



Geografías para un buen nacer: una aproximación geo(corpo)gráfica del parto en domicilio en Chile

Geographies for a good birth: a geo(corpo)graphic approach to home birth in Chile

Pía Rodríguez-Garrido¹

¹Doctora en Enfermería y Salud. Académica adjunta, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor, Santiago; Chile. Investigadora, Grupo de Estudios Mujer, Salud y Ética, Universitat de Barcelona; Barcelona, España. ✉ 

RESUMEN El parto en domicilio ha complejizado la epistemología del nacimiento cuestionando la institucionalidad. Así surge el interés por conocer las narrativas que las mujeres chilenas le otorgan al escenario del parto en domicilio. Entre octubre de 2018 y enero de 2019, se entrevistó a 30 mujeres utilizando elementos de los mapeos corporales. Mediante el análisis temático emergió la categoría central *geo(corpo)gráficas del parto en domicilio*, que implica un despliegue del cuerpo material/simbólico que permite que el nacimiento suceda; y tres subcategorías: *crear el escenario ideal para el parto*, que responde a imaginar y concretar el espacio ideal del nacimiento; *el mejor lugar para parir dejando fluir los instintos*, que se construye a partir de sentir y escuchar el cuerpo; y *resignificar el escenario ideal*, que implica otorgar un nuevo significado al domicilio para dar a luz. Las narrativas geo(corpo)gráficas del parto en domicilio reconocen la corporalidad y la disposición de este en el espacio, y permiten socializar el nacimiento y difuminar la barrera entre lo público y lo privado.

PALABRAS CLAVES Maternidades; Feminismo; Urbanismo Feminista; Entorno del Parto; Parto Domiciliario; Chile.

ABSTRACT Home birth has added a layer of complexity to the epistemology of birth, raising questions about its institutional aspects. From this standpoint, this article stems from an interest in the narratives that Chilean women ascribe to the scenario of home birth. Thirty women were interviewed between October 2018 and January 2019 using elements of body mapping. A central category emerged in thematic analysis: *geo(corpo)ographies of home birth*, which involves the deployment of the material/symbolic body in a manner that allows birth to occur. Three subcategories also emerged: *creating the ideal setting for childbirth*, which has to do with imagining and defining the ideal space for childbirth; *the best place to give birth letting instincts flow*, which is constructed by feeling and listening to the body; and *resignifying the ideal scenario*, which implies attributing a new meaning to the home in order to give birth. These geo(corpo)graphic narratives of home birth recognize corporality and its disposition in space, allowing birth to be collectively socialized, blurring the boundaries between the public and the private.

KEY WORDS Maternity; Feminism; Feminist Urbanism; Birth Setting; Home Childbirth; Chile.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento humano como fenómeno sociocultural se ha inscrito progresivamente como área de conocimiento en las ciencias humanas y sociales^(1,2,3). Significativos aportes han proporcionado perspectivas críticas sobre el debate que rodea la maternidad, el nacimiento, la crianza y los cuidados^(4,5,6,7,8,9). En ese sentido, su incorporación como foco de estudio ha generado importantes aperturas epistemológicas con el fin de problematizar el lugar y las condiciones en las cuales este ocurre. Un claro ejemplo, es la reflexión suscitada desde la arquitectura de maternidades a partir del desarrollo e implementación de espacios más cómodos y amenos para dar a luz dentro de los hospitales⁽¹⁰⁾.

Así, el análisis de la contextualidad se sustenta en que el escenario del nacimiento ha estado sujeto –producto de las excesivas intervenciones que se realizan cotidianamente en la atención biomédica de la gestación, parto y nacimiento– dentro de las instituciones sanitarias^(11,12). La evidencia y la bibliografía científica en la materia^(13,14) han enunciado estas intervenciones y la falta de autonomía que genera en la mujer, como actos de “violencia obstétrica”. El concepto ha sido ampliamente investigado^(15,16,17,18), no obstante, una de las definiciones más utilizadas es la dispuesta en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, en tanto la define como “la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de la salud”⁽¹⁹⁾.

Los estudios que abordan la violencia obstétrica señalan cómo las dinámicas internas de la cultura biomédica generan una serie de circunstancias que en su devenir obstaculizan el progreso fisiológico del parto, además de impedir el ejercicio libre y autónomo de las mujeres que lo llevan a cabo^(16,17). Solo por mencionar algunas cifras, de acuerdo con la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile realizada en 2018 por el Observatorio de Violencia Obstétrica⁽²⁰⁾, la administración de oxitocina sintética se

reportó en un 51,8% de los casos y el monitoreo fetal continuo en un 84,6%, ambos porcentajes en hospitales públicos. Cifras alarmantes si se considera que la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²¹⁾, en sus recomendaciones sugiere la administración de oxitocina sintética y la realización de los monitoreos fetales continuos solo en los casos que sea necesario.

Aun así, lo expuesto no alcanza a problematizar la relevancia de la espacialidad en donde se ejecutan esas prácticas. Por su parte, el parto planificado en domicilio interpela la idea del hospital como lugar único para dar a luz, confrontando la imagen social de seguridad que refleja la institución sanitaria ante la comunidad⁽²²⁾.

El escenario del nacimiento y las prácticas que suceden en su interior son espacios de disputas y debates en la actualidad, que vuelven significativas las interrogantes de dónde, cómo y con quién parir. Así, lo relativo a la comodidad del lugar y a la disposición del cuerpo material y simbólico de las mujeres en ese espacio se conjugan en una serie de características que conforman el escenario ideal del nacimiento en domicilio.

Puntualmente, el cuerpo material y simbólico atiende a nociones desarrolladas desde los estudios sociales del cuerpo para imbricar y complejizar el cuerpo orgánico, físico y biológico (material), con el cuerpo como prolongación de lo social y político respecto al entorno (simbólico)^(23,24). Comprender la articulación entre ambos cuerpos (material y simbólico) implica desatender la idea cartesiana de que somos seres fragmentados en el *senti-pensar-accionar*, cuestión fundamental para pensar nuestros cuerpos y los cuerpos de las mujeres que paren en domicilio.

Por lo mencionado es que surge el interés de conocer las narrativas que las mujeres chilenas le otorgan al escenario del parto en domicilio. Este estudio se enmarca en los hallazgos del tercer objetivo del proyecto de investigación “Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en Chile”.

Geografías para un buen nacer

La propuesta conceptual *geografías para un buen nacer* –concepto acuñado para este texto– implica propiciar y pensar las condiciones adecuadas para que cada mujer, al momento del parto, pueda tener un nacimiento digno en su condición humana⁽²⁵⁾ ya sea, en su hogar, en la calle, en el hospital, en la clínica, o donde este suceda. Incluso, podría hablarse de un *buen nacer* durante el proceso de gestación, parto y posparto, en tanto responde a las condiciones y exigencias mínimas y dignas que se requieren para habitar y transitar esos itinerarios de vida.

Es importante advertir que la noción de *buen nacer* para efectos de este texto, no alude a la comprensión eugenésica que implica el nacimiento de los mejores o más aptos en un Estado-nación que pretende la productividad de individuos nacidos sanos y fuertes⁽²⁶⁾; sino que conlleva más bien una variedad de comprensiones que permiten atender a las corpografías –como escenarios propios del cuerpo– y cartografías –como escenarios externos al cuerpo– en los cuales se desencadena el proceso de parto y nacimiento.

En ese sentido, me refiero a las corpografías –o también llamado mapeos corporales– como terminología que alude a:

La posibilidad que los cuerpos sean leídos desde lo cultural. Y es aquí donde necesariamente aparece el lenguaje y lo que a través del lenguaje los cuerpos significan, dicen, hablan, comunican, silencian o corpografían. Cuerpos que a través del lenguaje han dejado de ser simple carne y son, ahora, –aunque no lo quieran– cuerpos políticos.⁽²⁷⁾

Bajo esta noción, corpografiar el nacimiento deviene de situar el cuerpo de las mujeres gestantes como cuerpo-territorio⁽²⁸⁾ de resistencias y luchas ante las relaciones inequitativas de poder que se disputan al interior de la cultura institucional biomédica y que elaboran toda una biopolítica de *vigilancia policial del útero* en torno a sus cuerpos y subjetividades⁽²⁹⁾. En ese sentido, las “técnicas y

estrategias discursivas por las cuales es construido el género⁽³⁰⁾ se ven reflejadas en la interacción institución/mujer, siendo esta última vista performativamente como cuerpo máquina que requiere intervención, control y reparación⁽³¹⁾, situación que permite interpelar el espacio físico que se diseña para realizar estas acciones y prácticas.

Por su parte, la cartografía, desde nuestro entendimiento, no solo atiende el arte de trazar mapas geográficos, sino también, y desde las *geografías para un buen nacer*, implica un insumo epistémico y metodológico de praxis política para rastrear las experiencias cotidianas del nacimiento, condicionadas por la habitabilidad de los espacios físicos donde se realizan. Precisamente, es utilizado como “herramienta feminista de investigación para entender [...] experiencias e historias marginadas⁽³²⁾”.

Así, existen cartografías que reflejan los riesgos y peligros a los cuales las mujeres y disidencias sexo-genéricas están expuestas en un determinado territorio, como el caso de la plataforma “HarassMap”, cartografía diseñada para reportar y compartir experiencias de acoso sexual en todo Egipto⁽³²⁾. O con mayor precisión podríamos trazar mapas geográficos que indiquen cuáles son las instituciones sanitarias, equipos médicos y profesionales de la salud que ejercen violencia obstétrica hacia las mujeres y sus familias durante la gestación, parto y posparto. Cartografía que cabe destacar, sería de gran ayuda para las mujeres que buscan ser acompañadas por un equipo respetuoso al momento de dar a luz en una institución sanitaria.

Como señala Florencia Goldsman “a lo largo de la historia, los mapas fueron diseñados por hombres. Herramientas militares, de conquista, táctico y estratégico para invadir y (hasta hoy) explotar cuerpos y territorios⁽³³⁾, por ello y para subvertir a esa comprensión, me refiero a las *geo(corpo)grafías* como estrategia feminista desde territorios latinoamericanos, que resulta de la imbricación entre la geografía, las corpografías y las cartografías; comprensiones fundamentales para tejer la urdimbre entre lo público y lo privado de un *buen nacer*.”

Urbanismo feminista para un *buen nacer*: transitando entre lo público y lo privado

El debate de lo público y lo privado presenta una larga trayectoria al interior de los movimientos feministas occidentales^(34,35,36). La dicotomía en disputa pone en tensión cuestiones fundamentales en las relaciones interpersonales, las cuales históricamente han sido prescindidas o directamente anuladas de la dinámica social, a partir del ordenamiento genérico del espacio público. En ese sentido, la dicotomía público/privado refiere a “una de las armas principales del patriarcado para eliminar la presencia de las mujeres de los ámbitos de poder, entre ellos el espacio urbano, y hacernos sentir que no estamos donde debemos estar”⁽³⁷⁾.

La revolución industrial, como periodo histórico de mercantilización y auge del trabajador fabril, profundizó en la división sexual del trabajo a partir de la productividad que emergía de la organización social dominante de la época⁽³⁷⁾. Así, el espacio doméstico y las actividades relativas a este –como los cuidados, la economía y la gestión del hogar– pasaron a un segundo y tercer plano, perdiendo su valor social en el espacio urbano y rural.

Hoy en día, las dinámicas relativas a la división sexual del trabajo continúan siendo enunciadas, y son posiciones desde las cuales luchar políticamente por un justo y digno reconocimiento del trabajo no remunerado que hacen miles de mujeres en los distintos escenarios que configuran el sistema-mundo⁽³⁸⁾. El urbanismo feminista en ese camino ha aportado consistentemente al debate, en tanto promueve un cambio fundamental de valores: “Se trata de situarnos en nuevos procesos que miren y entiendan las necesidades de las personas y su resolución desde otras variables”⁽³⁷⁾. A su vez, *pone la vida en el centro*, esto significa reconocer la heterogeneidad de las personas y sus necesidades, en tanto confluyen en espacios de interacción y vínculos comunes.

Desde las *geografías para un buen nacer*, atender a la visión del urbanismo feminista

implica reconocer la necesidad de espacios en los cuales la maternidad, la lactancia, la crianza y los cuidados, se puedan socializar y realizar sin dificultades, en condiciones saludables y de bienestar. Sin ir más lejos, la atención del parto planificado en el domicilio puede ser una trinchera en la cual las propuestas del urbanismo feminista sean utilizadas para hacer dialogar e interactuar positiva, dinámica y complementariamente los espacios públicos (hospitales, clínicas) y privados (el hogar), tanto desde la realización del parto, como de visualizar públicamente el hogar como un espacio seguro para nacer en la actualidad. Por ello la urgencia de generar reflexiones, diálogos y transformaciones que permitan poner la vida, los cuidados y el nacimiento en el centro de la esfera pública.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Considerando la importancia de poner en el centro las narrativas y experiencias de vida de las mujeres, es que este estudio se encuadra en una metodología cualitativa de investigación^(39,40) con elementos del paradigma fenomenológico feminista, ya que otorga “una comprensión que surge de una interrelación ontológica que no solo ofrece la explicación de la experiencia incorporada, sino también, como una percepción encarnada que subyace a la producción de conocimiento y fundamentos políticos”⁽⁴¹⁾.

A su vez, y con motivo de profundizar en las vivencias desde las *geografías para un buen nacer*, se consideraron elementos de los mapeos corporales propuestos por la colectiva “Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo”⁽²⁸⁾, que trabaja bajo el propósito de pensar el cuerpo “como nuestro primer territorio y al territorio lo reconocemos en nuestros cuerpos: cuando se violentan los lugares que habitamos se afectan nuestros cuerpos, cuando se afectan nuestros cuerpos se violentan los lugares que habitamos”⁽²⁸⁾.

En ese sentido, la propuesta de los mapeos corporales –a estos efectos “corpografías”–

surge de la necesidad de sociabilizar y hacer dialogar las experiencias personales en espacios colectivos mediante “analizar y visibilizar cómo se viven a través de nuestros cuerpos las emociones, sensaciones y otras manifestaciones físicas y sensoriales en relación con los espacios y entornos que habitamos”⁽²⁸⁾.

Los elementos considerados desde los mapeos corporales para el desarrollo de este documento se relacionan con el uso de las narrativas de las participantes, en tanto reflejan en sus relatos la disposición de sus cuerpos en el espacio y territorio del nacimiento, particularmente, del parto en domicilio, y cómo ello configuró en sus subjetividades una representación social de lo que implica nacer por fuera de la hegemonía médica⁽⁴²⁾, esta comprensión se articula con las propuestas feministas latinoamericanas, en las que los mapeos corporales reflejan una larga trayectoria de trabajo colectivo a partir de la relevancia que la corporalidad y su vinculación con el entorno tiene para la comunidad^(43,44).

Contexto del parto en domicilio en Chile

La atención del nacimiento en Chile se realiza en un 99,6% al interior de las instituciones sanitarias⁽⁴⁵⁾. Esto responde al desarrollo de políticas públicas higienistas que, a partir de la década de 1960 puso énfasis en disminuir las altas tasas de mortalidad materna, únicamente a través de la institucionalización de la maternidad y del nacimiento, omitiendo otras variables de gran incidencia en su abordaje^(46,47).

Por su parte, el parto planificado y atendido por un matrn o una matrona profesional en el domicilio, asciende al 1% de los nacimientos en el país⁽⁴⁸⁾. Aunque su atención no es ilegal, existe un vacío en el código sanitario⁽⁴⁹⁾, el cual regula las funciones del matrn o la matrona profesional, en tanto señala que dentro de sus actividades están “la atención del embarazo, parto y puerperio

normales y la atención del recién nacido”⁽⁴⁹⁾; sin embargo, no indica el lugar en el cual estas deban llevarse a cabo, a la vez no especifica y/u otorga regulación en materia económica y, por ende, el lugar y financiamiento del parto en domicilio es de carácter privado a cargo de cada mujer y/o familia que lo realice, generando una tensión no resuelta entre las políticas públicas y la ciudadanía.

Situación geográfica del estudio

El trabajo empírico del presente estudio se realizó en Chile, país ubicado en América del Sur y subdividido en 16 regiones administrativas de norte a sur. Las mujeres que participaron de la investigación, al momento de la entrevista, habitaban en la zona norte grande (Antofagasta, Calama, San Pedro de Atacama y San Francisco de Chiu-Chiu), en la zona central (Santiago, Valparaíso, Viña del Mar, San Vicente de Tagua-Tagua, Curicó, Talca, Colbún) y en la zona sur de Chile (Chillán, San Fabián de Alico, Concepción, Tomé, Lota, Los Ángeles, Valdivia, Coyhaique).

Aproximación a las participantes

Se realizaron dos estrategias de identificación. Por un lado, se contó con la colaboración de la Asociación Gremial Maternas Chile, entidad que reúne –en su gran mayoría– a matronas y matrones que acompañan partos en domicilio en Chile. De este modo, su colaboración fue fundamental en la difusión e invitación a participar de este estudio a mujeres que habían acompañado en sus partos en domicilio. La segunda estrategia de identificación se realizó a través de la red social Facebook, a través de la cual se invitaba a participar del estudio a mujeres que habían tenido un parto planificado con una matrona o matrn en su domicilio y que desearan contar su experiencia. Ambas estrategias se llevaron a cabo entre mayo y agosto de 2018.

Características y selección de las participantes

Producto de la positiva respuesta que se obtuvo desde ambas estrategias, y considerando el carácter cualitativo de la investigación, se optó por aplicar los siguientes criterios de selección de las participantes: mujeres que habían planificado un parto en domicilio, acompañadas de una matrona o matrn; que al momento del parto y de la entrevista fueran mayores de

edad; que el recién nacido haya nacido vivo, y que hayan aceptado participar del estudio mediante la firma voluntaria del consentimiento informado. Luego de aplicar estos criterios, se seleccionaron 30 participantes (Tabla 1).

Respecto al perfil biográfico de las participantes, todas habían completado su educación escolar y 27 habían finalizado estudios universitarios. En su mayoría contaban con un trabajo remunerado al momento de la entrevista, a excepción de tres participantes. De las 30

Tabla 1. Perfil de las participantes del estudio. Chile, mayo-agosto de 2018.

Participante	Edad	Hijas e hijos previos	Zona de Chile-Ciudad	Presencia de la pareja en el parto	Partos en domicilio previos
P1	36	2	Central-Talca	Sí	0
P2	34	1	Central-Valparaíso	Sí	0
P3	38	1	Central-Santiago	Sí	0
P4	36	2	Central-Curicó	Sí	0
P5	35	2	Central-Santiago	Sí	0
P6	49	3	Central-Santiago	Sí	1
P7	33	3	Sur-Coyhaique	Sí	1
P8	34	2	Central-Santiago	Sí	0
P9	38	2	Central-Viña del Mar	Sí	0
P10	39	2	Central-Santiago	Sí	0
P11	32	1	Central-Santiago	Sí	0
P12	29	3	Central-Santiago	Sí	1
P13	31	2	Central-Valparaíso	Sí	1
P14	34	1	Central-Colbún	Sí	0
P15	30	1	Central-Valparaíso	No	0
P16	31	2	Central-Santiago	Sí	0
P17	31	1	Central-Santiago	Sí	0
P18	32	2	Norte grande-Calama	Sí	0
P19	30	3	Sur-Los Ángeles	Sí	1
P20	40	2	Central-San Vicente de Tagua-Tagua	Sí	0
P21	34	2	Sur-Valdivia	Sí	0
P22	33	1	Sur-San Fabián de Alico	Sí	0
P23	31	2	Sur-Concepción	Sí	0
P24	25	3	Sur-Chillán	Sí	0
P25	33	2	Sur-Tomé	Sí	0
P26	34	3	Norte grande-Antofagasta	Sí	0
P27	31	2	Norte grande-San Pedro de Atacama	Sí	1
P28	31	2	Norte grande-Calama	Sí	0
P29	28	1	Norte grande-San Francisco de Chiu-Chiu	Sí	0
P30	35	3	Sur-Lota	Sí	1

Fuente: Elaboración propia.

mujeres, 10 compartían los cuidados de sus hijos e hijas con algún familiar directo que, en la mayoría de los casos, era la abuela materna. Al momento de la entrevista, 29 participantes se encontraban en pareja, quienes participaron durante el parto en domicilio. A pesar de que las entrevistadas vivían en distintas zonas del país, cinco de ellas habían migrado desde Santiago (capital) a otras regiones, buscando mejores condiciones de vida.

Técnica de construcción de la información

Se optó por la entrevista individual semiestructurada, ya que como técnica presenta las características necesarias para identificar de manera clara, cercana y situada los enunciados y las formas discursivas que las mujeres chilenas le otorgan al escenario del parto en domicilio. Tal como señala Robles⁽⁵⁰⁾ la entrevista permite “penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias y las alegrías significativas y relevantes del entrevistado”⁽⁵⁰⁾.

Las dimensiones que sustentaron el guion orientativo de preguntas abordaron la existencia de antecedentes de partos en domicilio, tanto de sus familiares como propios; la información que tenían sobre el tema; la relación con las instituciones sanitarias; el vínculo con las personas que las acompañaron en el parto; el lugar en el cual se llevó a cabo y los significados sociales otorgados a este.

De este modo, las 30 entrevistas se realizaron en un lugar de conveniencia para las participantes, que en la mayoría de los casos fue su domicilio, ya que aún estaban en el periodo de puerperio (posparto y lactancia). Todas las entrevistas se realizaron de manera presencial en una sesión durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018 y enero de 2019, cada una tuvo una duración promedio de 2 horas.

Consideraciones éticas del estudio

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universitat de Bar-

celona, bajo el registro IRB00003099. A su vez, se aplicó un consentimiento informado a las participantes en el cual se detallaban las características, propósitos y objetivos del estudio e implicaciones de su participación. También se explicitaba el carácter voluntario, el total resguardo de su identidad y el cuidado de la información recogida durante el trabajo de campo que involucrara su participación. El consentimiento se envió, en primera instancia, por correo electrónico a las 30 participantes. Posteriormente, se leyó en conjunto, y fue firmado de manera presencial, quedándose ellas con una copia.

Criterios de rigor metodológico

Durante todo el desarrollo del estudio y particularmente del material para este artículo, se aplicó el listado de preguntas *standards for reporting qualitative research (SRQR)*⁽⁵¹⁾, el cual considera diversos tópicos vinculados al rigor de la investigación, que van desde la selección del título adecuado hasta la redacción del informe final.

A su vez, se trabajó bajo el criterio de flexibilidad en el desarrollo de este estudio⁽⁵²⁾, a partir de reconocer mi posición como investigadora en la contextualidad del parto en domicilio en Chile. En ese sentido, me enuncio como matrona que durante años trabajó en una institución sanitaria, cuestión que me permitió transitar en el constante cuestionamiento frente a las prácticas biopolíticas que se dan al interior de la institución y en mi ejercicio profesional, enfrentando lo que la antropóloga Brigitte Jordan⁽⁵³⁾ señala como “conocimiento autorizado”. En esa línea, la epistemóloga feminista Bárbara Biglia⁽⁵⁴⁾ describe la existencia de una responsabilidad política en las investigaciones, que no debe limitarse a “nombrar los propios posicionamientos [sino más bien a] analizar cómo estos influyen en las producciones de saberes”⁽⁵⁴⁾.

Así, enunciar y enunciarse termina siendo una práctica de emancipación frente a las biopolíticas que regulan el quehacer humano, particularmente y en este caso, frente a los lugares y formas de venir al mundo.

Análisis de la información

Las entrevistas fueron grabadas en formato audio para luego ser transcritas de manera literal por tres personas: una profesional socióloga, un trabajador social y la investigadora principal del estudio, los dos primeros como apoyo externo a la investigación. Una vez transcritas las entrevistas, retornaron a las participantes con el propósito de contar con su aprobación para el manejo de la información dispuesta en el texto, frente a esto, todas las participantes estuvieron de acuerdo con el informe final. Posteriormente, el material fue vertido en el software Atlas ti versión 8.4.0 en español para proceder a su lectura, codificación, categorización y posterior análisis.

Para el análisis de los datos, se optó por abordar la información recogida desde el análisis temático cualitativo propuesto por Braun y Clarke⁽⁵⁵⁾. Este tipo de análisis implica disponer y trabajar la información recogida a partir de seis fases, estas fueron: a) la familiarización de los datos; b) generación de códigos iniciales; c) buscar los temas centrales; d) revisar esos temas centrales; e) definir y enunciar los temas centrales; y, por último, f) la redacción y producción del informe final.

La aplicación de las fases descritas generó la emergencia de una categoría central de análisis: *geo(corpo)grafías del parto en domicilio*; y tres subcategorías: *crear el escenario ideal para el parto; el mejor lugar para parir: dejando fluir los instintos; y resignificar el escenario ideal*.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Geo(corpo)grafías del parto en domicilio

Las narrativas analizadas bajo la noción *geo-grafías para un buen nacer* atienden a la *geo(corpo)grafías del parto en domicilio* como unidad que engloba una serie de fenómenos que suceden al momento de decidir el espacio, el escenario, la compañía y la

(dis)posición corporal con la cual se dará a luz. Esta comprensión emerge a raíz del despliegue del cuerpo material y simbólico de las mujeres dentro del domicilio y la significación que le otorgan a este, en tanto escenario primordial para que se desencadene –de la manera más fisiológica posible– el nacimiento.

En ese sentido, atender al cuerpo material y simbólico involucra a la vez pensar(se) como cuerpo político, individual y social⁽⁵⁶⁾, en tanto unidad subjetiva en la cual convergen experiencias y formas discursivas⁽⁵⁷⁾ en torno al nacimiento.

Asimismo, el cuerpo material y simbólico nos recuerda que “las acciones que tejen la trama de la vida cotidiana –incluyendo desde las más inútiles o inaprensibles hasta las que se desarrollan por entero en el escenario público– implican la participación de lo corporal”⁽⁵⁸⁾.

Es aquí donde ocurre la primera conexión entre el cuerpo de la mujer y el lugar en el cual se dispondrá para el nacimiento, a tal punto que no desean parir en otro lado más que en el que han preparado, así lo refieren estas participantes:

Siempre supe que yo quería parir en la pieza de arriba, en nuestra pieza. Todos me decían que no, que era mejor estar cerca del baño y en verdad, no salí de arriba, o sea, salí al principio, pero después solo quería estar arriba. (P14, cita 38)

Yo sentía que no necesitaba a nadie, quiero mi casa y quiero mi lugar. (P19, cita 2)

La conexión que genera ese espacio para las participantes se entiende como un lugar que va más allá del mero espacio físico-arquitectónico; más bien se entiende como un lugar “donde el placer de estar a solas se cruza con algo más amplio: la política del género y el poder. El hecho de haber sido sociabilizadas para pasar desapercibidas afecta la predisposición de las mujeres”⁽⁵⁹⁾. En ese sentido, la política del género se refiere a la performatividad que provocan las acciones respecto a los estereotipos de género y su carácter

político, tanto en el cuerpo material como en el cuerpo simbólico. Del mismo modo, el “poder” se traduce en la autonomía que implica la toma de decisiones frente al escenario que ellas mismas eligen para dar a luz. Deviene de reconocer y reconocerse en ese lugar y el “poder” que tienen sobre él en tanto reconocen olores, texturas y la cotidianidad que les rodea y que hace de ese lugar un espacio cómodo y cercano para dejar fluir el proceso de parto:

Tenía que estar en el ambiente más cómodo posible para dejar fluir todo este proceso que es tan fisiológico y tan conectado con lo primal, por lo tanto, no sé, somos mamíferos, estar en ambientes ajenos o no sé tan estériles como un pabellón central, pueden completamente inhibir el instinto natural de parir, creo yo. (P9, cita 20)

A su vez, la disposición de lo corporal en el espacio físico implica reconocerse y descubrir una faceta poco conocida de su cuerpo. Parafraseando a Spinoza⁽⁶⁰⁾, es inesperado lo que un cuerpo –simbólico y material– puede lograr. Los gemidos, las posiciones, los sonidos guturales, las sudoraciones y la excitación son algunas de las expresiones y sensaciones fisiológicas que suceden durante el parto –en domicilio– y que producto de su institucionalización desconocemos que suceden, a la vez que las participantes no sabían que sus cuerpos podían hacer, tal como lo describen a continuación:

Yo hacía unos ruidos raros y estaba como en un trance, un trance lindo exquisito, así una sensación muy rica, mucho calor, recuerdo que transpiraba mucho, se me caían los mocos. (P3, cita 31)

Me metí al agua, y fue un ácido, exquisito, estar en el agua era... caliente... el momento de las contracciones era súper doloroso. (P3, cita 34)

En ese incipiente desconocimiento, las mujeres se enfrentan cara a cara con la construcción

social del parto basado en el dolor y el miedo; no obstante, parir en domicilio les entrega la oportunidad de resignificar y desmitificar esas emociones, a la vez de (re)conocer otras que no sabían de su existencia, como el “trance exquisito” que señala la participante y que bien describe la matrona Consuelo Ruiz⁽⁶¹⁾ como “parto sin dolor”, o la escritora Casilda Rodríguez⁽⁶²⁾ como “parto orgásmico”.

De este modo, al momento de decidir un parto en domicilio, la construcción social que se tiene sobre el nacimiento configura todo un escenario ideal, el cual las mujeres –creen– deben preparar para que el parto suceda como un acontecimiento existencial poderoso.

Crear el escenario ideal para el parto en domicilio

La construcción social que se tiene y se sabe sobre el nacimiento implica, para las entrevistadas, imaginar y crear el espacio ideal para que suceda el parto; trabajo que se realiza de improviso, en tanto el parto en domicilio refleja una heterogeneidad de fenómenos que suceden y que varían de acuerdo a cada mujer. Se identifica a partir de esto, que no existe una construcción ideal del escenario del parto, sino más bien y como describe esta participante, reconoce lo que no le gustaría que le hicieran en ese momento, por ejemplo, los actos y manifestaciones de violencia obstétrica:

Yo busqué el parto en casa por miedo a la violencia obstétrica [...] que te digo ahora que parí en casa, si tuviera otro hijo pariría en la casa, se lo recomiendo a todo el mundo. (P1, cita 11)

El hogar, como escenario posible para evitar los actos de violencia obstétrica, y diseñar o crear el entorno adecuado, se vuelve una actividad primordial, sobre todo, desde la parte logística de cara a la comprensión de nido que este adquiere y que poco tiene de real en la disposición actual de las viviendas, en donde el valor de la vida, los cuidados y la

crianza no están contemplados como prioridad. Por ello, diseñar el entorno adecuado para el parto en domicilio requiere de diversas transformaciones:

Yo siento que preparamos mucho la casa, mucho nido, mucho de pintar, arreglar, para recibirla. Yo cuando ya supe que venía traté de hacer todos los pendientes porque sabía que después ya iba a tener poco tiempo. (P21, cita 3)

Como señala el Colectivo Punto 6 “la configuración espacial es poco flexible y los usos están muy definidos por su forma física (el dormitorio, el salón, la cocina...), hasta el punto de que el propio nombre define su uso”⁽³⁷⁾. En ese sentido, la construcción patriarcal y androcéntrica de las viviendas no consideran las necesidades, funcionalidades y transformaciones que las personas van adquiriendo en su ciclo de vida, incluso el nacimiento como fenómeno social y cultural no está considerado al interior de las viviendas ni en la habitabilidad de los espacios.

Por este motivo y ante el desconocimiento del escenario que la mujer y su familia debe organizar previo al parto, la matrona o el matrn que acompaña el nacimiento se vuelve una figura fundamental en la orientación, ya que una de sus actividades durante los controles gestacionales tiene relación con visitar el domicilio, orientar los espacios y sugerir los utensilios que serán usados durante el parto y posparto. Así lo comentan estas participantes:

Fue súper sencillo, porque como la matrona trabaja, es que ella va a tu casa un día, ve el espacio, dónde es más adecuado, “necesitamos dos estufas, necesitamos dos toallas que puedas botar a la basura, necesitamos una sabanillas, acceso al agua caliente, una cocina”, y ya. (P3, cita 33)

La matrona igual tenía como un listado de las cosas que debíamos tener, como que la teníamos igual como bien

preparadita. Teníamos muchas cosas que al final no usamos, también me habían prestado una silla de parto, tenía como el típico fular colgado, al final no use ni una de esas cuestiones. (P2, cita 39)

A pesar de las sugerencias y servicios que presta la matrona o el matrn que acompaña el parto en domicilio en orientar la preparación del escenario, elegir y organizar el espacio es un proceso tan personal e íntimo, que muchas veces el lugar ideal preparado para parir termina siendo el lugar menos cómodo.

Ninguna logística, que salga donde tenga que salir, de hecho, terminó siendo en la pieza del hermano porque yo me quise ir para allá, porque no sé, fue donde me sentí cómoda [...] pero no, no me preparé así nada, así como “voy a preparar la habitación del parto”, no, nada. Que salga nomás. (P8, cita 32)

La razón principal era que nosotros no estábamos en nuestro espacio, en nuestra casa y aunque la casa de ella –de la matrona– era como más bacán que nuestra casa, igual nosotros preferíamos estar en nuestro espacio, y es como que yo siento como una gata, como que quiere estar en su hábitat al parir como... es como una condición de las mamíferas. (P12, cita 48)

En ese sentido, el cambio de planes es una situación que suele suceder en la organización de un parto en domicilio. Tanto desde el lugar como de las condiciones en las cuales este ocurre. Esto implica ir encontrando a lo largo del trabajo de parto el lugar más cómodo y confortable para dar a luz. Desde una perspectiva paleo-obstétrica⁽⁶³⁾, esta conducta es similar a la evidenciada en los mamíferos domesticados cuando buscan el mejor rincón para parir dentro del hogar, tal como lo describe la participante cuando se autodefine como “una gata que quiere estar en su hábitat”.

El mejor lugar para parir: dejando fluir los instintos

El cambio de planes se relaciona con sentir y escuchar el cuerpo. Sensaciones que solo pueden percibirse cuando se “está de parto” y no previo a este. Por eso, el escenario ideal creado para el nacimiento pensado racionalmente, a partir de la construcción social que se tiene del parto, se aleja de la realidad en la cual ocurre finalmente. ¿Qué cambios suceden en ese tránsito? Así lo expresa esta participante:

Yo soy muy de cabeza, siempre como que la cabeza ha estado sobre mi cuerpo, me gusta leer, me gusta pensar, me gusta hablar, y en esos momentos ni hablaba ni pensaba, o a veces con mis hijos también, es algo como animal, no es racional, no es algo, y parir es, brutal no, y es hermoso, entonces, es tu cuerpo y eres tú, y la mente se apaga. (P1, cita 52)

Estuve en mi pieza, acostada en la cama, no quería pelota, ni una cuestión, yo estaba acostada en mi cama, y me hice pipi, me hice caca, yo igualmente, como a las nueve de la mañana se llevaron a mi hija, porque yo quería gritar, y ella tenía dos años y estaba asustada. Entonces vino mi mamá y se la trajo para acá, y ahí yo grité mucho y me sentí muy bien porque al gritar como que te alivias mucho. (P1, cita 53)

Como bien describe la participante, durante la fase activa del parto, la mente de las mujeres literalmente se “apaga”. Ese tránsito de pasar de la racionalidad a la irracionalidad o a la mente apagada, el ginecoobstetra Michel Odent⁽⁶⁴⁾ lo atribuye a la inhibición del neocórtex (área cerebral ubicada en el lóbulo frontal), ya que durante el trabajo de parto activo esta parte del cerebro debe parar de trabajar en tanto concierne a la actividad racional del ser humano, por lo cual, para que se desencadene el parto, es necesario evitar cualquier estímulo que lo active y así permitir que actúe la oxitocina (hormona fundamental

para que se desencadene el parto) y trabaje el cerebro primitivo o mamífero. Algunas participantes experimentan esta situación de una manera placentera y mística:

Súper doloroso, pero el momento en que no estaba de contracciones estaba en un estado de placer, era una gueá así ¡brutal!, era muy sensorial. (P3, cita 32)

Tuve como una experiencia media..., como media mística, que me acuerdo que cuando salió la guagua lo único que vi fue luz, así como un destello de luz, así como mucha luz, y como de repente esa luz se fue apagando hasta que vi a la guagua. (P6, cita 74)

Por lo cual, a raíz de las sensaciones antes descritas, el lugar diseñado para dar a luz termina transformándose, así también, los elementos que acompañan ese momento, como la música, el calor:

Bajó mucho la bulla entonces eso era como lo que más quería, silencio, que por ejemplo habíamos visto música que yo quería escuchar, pero como que se me olvidó, no quería nada, ni esa música. (P11, cita 28)

Me acuerdo que el baño tenía que estar cerrado, la ventana cerrada, todo cerrado con un vapor gigante pero que estuviera calentito. (P19, cita 3)

Dejar, soltar y permitir que el cerebro primitivo actúe^(12,64) implica, por momentos, querer estar acompañada y en otros, sobre todo en la fase activa del parto, estar sola en el espacio:

Muy al comienzo... mi mamá tenía un tono que era un tono que no tenía nada que ver, estaba con una voz fuerte y ella estaba probablemente con ansiedad, entonces decía cosas como “¡vamos hija!” que era como... en un momento le pegue un tchsss que creo que fue así como... de ahí no dijo nada más. (P3, cita 30)

Le dije a mi marido “déjame sola”, así como los caballos que se aíslan, yo me fui a una pieza, y me abracé a un cojín y ahí estuve, pensando, pensando, sola, sola, y ya, le pedí ayuda cuando sentí que era mucho, le pedí para que me llenara la tina y todo, y después el parto, pero en el parto mismo, también, o sea, la matrona me decía, le decía a él “hazle cariño”, y yo le decía “¡suéltame!” Entonces, me gusta el tema de estar sola, pero él fue fundamental, porque trajo las sábanas calientes, las toallas, todo. Me preparó el ambiente, agüita, todo. (P8, cita 31)

A diferencia del parto institucional, el parto en domicilio no está socializado en la escena pública, ni menos bajo las comprensiones antes descritas. En ese sentido, es un acontecimiento que permanece bajo el silencio de lo privado. Por ello, cuando una mujer da a luz fuera de la institución sanitaria –muchas veces– el entorno no sabe qué hacer ni como colaborar.

De alguna manera, el camino que ha transitado la cultura del nacimiento⁽⁶⁵⁾, desde realizarse lejos de la sociedad hasta el interior de los hogares, fue con el propósito de ser socializado ante la comunidad; no obstante, fue perdiendo ese sentido no tan solo por su traslado a las instituciones sanitarias, sino también por la patriarcalización de los espacios en tanto lugares poco amenos y aptos para maternar, parir y criar en comunidad. Tal como señala Sara Ahmed “la recuperación de lo emocional pone en jaque la tradición cartesiana que entroniza la razón a expensas del cuerpo. Una circunstancia que [...] responde a una lógica de género (y sin duda también colonial) que denigra lo femenino”⁽⁶⁶⁾.

Promover y fomentar espacios colectivos del parto en domicilio implica, bajo la noción del urbanismo feminista, establecer “nuevos modelos de socialización, educación y crianza desde lo comunitario y, muchas veces, con fuertes raíces feministas [como] una respuesta colectiva a una necesidad de la vida cotidiana”⁽³⁷⁾.

Resignificar el escenario ideal

Dejar fluir y reconocer la disposición del cuerpo material y simbólico en el escenario del parto permite que las mujeres resignifiquen el domicilio y su espacialidad como lugar idóneo para dar a luz y así construir una nueva y mejorada imagen social del nacimiento humano, tal como lo describe esta participante:

Parir en casa se puede, es hermoso, lo hermoso no siempre es cómodo ni fácil, pero vale la pena todo el rato, y se lo recomiendo a todas, todas las mujeres, de verdad que lo intenten [...] y si no pueden no pasa nada, pero que lo intenten. (P1, cita 48)

No obstante, cabe destacar que para que el parto en domicilio sea resignificado positivamente en el imaginario social⁽⁶⁷⁾ debe dejar de ser un privilegio de algunas mujeres y familias. Ese privilegio va desde tener un domicilio o lugar para parir, el coste económico que se requiere para financiarlo, y estar amparado bajo políticas públicas sanitarias que resguarden su realización satisfactoria y el traslado en el caso de que sea necesario.

Todas estas condiciones son las que se necesitan para que el parto en domicilio se realice bajo parámetros mínimamente dignos y saludables.

Poder tener tu guagua sin que nadie te moleste, sin que nadie te interrumpa, sin que nadie te corte, y teniéndolo en un espacio como de intimidad con tu familia, tener ese recuerdo, que tus hijos, si tienes otros hijos y participan de la experiencia, tengan ese recuerdo, como de la llegada de un hermano, eso no tiene precio. Entonces, ponerse a regatear, por eso a mí como me parece un poco raro, pero bueno, también tiene que ver con los privilegios en los que uno... que yo, de los que yo gozo también en parte. Hablo desde ese lugar. (P7, cita 39)

En este sentido, el panorama nacional no aboga por estas condiciones. Lo más cercano a ello es tener la “suerte” de que al momento del parto haya un turno propiamente respetado en el hospital, o el “dinero” para elegir un equipo respetuoso en una clínica privada.

Aquí es donde se vuelve fundamental transitar entre lo público y lo privado, en tanto el domicilio y la institución sanitaria se transformen cultural y estructuralmente en espacios idóneos, seguros y amenos para el nacimiento humano. En ese marco y desde el urbanismo feminista “es fácil ver que la libertad que las ciudades contemporáneas les ofrecen a las mujeres sigue atravesada por normas de género que dictaminan cuáles son los espacios y los roles apropiados para ellas”⁽³⁷⁾.

El nacimiento humano desde finales del siglo XIX⁽⁶⁸⁾ ha estado relegado principalmente a los espacios institucionales sanitarios, privando de libertad y autonomía a las mujeres que lo llevan a cabo, producto de su representación social, la cual ha sido construida bajo nociones tecnocráticas y biopolíticas, anulando el domicilio como espacio seguro y válido para dar a luz.

Me gustaría lograr eso, lograr que las mujeres pudieran acceder, en el sistema público, a un parto distinto, no solo en las clínicas. Eso a mí me gustaría mucho, que fuera un derecho de todas las mujeres y no solo de las salas especiales, sino que donde sea, el parto sea un evento respetado, un acto tranquilo, pacífico. (P6, cita 57)

La atención del nacimiento hoy en día en la mayoría de los países y en Chile⁽⁶⁹⁾, no es una situación que las mujeres y familias puedan decidir libremente.

Considerando la diversidad de experiencias que implica el nacimiento, es inconcebible pensar hoy que la única forma de atención validada en las políticas públicas sanitarias nacionales y en la hegemonía médica sea la atención institucional. Dentro del universo heterogéneo de mujeres, existen algunas que efectivamente prefieren dar a

luz dentro de un hospital; no obstante, existe otro grupo no menor que prefieren parir en el hogar. Sin embargo, para este último grupo de mujeres no existen criterios que resguarden y aseguren la realización del parto en condiciones mínimamente saludables.

Así también, existen mujeres que le atribuyen un valor agregado a las variables vinculadas al trato y a la compañía, más que al lugar propiamente tal, así lo describe esta entrevistada:

Creo que eso es lo más valioso que yo aprendí, no era la casa en sí misma, no es el hospital en sí mismo, son las personas, las personas que te acompañan, las personas que te rodean las que definen al final cual es el nivel de intervención que tu vayas a tener o no, o si van a respetar tu parto o no, entonces yo creo que eso es lo más valioso que he podido reflexionar en este tiempo, quizás, y lo digo también desde una posición súper privilegiada en que uno puede elegir de qué personas rodearse. (P16, cita 15)

No obstante, y como señala la participante, el privilegio de elegir dónde, cómo y con quién parir, no puede ser una característica que defina si el parto será o no respetado, y que se dé o no en las mejores condiciones. Más aún, a nivel institucional, son pocos los espacios en los cuales las mujeres puedan parir bajo parámetros que respeten sus derechos y decisiones, por ello, el parto en domicilio se vuelve la opción más digna y saludable de dar a luz en la actualidad:

Tuve al bebé en mí, en brazos, nos fuimos a nuestra cama, no tuvimos que lavarlo, pudo quedarse así como con todo su olor, no, maravilloso, vinieron mis vecinos, mis amigos, todos llorando, no, muy muy bonito, muy bonito. Ni comparable, a todo, vino a reparar, porque no creo que tenga más hijos, y vino a reparar todo, las otras cosas que había vivido, darme cuenta de oh, sí, que bonito, vale la pena, de verdad. (P1, cita 51)

Recomiendo que más mujeres se atrevan a tener un bebé en sus casas, porque no hay nada más lindo que recibir a tu hijo en tu espacio, donde está tu gente, tu cariño, hasta tus vibras, tu energía, todo. Yo siento que es lejos la mejor decisión de mi vida, ojalá poder tener mi otro bebé también de la misma forma, siento que tiene muchos más beneficios que un hospital. No es como que quedé traumada en un hospital, pero me sentí muy sola, no me gusta estar sola. Entonces no, volver a sentir eso, en cambio en casa uno está con sus seres queridos, te sientes cómoda, sabes todo dónde están tus cosas, no hay como eso. La tranquilidad del lugar, maravilloso. (P18, cita 4)

Las geografías para un buen nacer expresadas en el lugar del parto conjugan una serie de sucesos que le otorgan al espacio físico la categoría de “escenario ideal y digno” para nacer. La compañía, el calor, la calidez, la tranquilidad, por mencionar algunas de las características relevantes para las participantes, se vuelven fundamentales para diseñar y formar el nido que recibirá al recién nacido. Las mujeres entrevistadas son enfáticas en señalar que “no hay nada más lindo que recibir a tu hijo en tu espacio” y eso es debido a que nacer en casa permite resignificar el hogar como un espacio de encuentros, anécdotas, vínculos, en el cual la vida cotidiana y el *buen nacer* se (re)encuentran en un mismo espacio y tiempo.

REFLEXIONES FINALES

Conocer las narrativas geo(corpo)gráficas, que las mujeres chilenas le otorgan al parto en domicilio, implicó reconocer una serie de fenómenos que ocurren al momento de parir, y que se relacionan directamente con la corporalidad de la mujer y su disposición en un espacio físico particular para dar a luz.

En ese sentido, se identifican una serie de trayectorias que se inician con la imaginación, creación y diseño del “espacio ideal” para el parto. La gestión de este escenario se

realiza a partir de la construcción social que se tiene sobre el nacimiento, por ende, la música, la iluminación y la cercanía con el baño, son algunas de las características fundamentales al momento de “preparar el nido”. No obstante, el tránsito del trabajo de parto hace que la mujer experimente sensaciones de dolor y placer fluctuantemente, generando que el “escenario ideal” se modifique a último momento. Finalmente, transitando a la fase activa del trabajo de parto y pronta a parir, el escenario físico toma características primordiales para un nacimiento cómodo y sin obstáculos. Aquí, el libre movimiento, el calor y el agua caliente, se vuelven trascendentales y valoradas al momento de dar a luz.

Es posible pensar el parto en domicilio como propuesta sanitaria y política de cara a disminuir las brechas de mal trato asociadas a la atención sanitaria. Es claro que modificar el escenario físico donde sucede el nacimiento debe ir acompañado de un cambio cultural urgente. De alguna manera significan transformaciones que en el mediano y largo plazo tienen importantes repercusiones, sobre todo, en el desarrollo humano y social de las personas.

Por eso, el parto en domicilio debe ser considerado y atendido dentro de las discusiones y decisiones tanto sanitarias, políticas, sociales, económicas y culturales de los países, ya que es un fenómeno que, a pesar de suceder dentro del hogar, tiene gran injerencia en el quehacer colectivo de las comunidades. Es así como puede ser un gran aporte pensar estas reflexiones desde la geografía y el urbanismo feminista, considerando el impacto que tiene para estas disciplinas el bienestar y la dignidad de las mujeres y sus familias en materia de habitabilidad y su relación con el entorno.

Esto es un claro ejemplo de que las barreras dispuestas entre lo público y lo privado pueden ser perfectamente difuminadas con el propósito de priorizar la vida en común y, a su vez, poner en el centro de la esfera pública el nacimiento, los cuidados, los vínculos y la crianza, para propiciar mayores y mejores espacios comunes y diversos, en donde todas, todos y todes puedan participar activa y políticamente del/su territorio.

FINANCIAMIENTO

La investigación titulada "Fortalecimiento de la mujer en la decisión de un parto en domicilio en Chile" que dio origen a este artículo recibió financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile, Folio 72180224, Convocatoria 2017.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que desinteresadamente colaboraron desde sus convicciones éticas y políticas para esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chodorow N. El ejercicio de la maternidad: Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Barcelona: Gedisa; 1984.
- Cohen-Shabot S. Making loud bodies "feminine": A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*. 2016;39(2):231-247. doi: 10.1007/s10746-015-9369-x.
- Rodríguez-Garrido P. Maternidades en resistencia y discurso social. *Musas*. 2020;5(1):1-2.
- De Beauvoir S. *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard; 1949.
- Irigaray L. *Le corps-à-corps avec la mère*. Paris: Pleine lune; 1981.
- Mead M. *Sex and temperament in three primitive societies*. London: Routledge & Sons; 1935.
- Rich A. *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños; 2019.
- Scheper-Hughes N. *La muerte sin llanto: Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel; 1997.
- Villamea S, Massó E. Cuando los sujetos se embarazan: Filosofía y maternidad. *Dilemata*. 2015;7(18):1-11.
- Müller A, Parra M. La arquitectura de la maternidad: Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*. 2015;7(18):147-155.
- Hernández JM, Echevarría P. La parte negada del parto institucionalizado: explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. 2014;69(2):327-348.
- Olza I. *Parir: El poder del parto*. Madrid: Penguin Random House, Grupo Editorial España; 2017.
- Goberna-Tricas J, Boladeras M. *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Barcelona: Tecnos; 2019.
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud productiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. [Internet]. Naciones Unidas; 2019 [citado 3 oct 2021]. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/74/137>.
- Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X. 2019;18(1):100007. doi: 10.1016/j.eurox.2019.100007.
- Jardim D, Modena C. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26:e3069. doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069.
- Lansky S, Ventura de Souza K, Rezende de Moraes Peixoto E, Jefferson B, Grilo C, Figueiredo N, de Oliveira R, de Lima A. Obstetric violence: influence of the Senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;5(24):2811-2824.
- Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdún D, Leiva-Rojas G, Skoko E., Gillen P, Clausen J.A. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*. 2016;24(47):47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002
- República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Capítulo III, art. 15, no 13 [Internet]. 17 sep 2007 [citado 10 oct 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdk8yvwj>.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile [Internet]. 2018 [citado 14 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mr23v36t>.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. 2018 [citado 14 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n9bdut8>.
- Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. (In)seguridad del parto en el domicilio: una revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*. 2020;21(2):e37-e46.
- Esteban ML. *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra; 2004.
- Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1995.
- Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós; 2009.

26. Vallejo G, Miranda M. Enseñando a custodiar el "buen nacer": Los estudios universitarios de Eugenesia en Argentina (1942-1980). *Varia Historia*. 2017;33(61):49-78.
27. Planella J, Jiménez J. Gramáticas de un mundo sensible: De corpógrafos y corpografías. *Estudios Utopías y Praxis Latinoamericana*. 2019;24(87):16-26.
28. Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo. *Mapeando el cuerpo-territorio: Guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios*. Quito: Clacso; 2017.
29. Goodwin M. *Policing the womb: Invisible women and the criminalization of motherhood*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
30. De Lauretis T. *Technologies of gender: Essays on theory, film and fiction*. London: Macmillan Press; 1989.
31. Davis-Floyd R. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Fundación Creavida; 2009.
32. Escuela de Estudios de Género. *Espacialidades Feministas: Cartografías de espacialidades feministas*. Boletín Anual #5 [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016 [citado 10 abr 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/53k75d4h>.
33. Goldsman F. *Cartografías feministas: en la intersección de las tecnologías y los territorios*. Píkara [Internet]. 2020 [citado 13 sep 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc2j4hfj>.
34. Federici S. *Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2017.
35. Kolontai A. *Marxismo y revolución sexual*. Madrid: Miguel Castellote Editor; 1976.
36. Luxemburgo R. *La crisis de la socialdemocracia*. Madrid: Akal; 2017.
37. Col·lectiu Punt 6. *Urbanismo feminista: Por una transformación radical de los espacios de vida*. Barcelona: Virus; 2019.
38. Wallerstein I. *Análisis de sistema-mundo: Una introducción*. Madrid: Siglo XXI Editores; 2005.
39. Denzin N, Lincoln Y. *El campo de la investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa*. Vol. 1. Barcelona: Gedisa; 2012.
40. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós; 1994.
41. Fielding H. *A feminist phenomenology manifesto*. In: Fielding H, Olkowski D, eds. *Feminist phenomenology futures*. Indiana: Indiana University Press; 2017. p. 9-10.
42. Menéndez EL. *El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos*. *Desarrollo Económico*. 1985;24(96):593-604.
43. Espinoza Y. *Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano*. Buenos Aires: En la Frontera; 2010.
44. Lan D, Rocha HL. *Feminist methodologies for mapping oppressed geographies in Argentina*. *Geopauta*. 2020;4(4):46-67.
45. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario de Estadísticas Vitales* [Internet]. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [citado 10 mar 2022]. Disponible en: <https://tinyurl.com/58xu2vu6>.
46. Zárate MS. *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*. 2a ed. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2008.
47. Zárate MS. *Parto, crianza y pobreza en Chile*. En: Sagredo R, Gazmuri C. *Historia de la vida privada en Chile 3: El Chile contemporáneo, De 1925 a nuestros días*. Barcelona: Taurus; 2010. p. 13-47.
48. Asociación Gremial de Matronas de Parto en Casa, Maternas Chile. *La situación nacional del parto en casa* [Internet]. 2019 [citado 20 ago 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrxuc6h4>.
49. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Código Sanitario, Artículo 117, Decreto 725* [Internet]. Última modificación 6 nov 2020]. 2020 [citado 2 oct 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p882vrw>.
50. Robles B. *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico*. *Cuicuilco*. 2011;18(52):39-49.
51. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. *Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations*. *Academic Medicine*. 2014;89(9):1245-1251. doi: 10.1097/ACM.000000000000388.
52. Calderón C. *Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario*. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76:473-482.
53. Jordan B. *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden, and the United State*. Vermont: Eden Press Women's Publications; 1980.
54. Biglia B. *Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social*. En: Medina I, Luxán M, Legarreta M, Guzmán G, Zirion I, Azpiazu J, eds. *Otras formas de (re)conocer: Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*. País Vasco: Universidad del País Vasco, Seminario Interdisciplinar de Metodología de Investigación Feminista; 2010. p. 21-44.
55. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
56. Scheper-Hughes N, Lock M. *The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*. 1987;1(1):6-41.

57. Foucault M. La arqueología del saber. Barcelona: Siglo XXI Editores; 2009.
58. Le Breton D. La sociología del cuerpo. Madrid: Sirola; 2018.
59. Kern L. Ciudad feminista: La lucha por el espacio en un mundo diseñado por hombres. Barcelona: Bellaterra Edicions; 2021.
60. Spinoza B. Ética demostrada según el orden geométrico. Madrid: Editora Nacional; 1980.
61. Ruiz C. El parto sin dolor. Santiago: Ediciones Almagó; 2013.
62. Rodríguez C. Pariremos con placer. Murcia: Cauac Editorial Nativa; 2014.
63. Arsuaga JL. El primer viaje de nuestra vida. Madrid: Ediciones Planeta Madrid; 2012.
64. Odent M. La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad. Tenerife: Ob Stare; 2014.
65. Rodríguez-Garrido P, Goberna-Tricas J. Birth Cultures: A qualitative approach to home birthing in Chile. *Plos One*. 2021;16(4):e0249224. doi: 10.1371/journal.pone.0249224.
66. Ahmed S. La política cultural de las emociones. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
67. Castoriadis C. L'institution imaginaire de la société. Paris: Editions de Seuil; 1975.
68. Rodríguez-Garrido P, Pino-Morán JA, Goberna-Tricas J. Exploring social and health care representations about home birth: An integrative literature review. *Public Health Nursing*. 2020;37(3):422-238. doi: 10.1111/phn.12724.
69. Ortega-Barreda E, Carós-Ventura LM, Clemente-Concepción JA, Rojas-Linares C, Pérez-González AM. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. *ENE Revista de Enfermería*. 2017;11(1).

FORMA DE CITAR

Rodríguez-Garrido P. Geografías para un buen nacer: una aproximación geo(corpo)gráfica del parto en domicilio en Chile. *Salud Colectiva*. 2022;18:e3848. doi: 10.18294/sc.2022.3848.

Recibido: 18 oct 2021 | Versión final: 15 abr 2022 | Aprobado: 5 may 2022 | Publicado en línea: 16 may 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.3848>