos que otras e incluso por oposición, la mirada médica (Conrad 2007), la tecnología, la situación laboral y las relaciones familiares son actantes que construyen y producen el embarazo desde el punto de vista del cuidado y de la salud.

Conclusión

Si bien, factores estructurales como: clase, género y nivel educativo configuran marcos situacionales y se articulan con lógicas de acción (mercantiles, estatales y ciudadanas); así como, contextos particulares y/o biográficos, en dicho engranaje emerge una red socio-técnica asociada a diversas lógicas y actores (equipo médico, políticas públicas, movimientos sociales, tecnologías digitales y organizaciones) que se acoplan o no con las trayectorias y marcan un punto de inflexión en sus recorridos.

La trayectoria de los casos, así como las situaciones analizadas, mostraron las contradicciones de un proceso en disputa: el embarazo contemporáneo. Diversas lógicas se enfrentan prevaleciendo unas sobre otras. En el caso de las prácticas de cuidado, se identifica la lógica médica tradicional frente a una lógica médico alternativa, siendo la primera prevaleciente sobre todo al momento del parto (Jordan 1978). Respecto a las redes de apoyo también es posible identificar una lógica privada versus una lógica extendida, prevaleciendo la primera pese a los diversos esfuerzos por colectivizar estas prácticas, incluso a través de Internet (Llopis 2015; Vegas 2017).

Ahora bien, la constante durante la gesta es la feminización de los cuidados (Acosta 2015). Su consideración como condición intrínseca al género hace que las mujeres tengan que cuidar de modo imperativo (Comas d'Argemir 2017). Este mandato tiene consecuencias como: a) el doble y hasta triple turno de muchas mujeres durante el embarazo puesto que deben trabajar en el espacio público, en la casa y en su cuerpo; b) la emergencia de la culpa cuando lo descrito anteriormente no se hace y; c) la autopercepción de flojas, improductivas y lentas cuando gestan. A esto se suma la colisión que se produce entre el trabajo de cuidado con las lógicas productivas modernas durante la gestación, acentuando con ello la división sexual del trabajo (Hochschild 2008).

Por esta razón se justifica el doble turno, la responsabilidad del cuidado y se delega en la mirada médica gran parte de autoridad. En las trayectorias juega un rol fundamental los factores económicos. La paradoja reside en que es en sus propósitos y en el modo de referirse a la gestación donde está el empoderamiento, el parto respetado, la participación masculina en el cuidado y la independencia económica.

También se vislumbran procesos de diálogo y de negociación constante donde las situaciones no están nunca cerradas, donde el poder no es una posesión sino una situación cambiante, con diversos regímenes de acción (Boltanski 2000) que, por tanto, dan paso a situaciones de contienda, surcos, grietas que se transforman en oportunidades para una nueva construcción.

Agradecimiento: Este trabajo fue posible gracias al financiamiento de la Beca Conicyt, Doctorado 2015, Folio 21150060. Otorgado por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología, Chile.

Referencias

- Acosta González, Elaine. 2015. Cuidados en crisis. Mujeres migrantes hacia España y Chile. Bilbao, España: Deusto.
- Andreassen, Hege, María Bujnowska Fedak, Catherine Chronaki, Roxana Dumitru, Iveta Pudule, Silvina Santana, Henning Voss y Rolf Wynn. 2007. «European citizens' use of E-health services: A study of seven countries». *Public Health* 53 (abril). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-53>
- Auyero, Javier. 2013. *Patients of the State: The politics of waiting in Argentina*. Londres, Reino Unido: Duke University Press.
- Avaria Saavedra, Andrea. 2018. «El parto (no) es cuestión de mujeres. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile». *Revista Academia y Crítica* 2. <http://dx.doi.org/10.25074/07199147.2.997>
- Balbi, Fernando Alberto, y Mauricio Boivin. 2008. «La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política; Estado y gobierno». *Cuadernos de Antropología Social* 27: 7-17. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1809/180913917001>
- Barret Litoff, Judy. 1978. *American Midwives: 1860 to the Present*. Westport, Estados Unidos: Greenwood Press.
- Berriot Salvadore, Evelyne. 2000. «El discurso de la medicina y la ciencia». En *Historia de las mujeres. Del Renacimiento a la Edad Moderna*, editado por Georges Duby y Michelle Perrot, 3: 371- 424. Madrid, España: Taurus.
- Binfa Esbir, Lorena, Loreto Pantoja Manzanarez, Jovita Ortiz, Marcela Gurovich Albala y Gabriel Cavada Chacón. 2013. «Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile». *Midwifery* 29: 1151-1157. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Bogdan, Robert, y Sari Knopp Biklen. 2003. *Qualitative research for education: an introduction to theories and methods*. New York, Estados Unidos: Allyn & Bacon.
- Boltanski, Luc. 2000. *El amor y la justicia como competencias: tres ensayos de sociología de la acción*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Calquín, Claudia, Jennifer Cerda y Christopher Yáñez. 2018. «La producción del feto como “sujeto de derechos”: análisis cualitativo de los discursos médico-católicos en Chile». *Salud Colectiva* 14: 391- 403. <https://doi:10.18294/sc.2018.1873>
- Carrasco, Cristina, Cristina Borderías y Teresa Torns. 2011. *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid, España: Catarata.

- Carvajal, Jorge y Constanza Ralph. 2019. Manual de Obstetricia y Ginecología. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Casas, Lidia, y Tania Herrera. 2012. «Maternity protection vs. maternity rights for working women in Chile: a historical review». *Reproductive Health Matters*, 20:139-47. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40666-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40666-8)
- Clarke, Adele, Janet Shim, Laura Mamo, Jeniffer Fosket y Jeniffer Fishman. 2003. «Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine». *American Sociological Review*, 68: 161-94. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Conrad, Peter. 1992. «Medicalization and Social Control». *Annual Review of Sociology*, 18, (1): 209-32. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>.
- 2007. *The medicalization of society*. Baltimore, Estados Unidos: The Johns Hopkins University Press.
- Comas d'Argemir, Dolors. 2017. «El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados». *Quaderns-e* 22: 17-32. http://www.antropologia.cat/files/2_ComasdArgemir.pdf.
- Daly, Mary, y Jane Lewis. 2011. «El concepto de social care y el análisis de los Estados de Bienestar contemporáneos». En *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, editado por Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, 225-251. Madrid, España: Catarata.
- Davis Floyd, Robbie, y Carolyn Sargent. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspective*. California, Estados Unidos: University California Press.
- Del Olomo, Carolina. 2013. ¿Dónde está mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista. Madrid, España: Clave Intelectual. <https://doi.org/10.1155/2013/782074>.
- Derbyshire, Emma, y Darren Dancey. 2013. «Smartphone Medical Applications for Women's Health: What Is the Evidence-Base and Feedback?». *International Journal of Telemedicine and Applications*, 1-10: <https://doi.org/10.1155/2013/782074>.
- Donoso Siña, Enrique. 2004. «Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000». *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15: 326-30. https://www.researchgate.net/publication/237272402_Reduccin_de_la_mortalidad_materna_en_Chile_de_1990_a_2000.
- Durán, María. 2012. *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Ehrenreich, Barbara, y Deirdre English. 1975. «The Manufacture of Housework». *Socialist Revolution*, 26: 5-40. <https://onwork.edu.au/bibitem/1975-Ehrenreich,Barbara-English,Deirdre-The+Manufacture+of+Housework/>
- Esteban, Mari Luz. 1994. «La salud de las mujeres: relecturas y revisiones necesarias». *Salud 2000*, 45, (febrero): 5-8.

- Fainzang, Sylvie. 2013. «The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication». *Culture, Medicine and Psychiatry* 37: 488-504. <https://doi.org/10.1007/s11013-013-9330-2>
- Faraone, Silvia, y Eugenia, Bianchi (Comp.). 2018. *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Foucault, Michel. 1996. *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina: Altamira.
- Gaínza, Álvaro. 2014. «La entrevista en profundidad individual». En *Metodología de investigación social. Introducción a los oficios*, editado por Manuel Canales 4: 219-263. Santiago de Chile: Lom.
- Gubern, Rosana. 2011. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Haraway, Donna. 1991. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia, España: Cátedra.
- Hearn, Lydia, Margaret Miller y Anna Fletcher. 2013. «Online healthy lifestyle support in the perinatal period: what do women want and do they use it?». *Australian Journal of Primary Health*, 19: 313-8. <http://doi:10.1071/PY13039>
- Helman, Cecil. 1994. *Culture, Health and Illness*. Oxford, Estados Unidos: Butterworth-Heinemann.
- Hochschild, Arlie Rusell. 1997. *The Time Bind. When Work Becomes Home and Home Becomes Work*. New York, Estados Unidos: Metropolitan Books.
- 2008. *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Katz Editores.
- Illich, Ivan. 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, España: Barral Editores.
- Imaz, Elixabete. 2010. *Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación*. Madrid, España: Cátedra.
- Jordan, Brigitte. 1978. *Birth in Four Cultures. A crosscultural investigation of Chilbirth in Yucatan, Holland, Sweden and United State*. Montreal, Canadá: Eden Press.
- Jovell, Albert. 2006. «Enred@dos en el c@os: gestión digital del conocimiento en salud pública». *Gaceta Sanitaria*, 13, 484-6. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71412-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71412-3)
- Kraschnewski, Jennifer, Cynthia Chuang, Erika Poole, Tamara Peyton, Ian Blubaugh, Jaimey Pauli, Alyssa Feher y Madhu Reddy. 2014. «Paging “Dr. Google”: Does technology fill the gap created by the prenatal care visit structure? Qualitative focus group study with pregnant women». *Journal of Medical Internet Research* 16. <http://www.jmir.org/2014/6/e147/>
- Knibiehler, Yvonne y Catherine Fouquet. 1983. *La femme et les médecins. Analyse Historique*. Paris, Francia: Hachette.
- Kitzinger, Sheila. 1992. *Ourselves as Mothers. The universal experience of motherhood*. London, England: Bantam Books.

- Leclerc Olive, Michéle. (2009). «Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos». *Iberofórum*, 4, (julio-diciembre): 1-39. http://www.idaes.edu.ar/pdf_papeles/TEMPORALIDADES%20DE%20LA%20EXPERIENCIA%20Michele%20Leclerc-Olive.pdf
- Lewis, Jane. 1998. *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Chesterfield, Reino Unido: Ashgate Aldershot.
- Light, Donald. 1993. «Countervailing Power: The Changing Character of the Medical Profession in the United States». En *The Changing Medical Profession: An International Perspective*, editado por Frederic Hafferty and John McKinlay, 69-80. New York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Llopis, María. 2015. *Maternidades subversivas*. Navarra, España: Txalaparta.
- Macintyre, Sally. 1980. «The sociology of reproduction». *Sociology of Health & Illness*, 2, (2), 215–222. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10487797>
- Menéndez, Eduardo. 1984. «Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud». *Cuadernos de la Casa Chata*, 86. Buenos Aires, Argentina: CIESAS.
- Mol, Annemarie. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Oxfordshire, Reino Unido: Taylor & Francis.
- Narotzky, Susana. 1995. *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid, España: CSIC.
- Oakley, Ann. 1979. *Becoming a Mother*. Oxford, England: Martin Robertson.
- 1986. *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford, England: Basil Blackwell.
- 1987. «Home birth; a class privilege». *New Society*, 6 November.
- 1992. *Social Support and Motherhood: The Natural History of a Research Project*. Oxford, England: Basil Blackwell.
- Peyton, Tamara, Erika Poole, Madhu Reddy, Jennifer Kraschnewski y Cynthia Chuang. 2014. «Every pregnancy is different: Designing Health for the pregnancy ecology». *Conference on Designing Interactive Systems*: 577–86. <https://doi.org/10.1145/2598510.2598572>
- Pérez, Amalia. 2006. *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid, España: CES.
- Pilnick, Alison y Olga Zayst. 2015. «Advice, authority and autonomy in shared decision making in antenatal screening: the importance of context». *Sociology of Health & Illness* 38 (octubre): 343- 59. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12346>
- Puig de la Bellacasa, Maria. 2017. *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*. London, England: University of Minnesota Press.
- Rodger, Dianne, Andrew Skuse, Michael Wilmore, Sal Humphreys, Julia Dalton, Margarita Flabouris y Vicki Clifton. 2013. «Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South

- Australia». *Australian Journal of Primary Health* 19: 308–12.
<https://doi.org/10.1071/PY13029>
- Rojas Navarro, Sebastián, Patricio Rojas, Jorge Castillo Sepúlveda y Nicolás Schöngut Grollmus. 2018. «Reensamblando la medicalización. Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile». En Faraone, Silvia y Eugenia, Bianchi. (Comp.). *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Sadler, Michele, y Alexandra Obach. 2006. *Pautas de crianza mapuche*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios de Género/Universidad de Chile/Universidad de la Frontera.
- Silverman, David. 2011. *Interpreting Qualitative Data*. (4th ed.). Thousand Oaks, California, Estados Unidos: Sage
- Stewart, Andrew. 2014. «Case study». En: *Qualitative methodology: A practical guide*, editado por Jane Mills and Melanie Birks, 145-159. Thousand Oaks, California, Estados Unidos: Sage.
- Stake, Robert. 2006. *Multiple case study analysis*. New York, Estados Unidos: The Guildford Press.
- Taucher, Érica, e Irma Jofré. 1997. «Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso». *Revista Médica de Chile*, 125. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-210550>
- Thomas, Carol. 2011. «Deconstruyendo los conceptos de cuidados». En *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, editado por Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, 225-51. Madrid, España: Catarata.
- Tong, Rosemarie. 2009. *Feminist Thought: A More Comprehensive Introduction*. (3rd ed.) Boulder, CO, Estados Unidos: Westview Press.
- Tornay Márquez, Mari Cruz. 2019. «Educomunicación para la igualdad: Recepción crítica y empoderamiento mediático desde una perspectiva de género». En *Competencia mediática y digital: del acceso al empoderamiento*, editado por Ignacio Aguaded, Arantxa Vizcaíno-Verdú y Yamile Sndoval-Romero, 259-264. Madrid, España: Ediciones Grupo Comunicar.
- Torres, Jennifer. 2014. «Medicalizing to demedicalize: Lactation consultants and the (de)medicalization of breastfeeding». *Social Science & Medicine*: 159-66.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.013>
- Van Gennep, Arnold. 1969. *Los Ritos de Paso*. Madrid, España: Alianza.
- Vegas, Carolina. 2017. *Un amor líquido*. Bogotá, Colombia: Grijalbo.
- Zárate, María Soledad. 2007. *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago de Chile: Dibam.