



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Vol 6  
Núm. 2  
2021

REVISTA DE  
INVESTIGACIÓN

mujer

salud

sociedad

ISSN 2385-7005

**MUSAS**

Derechos de las  
mujeres en procesos de  
salud. Vulnerabilidad y  
enfoque feminista desde  
Latinoamérica.

# TRANSITANDO HACIA UNA MATRONERÍA FEMINISTA Y SITUADA EN LATINOAMÉRICA

*Transitioning Towards a Feminist and Situated Midwifery in Latin America*

Pía Rodríguez-Garrido

Universidad de Barcelona (*Barcelona, España*)

Universidad de O'Higgins (*Rancagua, Chile*)

Correo electrónico: [piarodriguezgarrido87@gmail.com](mailto:piarodriguezgarrido87@gmail.com)



La llamada *historia universal* que conocemos y hemos aprendido ha sido testigo del orden patriarcal, capitalista, capacitista y colonial del trato, atención y cuidados que la medicina occidental —pragmática y conservadora— ha generado hacia nuestros cuerpos. Esos cuerpos, como diría Anzaldúa, *fronterizos* o de los *bordes* (2016), que habitan espacios no reconocidos ni visibles por la hegemonía. Esas corporalidades silenciadas de la historia oficial, de los libros y relatos de escuelas, que han permanecido en las sombras del conocimiento público para quedarse en la intimidad de los saberes populares.

Esas corporalidades de mujeres pobres, madres, racializadas, trans, chicanas, con discapacidad, privadas de libertad, y/o habitantes de Abya Yala han sido objeto de estudio, de análisis y de biopolíticas institucionales que han olvidado el sentir, el diálogo, la comunidad, el buen trato, la autonomía y la agencia de sus trayectorias.

Desde la década de los setenta se problematizaba acerca de la pérdida de estas características en un modelo de atención propio de la medicina alópata. En los noventa,

el antropólogo Eduardo Menéndez lo enunciaba como «modelo médico hegemónico» y lo entendía como un modelo que «se caracteriza por cumplir una serie de funciones [...] a través de actividades técnicas específicas, pero que potencialmente tienden a reproducir el sistema dominante» (1998, p.19).

La *historia universal* que conocemos ha sido testigo de ese «modelo médico hegemónico», ese modelo que cree defectuoso el cuerpo de las mujeres, ese modelo que no respeta la fisiología y sus procesos, ese modelo que necesita intervenir y alzar la voz para saberse útil, ese modelo que atiende y aspira a la integridad corporal obligatoria.

Es ese modelo —encarnado en la figura institucional y biomédica— el que hoy en día es responsable de una serie de actos, procedimientos e intervenciones perjudiciales para la salud y el bienestar de las mujeres, y que continúa enseñándose en las escuelas de salud (enfermería, medicina, obstetricia, por mencionar algunas) en gran parte de las universidades y con muy pocos cuestionamientos.

En su respuesta, distintas fundaciones, colectivos y organizaciones internacionales de renombre han visualizado lo complejo que se ha tornado la atención y los procesos de salud y enfermedad de las personas en la actualidad, un ejemplo de aquello es lo relativo al proceso de gestación y nacimiento, y las recomendaciones protocolares realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre ello. Por mencionar algunos de sus documentos, se encuentran los «Cuidados en el parto normal: una guía práctica» (OMS, 1996), «Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud» (OMS, 2014) y, más recientemente, las «Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva» (OMS, 2019). Todas apuntan a mejorar el trato, respetar y fomentar la autonomía de las mujeres —y sus familias— durante los procesos de gestación, parto y posparto.

En ese sentido, una de las premisas que implica este cambio de paradigma que transita desde el «modelo médico hegemónico» a uno social, situado y feminista, implica justamente el derecho humano al acceso a la salud desde una comprensión de salud y bienestar bajo parámetros de dignidad en el acceso y en la atención, y de respeto a la diferencia y la diversidad de todas las personas.

Es así como emergen profesionales de la salud que se definen como «feministas», «disidentes», «diversas» e «inclusivas» que vienen a alterar el *statu quo* disciplinar y gremial de la obstetricia tradicional hegemónica. Como es el caso de matrones y matronas

de Chile, comprometidas con el malestar social, con las desigualdades socioeconómicas y con la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de toda una comunidad.

¿Qué demandas devela esta nueva matronería? Respeto a las personas disidentes sexo-genéricas e inclusión de personas en situación de discapacidad en la atención de la salud sexual, reproductiva y afectiva. Problematizar la violencia gineco-obstétrica como violencia de género en los procesos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y personas con vulva. Socializar el nacimiento respetado/humanizado en el interior de los equipos de salud. Resguardar los derechos del recién nacido. Acceso a una educación sexual integral en todos los establecimientos educacionales desde edades tempranas. Regularización sanitaria en la atención profesional del parto en domicilio. Ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos en comunidades migrantes, así como pertenecientes a pueblos originarios. Del mismo modo, mejorar las condiciones laborales del profesional matrn/matrona. Aumentar sus remuneraciones. Proteger su salud mental, emocional y física. Problematizar los cargos históricamente precarizados. Cautelar el exceso de turnos extras. Fomentar espacios de encuentros gremiales.

La región latinoamericana, al igual que los cuerpos *fronterizos* de las mujeres que la habitan, ha sido territorio de extractivismo, luchas y también de resistencias. Es por ello su particularidad e importancia en la emergencia de nuevos paradigmas, comprometidos con el territorio y con fuerte consciencia social.

Debido a ello, la emergencia de una «matronería feminista» se construye con convicción, con argumentos, con años de experiencia y trayectoria, con injerencia pública y política, con evidencia, con compromiso social, con responsabilidad y ética, con empatía y esperanza, pero, sobre todo, con el sentido colectivo de construir una sociedad más justa, equitativa, digna e inclusiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANZALDÚA, Gloria. *Borderlands. La frontera. La nueva mestiza*. Madrid: Capitán Swing, 2016 [1987].
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. En: *Natura Medicatrix*. 1998, vol. 51, pp. 19-22.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra: OMS: 1996. Disponible en:  
[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud: 2019. Disponible en:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1214&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1214&isAllowed=y)

# **MATRONERÍA, ESTALLIDO SOCIAL Y COVID-19. DISCURSOS DE MATRONAS Y MATRONES CHILENOS EN TORNO AL ROL PROFESIONAL EN CONTEXTOS DE CRISIS**

*Midwifery, Social Outburst and Covid-19. Chilean Midwives' Discourses about their Professional Role in Contexts of Crisis*

Augusto Obando-Cid<sup>1</sup>, Gonzalo Infante-Grandón<sup>2</sup>

Autor correspondencia: Augusto Obando-Cid

Correo electrónico: [augusto.obando@ufrontera.cl](mailto:augusto.obando@ufrontera.cl)

1. Matrón. Magíster en Ciencias Sociales Aplicadas. Doctor en Procesos Sociales y Políticos en América Latina. Doctor en Ciencias Sociales. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. (*Temuco, Chile*)

2. Matrón. Licenciado en matronería. Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local. Doctorando en Salud Colectiva. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. (*Temuco, Chile*)

Recibido: 11/08/2020 Aceptado: 30/04/2021



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO.** La matronería en Chile tiene un incuestionable rol social, con particular protagonismo en contextos de crisis. Nace como profesión, ante una situación sociosanitaria de fenomenal vulnerabilidad de las mujeres. La presente investigación tiene por objetivo analizar los discursos sobre el despliegue e incidencia de la matronería en los escenarios propiciados por el «estallido social» de octubre 2019 y la pandemia de COVID-19. **MATERIAL Y MÉTODO.** La presente investigación adhiere al paradigma simbólico-interpretativo, desde una metodología cualitativa, situado en el enfoque de estudio de caso, en el que las estrategias de construcción de datos son documentales y conversacionales, utilizándose las técnicas de revisión documental para prensa escrita/*online* y entrevistas semiestructuradas. Se seleccionó 11 notas de prensa nacional y se realizaron 6 entrevistas semiestructuradas a matronas y matrones que se desempeñan en atención primaria, atención hospitalaria y docencia. Para el análisis de datos se utilizó la perspectiva de Verón de la semiosis social y el análisis de los discursos sociales. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** Frente al estallido social y la crisis sanitaria causada por la COVID-19, la matronería toma un rol activo de denuncia, demanda y emplazamiento a la autoridad sanitaria y gubernamental, visibilizando las necesidades de salud sexual y reproductiva, exigiendo que las gestantes sean consideradas población prioritaria en la pandemia, solicitando protocolos de acción, incluso generando uno, sin obtener respuesta, advirtiendo con interponer acciones legales para proteger a las mujeres y gestantes del país, ante el olvido tácito por parte del Ministerio de Salud.

**Palabras clave:** matronería; rol profesional; estallido social; COVID-19.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION AND AIMS.** The Midwifery in Chile has an unquestionable social role, with a particular role in crisis contexts. It was born as a profession in the face of a socio-sanitary situation of phenomenal vulnerability of women. This research aims to analyze the discourses on the deployment and incidence of the Midwifery, in the scenarios fostered by the social outbreak of October 2019 and the COVID-19 pandemic. **MATERIAL AND METHOD.** This research adheres to the interpretive symbolic paradigm, from a qualitative methodology, located in the case study approach, in which the data construction strategies are documentary and conversational, using documentary review techniques for written press -web and semi-structured interviews. 11 national press releases were selected and 6 semi-structured interviews were conducted with midwives who work in Primary Care, Hospital Care and Teaching. For data analysis, Verón's perspective of social semiosis and the analysis of social discourses. **RESULTS AND CONCLUSIONS.** Faced with the social outbreak and the health crisis caused by COVID-19, the Midwifery takes an active role in denouncing, demanding and summoning the health and government authority. Making sexual and reproductive health needs visible, demanding that pregnant women be considered a priority population in the pandemic, requesting action protocols, even generating one, without obtaining a response, warning with filing legal actions to protect women and pregnant women in the country, before tacit forgetting by the Ministry of Health.

**Keywords:** Midwifery; Professional Role; Social Outbreak; COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

La matronería en Chile tiene 186 años de historia desde su creación como profesión de la salud en el año 1834 (Binfra et al., 2011; Lillo et al., 2016). El ejercicio profesional se despliega por diversos ámbitos del conocimiento y quehacer sanitario, siendo transversal el acompañamiento de la mujer y su familia a lo largo de todo el ciclo vital. Las matronas y matrones tienen presencia en los diferentes dispositivos de atención sanitaria existentes en Chile, con preeminencia en el ámbito de la sanidad pública.

En el año 1952, en un contexto sanitario y social complejo para el Estado chileno, configurado por una alta mortalidad materno-infantil, mediante la Ley 10.383, se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) (Giacconi y Valdivia, 1994; Giacconi, 2018). La necesidad de dar amplia cobertura para la atención sanitaria del binomio madre e hijo, en el marco de la generación de una estrategia de salud materno-infantil, fueron el escenario propicio para que matronas y matrones se constituyeran en actores relevantes, para alcanzar el éxito de las políticas de salud pública de mediados del siglo XX (González y Zárate, 2019), contribuyendo en el mejoramiento de los indicadores de salud, particularmente en lo relacionado con los resultados de salud de la mujer y su familia, en tanto desarrollo de un modelo de «Estado benefactor».

El rol profesional de la matronería se despliega atendiendo a las necesidades, requerimientos y propuestas de las mujeres, no solo en el plano de la salud sexual y salud reproductiva (SSySR), sino también, en la forma de concebir y forjar la sociedad; por ello, la seguridad y el completo bienestar de la mujer constituyen el principal interés de los profesionales Matrona/Matrón (Cerdeira, 2020).

Lo anteriormente descrito da cuenta del histórico rol social que ha tenido la profesión a lo largo de la historia del país, con particular protagonismo en contextos de crisis. En tanto su creación como carrera profesional universitaria, tiene su génesis en una situación sociosanitaria de fenomenal vulnerabilidad de las mujeres. Es por ello por lo que su concurrencia, en virtud del rol profesional, es de particular interés para la presente investigación, la cual tiene por objetivo analizar el despliegue e incidencia de la matronería en los escenarios propiciados por el «estallido social» de octubre del 2019 y la pandemia de COVID-19 en Chile, desde el discurso de profesionales matronas y matrones pertenecientes al sistema de salud chileno.

## **Precarización y desmantelamiento del sistema de salud público como parte de la crisis de los cuidados**

En Chile, hasta los años ochenta, la asistencia sanitaria estaba administrada principalmente por el sector público. El financiamiento era gestionado por el Estado, que brindaba servicios de salud a través de una red de dispositivos de atención médica propia. Alrededor del 90 % de los egresos hospitalarios, y más del 85 % de las atenciones ambulatorias eran efectuados en la infraestructura estatal (Titelman, 2000). Durante la década de los ochenta, con el objetivo de instalar un modelo neoliberal, se llevaron a cabo reformas estructurales del Estado, lo que se tradujo en un cambio de la configuración y funcionamiento del sector de la salud en el país.

En el año 1979 se crea el seguro público de salud, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA), continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), dando acceso al ingreso a la modalidad de libre elección (MINSAL, 2016). En el año 1981, en consonancia con los principios y el marco normativo neoliberal —que se buscaba propiciar en la sociedad chilena—, se generó un sistema de salud privado, dando paso a la creación de aseguradoras particulares llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE); esto permitió la generación de un nicho de negocio para el mercado en torno a un derecho básico como la salud, en tanto las y los asegurados tienen, legalmente, gran libertad y amplitud de opciones para optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados (Gattini, 2018).

Respecto a la municipalización de la Atención Primaria en Salud (APS), la implementación trajo consigo problemas en su financiamiento, afectando la coordinación, referencia y continuidad de la atención entre la APS y los niveles de mayor complejidad de la atención sanitaria (Homedes y Ugalde, 2002). En la actualidad, pese a que la APS es considerada como el eje central de cualquier sistema de salud, dada su amplia cobertura y enfoque de territorialidad, el devenir, en el contexto chileno, está lejos de esta convención (Parada-Lezcano et al., 2016).

Es así como las reformas iniciadas en la década del ochenta generaron una profundización de las desigualdades en salud. Esto ha propiciado un escenario de «claustrofobia territorial» que determina una amplificación de las inequidades sociosanitarias, vigentes hasta el día de hoy (Infante-Grandón, 2017). Estas situaciones, mediadas por la clase/ingreso (capacidad de pago), debieron ser enfrentadas en la década del 2000, con una nueva reforma de salud, conocida como Plan AUGE (Olavarría-Gambi,

2011), que no tuvo incidencia sobre las inequidades, sino más bien reconfiguró un escenario en el que otros determinantes de la salud como la etnia, el género, relación urbano/rural, entre otras, asumieron protagonismo.

En efecto, el sistema privado, al que se destina el 57 % de los recursos que el país gasta en salud, beneficia a la población con mayores ingresos, más joven y sana. Mientras tanto, el sistema de salud pública, desfinanciado, debe cubrir las necesidades de más de 13 millones de habitantes, de menores ingresos, de mayor edad y, por ende, con mayores factores de riesgo de enfermar (Goyenechea y Sinclair, 2013). De esta forma, el sistema público de salud se ha visto desmantelado o instrumentalizado por el Gobierno de turno para acrecentar las ganancias de los *holdings* involucrados en el mercado de la salud (Labra, 2002).

### **Estallido Social y COVID-19 como atmósferas de interpelación**

El 18 de octubre del año 2019 comienza en Chile el movimiento social más grande de su historia, luego de que estudiantes secundarios, liderados por mujeres, se abalanzaran en masa para ingresar al tren subterráneo sin pagar por el servicio después de un alza de 30 pesos chilenos (0,036 Euros) en el coste del boleto (Silva-Peña y Paz-Maldonado, 2019). La revuelta social congregó rápidamente a todos los sectores de la sociedad de manera transversal. Las demandas dieron cuenta de una profunda desigualdad en el país, cuyo origen y perpetuación se sostienen en el modelo económico-social instalado por la dictadura militar (Ruiz y Caviedes, 2020).

La reducción de la pobreza, el crecimiento económico y la estabilidad democrática (Morán-Faundés, 2019) son los argumentos vinculados a un discurso transversal del espectro político chileno que dan cuenta de un Chile exitoso, que se distancia de sus pares latinoamericanos, refrendado en la calificación del país como un «oasis de estabilidad», en palabras del propio Presidente Piñera, nueve días antes del inicio del «estallido social» (Navarro y Tromben, 2019). Lo anterior, en profunda distancia y contradicción con lo manifestado por las voces sociales que se movilizan en el país, dando cuenta de una larga lista de descontento, que incluyen tópicos centrales —en clave de derechos— como salud, educación, pensiones, agua, fin a la colusión y corrupción empresarial, entre otras, bajo el rótulo de «el pueblo está en la calle pidiendo dignidad» (Silva-Peña y Paz-Maldonado, 2019).

Las protestas sociales coparon la agenda del año 2019 y llegaron al 2020, constituyendo un momento icónico la Marcha Feminista 8M, que el día 8 de marzo convocó a más de 2 millones de personas en las calles de todo el país (El Mostrador, 2020). Cinco días antes, el Ministerio de Salud (MINSAL) informaba del primer caso de coronavirus en Chile (MINSAL, 2020).

Durante el siglo XX, el mundo se ha visto enfrentado a otras epidemias, tales como las provocadas por la bacteria *vibrio cholerae* (Cólera), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), el virus del Ébola, el influenza virus subtipo A (H1N1) y el coronavirus en diferentes expresiones (MERS-CoV, SARS-CoV), entre otras. Sin embargo, la aparición del coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2) —mundialmente conocido como COVID-19— en Wuhan (China) (OMS, 2020), se establece como un evento excepcional que ha tensionado y superado los umbrales de lo que hasta ahora se consideraba como posible, tanto a nivel internacional como local. En el caso de Chile, viene a preceder y agudizar la crisis social y política.

La pandemia —que no solo se configura como una entidad biológica, sino que articula dimensiones sociales, económicas, políticas y culturales— interroga a los Estados, no solo a escala de sus sistemas de salud, sino también a niveles individuales, comunitarios y globales. En Chile, dicha interrogación ha dado cuenta de un sistema sanitario débil, fragmentado, golpeado por las consecuencias de un «estallido social» en curso, que pasó de atender una «epidemia de estallidos oculares» (INDH, 2020) a enfrentar una pandemia de coronavirus sin precedentes, con solo días de diferencia. En este trabajo nos planteamos como objetivo analizar el contexto de crisis social y sanitaria que enfrenta la matronería en Chile, desde la perspectiva de matronas y matrones chilenos y del soporte documental publicado en este período.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

La presente investigación adhiere al paradigma simbólico interpretativo (Creswell y Poth, 2018), planteándose que la realidad es construida simbólica e intersubjetivamente por los sujetos, utilizando para ello una metodología cualitativa (Pérez, 1994) que permite el acercamiento a la subjetividad y a las experiencias de matronas y matrones, situándose en el enfoque de estudio de caso (Stake, 2007), dado que se analizará el contexto de crisis social y sanitaria que enfrenta la matronería en Chile. Las estrategias de construcción de

datos son documentales y conversacionales (Denzin y Lincoln, 2017), utilizándose, para tales fines, las técnicas de revisión documental (para las noticias que se encuentran publicadas en la prensa escrita/*online*) y las entrevistas semiestructuradas (realizadas a matronas y matrones chilenos).

En consonancia con las estrategias y técnicas documentales propuestas, se construyó un corpus de noticias, de acuerdo al siguiente procedimiento: a) se realizó una búsqueda intencionada de noticias, en los portales de prensa escrita/*online*, de diarios de circulación nacional, entre los meses de octubre de 2019 y julio de 2020; utilizando las siguientes palabras clave: «Matronas», «Colegio de Matronas», «COVID-19», «Estallido Social», «Salud Sexual y Salud Reproductiva», encontrando 13 noticias, de acuerdo a los criterios descritos; b) luego se efectuó una lectura de título y contenido, bajo los criterios de relevancia de la noticia, su relación con el objetivo de la presente investigación y que fueran matronas y matrones los principales entrevistados, seleccionando 11 notas de prensa (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Corpus de Noticias seleccionadas

Título de la Noticia	Medio de prensa
Matronas advierten que clima de crisis social podría generar partos prematuros (Tele 13, 2019)	www.t13.cl
Colegio de Matronas pide al Gobierno que mejore el Presupuesto de Salud 2020: «Estamos casi con la misma dotación de la dictadura» (El Mostrador, 2019)	www.elmostrador.cl
La razones de la crisis estructural del sistema de salud público (Rojas, 2019)	www.elmostrador.cl
Matronas llaman a participar de manifestaciones por el Día Internacional de la Mujer (Radio Agricultura.cl, 2020)	www.radioagricultura.cl
Los desafíos de la nueva matronería feminista y diversa (Rojas, 2020)	www.elmostrador.cl
Seis Matronas del Sótero del Río con COVID-19 tras contagio de funcionaria en culto evangélico (Cooperativa.cl, 2020)	www.cooperativa.cl
Matronas piden al Gobierno no olvidar situación de embarazadas durante la pandemia (Casas, 2020)	www.biobiochile.cl

Colegio de Matronas pidió que el Gobierno apoye la extensión del postnatal (The Times Chile, 2020)	thetimes.cl
Colegio de Matronas pidió al Gobierno firmar protocolo de acción para el cuidado de los profesionales y las mujeres (Castillo, 2020)	www.adnradio.cl
Colegio de Matronas: «Embarazadas no son consideradas población de riesgo en la pandemia» (El Desconcierto, 2020)	www.eldesconcierto.cl
Matronas critican al Gobierno por primer fallecimiento de puérpera por COVID-19 (El Periodista Online, 2020)	www.elperiodista.cl

**Fuente:** Elaboración propia

Con relación a las matronas y matrones participantes, fueron invitadas/invitados (Martínez-Salgado, 2012), recogiendo su aceptación vía correo electrónico, considerando su deseo de participar, respetando cabalmente sus intenciones, temores o rechazos (Marzano, 2007); se seleccionaron por conveniencia, considerando la posibilidad y facilidad de acceder a ellas/ellos (Martínez-Salgado, 2012), dado que, en el momento de realizar las entrevistas, la pandemia de COVID-19 se superponía al “estallido social”, requiriendo un intenso despliegue de matronas y matrones en el sistema sanitario chileno, lo que implicó que algunas(os) de ellas(os) se manifestarán imposibilitadas(os) de acoger favorablemente la invitación, excusándose de participar; los criterios de inclusión fueron que las matronas y matrones se encontraran laboralmente activos, con experiencia laboral en el ámbito de la sanidad pública. Además, se buscó la diversidad de perfiles, dado que las y los informantes se ocupan en distintos niveles de atención del sistema de salud, con diferentes ámbitos de desempeño; con el mismo objetivo, los años de antigüedad en la profesión y la estancia en el cargo son diversos, lo que se tradujo en la selección de 6 informantes clave, como se puede ver en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Caracterización de informantes claves

Informante	Sexo	Edad (Años)	Nivel de atención	Ámbito de Desempeño	Estancia en el cargo	Años de egreso
Matrón 1	Masculino	41	II y III nivel de atención	Docencia Universitaria	6 años	17
Matrona 2	Femenino	54	I nivel de atención APS	Clínico y Directivo. Matrona Jefa de servicio y coordinadora del estamento en la APS comunal	10 años	30
Matrón 3	Masculino	32	I nivel de atención APS	Clínico y Directivo. Jefatura del Programa de Salud la Mujer	8 años	8
Matrona 4	Femenino	44	I nivel de atención APS	Clínico y Directivo. Jefatura del Programa de Salud la Mujer	16 años	21
Matrona 5	Femenino	37	III nivel de atención	Clínico	8 años	13
Matrona 6	Femenino	67	II y III nivel de atención	Docencia Universitaria	28 años	45

**Fuente:** Elaboración propia

Las entrevistas fueron de carácter semiestructurado, basándose en un guion de preguntas, enviadas previamente a través de correo electrónico, junto al consentimiento informado, realizándose a través de las plataformas virtuales Meet y Zoom, grabadas y transcritas.

Para el análisis de datos se utilizó la perspectiva de Verón (1993; 2013) sobre la semiosis social y la producción de los discursos sociales, lo cual se justifica

epistemológica y metodológicamente, en tanto el objeto de estudio son los discursos de matronas y matrones acerca del «estallido social» y la pandemia de COVID-19; ambos contextos de crisis se entrecruzan, constituyendo el objeto de análisis de la presente investigación. Este discurso posee «condiciones de producción», generando su propia «gramática de producción» (Verón, 2013).

El «estallido social» y la pandemia del COVID-19 son fenómenos contingentes y complejos, que se encuentran actualmente en desarrollo, razón por la cual se consideró relevante nutrir la presente investigación tanto con los discursos de la matronería presentes en los medios de comunicación como con los discursos de matronas y matrones desde su propia subjetividad situada, ya sea en la atención clínica de APS como en la atención hospitalaria y la labor docente, con el fin de explorar los discursos y los sentidos que emergen en torno a la matronería y los contextos de crisis analizados.

El procedimiento analítico, para lograr significación, se realizó mediante dos estrategias: 1) la interpretación directa de unidades textuales, distinguiéndolas, extrayéndolas y seleccionándolas del corpus de noticias y de las entrevistas, entendiéndose que ambos corpus poseen diferentes «gramáticas de producción» (Verón, 2013), integrándolos posteriormente para la construcción de sentido general entre ellos; 2) la suma y comparación de las unidades textuales, hasta poder decir algo de ellas como conjunto; 3) finalmente se clasificaron en códigos y categorías, siendo organizadas en redes de análisis, lo que permitió llegar a conclusiones que dan respuesta al objetivo de la presente investigación. Para el manejo de los datos cualitativos se utilizó el software ATLAS.ti en su última versión.

### **Aspectos Éticos**

En relación a los aspectos éticos y legales; basados en la Ley 20.120 (2006) sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y que prohíbe la clonación humana, y la Ley 20.584 (2012), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, especialmente en aquellos aspectos referentes a la solicitud de consentimiento informado, la protección de la identidad y la clasificación del estudio; de acuerdo con sus implicaciones para con la indemnidad de los sujetos participantes, se plantea que la presente investigación no vulnera su integridad, dado que la participación fue voluntaria, previa solicitud de consentimiento informado firmado vía virtual y remitido por correo electrónico,

protegiendo la identidad de entrevistadas y entrevistados, no recabando datos sensibles de los participantes, por lo cual es considerada de bajo riesgo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Considerando el corpus de prensa, en específico las noticias: «Colegio de Matronas pide al Gobierno que mejore el Presupuesto de Salud 2020: “Estamos casi con la misma dotación de la dictadura”» (El Mostrador, 2019) y «Las razones de la crisis estructural del sistema de salud público» (Rojas, 2019), se describe el escenario y contexto para el estallido social desde la perspectiva de salud y de la matronería.

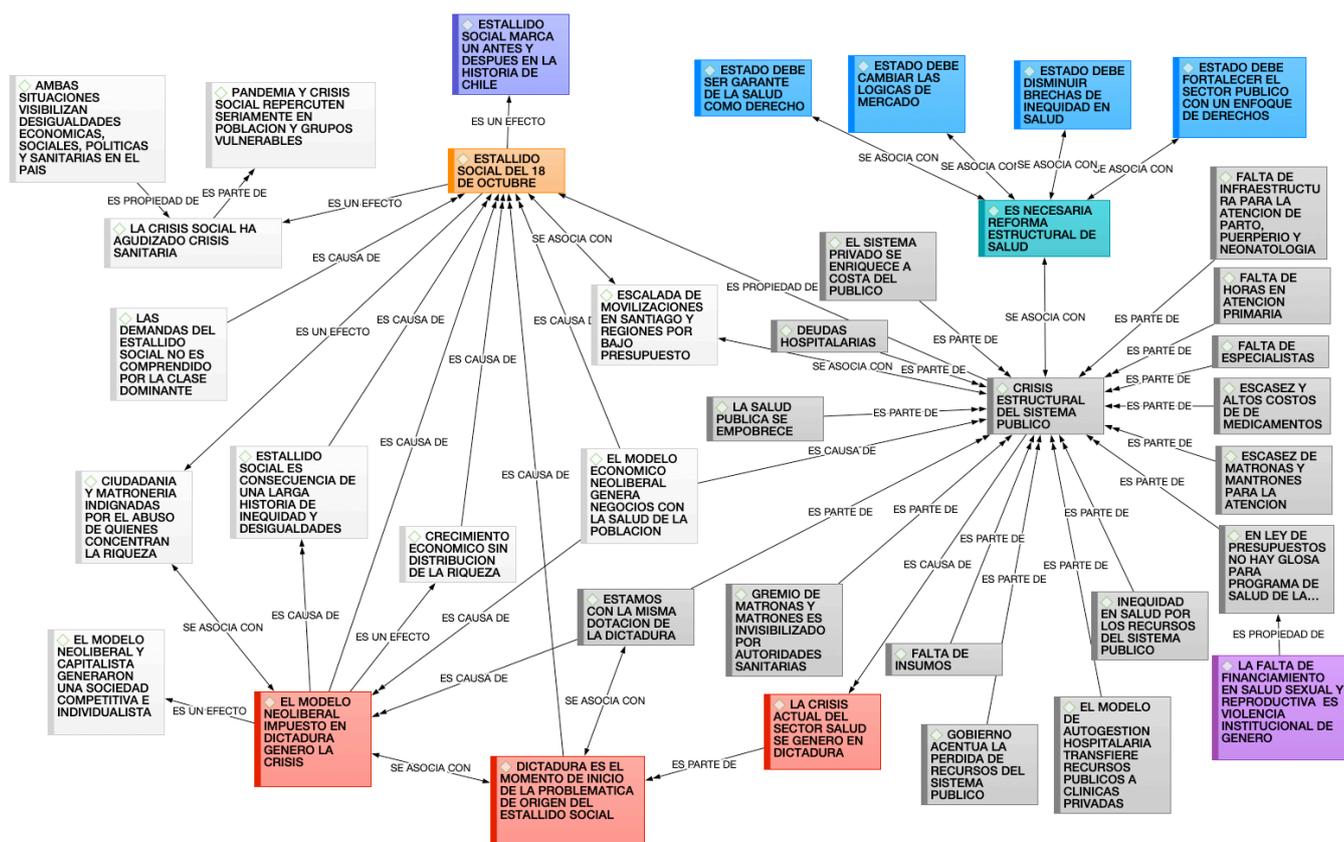
Unidades textuales, como las que a continuación se presentan, permitieron construir los códigos y categorías presentes en la red de análisis de la Figura 1:

No es posible que todavía tengamos prácticamente la misma dotación en los servicios públicos desde la dictadura de Pinochet. Necesitamos una inyección de recursos para la salud pública que sea sustancial y acorde a los requerimientos de la población más vulnerable. (Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas y Matrones, *El Mostrador*, 2019)

La crisis a la que ha llegado nuestro sistema de salud tiene su origen en las reformas establecidas en los años 80', en plena dictadura, como también por las políticas que profundizaron un modelo que negocia con las enfermedades de la gente. (Katuska Rojas, presidenta del Colegio de Matronas y Matrones Regional Santiago, 2019)

Con todas estas evidencias, la población chilena ya no quiere seguir esperando más soluciones a largo plazo. El Estado debe jugar inmediatamente un rol de aseguramiento de las condiciones sociales y económicas que logren disminuir las brechas de inequidad en salud, cambiando las lógicas de mercado y fortaleciendo al sector público con un enfoque de derechos, y para esto necesitamos urgente una reforma estructural de salud. (Katuska Rojas, presidenta del Colegio de Matronas y Matrones Regional Santiago, 2019)

Figura 1. Estallido social y su relación con la crisis de salud en Chile, desde la perspectiva de la matronería



Fuente: Elaboración propia

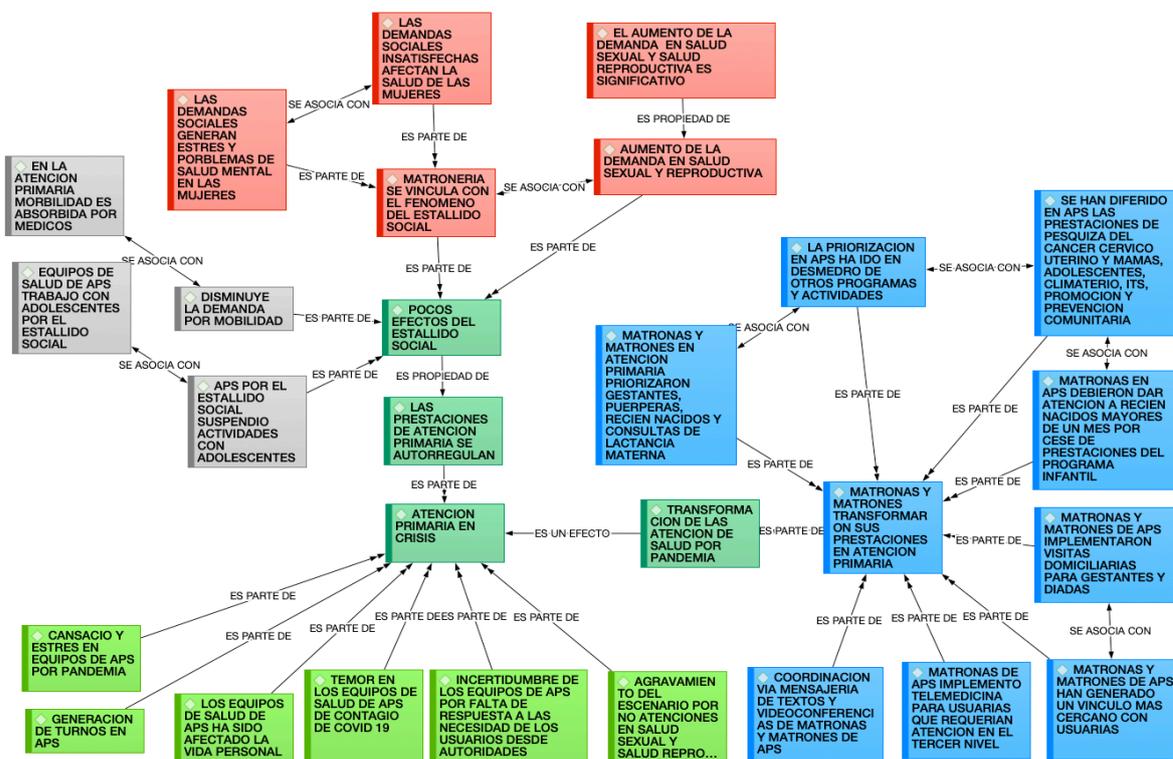
Según se observa en la Figura 1, la instalación del modelo neoliberal —durante la dictadura—, emerge como causa del «estallido social» del 18 de octubre en Chile. En este sentido, al modelo se le atribuye la generación de un gran crecimiento económico, acompañado por gran desigualdad en la distribución del ingreso en la población, como lo señalan Morán-Faundés (2019), Navarro y Tromben (2019) y Ruiz y Caviedes (2020). En paralelo, tuvo lugar el ingreso del sector salud al mercado, propiciando la participación de actores privados, lo cual culmina con la crisis estructural del sistema público de salud, como lo aseveran Titelman (2000) y Gattini (2018), lo que, desde el discurso de la dirigencia del Colegio de Matronas y Matrones, es parte de las causas del «estallido social».

Se describe, claramente, que la crisis social precede a la crisis sanitaria, transitando hacia la agudización con la pandemia de COVID-19; ambas crisis repercuten en la población general y en los grupos vulnerables de la sociedad, develando desigualdades económicas, sociales, políticas y sanitarias existentes en el país, en coherencia con lo planteado por Silva-Peña y Paz-Maldonado (2019) y Fuentes-García (2020).

La crisis sanitaria, que es parte de la crisis social, se observa a través de este empobrecimiento histórico del sector público, generado por las lógicas del mercado, siguiendo el análisis de Labra (2002). La desigualdad en la asignación de recursos, la fuga de dineros hacia los centros de atención privada —favorecido por los diferentes gobiernos a través de reformas—, generan una enorme desigualdad económica entre ambos sistemas, lo que da lugar a inequidades en salud entre quienes son atendidos por el sistema público, en contraposición con quienes concurren al sistema privado, en concordancia con lo planteado por Castillo y Molina (2020).

La carencia de recursos se expresa en la deuda hospitalaria, en la falta de especialistas, de infraestructura, de insumos y de medicamentos, sumado al alto costo de estos últimos en el mercado. La falta de horas en APS y la escasez de matronas y matrones para la atención sanitaria, en un contexto en el que el presupuesto para el sector disminuye, es lo que generó las movilizaciones de todos los gremios de la salud. Por otro lado, se menciona que no existe glosa para la SSySR en el presupuesto, situación que fue denunciada por el Colegio de Matronas y Matrones, considerando que, esta particular falta de financiamiento, es violencia estructural de género (Rojas, 2019).

**Figura 2.** Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva, crisis social y sanitaria en Chile, desde la perspectiva de la matronería



Fuente: Elaboración propia

La red de análisis de la Figura 2 se construye desde los enunciados presentes en los corpus de las entrevistas realizadas a matronas y matrones, dando cuenta del accionar profesional en el ámbito de la SSySR, en los contextos de crisis sanitaria y social.

Según el discurso de las matronas y matrones, la APS no vio tan afectadas sus funciones en relación con el «estallido social»; sin embargo, el fenómeno de autorregulación que posee este nivel de atención hizo disminuir las consultas de morbilidad y el trabajo con grupos sociales de la comunidad, entre ellos con las y los adolescentes; por otro lado, generó un aumento de las necesidades en SSySR, que, a juicio de las matronas y matrones, no se suspendieron, sino que continúan presentándose como demandas de salud de las mujeres.

Por otra parte, este vínculo de matronas y matrones con las mujeres —usuarias del sistema— les permite suscribir a las demandas sociales, además de observar el estrés y las problemáticas de salud mental que emergen a posterior del «estallido social» ante la ausencia de respuestas por parte del Estado, en correlato con lo planteado por Fuentes-García (2020).

Unidades textuales, como las que a continuación se presentan, permitieron construir los códigos y categorías presentes en la red de análisis de la Figura 2.

Dejo de manifiesto que la demanda en prestaciones en APS, se auto regula por sí misma. Es decir, disminuye en gran medida la demanda de atenciones por morbilidad y otras, sin embargo, las prestaciones desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva se mantienen en un nivel de demanda significativo. (M. Entrevistad\* 5)

También se hizo evidente el stress que provoca en las mujeres las demandas sociales no satisfechas y que dado la confianza y cercanía que la usuaria tiene con la matrona, lo dan a conocer al profesional en una forma de consulta de salud mental, obligando a realizar intervención en crisis en muchos de estos casos. (M. Entrevistad\* 6)

Lo complejo para la APS es la crisis sanitaria generada por la pandemia, que ha tenido diversos efectos sobre los equipos de salud, tales como: el cansancio y estrés, la generación de turnos para otorgar las prestaciones, el temor ante el contagio por COVID-19, la incertidumbre por la ausencia de respuestas por parte de las autoridades, en coherencia con el análisis de contexto realizado por Giovanella et al. (2021); presagiando un agravamiento del escenario, debido a la desatención de necesidades en SSySR de la población, desde la perspectiva de matronas y matrones.

Lo relevante del relato de matronas y matrones es que debieron transformar profundamente sus prestaciones y las formas de otorgarlas en APS, a diferencia de otros niveles de atención. Se destaca la priorización de algunas actividades y programas por encima de otros, tal es el caso del control prenatal, la atención de la puérpera y del recién nacido, además de la atención en planificación familiar y regulación de la fecundidad, desarrolladas a través de la estrategia de visita domiciliaria integral, en correlato con lo descrito por Infante y Obando (2020). Sin embargo, otros programas fueron dejados de lado, entre ellos la pesquisa de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mamas, la atención de adolescentes, climaterio e infecciones de transmisión sexual (ITS), además de todas las acciones de promoción y prevención que se realizan con grupos organizados de la comunidad, sobre la base de una atención por protocolo «más distante», de acuerdo a lo planteado por López (2020).

En relación con el trabajo administrativo y de gestión, este se coordinó a través del teletrabajo, utilizando tecnologías de la información y la comunicación, como mensajería de texto y videoconferencias. Por otra parte, y en esa misma línea, el uso de la telemedicina, para otorgar prestaciones, se ha transformado en una herramienta fundamental en este escenario de pandemia, destacando experiencias como la de la maternidad del Hospital Dra. Eloísa Díaz, de la comuna de La Florida en la Región Metropolitana, que inclusive pavimentó el uso de redes sociales como Instagram para relacionarse más ágilmente con sus usuarias (Leiva et al., 2021).

Se presentan a continuación unidades textuales que dan cuenta de los códigos y categorías de la red de análisis en el ámbito de la gestión:

Creo que, una vez más, Matronas y Matrones, asumen un rol profesional comprometido con la salud de la población que atienden, trabajo silencioso, adaptándose a la realidad de cada lugar. Incorporando acciones muy necesarias, por ejemplo: Control Prenatal en domicilio, pero como siempre, en una especie de «primera línea en la sombra». (M. Entrevistad\* 3)

Desde mediados de marzo del año en curso, el estamento completo de Matronas y Matrones del Departamento de Salud Municipal (DSM) tuvo que adecuar sus actividades debido a la contingencia actual en la APS, se coordinaron turnos de atención, se habilitaron líneas telefónicas y mensajería de texto para realizar teleconsultas, se disminuyó la atención presencial solo a gestantes, se mantuvo el recambio de métodos anticonceptivos (MAC) y atenciones dadas a domicilio, lo que en parte nos ha llevado a reforzar la importancia de la Salud Familiar, ya que hemos ido conociendo de mayor

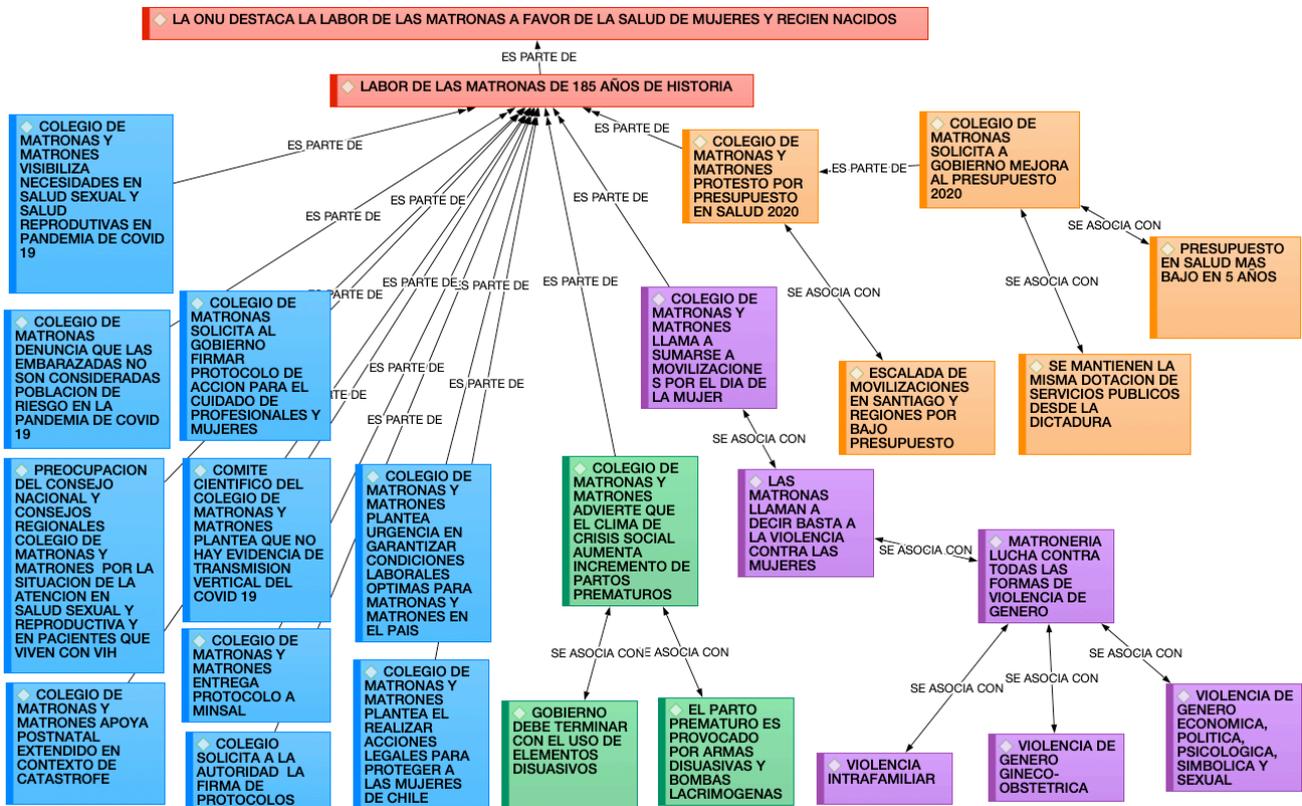
manera las diferentes realidades de las familias inscritas en el DSM. (M. Entrevistad\* 1)

Las atenciones se priorizaron en las gestantes, puérperas y recién nacidos y consultas de lactancia materna. Además de atenciones en planificación familiar ya sean por teleconsulta o en casos muy necesarios presenciales. (M. Entrevistad\* 2)

No puedo dejar de mencionar que los lineamientos que vienen desde el MINSAL, no se acercan en lo más mínimo a la realidad local; lo mismo ocurre con las directrices del Servicio de Salud, que llega a tal punto que no hay concordancia entre sí, entre los diferentes subdepartamentos. (M. Entrevistad\* 4)

La Figura 3 representa la red de análisis que describe el accionar del Colegio de Matronas y Matrones. Según lo atestigua el corpus de prensa revisado, este gremio ha tenido un rol social y político preponderante, tanto en el «estallido social» como durante la pandemia del COVID-19.

**Figura 3.** Acciones del Colegio de Matronas y Matrones frente a la crisis social y sanitaria en Chile



Fuente: Elaboración propia

En relación con el «estallido social», se observa claramente que la matronería, como gremio, hace patente la molestia ante el presupuesto de salud para el año 2020, considerándolo insuficiente, recalcando que es el presupuesto más bajo de los últimos cinco años, que mantiene la deuda histórica del sistema de salud, fraguado en la dictadura, cuya dotación de servicios sanitarios en la actualidad es la misma, desde la década de los ochenta. Por consiguiente, el Colegio de Matronas y Matrones adhiere a las movilizaciones, junto a los demás gremios de la salud, en el contexto del «estallido social», en virtud de una demanda transversal, dada la precaria situación presupuestaria, lo cual está consignado en la noticia: «Colegio de Matronas pide al Gobierno que mejore el Presupuesto Salud 2020: “Estamos casi con la misma dotación de la dictadura”» (El Mostrador, 2019).

Siguiendo en el contexto del «estallido social», la noticia «Matronas llaman a participar de manifestaciones por el Día Internacional de la Mujer» (Radio Agricultura.cl, 2020), el gremio adhiere y convoca a las movilizaciones en torno a la conmemoración del 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, planteando que es imperativo terminar con la violencia contra las mujeres y que la matronería en Chile está comprometida en poner fin a variadas formas de violencia de género, sea esta económica, política, psicológica, simbólica y sexual, incluyendo también la violencia intrafamiliar y la violencia gineco-obstétrica.

En coherencia con lo anterior, el gremio advierte que, ante la crisis social presente, habrá un aumento de partos prematuros, debido al uso de armas disuasivas y bombas lacrimógenas, llamando al gobierno a terminar con la violencia generada por las fuerzas del orden y seguridad, según la nota periodística: «Matronas advierten que clima de crisis social podría generar partos prematuros» (Tele 13, 2019).

Algunas unidades textuales, que develan el accionar del Colegio de Matronas y Matrones, frente a la problemática de la SSySR en el contexto de pandemia son:

Voy a ser dura con mi juicio, pero de verdad, esto nos tiene muy mal: el Ministerio de Salud tiene a las mujeres abandonadas a su suerte. No es posible que llevemos más de dos meses exigiendo tener protocolos para atención en salud sexual y salud reproductiva en medio de esta pandemia y aún no tengamos nada, y no nos han dado ninguna respuesta» Anita Román, Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones (El Periodista Online, 2020).

Todo el mundo sabe que deben vacunarse a los adultos mayores, embarazadas y niños pequeños, pero para esta pandemia las embarazadas no son

consideradas población de riesgo, y eso es bastante curioso. Desde el día uno hemos estado solicitando que se testeé a todas las pacientes ingresadas a las maternidades. Ellas son pacientes de alto riesgo» Ximena González, Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones Regional Rancagua (El Desconcierto, 2020).

Acorde con los anteriores enunciados, y en relación con la pandemia de COVID-19 y la crisis sanitaria generada, se puede observar que el Colegio de Matronas y Matrones toma un rol activo de denuncia, demanda y emplazamiento a la autoridad sanitaria y gobierno. En primer término, visibilizando las necesidades de SSySR, solicitando que las gestantes sean consideradas como una población prioritaria en la pandemia; requiriendo reiteradamente protocolos de acción, sin respuesta de la autoridad sanitaria, teniendo que desarrollar los equipos, de manera autónoma, protocolos propios, según lo descrito por Leiva et al. (2021); advirtiendo, dado el escenario, con interponer acciones legales para proteger a las mujeres del país. Por último, este gremio denuncia que las condiciones laborales en las que matronas y matrones realizan su trabajo no son óptimas debido a la exposición al contagio por COVID-19 y al olvido tácito de las gestantes y mujeres por parte del MINSAL y el gobierno.

### **Limitaciones del estudio**

Se reconoce que la presente investigación es inicial y exploratoria, en tanto el fenómeno a analizar, siendo contingente, complejo y encontrándose aún en desarrollo, requiere de un acercamiento teórico y metodológico que permita dar cuenta de dicha complejidad; por ello, la aproximación del presente estudio es parcial, además de desafiante, ya que ha querido combinar el análisis documental de los medios de prensa con el análisis de entrevistas para dar cuenta de la producción de discursos por parte de matronas y matrones acerca de la crisis social y sanitaria que vive Chile.

### **CONCLUSIONES**

La crisis social en Chile, performada en «estallido social» desde octubre de 2019, ha develado no solo las desigualdades sociales y económicas presentes en el país, sino que también ha dejado en evidencia el precario lugar de la salud como derecho, devenido bien de consumo y mercancía, en el escenario del modelo neoliberal. Por otra parte, la crisis sanitaria propiciada por el COVID-19, que ha suscitado problemáticas sociales,

económicas y políticas a nivel global, para Chile no ha sido la excepción, agudizando la crisis del sector salud y agravando las desigualdades e inequidades preexistentes.

Desde el discurso de las matronas y matrones, se percibe una articulación entre crisis social y sanitaria, debido a que las y los profesionales de la matronería conviven cercanos a las necesidades de las mujeres y las comunidades. Por otro lado, se observa, en el relato, la tensión entre las necesidades en salud que deben satisfacer y la institucionalidad como barrera —en tanto que no provee los recursos necesarios para la atención sanitaria—, dando lugar a la autoprecarización profesional en el ejercicio del rol en el sistema de salud.

Se plantea, desde el discurso de la matronería, como parte de las demandas, la necesidad de una reforma estructural del sector salud en la que el rol del Estado debe cambiar, transformándose en un garante del derecho a la salud, cambiando las lógicas del mercado, disminuyendo las brechas de inequidad, fortaleciendo el sistema público de salud desde un enfoque de derechos y no como mercancía o bien de consumo. Estos planteamientos se articulan con las otras demandas sociales enunciadas en el «estallido social» del 18 de octubre.

El devenir histórico de la matronería, desde su creación y posterior tránsito de la mano con las transformaciones del sistema de salud chileno, ha mostrado una faceta que no es solo clínico-asistencial, en el cumplimiento del rol, sino que ha dado permanentes y sostenidas evidencias de un fuerte compromiso social, expresado en el accionar gremial y de las y los profesionales que ejercen la matronería. En la actualidad, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, se posicionan como agentes sociales y políticos de relevancia.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a las y los colegas que contribuyeron con sus aportes y miradas, en tanto actores relevantes en momentos de crisis sanitarias y sociales, comprometidos con la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres y sus familias, en cada rincón de Chile.

## BIBLIOGRAFÍA

- BINFA, L., et al. Chilean midwives and midwifery students' views of women's midlife health-care needs. En: *Midwifery*. 2011, vol. 27, no. 4, pp. 417-423.
- CASAS, L. Matronas piden al Gobierno no olvidar situación de embarazadas durante la pandemia. En: *Biobiochile.cl*. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/04/10/matronas-piden-al-gobierno-no-olvidar-situacion-de-embarazadas-durante-la-pandemia.shtml](http://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/04/10/matronas-piden-al-gobierno-no-olvidar-situacion-de-embarazadas-durante-la-pandemia.shtml).
- CASTILLO, C. A.; MOLINA, H. El Sistema de Salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. En: *Revista Estado y Políticas Públicas*. 2020, vol. 14, núm. 8, pp. 53-67.
- CASTILLO, J. C. Colegio de Matronas pidió al Gobierno firmar protocolo de acción para el cuidado de los profesionales y las mujeres. En: *ADN Radio.cl*. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.adnradio.cl/nacional/2020/05/16/colegio-de-matronas-pidio-al-gobierno-firmar-protocolo-de-accion-para-el-cuidado-de-los-profesionales-y-las-mujeres.html](http://www.adnradio.cl/nacional/2020/05/16/colegio-de-matronas-pidio-al-gobierno-firmar-protocolo-de-accion-para-el-cuidado-de-los-profesionales-y-las-mujeres.html)
- CERDA, L. Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia. En: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020, vol. 85, núm. 2, pp. 115-122.
- COOPERATIVA.CL. Seis matronas del Sótero del Río con Covid-19 tras contagio de funcionaria en culto evangélico. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/seis-matronas-del-sotero-del-rio-con-covid-19-tras-contagio-de/2020-04-14/143847.html](http://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/seis-matronas-del-sotero-del-rio-con-covid-19-tras-contagio-de/2020-04-14/143847.html)
- CRESWELL, J. W.; POTH, C. N. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Los Ángeles: SAGE Publications, 2018.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Los Ángeles: SAGE Publications, 2017.
- EL DESCONCIERTO. Colegio de Matronas: «Embarazadas no son consideradas población de riesgo en la pandemia». 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.eldesconcierto.cl/2020/05/16/colegio-de-matronas-embarazadas-no-son-consideradas-poblacion-de-riesgo-en-la-pandemia/](http://www.eldesconcierto.cl/2020/05/16/colegio-de-matronas-embarazadas-no-son-consideradas-poblacion-de-riesgo-en-la-pandemia/)
- EL MOSTRADOR. Colegio de Matronas pide al Gobierno que mejore el Presupuesto Salud 2020: «Estamos casi con la misma dotación de la dictadura». 2019. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.elmostrador.cl/dia/2019/10/09/colegio-de-matronas-pide-al-gobierno-que-mejore-el-presupuesto-salud-2020-estamos-casi-con-la-misma-dotacion-de-la-dictadura/](http://www.elmostrador.cl/dia/2019/10/09/colegio-de-matronas-pide-al-gobierno-que-mejore-el-presupuesto-salud-2020-estamos-casi-con-la-misma-dotacion-de-la-dictadura/)
- EL MOSTRADOR. Movimiento feminista sigue haciendo historia: dos millones de mujeres marcharon en Santiago y regiones en el 8M. 2020. Disponible en: [www.elmostrador.cl/destacado/2020/03/08/movimiento-feminista-sigue-haciendo-historia-dos-millones-de-mujeres-marcharon-en-santiago-y-regiones-en-el-8m/](http://www.elmostrador.cl/destacado/2020/03/08/movimiento-feminista-sigue-haciendo-historia-dos-millones-de-mujeres-marcharon-en-santiago-y-regiones-en-el-8m/)

- EL PERIODISTA ONLINE. Matronas critican al Gobierno por primer fallecimiento de puérpera por Covid-19. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.elperiodista.cl/matronas-critican-al-gobierno-por-primer-fallecimiento-de-puerpera-por-covid-19/](http://www.elperiodista.cl/matronas-critican-al-gobierno-por-primer-fallecimiento-de-puerpera-por-covid-19/)
- FUENTES-GARCÍA, A. El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile. En: *Revista Chilena de Salud Pública*. 2020, vol. 23, núm. 2, pp. 93-94.
- GATTINI, C. El sistema de salud en Chile. Observatorio chileno de Salud Pública, 2018. [Consulta: 11 junio 2020]. Disponible en: [www.ochisap.cl](http://www.ochisap.cl)
- GIACONI GANDOLFO, J. El Sistema de Salud chileno. En: *ARS MEDICA. Revista de Ciencias Médicas*. 2018, vol. 23, núm. 1.
- GIACONI GANDOLFO, J.; VALDIVIA C. G. *El sistema de salud chileno*. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1994.
- GIOVANELLA, L., et al. 2021. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? En: *Trabalho, Educação e Saúde*. 2021, vol. 19.
- GONZÁLEZ MOYA, M.; ZÁRATE CAMPOS, M. S. Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. En: *Salud Colectiva*. 2019, vol. 15.
- GOYENECHEA, M.; SINCLAIRE, D. La privatización de la salud en Chile. En: *Políticas Públicas Universidad de Santiago de Chile*. 2013, vol. 6, núm. 1, pp. 35-52.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. En: *Gaceta Sanitaria*. 2002, vol. 16, núm. 1, pp. 54-62.
- INFANTE-GRANDÓN, G. Claustrofobia territorial y sus consecuencias en el campo de la salud. En: *Espacio Regional Revista de Estudios Sociales*. 2017, vol. 2, núm. 14, pp. 39-47.
- INFANTE, G. N.; OBANDO, A. Horizontes para una matronería Comunitaria. Tensiones y oportunidades para una praxis territorial. En: *Matronería actual*. 2020, núm. 1.
- INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (INDH). *INDH entrega nuevo reporte de cifras a cuatro meses de iniciada la crisis social*. INDH, 2020. Disponible en: [www.indh.cl/indh-entrega-nuevo-reporte-de-cifras-a-cuatro-meses-de-iniciada-la-crisis-social/](http://www.indh.cl/indh-entrega-nuevo-reporte-de-cifras-a-cuatro-meses-de-iniciada-la-crisis-social/)
- LABRA, M. E. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. En: *Cadernos de Saúde Pública*. 2002, vol. 18, núm. 4, pp. 1041-1052.
- LEIVA, G., et al. Protecting Women's and Newborns' Rights in a Public Maternity Unit During the COVID-19 Outbreak: The Case of Dra. Eloísa Díaz - La Florida Hospital in Santiago, Chile. En: *Frontiers in Sociology*. 2021, vol. 6.

- LILLO, E., et al. Midwifery in Chile - A Successful Experience to Improve Women's Sexual and Reproductive Health: Facilitators & Challenges. En: *Journal of Asian Midwives*. 2016, vol. 3, núm. 2, pp. 48-55.
- LÓPEZ, P. Especificidades, prioridades y desafíos para el rol de la Matrona, Matrón, en contexto de pandemia por COVID-19. En: *Matronería actual*. 2020, vol. 1.
- MARTÍNEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. En: *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012, vol. 17, núm. 3, pp. 613-619.
- MARZANO, M. Informed Consent, Deception, and Research Freedom in Qualitative Research. En: *Qualitative Inquiry*. 2007, vol. 13, núm. 3, pp. 417-436.
- MINSAL. Ley 20120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. 2006. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>
- MINSAL. Ley 20584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. Disponible en: <http://bcn.cl/2f7cj>.
- MINSAL. *Hitos de la Salud Chilena*. Ministerio de Salud, 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
- MINSAL. Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2020. [Consulta: 13 junio 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/>
- MORÁN-FAUNDÉS, J. M. Chile despertó: El modelo chileno, la matriz de desigualdad y la protesta de 2019. *Crítica y Resistencias*. En: *Revista de conflictos sociales latinoamericanos*. 2019, vol. 9, pp. 54-69.
- NAVARRO, F.; TROMBEN, C. «Estamos en guerra contra un enemigo poderoso, implacable»: los discursos de Sebastián Piñera y la revuelta popular en Chile. En: *Literatura y Lingüística*. 2019, vol. 40, pp. 295-324.
- OLAVARRÍA-GAMBI, M. Política de Salud en Chile. En: *Revista venezolana de Gerencia*. 2011, vol. 16, pp. 353-374.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nuevo coronavirus 2019 (COVID-19). OMS, 2020. [Consulta: 6 agosto 2020]. Disponible en: [www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public](http://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public)
- PARADA-LEZCANO, M., et al. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. En: *Revista Médica de Chile*. 2016, pp. 1059-1066.
- PÉREZ, G. *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. Madrid: La Muralla, 1994, pp. 1-21.

- RADIO AGRICULTURA.CL. Matronas llaman a participar de manifestaciones por el Día Internacional de la Mujer. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.radioagricultura.cl/nacional/2020/03/07/matronas-llaman-a-participar-de-manifestaciones-por-el-dia-internacional-de-la-mujer.html](http://www.radioagricultura.cl/nacional/2020/03/07/matronas-llaman-a-participar-de-manifestaciones-por-el-dia-internacional-de-la-mujer.html)
- ROJAS, K. La razones de la crisis estructural del sistema de salud público. En: *El Mostrador*. 2019. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.elmostrador.cl/braga/2019/10/26/la-razones-de-la-crisis-estructural-del-sistema-de-salud-publico/](http://www.elmostrador.cl/braga/2019/10/26/la-razones-de-la-crisis-estructural-del-sistema-de-salud-publico/)
- ROJAS, K. Los desafíos de la nueva matronería feminista y diversa. En: *El Mostrador*. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.elmostrador.cl/braga/2020/05/05/los-desafios-de-la-nueva-matroneria-feminista-y-diversa/](http://www.elmostrador.cl/braga/2020/05/05/los-desafios-de-la-nueva-matroneria-feminista-y-diversa/)
- RUIZ, C.; CAVIEDES, S. Estructura y conflicto social en la crisis del neoliberalismo avanzado chileno. En: *ESPACIO ABIERTO Cuaderno Venezolano de Sociología*. 2020, vol. 29, núm. 1, pp. 86-101.
- SILVA-PEÑA, I.; PAZ-MALDONADO, E. Formación docente para la justicia social desde la perspectiva emocional: Indagaciones narrativas en el contexto de la revolución del torniquete. En: *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 2019, pp. 195-212.
- STAKE, R. E. *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata, 2007.
- TELE 13. Matronas: Clima de crisis social podría generar partos prematuros. 2019. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: [www.t13.cl/noticia/nacional/matronas-crisis-partos-prematuros](http://www.t13.cl/noticia/nacional/matronas-crisis-partos-prematuros)
- THE TIMES CHILE. Colegio de Matronas pidió que el Gobierno apoye la extensión del postnatal. 2020. Disponible en: <https://thetimes.cl/salud/colegio-de-matronas-pidio-que-el-gobierno-apoye-la-extension-del-postnatal.shtml>
- TITELMAN, D. *Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes*. Santiago, Chile: Unidad de Financiamiento para el desarrollo, 2000.
- VERÓN, E. *La semiosis social: fragmentos de una teoría de la discursividad*. México: Editorial Gedisa, 1993.
- VERÓN, E. *La semiosis social, 2: ideas, momentos, interpretantes*. Buenos Aires: Paidós, 2013.

## **Material de Análisis según orden cronológico de octubre de 2019 a junio de 2020**

### **Corpus de prensa escrita**

- TELE 13. Matronas: Clima de crisis social podría generar partos prematuros. 2019. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.t13.cl/noticia/nacional/matronas-crisis-partos-prematuros>

- EL MOSTRADOR. Colegio de Matronas pide al Gobierno que mejore el Presupuesto Salud 2020: «Estamos casi con la misma dotación de la dictadura». [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/dia/2019/10/09/colegio-de-matronas-pide-al-gobierno-que-mejore-el-presupuesto-salud-2020-estamos-casi-con-la-misma-dotacion-de-la-dictadura/>
- ROJAS, K. La razones de la crisis estructural del sistema de salud público. *El Mostrador*. 2019. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2019/10/26/la-razones-de-la-crisis-estructural-del-sistema-de-salud-publico/>
- RADIO AGRICULTURA.CL, Matronas llaman a participar de manifestaciones por el Día Internacional de la Mujer. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.radioagricultura.cl/nacional/2020/03/07/matronas-llaman-a-participar-de-manifestaciones-por-el-dia-internacional-de-la-mujer.html>
- ROJAS, K. Los desafíos de la nueva matronería feminista y diversa. *El Mostrador*. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/05/05/los-desafios-de-la-nueva-matroneria-feminista-y-diversa/>
- COOPERATIVA.CL. Seis matronas del Sótero del Río con Covid-19 tras contagio de funcionaria en culto evangélico. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/seis-matronas-del-sotero-del-rio-con-covid-19-tras-contagio-de/2020-04-14/143847.html>
- CASAS, L. Matronas piden al Gobierno no olvidar situación de embarazadas durante la pandemia. *Biobiochile.cl*. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2020/04/10/matronas-piden-al-gobierno-no-olvidar-situacion-de-embarazadas-durante-la-pandemia.shtml>
- CASTILLO, J. C. Colegio de Matronas pidió al Gobierno firmar protocolo de acción para el cuidado de los profesionales y las mujeres. *ADN Radio.cl*. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.adnradio.cl/nacional/2020/05/16/colegio-de-matronas-pidio-al-gobierno-firmar-protocolo-de-accion-para-el-cuidado-de-los-profesionales-y-las-mujeres.html>
- EL DESCONCIERTO. Colegio de Matronas: «Embarazadas no son consideradas población de riesgo en la pandemia». 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2020/05/16/colegio-de-matronas-embarazadas-no-son-consideradas-poblacion-de-riesgo-en-la-pandemia/>
- EL PERIODISTA ONLINE. Matronas critican al Gobierno por primer fallecimiento de púerpera por Covid-19. 2020. [Consulta: 9 junio 2020]. Disponible en: <https://www.elperiodista.cl/matronas-critican-al-gobierno-por-primer-fallecimiento-de-puterpera-por-covid-19/>

# **GESTAR Y PARIR EN PANDEMIA: VULNERACIÓN DE DERECHOS Y MARCAS SUBJETIVAS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA/PERINATAL EN CONTEXTO DE COVID-19 EN ARGENTINA**

*Pregnancy and Giving Birth during a Pandemic: Violation of Rights and Subjective Marks in Obstetric/Perinatal Care in the Context of Covid-19 in Argentina*

Ana Inés Lázzaro<sup>1</sup>, Magdalena Arnao-Bergero<sup>2</sup>

Autora correspondencia: Ana Inés Lázzaro

Correo electrónico: [anaineslazzaro@gmail.com](mailto:anaineslazzaro@gmail.com)

1. Doctora en Estudios Sociales en América Latina. Becaria Posdoctoral CONICET. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS- CONICET). (Córdoba, Argentina)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3967-4593>

2. Doctora en Filosofía, especialista en Justicia de Género y Políticas Públicas. Docente investigadora de la Facultad Psicología Universidad Nacional de Córdoba y secretaria de Ciencia y Técnica de la Facultad de Filosofía y Humanidades (UNC). (Córdoba, Argentina)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-41265051>

Recibido: 04/11/2020 Aceptado: 29/03/2021



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 la atención en torno a embarazos y partos se vio directamente afectada. Este estudio exploratorio indaga sobre las percepciones, emociones y vivencias de las personas gestantes en relación con la atención obstétrica en instituciones de salud de Argentina en los primeros meses del aislamiento social en este país. **MATERIAL Y MÉTODO.** Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario semiestructurado dirigido a personas gestantes y/o que hubieran parido desde el comienzo de la cuarentena. Para este artículo, nos basamos en el apartado cualitativo del mismo a partir del análisis de tres preguntas abiertas que apuntaban a registrar los efectos subjetivos de atravesar la gestación y/o parto durante la emergencia sanitaria. El enfoque teórico retoma los desarrollos en materia de derechos perinatales desde una perspectiva de género y estudios sociales sobre violencia obstétrica. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** Se advierte la insistencia de emociones negativas y malestar por parte de la población encuestada, entendidos como «marcas subjetivas». Asimismo, se pone en relieve el estado de desinformación sobre protocolos de atención como factor clave para dicho malestar y el recrudecimiento en la vulneración de derechos perinatales (contemplados en marcos legislativos vigentes) como parte de los derechos sexuales y (no) reproductivos para todas las personas gestantes y con capacidad de gestar.

**Palabras clave:** Gestaciones y partos; Emergencia sanitaria; COVID-19; Subjetividades gestantes; Derechos perinatales; Violencia obstétrica.

## ABSTRACT

**GOAL.** This study explores the perceptions, emotions and experiences of pregnant women in relation to obstetric care in health institutions in Argentina in the first months of social isolation in this country. **METHODOLOGY.** The data were collected by means of a semi-structured questionnaire directed to pregnant people and those who had given birth since the beginning of the quarantine. For this article, we focused on the qualitative section of the survey analyzing three open questions that aimed to register the subjective effects of going through pregnancy and delivery during the health emergency. Our theoretical approach takes up the developments in perinatal rights from a gender perspective and social studies on obstetric violence. **RESULTS AND CONCLUSIONS.** The results show the high frequency of stressful emotions and discomfort from the surveyed population, analyzed in terms of effects on the subjectivity. Likewise, it is very noticeable the state of misinformation about perinatal care protocols, as well as the worsening in the violation of perinatal rights (contemplated in current normative frameworks) as part of sexual and (non) reproductive rights for all pregnant people and with ability to gestate.

**Keywords:** Perinatal Rights; COVID-19; Sanitary Emergency; Pregnancies and Deliveries; Obstetric Violence; Pregnant Subjectivities.

## INTRODUCCIÓN

La emergencia social y sanitaria por el COVID-19 ha trastocado el orden de nuestros días dando paso a un estado de excepcionalidad en casi todas las esferas de nuestra vida social e íntima, afectando de manera material y subjetiva las mismas, a la vez que recrudesciendo múltiples situaciones de vulnerabilidad y desigualdad social (Vasconcelos et al., 2020). Frente a este escenario, son muchas las preguntas que se abren en torno a la convivencia de medidas sanitarias de emergencia y el respeto a los derechos de acceso a la salud.

Tal es el caso de la atención obstétrica/perinatal y los derechos de las personas gestantes en el marco de la reivindicación de los derechos sexuales y (no) reproductivos, cuestiones que tienen una larga trayectoria de denuncia social, dado los atropellos e imposiciones del «modelo médico hegemónico» sobre los cuerpos gestantes y con capacidad de gestar (Castro y Erviti, 2015; Sadler, et al., 2016; Borges, 2018).

En efecto, recordemos la extensa lucha proclamada a nivel mundial mediante el «movimiento transnacional por la humanización del embarazo, parto y nacimiento» (Tornquist, 2004) por el reconocimiento de los derechos durante el proceso gestacional y que, además, ha dado lugar a su enunciación en términos de «violencia obstétrica» como forma de violencia de género ejercida en la atención obstétrica/perinatal (Brigidi et al., 2019; Quattrocchi y Magnone, 2020).

Dichas reivindicaciones, en el caso de Argentina, se tradujeron en leyes específicas: Ley n° 29.929 de «Derechos de Padres e Hijos en el Proceso de Nacimiento» y Ley n° 26.485 de «Protección Integral a las Mujeres» cuyo art. 6 refiere a la Violencia Obstétrica como violencia de género realizada por el personal de salud en la atención al embarazo, parto, postparto y postaborto. Aun cuando se trata de legislaciones vigentes, la emergencia sanitaria viene mostrando un panorama de vulneración de derechos perinatales como así también la ausencia de políticas públicas y datos oficiales concretos que permitan acceder a información clave para evaluar la situación y diseñar estrategias de abordaje e intervención efectivas.

En contraste, han ido creciendo los esfuerzos de organizaciones sociales, académicas, profesionales de la salud y activistas ligadas al campo de los derechos sexuales y (no) reproductivos, violencia obstétrica, parto respetado, maternidades y salud perinatal, etc. en pos de visibilizar algunos atropellos registrados en este marco y generar información

e insumos para difundirlos, presentándose como claros indicadores de *una situación compleja y confusa que demanda conocimiento*.

La decisión del Estado argentino de realizar una cuarentena obligatoria comenzó el 20 de marzo de 2020. En esta situación de emergencia sanitaria, la atención en torno a embarazos y partos se vio directamente afectada. No obstante, se dieron algunos indicadores relevantes: la presentación de unas primeras «Recomendaciones para la atención de embarazadas y recién nacidos en contextos de pandemia» (en adelante Recomendaciones) que el Ministerio de Salud de la Nación lanza el 15 de abril del 2020 y que se vieron sucedidas por nuevas Recomendaciones el 20 de Julio de 2020 como así por las «Pautas para el cuidado de la Salud Perinatal y la Niñez en contexto de Pandemia» (en adelante Pautas) con fecha del 18 de mayo del 2020 (MSAL, 2020). Si bien las primeras Recomendaciones señalaban que no había —hasta ese momento— evidencia científica que justifique a las personas embarazadas y/o niño/as recién nacido/as como población de riesgo, las situaciones de desinformación, los reclamos de las gestantes y las advertencias en torno a la gravedad del contexto —en términos de derechos— por parte de colectivos y activistas nucleadas en torno a los derechos perinatales no dejaron de crecer, principalmente en relación a la falta de información, calidad de atención, acompañamiento y seguimiento médico de las gestantes y sus criaturas (Díaz Virzi, 2020; Centenar, 2020).

El presente trabajo surge, entonces, de la necesidad de generar datos sobre el estado de la cuestión en torno a gestaciones y partos que atraviesa la sociedad argentina en el contexto de emergencia sanitaria ante la pandemia por la COVID-19, tomando como eje el punto de vista y percepciones de las usuarias del servicio de atención obstétrico/perinatal. En tal sentido, y para este trabajo, retomamos las narraciones —en voz propia— de personas que atravesaron sus embarazos y/o partos durante los primeros meses de la cuarentena en Argentina, en pos de conocer y visibilizar algunas de las emociones y vivencias más acuciadas de las mismas y en relación con la dimensión de derechos.

Partimos de la hipótesis de que la emergencia sanitaria ha derivado en el recrudescimiento de prácticas y condiciones que conducen al ejercicio de la «violencia obstétrica» en la atención sanitaria, entendiendo que se trata de una problemática previa a la pandemia (Canevari, 2011; Jerez, 2015; Castrillo, 2019) pero cuya gravedad se ha profundizado, tal como sucede con otras violencias y desigualdades de género en este

complejo escenario marcado por la COVID-19 (Vasconcelos et al., 2020). Asimismo, entendemos que esta forma de violencia afecta de manera directa y cotidiana la vida de miles de embarazadas teniendo consecuencias psicoemocionales que definimos en términos de «marcas subjetivas». Si bien este estudio no indaga sobre los efectos concretos de estas «marcas» en los embarazos y partos, diversos estudios confirman la centralidad de la emocionalidad para un desarrollo positivo los procesos gestacionales (Davenport, 2020; Arnao et. al, 2018; Borges, 2018; Buckley, 2015; Sadler, 2004).

Por último, y en tanto la «violencia obstétrica» —enmarcada en los derechos sexuales y (no) reproductivos— refiere a una violencia que no reconoce fronteras, tratándose, como refiere Olliden (2019), de una «epidemia global», inferimos que la información brindada por esta investigación es susceptible de potenciales cruces y comparación con otras regiones y para pensar futuros escenarios similares. En tal sentido, este trabajo busca trascender el conocimiento local ante un contexto específico para ser parte de un diagnóstico más vasto en materia de avances o estancamientos en materia de derechos sexuales y reproductivos y sus posibles efectos en las subjetividades gestantes.

## **METODOLOGÍA**

### **Instrumento de recolección y análisis de datos**

El presente artículo es el resultado del análisis de la fase cualitativa de un estudio más amplio. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario semiestructurado sobre el acceso a la salud obstétrica/perinatal en contexto de pandemia con miras a generar indicadores a partir de preguntas estandarizadas. En dicho cuestionario se incluyeron tres preguntas abiertas y a desarrollar que apuntaban a registrar las percepciones, emociones y vivencias de las gestantes y parturientas durante la cuarentena, dando lugar al relato de las usuarias del servicio de obstetricia. Las respuestas brindadas para tales interrogantes resultaron sumamente significativas en el momento de análisis, siendo retomadas como muestra de estudio para este trabajo.

Es importante aclarar que la toma de datos fue realizada de manera *online* (mediante la plataforma Google Forms). La selección de la muestra fue por bola de nieve, esto es, distribuido a personas que dieran con el perfil muestral a la vez que se difundió a través de redes sociales y otros soportes digitales. Partimos de la base de que este tipo de métodos de obtención de datos conllevan la necesidad de acceso a dispositivos

tecnológicos y conectividad a Internet, lo cual implica un sesgo interseccional de clase. Algunos indicadores sociodemográficos reflejaron que, de un total de 370 participantes, la mayoría era adulta y poseía un nivel socioeconómico de clase media escolarizada, con predominancia en estudios superiores (ver Tabla 1).

**TABLA 1. Características sociodemográficas de las participantes del estudio**

Variable	Modalidad	Valor
<b>Provincia de residencia</b>		
	- Buenos Aires	- 136 (36, 8)
	- Córdoba	- 110 (29,7)
	- Santa Fe	- 98 (26,5)
	- Otras provincias	- 26 (7)
<b>Edad</b>		
	- < 20	- 15 (4)
	- 20-30	- 138 (37,3)
	- 30-40	- 195(52,7)
	- > 40	- 22 (5,9)
<b>Nivel educativo alcanzado o en curso</b>		
	- Posgrado:	- 52 (14)
	- Universitario:	- 153 (41,3)
	- Terciario:	- 106 (28,6)
	- Nivel medio:	- 58 (15,7)
	- Nivel primario:	- 1 (0,3)
<b>Trabajo remunerado</b>		
	- Sí:	- 225 (60, 8)
	- No:	- 109 (29, 5)
	- A veces:	- 36 (9, 7)
<b>Seguro social o cobertura de salud prepaga</b>		
	- Sí:	- 297 (80, 3)
	- No:	- 73 (19,7)
<b>Dónde realizaba controles obstétricos</b>		
	- Ámbito privado:	- 279 (75,3)
	- Ámbito público:	- 91 (24,6)
<b>Situación de convivencia durante la cuarentena</b>		
	- En convivencia	- 328 (88,6)
	- Solas	- 42 (11,4)

El periodo de circulación del cuestionario fue desde el 27 de abril de 2020 hasta el 27 de julio de 2020 (durante la primera etapa de la cuarentena), cuyo cierre se dio de manera arbitraria con el fin de generar un primer corte de análisis y estado general de la cuestión.

Las respuestas obtenidas para esta primera etapa fueron respondidas por habitantes de las grandes urbes: Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, lo cual supone una limitación respecto alcance nacional de las respuestas como también acerca del estado de la cuestión en zonas rurales del país.

La encuesta fue anónima y todas las participantes dieron su consentimiento mediante un apartado previo al cuestionario en el cual se explicitaron los objetivos y responsables de la investigación así como el uso de las respuestas proporcionadas con fines científicos.<sup>1</sup>

Las preguntas abiertas y a desarrollar sobre las cuales versa este escrito fueron las siguientes:

1. Comenta cómo estás viviendo o vivenciaste tu embarazo desde el comienzo de la pandemia (emociones, sensaciones, experiencias).
2. Comenta lo que consideres más significativo de la experiencia de tu parto.
3. Describe brevemente cómo estás atravesando el puerperio en contexto de pandemia.

El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido (Bardin, 1996), sistematizando recurrencias y redundancias en las respuestas para la construcción de indicadores y categorías en tanto líneas de interpretación. A partir de esta técnica se consolidaron tres instancias: a) Observación preliminar, en donde se organizó y ordenó el material y a partir de lo cual surgieron las primeras líneas de análisis; b) Exploración exhaustiva del material, analizando las repuestas de manera individual y agrupándolas función de las redundancias/regularidades encontradas. Subtareas: elección de unidades de análisis (conteo, clasificación y agregación), elección de categorías descriptivas; c) Por último se realizó el tratamiento de datos e interpretaciones pertinentes, identificando nuevos interrogantes a seguir trabajando en este escenario tan complejo como cambiante.

---

<sup>1</sup> En la primera parte del cuestionario, y para continuar a las respuestas, se pedía autorización a las participantes mediante el siguiente párrafo: «Su participación en el estudio es voluntaria, anónima y no le expone a ningún riesgo. Los datos serán mantenidos en confidencialidad y serán resguardados bajo secreto estadístico. Al completar este cuestionario entiendes que estos datos se utilizarán con fines científicos, aceptas el procesamiento de respuestas de acuerdo con la información aquí proporcionada y cuya publicación anónima busca promover la transparencia en la ciencia y el diseño de políticas públicas». Por su parte, el equipo «Mi cuerpo mi decisión» perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) fue el encargado de revisar los aspectos éticos y metodológicos del estudio.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este análisis retoma el apartado cualitativo del cuestionario focalizándose en los relatos proporcionados en las preguntas abiertas y a desarrollar. Cabe aclarar que, dichas preguntas no contaban con límites de extensión por lo que las participantes podían expresarse de manera extendida. Las citas en cursiva y entrecomilladas son tomadas textualmente de las respuestas, consignándose, además, la edad, si tenían o no cobertura de salud (CC, SC respectivamente) y si eran atendidas en una entidad pública o privada (PU y PRI respectivamente). Ejemplo: 38, SC, PU (38 años, sin cobertura, se atiende en entidad pública). El género autopercebido mayoritariamente fue femenino, razón por la cual este dato quedará sobreentendido para todas las respuestas. En función del conteo, clasificación y agregación del análisis de contenido se consolidaron 4 grupos temáticos predominantes:

### «Emociones encontradas»

En este subtema se destacan las principales emociones y experiencias que relatan las informantes en relación con el embarazo durante la pandemia ante la pregunta «Comenta cómo estás viviendo o vivenciaste tu embarazo desde el comienzo de la pandemia (emociones, sensaciones, experiencias)». Aun cuando en algunos relatos se hace referencia al vaivén emocional con expresiones del tipo «con altibajos», «un tren de emociones», «muchas emociones encontradas», las emociones más acuciadas son: miedo, incertidumbre, ansiedad, preocupación y sensación de abandono. Si bien podría decirse que muchas de estas emociones son típicas en y durante los procesos gestacionales (Lázzaro, 2020), llama la atención la predominancia que adquieren en la gran mayoría de los testimonios, mientras que otras emociones son escasamente referidas. En función del análisis cualitativo traducimos dichos resultados a un mapa semántico (Gráfico 1) que visibiliza algunos de los datos sobresalientes en términos de marcas subjetivas.

**Gráfico1.** Nube de palabras de las emociones más frecuentes registradas en los relatos



Conviene destacar que estas emociones —entendidas como negativas o estresoras— no solo refieren a vivir un embarazo, parto y/o posparto en pandemia (por ejemplo, cuestiones estrictamente sanitarias y/o de contagio), sino en relación con los aspectos económicos, laborales y también vinculares-afectivos, puesto que inciden directamente en estados emocionales y, por ende, en la gestación como tal (Buckley, 2015; Olza Fernández, 2019).

Acompañan estos datos los relatos de las participantes, donde podemos advertir los significantes de algunos de los términos relevados anteriormente:

Un tren de emociones, preocupación por el parto, miedo al contagio en un lugar que debiese ser seguro para mí y mi bebe que nacerá, no me están realizando los controles por la entidad pública correspondiente, eso causa una mayor inseguridad al no saber cómo va el crecimiento del bebe ya que no estoy con trabajo, a mi pareja la despidieron de su actual trabajo por ende no podemos pagar un médico de forma particular. (27, SC, PU)

Aumenta la sensación de angustia y preocupación frente a respuestas poco claras por parte de las instituciones médicas, librando a la total responsabilidad a las decisiones de los padres en un contexto incierto y extraño. (38, CC, PRI)

En cuanto a la pregunta de «Cómo están atravesando su puerperio en contexto de pandemia» (destinada específicamente a quienes ya hubieran parido durante la cuarentena), vuelven a aparecer expresiones que remiten al miedo (especialmente de contagio), pero las emociones más acuciadas en estos relatos son angustia y soledad. En este sentido, las referencias a la incertidumbre se atenúan en comparación al embarazo, acentuándose aquí la sensación de malestar que genera el encierro y aislamiento social, especialmente en relación con los vínculos afectivos cercanos:

Mucho miedo... es mucha ansiedad encerrada. (32, CC, PRI)

El puerperio es una montaña rusa de emociones y vivirlo en una situación de encierro involuntario es una tarea difícil. (29, CC, PRI)

De todas maneras, en algunos testimonios se hace referencia al hecho de que, a raíz de la cuarentena, pudieron vivir esta etapa en compañía con el apoyo y colaboración de sus familiares, quienes de otra manera estarían fuera del hogar. Lo dicho pone en relieve la necesidad de un debate —que trasciende este contexto— acerca de las licencias de ma(pa)ternidad como de la importancia de atravesar un puerperio con ayuda material, económica y sostén afectivo.

### **Cambios en la atención**

La emergencia sanitaria supuso reestructuraciones inmediatas en la atención hospitalaria, su funcionamiento y dinámicas. Esta situación repercutió enormemente en la atención obstétrica/perinatal, la cual está centralizada en dispensarios, hospitales y clínicas. En este escenario, muchas gestantes quedaron tan «desatendidas» como «desinformadas» sobre los nuevos protocolos de atención (en los casos de haberlo), refiriendo en varias ocasiones a una situación de «abandono» por parte de la institución:

Me suspendieron todo, hasta casi ni información se, ni tengo para expresar porque no me decían nada y no sé nada! (20, SC, PU)

Incertidumbre y me sentí totalmente abandonada por el sistema de salud. (35, CC, PRI)

Desprotegida. Ya que al atenderme en hospital público ni médicos ni pediatras atienden si no es por una emergencia. (28, SC, PU)

Con mucha incertidumbre y angustia de no saber cómo proceder, falta de acompañamiento profesional, mucha carga emocional. En mi caso la obra

social dejo de darme la posibilidad de cobertura dejándome afuera de los planes maternos. (25, CC, PRI)

Sin lugar a duda, esta dimensión informativa se vincula estrechamente a la emocional, ya que supone la discontinuidad en el seguimiento del embarazo, a la vez que implica la necesidad de resolver cuestiones de tipo operativo (conseguir turnos para control o exámenes, autorizar órdenes, etc.) en pleno aislamiento social. Se ponen, así, en relieve los impactos negativos del proceder de las instituciones ante las reestructuraciones de la atención durante la emergencia sanitaria incluso en los casos de embarazos de riesgo:

Tenía presión alta y diabetes gestacional me habían programado cesárea para el primero de abril y cuando surgió la cuarentena dejaron de atenderme. (28, SC, PU).

Mi embarazo fue triple hasta la semana 7. Supuestamente iba a tener mayores controles y seguimiento por ser de riesgo, pero solo tuve ecografía en la semana 16 y voy a tener controles y consulta recién en la semana 23. (37, CC, PRI).

Me preocupó mucho que me suspendieran los controles justo en las semanas claves antes del parto (37 en adelante). Nunca me avisaron que había un procedimiento especial para personas en mi situación de embarazo de riesgo, luego lo encontré en la página de la clínica con comunicado general, nunca me contactaron personalmente. (31, CC, PRI)

Tengo un embarazo gemelar y me da bastante miedo esto de no recibir atención médica, los controles. Todo lo hago por mi cuenta. No puedo ir al hospital porque vivo sola con mis hijos. El centro de salud más cercano cerró. El ginecólogo más cercano que tengo no se reincorporo de su licencia debido al aislamiento. No sé qué hacer. Intento conservar la calma y confiar en mi cuerpo como lo hice antes, es mi único recurso. (39, SC, PU)

Además de evidenciar el efecto estresor sobre las subjetividades que supone la falta de atención (y de información), estas cuestiones plantean el interrogante de sobre quiénes recae —en última instancia— la responsabilidad del estado de salud de la embarazada y su criatura: «librando la total responsabilidad a las decisiones de los padres en un contexto incierto y extraño», como decía uno de los testimonios más arriba. Aun cuando, históricamente, el modelo médico de atención perinatal ha impedido la participación activa y protagonismo de las mujeres en sus procesos gestacionales, precisamente, por considerar el riesgo como factor que define —*a priori* y para todos los casos— los embarazos y partos; razón por la cual se justifica el marcado intervencionismo y medicalización de los mismos (Arnau Sánchez et al, 2017; Montero y Leida, 2017).

## **Gestaciones, nacimientos y COVID-19**

Además de la continuidad de los protocolos de atención, otro de los aspectos que contribuyen a la dimensión informativa tiene que ver con las relaciones y efectos del COVID-19 en el embarazo, parto, posparto. La mayoría de los relatos refieren a una situación de desconocimiento e incertidumbre:

Mucha incertidumbre! Momentos de angustia y desconcierto sin saber qué es lo mejor de hacer. (37, CC, PRI)

Mucha incertidumbre, consultas rápidas y respuestas insuficientes. NO se nombra NADA sobre el acompañamiento en parto/cesárea. Análisis que se siguen postergando. Ya no confío en el lugar que elegí para parir. Todo repercute a nivel emocional generando angustia y miedo a que no se cumplan mis derechos. (31, SC, PU)

Solas, aisladas y desinformadas. (27, SC, PU)

Horrible, mucha angustia. Quería un parto respetado pero ya me hice la idea de entregarme a la situación y que sea lo mejor. (41, CC, PRI)

Esta situación también es referida por las informantes que estaban atravesando un puerperio, aunque en menor medida, pues la atención pediátrica a domicilio —para quienes son usuarias del servicio de salud privado— aparece como un atenuante de la incertidumbre sobre el estado de salud de la criatura. No obstante, para quienes hacen dichos controles en instituciones públicas, se repiten sensaciones de malestar debido a las suspensiones de los controles neonatológicos y desconocimiento de los protocolos, especialmente en relación con los traslados y/o al contagio:

Salir para los controles del bebé es muy estresante y angustiante. No hay permisos para este tipo de salidas y la policía no siempre entiende la situación. Viví varios momentos angustiantes con policías que cuestionaron la salida por controles neonatales indicados por médicos. A eso se suma la angustia por el riesgo a enfermarme. (31, CC, PRI)

En definitiva, el hecho de que los índices de incertidumbre, ansiedad, miedo —y emociones asociadas— sean elevados responde a una superposición de planos/capas que sin duda se influyen recíprocamente: se trata de emociones típicamente vinculadas a los procesos gestacionales, sumadas a las condiciones y reestructuraciones de los hospitales y clínicas dada la emergencia sanitaria y que impactaron en la continuidad atención sin ser, además, debidamente informadas a las usuarias. Asimismo, cabe añadir la escasa información que reciben en relación con embarazo/puerperio en el contexto de la COVID-

19 (implicaciones, riesgos, procedimientos), las consecuencias laborales y económicas de la cuarentena que, como han revelado algunos estudios, impactan especialmente en el colectivo de mujeres (ONU, 2020), el encierro e imposibilidad de cercanía con familiares y afectos, en un un proceso donde el sostén vincular-emocional es clave, entre otras.

### **Parir solas**

En muchos testimonios de quienes aún estaban cursando el embarazo, se hace referencia a la preocupación, angustia y temor de tener que «parir solas», esto es, sin un acompañante de su elección, un derecho básico contemplado en la ley 29.929 de Parto Humanizado/Respetado de este país en consonancia con posicionamientos internacionales (OMS, 2014). De acuerdo con las Recomendaciones y Pautas, no habría motivo para impedir dicho acompañamiento, no obstante, el contexto sanitario fue motivo para que las instituciones de salud vulneraran, de manera inapelable, este derecho (Bagliardelli, 2020; Ríos, 2020; Simmone, 2020).

De aquí la sensación de malestar que se advierte ante la posibilidad de tener que parir sin una compañía afectiva en los relatos de quienes aún estaban gestando durante la emergencia sanitaria:

La angustia e incertidumbre de que mi pareja no pueda acompañarme en los controles y no saber si va a estar en el parto es muy angustioso. (29, CC, PRI).

Con preocupación respecto al protocolo ya que no han informado si a la hora de parir puedo contar o no con mi acompañante. La información es escasa y todo el tiempo va cambiando lo que lleva a más ansiedad. (31, CC, PRI)

En general es muy difícil y solitario. Mucha preocupación por posibles dificultades en el embarazo y bienestar de la bebé (distintos a Coronavirus). En la Clínica del Sol las ecografías fueron sola. En el momento del parto o cesárea, si sigue la cuarentena, voy a estar completamente sola, esto me desespera, no creo poder. La opción que tenemos es abonar una habitación privada (\$5000 por día). Este embarazo, a diferencia del anterior, lo considero muy complicado y he tenido momentos de mucha tristeza, desesperanza y sin ganas de seguir. (37, CC, PRI)

Con muchas dudas. Me dicen que mi marido no podrá entrar. Y fue ahí donde me puse a leer sobre la ley. Estoy muy angustiada ya que me quedan dos semanas a la fecha posible de parto y no creo que estén cumpliendo con la ley al no dejar entrar a mí marido conmigo. Esto me tiene muy angustiada. (33, SC, PU)

Y también para quienes parieron en durante la emergencia sanitaria:

A la hora de tener el bebé, fue un parto totalmente no respetado, solitario, 3 días sola sin compañía, trabajo de parto sin si quiera un enfermero, no me dieron líquidos, no me acompañaron en nada del proceso, me abandonaron, hoy depresión post parto por el trauma del parto. Me trato con psicóloga y psiquiatra perinatal para poder superar todo eso. (31, CC, PRI)

Fue terrible todo lo vivido, solo ver a mi hijo fue lo único emotivo en tres días de soledad de la internación. (23, CC, PU)

Lo dicho destaca nuevamente la importancia que asume la dimensión afectivo-vincular para atravesar estos procesos de manera positiva, cuestión que forma parte de las recomendaciones de la OMS como también de las legislaciones mencionadas; mientras que su desconsideración es asumida como uno de los indicadores básicos de violencia obstétrica. (Sadler, 2004)

## CONCLUSIONES

En estas páginas, se presentaron algunas de las marcas subjetivas —expresadas en emociones, percepciones y experiencias— sobre el embarazo, parto y la atención obstétrica/perinatal desde el inicio de la emergencia sanitaria por la COVID-19 en Argentina. Una cuestión que emerge de los datos relevados es la estrecha relación entre la información y la dimensión emocional de las gestantes. Se pone así en evidencia las consecuencias negativas (malestar, angustia, temores, etc.) de la falta de información en distintos niveles. Esta tendencia también coincide con las denuncias realizadas por las organizaciones y activistas de los derechos perinatales.

De aquí resulta que muchas de las sensaciones acuciadas sean «abandono», «desamparo» por parte de las instituciones, acarreado preocupaciones, temores, sensación de soledad y poca contención, aun cuando la gran mayoría de las encuestadas refirió a estar acompañada por alguien de su entorno íntimo durante la cuarentena. Este impacto no es casual, ya que, históricamente, el modelo médico de atención perinatal se caracterizó por una impronta intervencionista y de tutelaje paternalista sobre las gestantes, dejándolas en un lugar subsidiario para tomar decisiones y participar activamente sobre sus procesos. En este sentido, resulta alarmante cómo un modelo de atención caracterizado por el monitoreo y control continuo sobre las gestaciones y partos dejó a

las pacientes sin atención médica ni información al respecto en un momento tan particular e incierto como fueron las medidas de aislamiento social durante la emergencia sanitaria.

¿Qué hizo posible que el sistema de salud responda con desinformación y desamparo a las usuarias? Más aun, en el escenario que se configuró durante la pandemia en el 2020 y de cara a la continuidad de la misma y a la llamada «nueva normalidad». ¿Podemos pensar en escenarios de alta complejidad sanitaria que no sean terreno de justificación del retroceso y vulneración de derechos? ¿Qué alcance tienen las *marcas subjetivas* producto del abandono y atropellos que aquí se registran? Esta situación demanda la necesidad de visibilizar y sensibilizar a la población sobre la violencia obstétrica y sus impactos sobre las subjetividades gestantes como también la urgencia de políticas públicas para la consolidación de mecanismos y estrategias que garanticen los derechos perinatales aún en situaciones de emergencia, de modo integral y desde una perspectiva de género.

## **AGRADECIMIENTOS**

La elaboración de este estudio así como sus criterios éticos fueron supervisados por los miembros del equipo de investigación «Mi Cuerpo, Mi decisión» perteneciente a la Facultad de Psicología Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

## BIBLIOGRAFÍA

- ARNAO BERGERO, M.; GALVÁN, V. L.; ROSSO, F. Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. En: *Revista de Psicología*. 2018, vol. 17, núm. 2, pp. 3-13.
- ARNAU SÁNCHEZ, J., et al. Análisis etnográfico del intervencionismo en la atención perinatal. En: *Index de Enfermería*. 2017, vol. 26, núm. 4, pp. 270-274.
- BAGLIARDELLI, M. Dar a luz en tiempo de pandemia ¿Con más o menos derechos? En: *Qué portal de contenidos*: 18 de mayo 2020. [Consulta 30 de octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3iKOHvJ>
- BARDIN, L. *Análisis de contenido*. Madrid: Akal, 1996.
- BORGES, M. T. A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. En: *Duke Law Journal*. 2018, vol. 67, núm. 4, pp. 827-862.
- BRIGIDI, S., et al. *Mirades a la Violència Obstètrica*. Barcelona: Pol·len Edicions, 2019.
- BUCKLEY, S. J. Executive summary of hormonal physiology of childbearing. Evidence and implications for women, babies and maternity care. En: *The journal of perinatal education*. 2015, vol. 24, núm. 3, pp. 145-153.
- CANEVARI, C. *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita, 2011.
- CASTRILLO, B. *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica en embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud en La Plata (2013-2019)*. [Tesis doctoral]. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, Argentina: 2019. [Consulta: 10 de mayo 2020]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>
- CENTENAR, M. Partos en casa, una opción contra el miedo al coronavirus en Argentina. [En línea]. En: *El país*: 10 de mayo 2020. [Consulta: 15 de mayo 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3gyrP14>
- CASTRO, R.; ERVITI, J. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRiM UNAM, 2015.
- DAVENPORT M. H, et al. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. En: *Frontiers in Global. Womens Health*. 2020, vol. 1, num. 1.
- DIAZ VIRZI, S. Abrazos pospuestos, amor «virtual» e incertidumbre: gestar (y parir) durante la pandemia. [En línea]. En: *Diario Clarín*. 1 de julio 2020. [Consulta: 9 de julio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3gugJKc>

- JEREZ, C. Partos «humanizados», clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. [Tesis de licenciatura]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina: 2015. [Consulta: 12 de abril 2020]. Disponible en: <http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Jerez%20-%20Tesis.pdf>
- LÁZZARO, A. I. *Dispositivos Instituyente: entre la heteronomía instituida y la construcción de autonomía. Una aproximación a rondas que promueven el parto respetado en Córdoba*. Córdoba: Editora CEA-UNC, 2020. [Consulta: 10 de julio 2020]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/15927?show=full>.
- MONTERO, C.; LEIDA, C. El parto y el nacimiento en la modernidad. Una visión con perspectiva de género desde la enfermería obstétrica. En: *Comunidad y Salud*. 2017; vol. 15, num. 1, pp. 42-52.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (MSAL). *Nuevo Coronavirus COVID 19. Información, recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y medidas de prevención*. [En línea]. MSAL: 2020. [Consulta: 2 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/35zNn6R>
- OLIDEN, A. Violencia obstétrica: una epidemia global. En: *Mirades a la violència obstètrica*. Barcelona: Pol.len edicions, 2019, pp. 9-34.
- OLZA-FERNÁNDEZ, I. El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. En: *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatría De Enlace*. 2019; vol. 23, núm. 96, pp. 35-41.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en centros de salud*. [En Línea]. Ginebra: OMS, 2014 [Consulta: 26 de Julio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3cOzgid>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Manejo clínico de COVID-19. Orientación Provisional*. [En línea]. OMS: 27 mayo 2020. [Consulta: 8 de agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *COVID-19 en América Latina y el Caribe: cómo incorporar a las mujeres y la igualdad de género en la gestión de la respuesta a la crisis*. [En línea]. ONU: 2020. [Consulta: 8 de agosto 2020]. Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/03/covid-como-incorporar-a-las-mujeres-y-la-igualdad-de-genero-en-la-gestion-de-respuesta>
- OBSERVATORIO VIOLENCIA OBSTÉTRICA ARGENTINA (OVO). *Informe final*. OVO: 2015. [Consulta: 26 de Julio 2020]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVYyY1U/view>.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (PAHO). *Salud materno-perinatal y Covid-19*. [En línea]. Abril 2020. [Consulta: 8 de agosto 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/clap/images/PDF/presentacionparteras/Presentacin\\_CLAP\\_COVID19\\_abril\\_2020.pdf?ua=1](https://www.paho.org/clap/images/PDF/presentacionparteras/Presentacin_CLAP_COVID19_abril_2020.pdf?ua=1)
- QUATTROCCHI, P.; MAGNONE, N. (eds). *Violencia Obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Colección Cuadernos del ISCo, UnLa; 2020.
- RÍOS, L. La violencia obstétrica y derechos en el parto durante la pandemia. [En línea]. En: *Agencia Telam*: 17 de abril 2020. [Consulta: 3 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202004/452745-violencia-obstetrica-partos-pandemia.html>
- SADLER, M. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler, Acuña; Obach (comp.) *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad, 2004, pp. 15-66.
- SADLER, M., et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2016, vol. 24, núm. 47, pp. 47-55.
- SIMMONE, S. Gestar y parir en Entre Ríos en tiempos de coronavirus. En: *Mirador Entre Ríos*. 10 de mayo 2020. [Consulta: 13 de mayo 2020] Disponible en: [https://www.miradorprovincial.com/?m=interior&id\\_um=238914-gestar-y-10-parir-en-entre-rios-en-tiempos-de-coronavirus-embarazo-y-maternidad](https://www.miradorprovincial.com/?m=interior&id_um=238914-gestar-y-10-parir-en-entre-rios-en-tiempos-de-coronavirus-embarazo-y-maternidad)
- VASCONCELOS M., et al. (orgs.) *Janelas da Pandemia*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH, 2020.

# CONSIDERACIONES PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD PARA MUJERES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

*Considerations for the Provision of Fertility Regulation Services for Women During the Covid-19 Pandemic*

Leonardo Cristian Reyes- Torres<sup>1</sup>, Claudio Enrique López- Labarca<sup>2</sup>

Autor correspondencia: Leonardo Cristian Reyes-Torres

Correo electrónico: [leonardo.reyes@uda.cl](mailto:leonardo.reyes@uda.cl).

1. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Atacama. Máster en Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva. Magíster en Gestión de Atención Primaria en Salud. (*Atacama, Chile*)
2. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Atacama. Magíster en Salud Pública. (*Atacama, Chile*)

Fecha de recepción: 12/08/2020 Fecha aceptación: 03/06/2021



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La salud sexual y reproductiva (SSR) constituye un derecho humano universal. Debido a las consecuencias generadas por la pandemia del Virus SARS-COV-2 las prestaciones en salud sexual y reproductiva han sido postergadas en diferentes países. En Chile, debido a las medidas de distanciamiento social y reorganización de los servicios, se ha observado una pérdida en el acceso y continuidad de las prestaciones a causa de la reorientación de los recursos de atención primaria de salud. Las consecuencias de estas decisiones afectan a las prestaciones preventivas en SSR y discontinuación de los controles de anticoncepción. Esto último se torna más grave si se observa que este nivel resuelve el 95 % de las prestaciones de anticoncepción de toda la red pública. **OBJETIVOS.** Describir las principales recomendaciones internacionales disponibles respecto del manejo de la anticoncepción en tiempos de pandemia y generar propuestas generales aplicables a nuestro país. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó una revisión de literatura en Pubmed, Biblioteca Cochrane y sitios web de las principales sociedades científicas internacionales de habla hispana e inglesa. **RESULTADOS.** Se identificaron 6 documentos que sistematizan la información reciente y actualizada para que los países puedan enfrentar de la mejor manera las problemáticas en anticoncepción. Los resultados fueron organizados en: implementación de sistema de consultas no presenciales, sugerencias para el acceso a información/ servicios y manejo de los distintos tipos de anticoncepción. **CONCLUSIONES.** La adopción de la totalidad o algunas de las medidas propuestas supone que un sistema de salud pueda prevenir las consecuencias derivadas de la pérdida de acceso y continuidad en los servicios de anticoncepción y SSR.

**Palabras clave:** Anticoncepción; Salud sexual y reproductiva; SARS-COV-2; COVID-19; Servicios de salud.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The sexual and reproductive health (SRH) constitutes a universal human right. Due the consequences generated by the pandemic Virus SARS-COV-2 sexual and reproductive health benefits have been deprioritized in different countries. In Chile, a loss in access and continuity of benefits has been observed due to the reorientation of primary health care resources. The consequences of these decisions affected the preventive benefits in SRH and the discontinuation of contraceptive controls. The latter becomes more serious if it is observed that this level solves 95 % of the contraceptive benefits of the entire public network. **OBJECTIVES.** Describe the main international recommendations available regarding the management of contraception in pandemic times and generate proposals for our country. **MATERIAL AND METHODS.** It was done a literature review in Pubmed, the Cochrane Library and the websites of the main international Spanish and English-speaking scientific societies. **RESULTS.** 6 documents were identified that systematize the recent and updated information so that the countries can face better the problems in contraception. The results were organized into the following categories: implementation of a non-face-to-face consultation system, suggestions for access to information / services and management of different types of contraception. **CONCLUSIONS.** The adoption of all or some of the proposed measures implies that the health system can prevent the consequences derived from the loss of access and continuity in contraceptive and SRH services.

**Keywords:** Contraception; Sexual and Reproductive Health; SARS-COV-2; COVID-19; Health services.

## INTRODUCCIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos son considerados derechos humanos (ONU, 1994). Dentro de ellos, la salud sexual y reproductiva (SSR) tiene un rol fundamental como derecho humano y sus prestaciones son consideradas prestaciones esenciales en salud (OPS, 2020). En muchos países del mundo, debido a la pandemia provocada por el virus SARS-COV-2 se han redireccionado recursos y postergado las prestaciones en SSR y anticoncepción (UNFPA, 2020). Esta situación parece razonable cuando un Estado debe articular sus acciones para poder contener las primeras consecuencias de una pandemia global. Sin embargo, cuando estas medidas permanecen inalterables en el tiempo, la evidencia muestra que se generan otras consecuencias negativas en la salud general y la SSR, afectando principalmente a las mujeres más vulnerables de la población.

En Chile, un 80 % de las mujeres se encuentran adscritas al seguro público de salud (Ministerio de desarrollo social, 2018). De este porcentaje, más de 1.500.000 millones de mujeres en el año 2018 se encontraban en control por anticoncepción en atención primaria de salud (DEIS, 2020), por lo que limitar el acceso y la continuidad de prestaciones de SSR y anticoncepción afectará directamente a las mujeres del grupo más vulnerable de nuestro país. Debido a que la actividad sexual no cesa e inclusive aumenta durante las pandemias (Yuksel and Ozgor, 2020), las consecuencias de esta discontinuidad de la atención pueden traer consigo un aumento de embarazos no deseados, del aborto inseguro y aumento de infecciones de transmisión sexual e infección por Virus de inmunodeficiencia adquirida humana (VIH). La falta acceso a prestaciones de SSR y las medidas de restricción de tránsito y cuarentenas también afecta en los indicadores de violencia de género, maltrato infantil y delitos sexuales (UNFPA, 2020).

Los Estados deben adoptar estrategias para contener los efectos negativos en la salud de la población y en el sistema sanitario que deja la pandemia y, por otro lado, asegurar la continuidad de las prestaciones en SSR y anticoncepción, ya que estos deben velar y ser garantes de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

El presente documento corresponde a una revisión de la literatura basada en sugerencias y recomendaciones de diferentes entidades y expertos que estaba disponible a la fecha de su elaboración, ya que la evidencia científica derivada de estudios observacionales o experimentales no había sido publicada hasta ese momento. El objetivo de este trabajo consiste en recopilar las principales recomendaciones internacionales

respecto del manejo de la SSR y anticoncepción en tiempo de pandemia y generar propuestas para nuestro país.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de artículos publicados en inglés y español en las bases de datos Pubmed y Biblioteca Cochrane utilizando las palabras clave: anticoncepción, salud sexual y reproductiva, SARS-COV-2, COVID-19, servicios de salud y sus respectivos conceptos en inglés según la terminología MESH, usando los operadores booleanos and/or. Los criterios de inclusión fueron: artículos originales *full text*, ensayos clínicos con asignación aleatoria, estudios de cohorte, casos y controles, editoriales, opiniones de expertos, comunicaciones a congresos. No se consideraron criterios de exclusión. Al tratarse de una temática emergente solo se obtuvieron 2 estudios en la primera búsqueda. Como consecuencia, se procedió a la búsqueda de documentos con las mismas especificaciones en el buscador Google Académico. Esta segunda acción dio como resultado 4 fuentes nuevas que direccionaron a los sitios web de las principales sociedades científicas internacionales de habla hispana e inglesa donde se encontraron documentos con posicionamiento y recomendaciones, los cuales fueron revisados a texto completo para preparar esta investigación y que se resumen en las tablas 1 y 2. Las recomendaciones obtenidas provenían de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sociedad Española de Contracepción (SEC), Sociedad Italiana de Contracepción y Facultad de Cuidados en Salud Sexual y Reproductiva del Real Colegio de Obstetricia y Ginecología del Reino Unido.

**Tabla 1.** Cuadro resultados de la búsqueda en bases de datos PubMed y Biblioteca Cochrane.

BASE DATOS	KEYWORDS OPERADORES BOLEANOS	CRITERIOS INCLUSIÓN	ENCONTRADOS E INCLUIDOS
PubMed- Biblioteca Cochrane	Contraception or sexual and Reproductive Health and SARS-COV2 or COVID-19 and health services	Tipos de estudio: originales <i>full text</i> , ensayos clínicos asignación aleatoria, estudios cohorte, casos y controles. Editoriales, Opiniones de expertos, Comunicaciones a congresos. Idioma: inglés, español	2
RESULTADOS			
Título, URL, Autor, lugar, año.			
1) <i>Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemic. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception</i> , <a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2020.1766016?journalCode=iejc20">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625187.2020.1766016?journalCode=iejc20</a> , Fruzzetti, F. et al, 2020.			
2) <i>Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior</i> , <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32392400/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32392400/</a> . Yuksel, B; Ozgor, F, 2020.			

**Tabla 2.** Cuadro resultados de la búsqueda en bases de datos Google Académico

BASE DE DATOS	KEYWORDS OPERADORES BOLEANOS	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	ART. ENCONTRADOS	ART. INCLUIDOS	ART. EXCLUIDOS
Google Académico	Contraception or sexual and Reproductive Health and SARS-COV2 or COVID-19 and health services.	Tipos de estudio: artículos originales <i>full text</i> , ensayos clínicos con asignación aleatoria, estudios de cohorte, casos y controles, editoriales, Opiniones de expertos, Comunicaciones a congresos. Idioma: inglés, español	4	4	0
<b>RESULTADOS</b> <b>Título, URL, Autor, lugar, año.</b>					
1) <i>Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19</i> , <a href="https://www.redisser.org/Posicionamiento%20SEC%20-%20Covid.pdf">https://www.redisser.org/Posicionamiento%20SEC%20-%20Covid.pdf</a> , Sociedad Española de Contracepción (SEC), Madrid, 2020.					
2) <i>Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores</i> . <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/</a> , Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins and Organización Panamericana de la Salud, Baltimore y Washington, D.C, 2019.					
3) <i>FSRH CEU recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52mg levonorgestrel-releasing intrauterine system during COVID restrictions</i> , <a href="https://bit.ly/3gZ2zQi">https://bit.ly/3gZ2zQi</a> , The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, London, 2020.					
4) <i>Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning</i> . <a href="https://bit.ly/3gPUZc9">https://bit.ly/3gPUZc9</a> , OMS, Washington, 2020.					

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se señaló en el apartado anterior, después de dos búsquedas se obtuvieron un total de 8 documentos que fueron revisados a texto completo. Tras dicha revisión se procedió a organizar la información en tres apartados: (1) recomendaciones para el paso de la atención presencial a la no presencial; (2) sugerencias para el acceso a la información y

servicios de anticoncepción y planificación familiar; (3) y manejo de los métodos anticonceptivos en contexto de pandemia COVID-19 desagregado por tipo de método.

## **1. Implementación de un sistema de atención/orientación no presencial**

A propósito de las medidas de distanciamiento social y reorganización de los servicios, se recomienda coordinar e implementar un mecanismo de consulta remota (telefónica o videollamada) con las usuarias, que permitirá conocer su motivo de consulta como, inicio de anticoncepción, cambio de método, recambio de método por caducidad, efectos secundarios con el método actual, entre otros (Sociedad Española de Contracepción, 2020), y de esta forma poder conducirla a través de un flujograma de atención local. El flujograma de atención local deberá estar contextualizado dentro de las directrices ministeriales que se entreguen en el ámbito de la atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia de la COVID-19. El flujograma de atención local debe ser elaborado por referentes técnicos con conocimiento de los recursos disponibles en la red asistencial local y además con manejo técnico de las prestaciones de salud sexual y reproductiva.

A pesar de las limitaciones que representa una consulta no presencial, puede permitir responder de manera parcial o completa a los requerimientos de las usuarias, evitando concurrencias innecesarias al centro de salud y dejando la atención presencial solo a casos estrictamente necesarios.

Se debe contemplar también el acceso a este tipo de consultas a mujeres que no tengan acceso a tecnología o presenten alguna dificultad física o cognitiva para poder concretar la atención a distancia.

Se recomienda reflejar en la historia clínica que se ha realizado la consulta *online* debido a la situación de alarma sanitaria y que la usuaria lo entiende y lo acepta (Sociedad Española de Contracepción, 2020)

## **2. Sugerencias para encargados de programa y tomadores de decisiones con respecto al acceso a información y servicios de anticoncepción y planificación familiar (OMS, 2020)**

- Planificar y desarrollar estrategias innovadoras para garantizar que la mayor cantidad posible de personas pueda acceder a la información y a los métodos anticonceptivos durante este período.

- Aumentar el uso de teléfonos móviles y tecnologías digitales para ayudar a las personas a tomar decisiones sobre qué métodos anticonceptivos usar y cómo se puede acceder a ellos.
- Permitir que los trabajadores de la salud brinden información y servicios anticonceptivos según las pautas nacionales en la mayor medida posible. Esto es particularmente importante cuando el embarazo plantea un alto riesgo para la salud.
- Ampliar la disponibilidad de servicios anticonceptivos (incluyendo información y métodos) a través de lugares que no sean centros de salud, como farmacias, plataformas en línea y otros puntos de venta. Esto puede ser con o sin receta, según las pautas nacionales y el método anticonceptivo.
- Garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia.
- Permitir el acceso a la anticoncepción para mujeres y niñas en los períodos inmediatos posparto y posaborto cuando puedan acceder a los servicios de salud.
- Aumentar el uso de telesalud para el asesoramiento y el intercambio de mensajes relacionados con el uso seguro y efectivo de la anticoncepción y para la selección e iniciación de anticonceptivos.
- Asegurar un inventario adecuado para evitar posibles desabastecimientos en todos los niveles del sistema de salud.
- Preparar avisos para los usuarios sobre cómo pueden acceder a información, servicios y suministros anticonceptivos.
- Monitorear el consumo de anticonceptivos en su área para identificar posibles dificultades y escasez.
- Aumentar la disponibilidad y el acceso a los anticonceptivos que pueden ser utilizados por el cliente sin el soporte del proveedor de servicios.

### **3. Manejo de la anticoncepción en el contexto de pandemia por SARS-COV-2**

Los anticonceptivos corresponden a métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma

efectiva y segura para su salud y de acuerdo con su situación de vida (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

En el sistema público de salud chileno, existe una amplia gama de métodos anticonceptivos, entre los que se incluyen píldoras, inyectables, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos con cobre y liberadores de hormonas, condones y esterilización quirúrgica.

Los métodos anticonceptivos miden su eficacia según la capacidad para prevenir el embarazo en el uso típico o habitual. Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP o *LARC* según sus siglas en inglés), que incluyen implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, representan una excelente alternativa anticonceptiva, con alta eficacia anticonceptiva y seguridad.

Es importante considerar que no existe ningún método con eficacia anticonceptiva total o absoluta, por lo tanto, bajo ninguna circunstancia se puede garantizar o esperar la eficacia absoluta y/o total de un anticonceptivo, pudiendo siempre, a pesar del uso perfecto del método, estar la chance de producirse un embarazo. Esto es muy importante informarlo a las usuarias de anticonceptivos.

Los *Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos* (OMS, 2015), las *Normas Nacionales sobre Regulación de Fertilidad* (Ministerio de Salud de Chile, 2018), y el *Manual Mundial para Proveedores de Planificación Familiar* (Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins and OPS, 2019) son documentos que deben tenerse presentes en estas circunstancias, además de otras publicaciones internacionales más actualizadas.

En el contexto de la pandemia, dependiendo de las disposiciones sanitarias que se puedan instruir y de acuerdo con las recomendaciones citadas, es importante tener presente algunas medidas que se podrían llevar a cabo:

#### ***Anticoncepción hormonal combinada (AHC)***

Actualizar la historia clínica mediante entrevista remota (telefónica o vía *online*) y en caso de no existir cambios clínicos relevantes, renovar la prescripción hasta una nueva cita presencial.

Para las usuarias de AHC, podría ser razonable en estas circunstancias, permitir la prescripción remota por los próximos 6-12 meses sin volver a verificar el índice de masa corporal (IMC) y la presión arterial.

El riesgo asociado al embarazo no planificado probablemente sea mayor al riesgo relacionado con el uso de la AHC.

Si en el último control no fueron identificadas contraindicaciones, se podría considerar la provisión de un suministro adicional de AHC sin revisión del historial médico.

**Usuaría de anticoncepción combinada oral (ACO), Parche y Anillo vaginal en mujeres Covid-19 positivas (Fruzzetti et al., 2020)**

Pueden continuarse en mujeres asintomáticas Covid-19 positivas o caso leve.

Cuando la neumonía es grave y la inmovilización en la cama y el aumento del riesgo tromboembólico requieren suspender el tratamiento, se debe informar a las mujeres que es probable que ocurra la menstruación.

El reinicio de un anticonceptivo AHC se puede realizar inmediatamente después de la recuperación.

***Píldora de progestágeno solo (POP)***

Actualizar la historia clínica mediante entrevista *online* o telefónica y renovar la prescripción hasta nueva cita presencial.

Reforzar la educación con respecto a la ingesta en la hora indicada no superando las 3 horas de retraso en el caso de las píldoras de levonorgestrel y 12 horas en el caso de las píldoras de desogestrel.

No olvidar que las POP pueden ser utilizadas tanto por mujeres que están en periodo de lactancia como las que no, y desde el posparto inmediato.

La presión arterial sobre 160/100 es categoría 2 para su uso, por lo tanto podrían utilizar POP este grupo de mujeres.

***Usuaría de POP Covid-19 positiva (Fruzzetti et al., 2020)***

Pueden continuar el uso las mujeres positivas para Covid-19 tanto asintomático y sintomático.

En el caso de mujeres hospitalizadas que se les suspenda el anticonceptivo, deben ser informadas de que pueden menstruar.

El reinicio de un POP se puede realizar de inmediato después de la recuperación. La eficacia no está garantizada para los primeros 7 días y en este período se debe usar un condón.

### ***Acetato de Medroxiprogesterona en Depósito (AMPD)***

Se recomienda cambiar a POP en caso de no poder acceder a personal de salud que pueda realizar el procedimiento inyectable (si una mujer no tiene contraindicaciones para AMPD, es probable que no tenga contraindicaciones para POP a menos que la absorción o la adherencia al uso sean una preocupación importante, por lo tanto no se necesitaría una evaluación presencial).

Para que la efectividad sea óptima, es importante administrar la inyección cada 3 meses (13 semanas). La inyección puede administrarse hasta con 4 semanas de retraso sin perder su acción ni requerir protección adicional en ese periodo (OPS, 2019).

En caso de contar con AMPD con sistema *uniject*, proporcionar dosis para la autoadministración a las mujeres que hayan sido instruidas para el procedimiento.

### ***Implante de etonogestrel (IMP-ENG)***

En las personas que requieren reemplazo de su ENG-IMP a los 3 años se les puede informar que su riesgo de embarazo es muy bajo durante el primer año de uso prolongado (hasta 4 años para ENG-IMP) (FSRH of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

El reemplazo puede retrasarse hasta un año después del vencimiento para evitar riesgos innecesarios de transmisión del coronavirus debido al contacto con profesionales de la salud.

Se debe informar a las usuarias que nunca se puede garantizar la efectividad anticonceptiva absoluta de ningún método.

Después de 4 años completos de uso de ENG-IMP se debe aconsejar a todas las mujeres que usen condones además de agregar un POP (Thaxton and Lavelanet, 2018).

Dependiendo del contexto sanitario, se sugiere que los únicos motivos para concertar una cita presencial para extraer el implante en situación de confinamiento por la pandemia son el deseo de gestación y los efectos secundarios graves.

### ***Mujeres usuarias de implantes Covid-19 positivas (Fruzzetti et al., 2020)***

Puede continuarse el método en mujeres positivas para Covid-19 asintomáticas y asintomáticas.

### ***Dispositivo intrauterino (DIU) liberador de Levonorgestrel de 52 mg***

El riesgo de embarazo con el uso extendido más allá del tiempo recomendado en ficha técnica (en el sexto año de uso) es muy bajo (FSRH of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

Se puede retrasar el recambio del DIU para evitar la cita presencial en la situación actual. Se debe explicar a la usuaria que la eficacia anticonceptiva no puede garantizarse, pero probablemente es adecuada y que puede recomendar uso de píldora de solo gestágenos si no existen contraindicaciones para su uso ni problemas de absorción o adherencia hasta el momento de la cita presencial o el uso de condones.

Por encima del sexto año de uso se debe recomendar uso de píldora de solo gestágenos. También se puede recomendar el uso de doble método hasta cita presencial (FSRH of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

### ***Otros DIUs hormonales (LNG 19,5 mg y LNG 13,5 mg)***

Se puede recomendar a las usuarias de estos DIUs utilizar píldora de solo gestágenos o condones a partir de la fecha de caducidad del DIU.

Se sugiere que los únicos motivos para concertar una cita presencial para extraer el DIU en este momento de confinamiento por la alarma sanitaria son el deseo de gestación, los efectos secundarios graves y los signos de infección.

### ***DIU de cobre (DIU-Cu)***

El uso de T380A podría ser efectivo por hasta 12 años (Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins and Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En mujeres <40 años portadoras de DIU de cobre se recomienda uso de POP o condones en el momento que se alcance la fecha de caducidad hasta la cita presencial.

Cuando el DIU se inserta en mujeres >40 años se mantiene la recomendación de retirarlo 1-2 años después de la menopausia

Se sugiere hacer retiro de DIU-Cu solo en caso de deseo de embarazo, tener signos significativos de infección o tener efectos secundarios adversos graves.

### ***Anticoncepción en el posparto***

La urgencia sanitaria debido a la pandemia por SARS-COV-2 restringe el acceso a anticoncepción en los centros de atención primaria de salud. Por lo tanto, se recomienda proporcionar anticoncepción de alta eficacia a las puérperas antes del alta.

Según los *Criterios médicos de elegibilidad de la OMS (2015)*, el uso antes de las 6 semanas posparto de implantes anticonceptivos y POP son categoría 2 (una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados). En el caso de los dispositivos intrauterinos, la inserción antes de las 48 horas incluyendo la inserción inmediatamente después del alumbramiento es categoría 1 (una condición para la cual no hay restricciones para el uso del método anticonceptivo). Por lo anterior, resulta importante realizar las gestiones y articulaciones de la red de salud necesarias para poder brindar esta prestación antes del alta de las puérperas.

### ***Anticoncepción de emergencia (AE)***

Se debe garantizar el acceso de manera continua e inmediata a la anticoncepción de emergencia. Por lo anterior, se debe coordinar la disposición y acceso expedito a la AE, además de hacer difusión a la comunidad de ello.

La AE con Levonorgestrel no tiene ninguna contraindicación, por lo tanto cualquier mujer puede ingerirla (OMS, 2015).

En conjunto con la AE se debe ofrecer un anticonceptivo de uso regular para su inicio al día siguiente, además de proporcionar condones.

## **CONCLUSIONES**

La información y los servicios de anticoncepción y planificación familiar salvan vidas y son importantes en todo momento. La actividad sexual no cesa con la pandemia COVID-19, por lo tanto es crucial garantizar que las personas puedan acceder a servicios e información basados en los derechos para iniciar y/o continuar el uso de anticonceptivos.

La anticoncepción, además de ayudar a prevenir los embarazos no planificados y sus consecuencias negativas para la salud de niñas y mujeres (muerte, aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual, entre otras) puede ayudar a evitar la presión que surgiría a partir de estos embarazos en los sistemas de atención sanitaria que están trabajando arduamente para abordar la pandemia por COVID-19.

El presente estudio identificó ciertas recomendaciones que pueden ser adecuadas de implementar en nuestro país, con el fin de mantener la continuidad de los servicios de anticoncepción y SSR en concordancia con el combate de la pandemia.

1. Es deseable implementar un sistema de atención/orientación no presencial de manera remota, que no arriesgue innecesariamente a las usuarias a asistir a sus controles de anticoncepción.
2. Los casos en que el riesgo de asistir sea menor al riesgo de quedar sin protección anticonceptiva, deben ser atendidos de manera presencial tomando todas las medidas de protección indicadas por la autoridad respectiva.
3. Los tomadores de decisiones y niveles de gestión estratégica deben preparar este soporte de prestaciones (remota o presenciales) considerando el acceso permanente a la información, la coordinación de establecimientos de la red de salud y la disponibilidad de *stock* de anticonceptivos para asegurar la continuidad hacia las usuarias.
4. En relación con el manejo de los diferentes anticonceptivos en el periodo de pandemia, no han cambiado las indicaciones y contraindicaciones para su uso. Según la evidencia disponible en la actualidad, en el caso de usuarias con COVID-19 positivo con complicaciones severas del cuadro, se hace razonable la suspensión de la anticoncepción hormonal combinada por el aumento del riesgo de trombosis.

## BIBLIOGRAFÍA

- DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (DEIS). [Página web]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>, 2020.
- FACULTAD DE SALUD PÚBLICA BLOOMBERG DE JOHNS HOPKINS Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*. Baltimore y Washington, D. C: OPS, 2019.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA). *Atención en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19*. UNFPA, 2020, disponible en: [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3-Covid-SSRyPF\\_ESP%20\(1\).pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3-Covid-SSRyPF_ESP%20(1).pdf)
- FRUZZETTI, F., et al. Contraception during Coronavirus-Covid 19 Pandemic. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. En: *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2020, vol. 25, núm. 3, pp. 1-3.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Encuesta CASEN 2017*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social, 2018.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. *Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad*. Santiago de Chile: MINSAL, 2018.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* Ginebra: OMS, 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning*. OMS, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-contraception-and-family-planning>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo: ONU, 1994.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19: Evidencias, perspectiva y desafíos en América Latina y el Caribe*. [Seminario web]. 3 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/es/webinar/la-salud-sexual-y-reproductiva-en-tiempos-de-covid-19-evidencias-perspectiva-y-desafios-en>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN. *Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19*. Madrid: SEC, 2020.
- THAXTON, L.; LAVELANET, A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018, vol. 144, núm. 1, pp. 2-8.

THE FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE (FSRH) OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *FSRH CEU recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52mg levonorgestrel-releasing intrauterine system during COVID restrictions*. Londres: FSRH, 2020.

YUKSEL, B.; OZGOR, F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020, vol. 150, núm. 1, pp. 98-102.

# **PARTO EN CASA: CONOCIMIENTOS Y SABERES DE MUJERES Y MATRONAS EN SANTIAGO DE CHILE**

*Home Birth: Knowledge and Wisdom of Women and Midwives in Santiago de Chile*

Yennifer Márquez-Mosquera<sup>1</sup>

Correo electrónico: [yennifer.marquez@usach.cl](mailto:yennifer.marquez@usach.cl)

1. Matrona, Licenciada en Obstetricia y Puericultura, magister en Antropología. Coordinadora Escuela Renacer Chile, vicepresidenta Asociación Gremial Maternas Chile. (*Santiago, Chile*)

Recibido:14/08/2021 Aceptado: 30/04/2021



## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo general indagar en los conocimientos y saberes que se dan en la atención contemporánea del parto en casa planificado con asistencia profesional, según las mujeres y matronas que participan en la Asociación Gremial Maternas Chile. Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque etnográfico, utilizando la autoetnografía. Las técnicas de recolección de datos fueron: observación participante, experiencia personal de parto en casa, entrevistas en profundidad a mujeres y matronas que han tenido y asisten partos en casa. Los principales análisis señalan que en el parto en casa se van combinando los conocimientos y saberes de mujeres y matronas en la atención del parto, incorporando la intuición como un conocimiento autorizado en la atención del parto en casa. Visibilizar las experiencias del parto en casa, las voces de las mujeres, matronas e investigadores/as podrá ir incidiendo en las políticas públicas nacionales para considerar dentro de las coberturas sociales de salud la atención del parto en casa planificado y con asistencia profesional.

**Palabras claves:** Parto en casa; Conocimientos; Saberes; Autoetnografía; Intuición.

## ABSTRACT

This research had the overall objective to gauge knowledge and wisdom provided in professionally assisted planned homebirths according to the women and midwives that participate in the Asociación Gremial Maternas Chile (Midwife union). Qualitative methodology was used with an ethnographic approach utilizing autoethnography. The data collection techniques used were the following: participatory observation, personal experience of homebirths and in-depth interviews with women and midwives who have had and take part in homebirths. The main analyses are based on combined with the knowledge and wisdom of women and midwives, which incorporate intuition as authoritative expertise during homebirths. In conclusion, being able to give visibility to homebirth experiences and the voices of women, midwives and researchers, we may influence national public policies to consider the inclusion of homebirths with planned professional assistance as part of the healthcare coverage.

**Keywords:** Homebirth; Knowledge; Wisdom; Autoethnography; Intuition.

## INTRODUCCIÓN

El parto y nacimiento, eventos fisiológicos similares en la mayoría de los mamíferos, incluyendo el ser humano, son también procesos marcados por la cultura, donde lo social, económico, político y religioso ha determinado las normas en que estos ocurren y han definido las prácticas y rituales en torno a ellos (Kitzinger, 2015). La antropóloga Brigitte Jordan y más tarde la antropóloga Sheila Kitzinger señalan que ciertas circunstancias del parto y el nacimiento, tales como el territorio, los participantes, la toma de decisiones, las intervenciones y la tecnología que se utiliza dependen en cierto modo del lugar donde ocurra el parto y del modelo de atención de parto que predomine (Jordan, 1993; Kitzinger, 2015). Es así como se plantea que, en el parto en casa, la mujer estará en un territorio conocido, donde los participantes serán principalmente la mujer y su familia, las intervenciones y tecnologías serán usadas de forma racional y la toma de decisiones es compartida (Davis-Floyd, 2009).

El lugar del parto en Chile, así como en varios países del mundo, ha cambiado en el último siglo, la historiadora María Soledad Zárate describe en su libro *Dar a Luz en Chile, siglo XIX* (2008), el tránsito del parto asistido en casa por partera a la institucionalización de este y el camino a la asistencia profesional liderado por hombres obstetras que formaron a las matronas profesionales que serían quienes estarían a cargo de la atención del parto y nacimiento. Este cambio tuvo varias consecuencias, entre ellas la reducción de la tasa de mortalidad materna-neonatal, situación que también fue consecuencia de otros hechos importantes que ocurrieron en la época, tales como el uso de alcantarillados y agua potable, aparición de antibióticos, mejoras en la atención prenatal y alimentación (Zárate, 2008).

La situación mundial del parto en casa se diferencia según el acceso económico, existiendo dos polos opuestos. Por un lado, están los partos en casa sin asistencia o con asistencia precaria, debido a condiciones sociales, culturales y económicas, en los cuales las mujeres no tienen la opción de elegir otro lugar para el parto y la morbimortalidad materna y perinatal es elevada (África subsahariana y algunos países de Asia meridional) (OMS, 2015); por otro lado, encontramos aquellos países donde la política pública institucionaliza el parto y su asistencia profesional y, además, existen casas de partos y asistencia de parto en casa, ambas alternativas dentro de las coberturas nacionales de salud. En este sentido, en países desarrollados como Holanda, Reino Unido, Países Bajos,

Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Estados Unidos, España, Italia y Francia, entre otros, existen casas de partos, atención profesional del parto en casa, en algunos con sistema de pago particular y en otros financiados por el Estado (Ortega et al., 2017). En países en vías de desarrollo de América Latina también existen algunas opciones: México, Brasil, Ecuador, Bolivia, Perú y Argentina tienen casas de partos y/o asistencia de parto en casa financiado de forma particular y algunas con matices de partería tradicional.

Desde el punto de vista legal, a nivel internacional, aún existen países en donde parir en casa es ilegal. Con respecto a esto, es importante señalar que en el año 2010 el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el caso Ternosky contra Hungría, consideró que la legislación húngara discriminaba a las mujeres que deseaban parir en el hogar en comparación con las que tenían sus partos en el hospital, estableciendo conforme al artículo 8 de la Convención que el concepto de «vida privada» incluye el derecho a respetar la decisión relativa a convertirse o no en madre y, en consecuencia, el «derecho de la mujer a elegir las circunstancias que rodean al parto» (Harman & Wakeford, 2011: 44m52s).

En este enfoque de derecho se han pronunciado otras organizaciones internacionales como la ICM (International Confederation of Midwives), señalando que una mujer tiene derecho a un parto en casa como una opción válida y segura, tomando una decisión informada con el apoyo de una matrona/ón e insta a los gobiernos a revisar la literatura científica y trabajar para un sistema de atención a la maternidad que incluya esta opción (International Confederation of Midwives, 2017). Así mismo, aunque el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos considera que los hospitales y centros de nacimiento acreditados son más seguros para el nacimiento, señala que cada mujer tiene el derecho de tomar una decisión informada sobre el lugar del parto (ACOG, 2020).

Actualmente, la mayoría de los partos en Chile tienen lugar en una institución de salud y con asistencia profesional; en el año 2016 el 99,6 % fueron institucionalizados y con asistencia profesional (DEIS, 2018). El modelo de atención de parto que se intenta implementar a través de las políticas públicas correspondería al modelo humanista que plantea Davis Floyd, en nuestro país llamado «Modelo Personalizado del Parto y Nacimiento» (Davis-Floyd, 2009; Chile Crece Contigo, 2018). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, el modelo tecnocrático o intervencionista en el parto sigue siendo predominante en la mayoría de las instituciones de salud, reflejado en el gran porcentaje de cesáreas que se practican actualmente: 49,3 % a nivel nacional (Sadler & Leiva, 2016).

A la vez, las intervenciones en las mujeres con gestaciones fisiológicas alcanzan un 93 %, lo que incluye aceleración oxitócica, anestesia epidural y rotura artificial de membranas (Binfá, 2013). Asimismo, los resultados de la primera «Encuesta sobre nacimientos en Chile», realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) en el año 2017, con más de 11 mil participantes (mayoritariamente chilenas y de la región Metropolitana) que tuvieron sus partos entre 1970 y 2017, da cuenta de que existen problemas de comunicación con el personal de salud y un gran número de intervenciones innecesarias en el parto y nacimiento (Sadler et al., 2017).

La atención del parto en casa en Chile correspondería a menos del 1 %, situación que iría en aumento según lo señalado por las matronas de la Asociación Gremial Maternas Chile, quienes asisten el parto en casa en nuestro país (A. G. Maternas Chile, 2017). Siendo la recomendación de la OMS que la mujer sana puede tener su parto en el lugar donde se sienta más segura y esté más cerca de su entorno, sea este en su casa, casa de parto o en un hospital de alta complejidad, considerando la atención de un personal calificado (OMS, 1996).

Desde el punto de vista legal, el Código Sanitario de Chile en su artículo 117, señala que las matronas pueden asistir la gestación, parto y puerperio y al recién nacido fisiológico sin especificar cuál debe ser el lugar (Ministerio de Salud, 1968). A su vez, el Registro Civil entrega comprobantes de parto a las matronas que asisten en domicilio para que puedan certificar su atención (Registro Civil, 2015). Las prestaciones de salud realizadas en casa por matronas/es no presentan una cobertura económica por el Fondo Nacional de Salud, y en forma parcial, según el plan, en el Sistema Privado de Salud, teniendo así algunas desigualdades económicas en relación con el acceso, situación que se ha intentado resolver por las matronas que asisten partos en casa a través de tarifas diferenciadas según nivel socioeconómico (A. G. Maternas Chile, 2018).

El parto en casa no ha estado exento de controversias y diferencias de opinión, al igual como ocurre en el resto del mundo. En Chile actualmente la presidenta nacional del Colegio de Matronas/es ha señalado en varias oportunidades no estar de acuerdo con esta atención. La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos también ha emitido declaraciones similares, señalándose que «el parto en casa es de riesgo y no es recomendable, ya que ante una emergencia obstétrica cada minuto es valioso, y un traslado tardío a un centro asistencial puede llegar a ser fatal» (A. G. Colegio de matronas y matrones, 2020: párrafo 4).

Por otra parte, existen matronas que se han organizado, formando en el año 2013 la A. G. Maternas Chile, desde donde avalan esta práctica, considerando que las mujeres tienen derecho a elegir cómo, dónde y con quién parir, y que si se toman las medidas correspondientes, siguiendo las recomendaciones internacionales del parto en casa, tales como que la mujer sea sana y tenga una gestación fisiológica, el domicilio esté a 20 minutos de un centro asistencial, asistencia de un profesional capacitado y con experiencia y plan b establecido en caso de traslado, la seguridad y el riesgo del parto y nacimiento serían los mismos que en una institución de salud (A. G. Maternas Chile, 2017; Asociación Catalana de Llevadoras, 2018; NICE, 2017).

La investigación internacional en relación con la temática del parto en casa se ha centrado en determinar la seguridad y el riesgo que conllevaría para la mujer y el recién nacido parir y nacer en casa. En el planteamiento y resultados de estas investigaciones, ha influido el país donde se obtienen estos datos y el estamento profesional que se encarga de la asistencia del parto (médicos o matronas/parteras), existiendo algunas diferencias importantes en los resultados (Ortega et al., 2017).

Otro enfoque de investigación y discusión ha sido el campo de las ciencias sociales, donde a través de disciplinas como la Antropología se han investigado vivencias, experiencias y percepciones de las mujeres y profesionales que viven este tipo de parto.

En Chile, la investigación está en una fase inicial, existiendo estudios desde la formación de pregrado de algunas disciplinas de la salud y ciencias sociales que describen relatos de las mujeres, parejas y matronas que están relacionados con el parto y nacimiento en casa (Labra, Bernal y Barrera, 2012; Reischman, Risi, y Serrano, 2014). Se agrega a esta discusión desde la disciplina de la Antropología social, concluyendo que la decisión de tener y atender un parto en casa busca principalmente recuperar el protagonismo de la mujer, su pareja y el bebé que nace en el marco de un «territorio» que garantiza su autonomía (Ramírez, 2015). Por ello en este trabajo nos planteamos dar respuesta a la pregunta: ¿cómo se configuran los conocimientos y saberes, según las mujeres y matronas que viven este proceso?

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Este artículo se enmarca en la temática de atención del parto en casa contemporáneo, cuestión que me compete como investigadora de la tesis de Magister de Antropología

«Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile, percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según las mujeres y matronas»; y a la vez como matrona que asiste partos en casa en Chile desde el año 2013 hasta la fecha.

Se han combinado distintas técnicas de recolección de datos para responder a la pregunta planteada: ¿cómo se configuran los conocimientos y saberes, según las mujeres y matronas que viven este proceso?

Se utilizó la metodología cualitativa, de carácter exploratorio y con un enfoque etnográfico, que permitió conocer la forma en que se desarrolla el parto en casa en la unidad social que representa la A. G. Maternas Chile. Dentro de la etnografía se utilizó la línea de la autoetnografía, utilizando como eje de investigación la observación participante y la entrevista en profundidad.

Mi quehacer profesional de matrona de partos en casa me ha permitido estar presente en el desarrollo de los partos en la ciudad de Santiago, acompañando a las mujeres y familias en este proceso y, a la vez, ser parte de la A. G. Maternas Chile, que reúne a las matronas que optan por esta forma de atención. Actualmente participo como parte de la directiva de esta asociación, lo cual me ha facilitado observar el desarrollo administrativo y clínico que ha vivido este fenómeno social en nuestro país, participando en la difusión y discusión en distintos eventos en relación con la temática. Como experiencia personal, el año 2016 tuve la oportunidad de parir a mi segunda hija en casa, lo que me proporcionó la vivencia personal de este fenómeno.

Dichas experiencias personales han sido parte del desarrollo etnográfico que he realizado estos años y hoy forman parte de esta etnografía, sustentado en aspectos teóricos de la autoetnografía que señalan que esta amplía su concepción para dar cabida tanto a los relatos personales y/o autobiográficos como a las experiencias del etnógrafo como investigador, ya sea de manera separada o combinada, situados en un contexto social y cultural (Blanco, 2012).

Considerando los aspectos éticos, se implementó el uso de consentimientos informados para las siguientes situaciones:

- Entrevistas en profundidad mujeres y matronas
- Acceso a la base de datos e información a la A. G. Maternas Chile y el uso de nombre como organización

- Uso de la información de los documentos de registros de libros de partos

La información proporcionada en este artículo fue previamente revisada por tutoras/es y comité de ética de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, dentro del marco de la tesis para postular al grado académico de magister en Antropología.

### Técnicas de investigación

Para la recolección de información se utilizaron las multitécnicas descritas en el cuadro 1.

**Cuadro 1.** Resumen técnicas recolección de datos

Técnica de recolección	Información recolectada	
<b>Entrevistas en profundidad</b>	7 mujeres que tuvieron parto en casa con asistencia profesional	7 matronas de la A. G. Maternas Chile que acompañan partos en casa
<b>Observación participante</b>	47 partos registrados en libro de partos y registro de campo	2 eventos relacionados con la temática en el año 2018.
<b>Registro de documentos</b>	3 libros de partos que registran 47 partos en casa desde el año 2013-2018.	
<b>Conversaciones informales</b>	Conversaciones diarias de 27 matronas en WhatsApp	Conversaciones en reuniones de la A. G. Maternas Chile
<b>Experiencia personal</b>	Parto vivido en el año 2012 (Trabajo de parto en casa y luego traslado a Hospital)	Parto en casa vivido en el año 2016

**Fuente:** elaboración propia

### Muestra

Se usó la muestra de sujetos tipos, utilizando los criterios que se detallan a continuación:

1. Mujeres que han tenido partos en casa en la ciudad de Santiago:

- Nacionalidad chilena
- Parto en casa planificado con asistencia profesional
- Evolución fisiológica de la gestación y parto

## 2. Matronas que atienden partos en casa en la ciudad de Santiago:

- Experiencia laboral mínimo 2 años
- Nacionalidad chilena y formación profesional en Chile
- Perteneciente como miembro activa de la A. G. Maternas Chile

### Estrategia de análisis

Se analizó las entrevistas en profundidad a mujeres y matronas (las cuales fueron grabadas y transcritas), registros de observación participante en partos y eventos relacionados con la temática, libros de partos, conversaciones informales y diarios personales, mediante el análisis de contenido. Luego se fueron creando categorías emergentes y ordenadas por temáticas para facilitar su análisis y operacionalizar las categorías.

**Imagen 1.** Esquema de categoría y subcategorías centrales del estudio

Conocimientos y saberes	Medicina alópata
	Medicinas complementarias y alternativas
	Saber parir
	Intuición

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Posterior al análisis realizado, emergió una categoría central de análisis — «Conocimientos y saberes»— y las subcategorías indicadas en la imagen 1, las cuales se describieron y discutieron en este apartado.

### CONOCIMIENTOS Y SABERES

#### *Medicina Alópata*

Para las matronas, el conocimiento científico de la medicina alópata adquirido en la formación profesional es importante en la atención al parto, así como las habilidades

adquiridas con la experiencia clínica. En los registros y relatos se observa como describen conceptos, prácticas y procedimientos obstétricos en la atención al parto, auscultando latidos cardiorfetales (LCF) con ultrasonido, realizando tactos vaginales, administrando medicamentos e incluso utilizando equipos de reanimación en casos de urgencia. En las conversaciones formales e informales que tenemos en el grupo de matronas de parto en casa, el conocimiento científico, actualizaciones, protocolos clínicos y evidencia científica son temas recurrentes; y en los perfiles profesionales de las matronas asociadas se puede apreciar que la mayoría tiene una elevada formación científica.

Para mí fue muy importante haber aprendido en la universidad y haber tenido experiencia clínica en los hospitales; si bien hay muchas cosas que aprendí y otras que también he ido desaprendiendo, esa experiencia clínica me da la seguridad para acompañar partos en casa hoy en día.

Para la atención me baso en la fisiología del parto, tener los exámenes que pide el ministerio, las ecografías. (Camila, matrona de parto en casa)

En la atención del parto en casa, las matronas utilizamos insumos clínicos en algunos procedimientos. Para eso tenemos un bolso o maleta en donde están todos los insumos clínicos necesarios para la atención del parto fisiológico, así como también insumos y medicamentos para el manejo de urgencias obstétricas y neonatales, teniendo disponible ultrasonido para escuchar LCF, aparato de presión, guantes estériles y de procedimientos, material adecuado para colocar vía venosa y administración de medicamentos por distintas vías, medicamentos para el manejo de urgencias, mascarilla de presión positiva (ambú), material estéril para suturar, pesa, material para toma de exámenes, entre otros.

Para las mujeres este conocimiento científico también es importante; forma parte de la seguridad para decidir parir en casa saber que la matrona podrá utilizar conocimientos científicos en caso sea necesario.

Para el parto las matronas andaban con un bolso con todos los insumos necesarios, en el trabajo de parto me escuchan los latidos de mi guagua, en el postparto me pusieron puntos en el periné y todo súper profesional, los días siguientes le tomaron el examen de PKU a mi guagua... (Marta, mujer que pario en casa)

De esta manera el conocimiento de la medicina alópata estaría relacionado con los resultados maternos y perinatales que señala la última revisión sistemática y metaanálisis realizado por matronas de Canadá en relación con la seguridad y el riesgo del parto en

casa (Hutton et al., 2019), así como también con las recomendaciones internacionales en cuanto a un/una profesional capacitada/o para su atención (ICM, 2017; ACOG, 2020) y contribuyendo así a la discusión nacional en torno a dicha seguridad y riesgo, basando su quehacer en protocolos clínicos, insumos necesarios y formación académica.

Además, incorporamos el conocimiento científico de la fisiología, neurobiología, anatomía del parto, entre otras temáticas que han ido cambiando en el ámbito de la Obstetricia y que veces no son enseñados o profundizados en la formación de pregrado y que las matronas señalan que han tenido que aprender después.

En la universidad nunca me enseñaron la oxitocina natural, casi todas las clases tenían relación con la oxitocina sintética y como utilizarla, las clases se llamaban gobierno y dirección del trabajo de parto, la verdad que me enseñaron muy poco del parto fisiológico, la mayoría de las clases siempre estaban enfocadas en las complicaciones. (Lorena, matrona de parto en casa)

La falta de incorporación de conocimientos sobre la fisiología del proceso, en comparación con los conocimientos sobre fisiopatología, contribuyen a la medicalización de la gestación y del parto, y como señala Jordan (1993), tiene una función de control sobre las mujeres. Asimismo, las tecnologías utilizadas durante la gestación de forma rutinaria suponen que la profesión médica aumente su control, con la pérdida de este por parte de las mujeres gestantes, cuyos conocimientos quedan descalificados ya que no tienen ningún valor científico (Montes, 2007). Todo ello conlleva una pérdida del protagonismo de la mujer (Blázquez, 2005), asumido por los/as profesionales de la salud, que se convierten en los/as principales actores/as del proceso obstétrico (Kitzinger, 1993; 2003)

Para Foucault, este poder en el cuerpo de la mujer tiene como objetivo central el producir objetos de saber, así como producir cuerpos dóciles que proclamen su utilidad. Así los discursos de expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando desde la modernidad otorgan un poder que es experto y productivo. En base a esto, la vigilancia, el control y el constante examen de las capacidades del cuerpo de la mujer en sus procesos reproductivos toma importancia, alejando estos procesos de la naturaleza y fisiología y acercándolo al control y patología. (Foucault, 1998)

### ***Medicinas complementarias y alternativas***

Se complementa el conocimiento científico alópata con otros tipos de medicinas tales como la medicina china, homeopatía, aromaterapia, flores de Bach, ayurveda, reiki y

conocimientos de la partería tradicional como el rebozo y hierbas medicinales. En la formación profesional de las matronas de la A. G. Maternas la mayoría tienen formación en algún tipo de medicina complementaria y/o alternativa y las matronas entrevistadas indican que la utilizan.

En los partos también uso la homeopatía cuando es necesario, a veces el masaje. (Camila, matrona de parto en casa)

De esta manera, dentro de los insumos que lleva en el bolso o maleta y que se utilizan en el parto se describen insumos en relación con estas medicinas, tales como hierbas, aceites esenciales, frascos con homeopatía, frascos de flores de Bach, telas de rebozos.

Las mujeres entrevistadas señalan que ellas tenían algunos conocimientos en medicinas complementarias y las utilizaron en el parto, y valoran que las matronas que las acompañaron en el parto en casa hayan tenido conocimientos complementarios, ya que estos fueron útiles en su parto.

Desde el reiki<sup>1</sup> me encomendé para decretar que queríamos que esto fuera sostenido en voluntad divina, que todo lo que pasara aquí, que es sagrado, fuera lo que tuviera ser, pero lo mejor para todos, en voluntad divina, sin oponer resistencia y pedimos protección de distintas energías. (Marcela, mujer que parió en casa)

Cuando se analizan las intervenciones que realizan las matronas y cómo acompañan a las mujeres, se puede visualizar cómo combinan los conocimientos y saberes adquiridos en su formación profesional, tanto de la medicina alópata como de medicinas alternativas y complementarias. Durante el desarrollo del parto realizan procedimientos propios de la medicina alópata, tales como auscultación de latidos cardíofetales, tactos vaginales, administración de medicamentos en complicaciones y también van utilizando medicinas alternativas y complementarias que han ido aprendiendo, realizan masajes, usan aromaterapia, medicina placentaria, entre otras. Algunas también recurren a saberes aprendidos de la partería tradicional, usando el rebozo, hierbas medicinales, incluso los saberes de las fases de la luna y su influencia en el cuerpo de la mujer. De este modo, incorporan herramientas tecnológicas como un monitor de ultrasonido, aparato de toma de presión, etc. y también telas ancestrales para hacer rebozo, hierbas medicinales, entre otras.

---

<sup>1</sup> Reiki: filosofía, práctica y terapia espiritual que tiene como objetivo la canalización de energía vital para la armonización de mente, cuerpo y espíritu con el fin de obtener salud y equilibrio.

Como ya señalé, la hegemonía del modelo biomédico y la jerarquización de los cuidados masculinizan el proceso del parto, quitando así protagonismo a las mujeres en sus partos (Menéndez, 1984; Davis-Floyd, 2001). Del mismo modo sucede con el protagonismo de las matronas en su función de acompañamiento y cuidados hacia la mujer. Como señala Zárate (2009), en el siglo XIX la figura de la partera tradicional es reemplazada por la matrona formada y calificada, la cual ha sido entrenada dentro del modelo biomédico liderado por la profesión médica, dejando en nivel inferior a la matrona, su acompañamiento y cuidados. Es así como en la atención del parto en casa, la matrona puede volver a encontrar ese protagonismo en el acompañamiento, quizás basándose en un modelo de atención holístico y considerando la relación de los aspectos femeninos en el espacio privado e íntimo; en este caso, en la casa vuelve a reencontrarse con la imagen de la partera tradicional y, del mismo modo, la importancia de sus conocimientos y saberes se ve reflejada en su quehacer.

### *Saber parir*

Parte de los saberes mencionados es el saber de la mujer en el proceso del parto. Considero que las matronas confiamos en el cuerpo de la mujer, en sus saberes ancestrales para parir. Asimismo, las mujeres relataron que durante su parto se conectaron con la imagen de sus abuelas y otras mujeres que habían parido antes que ellas, planteando la existencia de una sabiduría ancestral. Una de las mujeres relata que sus hijas la acompañaron y que ellas, sin ningún conocimiento del tema, pudieron hacer muchas cosas.

Mis hijas fueron como *doulas*, sin saber nada del tema calentaban el agua, apagan las luces, calentaban las toallas blancas y a pesar de ser niñas ellas sabían hacerlo, como una sabiduría ancestral femenina. (Patricia, mujer que parió en casa)

Un área mencionada en las entrevistas por las mujeres y matronas es la espiritualidad que se genera en el parto en casa; sienten que hay una energía especial y que se dan señales que permiten guiar este proceso y que se relacionan con la conexión que tienen con la mujer.

Siento que las matronas que acompañamos partos en casa lo hacemos desde varias dimensiones y esta dimensión espiritual, este llamado a servir, y el tener esta intuición abierta, un conocimiento difícil de medir, nos da un plus, tenemos una conexión, un algo divino si se quiere llamar así, y estamos muy abiertas a todas las señales que nos puede entregar la situación que estamos

abordando, que pueden ser señales tangibles, concretas, medibles, pero que también son señales no tan tangibles, concretas o medibles, pero que al estar una en este estado especial es capaz de percibirla. (Evelyn, matrona de parto en casa)

En la atención del parto en casa contemporáneo, se van incorporando los conocimientos y saberes de las mujeres. Estas mujeres también confían en su autoconocimiento corporal, en el «saber parir», y tienen la certeza de que su cuerpo irá dando señales de sus necesidades, mostrando el camino para el parto, y que las matronas que la acompañaran en casa deben estar abiertas a escuchar estas necesidades.

Las maneras de saber tienen gran importancia en este estudio. Destaca la obra de Jordan (1993), quien introduce el concepto de «conocimiento autorizado», siendo este el conocimiento construido socialmente que reconoce al sistema médico hegemónico definido por Menéndez (1984) como un valor superior, desautorizando el saber de las mujeres y matronas y restándole el protagonismo que ya se mencionó. Así, cuando en el parto en casa se valida el saber parir y los aspectos espirituales se acerca la atención del parto al modelo médico de autoatención que define Menéndez y al modelo de atención holístico que señala Davis-Floyd (2001).

En el parto en casa, los paradigmas asociados son el paradigma humanista y el paradigma holista. El paradigma holista de salud se caracteriza por el valor de la conexión y una visión integral del ser humano, a diferencia del paradigma tecnocrático que realza valores científicos y tecnológicos. El paradigma humanista sería el engranaje entre estos dos paradigmas, y desde estos valores, las matronas que atienden partos en casa y las mujeres que los experimentan actuarían y propiciarían valores más humanos, relacionales, integrales y compasivos. «Aunque las mujeres que paren en casa constituyen solo alrededor de un 1 % de la población de parturientas americanas, su importancia conceptual es enorme, ya que mediante los rituales alternativos de parir en casa, representan —y por lo tanto garantizan la existencia— de un paradigma de embarazo y de parto basado en el valor de la conexión, al igual que el modelo tecnocrático se basa en el principio de separación» (Davis-Floyd, 2009:150).

### ***La intuición***

Las matronas también vamos incorporando una arista del conocimiento que es la intuición, relacionándola de forma directa con la seguridad y riesgo del parto. De este modo, consideramos que la intuición puede guiar la actuación de la matrona en la atención

al parto, en la confianza que ellas tienen de la situación e incluso, si es necesario, trasladarse.

Utilizo principalmente mi intuición en la atención del parto, complementado con los protocolos clínicos y la fisiología del parto, la voz, la vibración, el cuerpo, el silencio, la paciencia, la homeopatía, pero lo que más utilizo es la intuición. (Camila, matrona de parto en casa)

Esta intuición puede ser manifestada en los sueños, cambios corporales o emociones que afloran en el momento. Esta intuición es visibilizada por las matronas que acompañamos partos en casa, como en varias oportunidades lo señalamos; algunas lo llaman «intuición», «voz interna», «tincada», y en las entrevistas relatan cómo se va agudizando con la experiencia y que la conexión que logran con cada mujer, con cada familia, es tan intensa que esta intuición se va manifestando en su cuerpo, teniendo sueños recurrentes previos a los partos. En la misma dirección, algunas matronas señalan que los partos se alinean con sus ciclos menstruales, que en el momento cercano al expulsivo ellas sienten mucho deseo de defecar y que cuando algo no va bien ellas sienten algunas molestias corporales.

Yo en un parto si me duele la cabeza es porque algo va a salir mal, así lo siento, me tomo un paracetamol no se pasa, estoy más atenta aún, porque siempre me ha pasado que algo pasa que me duele la cabeza, siempre en todas las ocasiones, no creo que yo atienda mal porque me duela la cabeza y pase, pero es como una señal corporal que yo siento, de hecho la última vez que no fue hace tanto, también sentí un dolor de cabeza y dije: será o no? porque una no quiere pensar, asociar tonteras, pero sí estoy más atenta y me siento incómoda y tengo las cosas ordenadas y me siento preparada. (María, matrona de parto en casa)

La intuición es parte del quehacer profesional. En este sentido, algunas matronas incluso señalan que usan esta intuición para ver si la mujer es candidata o no a parir en casa. En las conversaciones que llevamos a cabo en el grupo de matronas de parto en casa, se dan muchas preguntas de casos clínicos donde vamos comentando según nuestras experiencias o posturas y en general cuando alguna de las matronas preguntamos, más de alguna respuesta tiene relación a ¿qué dice tu voz interior? ¿Qué te tinka a ti? A este respecto, una matrona señala:

Cuando no me tinka una mujer o siento que yo no puedo acompañar, prefiero derivarla a otra colega, algo me dice que no es para parto en casa, a pesar que según los protocolos cumpla con todos los requisitos, la derivó quizás son mis miedos. (Lorena, matrona de parto en casa)

Los relatos de las entrevistadas sobre la intuición son respaldados por las investigaciones de la antropóloga Robbie Davis Floyd y la matrona Elizabeth Davis (1996), quienes señalan la intuición como un conocimiento autorizado dentro de las matronas que asisten partos en casa. Un conocimiento que, si bien ellas saben que genera controversias en algunos sectores, lo consideran tan válido como el conocimiento científico que aprendieron en su formación profesional y experiencia clínica. La intuición sugiere una conexión interna con los aspectos corporales y espirituales más profundos de su ser, así como de sus conexiones físicas y psíquicas con la madre y el bebé. Esta fiabilidad de la intuición está intrínsecamente relacionada con el hecho de surgir de esta matriz de conexión física, emocional y espiritual. Es así como se señala que la intuición genera manifestaciones físicas en las matronas que acompañan partos en casa, siendo fundamental para que la intuición se manifieste y se desarrolle la conexión y confianza.

Cuando las matronas atienden partos en casa están en el estadio 4 del conocimiento, considerándose un conocimiento siempre abierto a ideas nuevas e ir cambiando los hologramas, con la idea de ir acomodando la nueva información, buscando e integrando las nuevas formas de saber y pensar (Davis-Floyd, 2009). De esta manera, en el parto en casa no existe solo un conocimiento autorizado como señala Jordan (1993), sino más bien se van configurando varios conocimientos y saberes, todos válidos al momento de tomar las decisiones y de ir acompañando los partos, donde la tecnología se pone al servicio de la fisiología y las necesidades de la mujer, utilizándose solo si es necesario, formando una alquimia que va configurando la experiencia positiva en los partos de las mujeres y en la experiencia de las matronas que les permite llevar a cabo su quehacer profesional en la casa, a pesar de las controversias.

Por último, las matronas de la A. G. Maternas Chile podrían ser parte del modelo de atención holístico, facilitando a las matronas ser parte de un espacio de aprendizajes que contempla la combinación de los conocimientos y saberes, manteniendo a las matronas contemporáneas bajo el concepto que denomina la antropóloga Davis Floyd (1993) como «matronas posmodernas».

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tuvo como limitaciones el considerar solo matronas/es y mujeres que atienden y/o parieron en casa en la ciudad de Santiago de Chile, sin considerar otros territorios del país, los cuales podrían tener diferencias en relación con el entorno natural, social y cultural de cada región y la influencia de la partería tradicional. Asimismo, tampoco consideró la experiencia de otras personas que acompañan los partos como ejemplo *doulas*, ginecoobstetras o acompañantes (pareja, familia, amigas/os) de la mujer que ha parido y que también podría complementar la información que a continuación se presentó.

Teniendo esto en cuenta, planteo como desafío seguir indagando en cómo se configuran los conocimientos y saberes en torno al parto en distintos territorios y con las diferentes miradas de quienes participan.

## CONCLUSIONES

En la atención del parto en casa se combinan los conocimientos y saberes; por un lado, los conocimientos de la biomedicina y de otras medicinas alternativas y/o complementarias, así como, por el otro, saberes de la partería tradicional y saberes y conocimientos de las mujeres que deciden parir en casa. El concepto de «saber parir» se asocia a conocimientos ancestrales y a la fisiología del proceso, así como también la intuición de las matronas y mujeres pasa a ser un «conocimiento autorizado» en la atención del parto en casa.

El parto en casa contemporáneo se transforma en una oportunidad de rescatar esa sabiduría ancestral del parto, el «saber parir», los saberes de la partería tradicional, así como también la tecnología y el conocimiento científico. Volver a confiar en el cuerpo de las mujeres y respetar su relación con la naturaleza como una oportunidad para permitir que el parto pueda transcurrir en sus tiempos naturales. A la vez, recuperar la autonomía del quehacer de la matrona/ón acercando la profesión a un modelo holístico de salud y aportando al desarrollo de una matronería posmoderna.

A modo de conclusión, visibilizar las experiencias del parto en casa, las voces de las mujeres, matronas y mi propia voz como investigador pretende incidir en las políticas públicas nacionales para que se considere dentro de las coberturas sociales de salud la

atención del parto en casa planificado y con asistencia profesional. Todo ello con el fin de que poder parir en casa sea una realidad para muchas mujeres en nuestro país y una oportunidad de transformación y renacimiento para las matronas que quieran acompañar partos en casa.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis amadas Julieta y Maite, por tanta enseñanza, por mostrarme el camino y por permitirme día a día ser mejor persona

## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Opinión del Comité Parto en casa planificado*. 2020. [Consulta julio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3xD3kVY>
- ASOCIACIÓN CATALANA DE LLEVADORAS (mayo 2018). *Guía de Asistencia al parto en casa*. Disponible en: <https://bit.ly/3dn45uT>
- ASOCIACIÓN GREMIAL (A. G.) COLEGIO DE MATRONAS Y MATRONES. *Declaración pública por reportaje televisivo sobre parto en casa*. 2020. [Consulta julio 2020]. Disponible en: <https://colegiodematronas.cl/?p=2937>
- ASOCIACIÓN GREMIAL (A. G.) MATERNAS CHILE. [página web]. 2012. [Consulta mayo 2018]. Disponible en: [www.maternaschile.cl](http://www.maternaschile.cl)
- ASOCIACIÓN GREMIAL (A. G.) MATERNAS CHILE. *I Jornada de Parto en Casa. Parto en Casa planificado con asistencia profesional*. Santiago de Chile: agosto 2017.
- BLÁZQUEZ, M. I. Aproximación a la antropología de la reproducción. En: *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. 2005, vol. 42, p. 6.
- BLANCO, M. Autoetnografía: una forma narrativa de formación de conocimiento. En: *Andamios. Revista de Investigación Social*. 2012, pp. 49-74.
- BINFA, L. Evaluación Cualitativa de la Implementación de la Guía de Atención Personalizada del Parto. Santiago de Chile: 2013.
- CHILE CRECE CONTIGO. [Consulta mayo 2018]. *Chile Crece Contigo*. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/>
- DAVIS-FLOYD, R. *Perspectivas antropológicas del parto y nacimiento humano*. Buenos Aires: CreaVida, 2009.
- DAVIS-FLOYD, R., & DAVIS, E. Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth. (Intuición como Conocimiento Autorizado en matronas de parto en casa) En: *Medical Anthropology Quarterly*. 1996, vol. 10, núm. 2, pp. 237-269.
- DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (DEIS). *Indicadores básicos de salud Chile 2015*. 2016. [Consulta: 10 de mayo de 2018]. Disponible en <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf>
- FOUCAULT, M. *Historia de la Sexualidad I*. México: Siglo XXI, 1998.
- HARMAN, T.; Wakeford, A. (dirs.). *Freedom for Birth* [Documental]. 2011, 60 min.
- HUTTON, E., et al. Mortalidad perinatal o neonatal entre las mujeres que al inicio del trabajo de parto tienen la intención de dar a luz en el hogar en comparación con las mujeres de bajo riesgo obstétrico que tienen la intención de dar a luz en el hospital: una revisión sistemática y metanálisis. En: *The Lancet E Clin Med*. 2019, vol. 14, pp. 59-70.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Anuario Demográfico 2001*. 2001. [10 de julio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3gMj0k4>

- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). *Position Statement Home Birth*. 2017. [Consulta enero 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3d4a1IU>
- JORDAN, B. *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press, 1978.
- KITZINGER, S. *La Crisis del Parto*. España: Ob Stare, 2015.
- LABRA, L. G.; BERNAL, M.; BARRERA, N. *Aspectos socioculturales y motivacionales de la mujer chilena, residente de la Región Metropolitana que opta por parto en casa* [Tesis para optar al título de matrona]. Santiago de Chile: Universidad de Santiago. 2012.
- MENÉNDEZ, E. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Ciesas, 1984.
- MINISTERIO DE SALUD. Artículo 117. En: *Código Sanitario*. Santiago de Chile: República de Chile, 1968
- MUÑOZ, H. *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2011
- MONTES, M. J. *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili, 2007. Disponible: [www.tesisenxarxa.net/TDX-0607107-112247/](http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0607107-112247/)
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies: planning place of birth*. 2017. [Consulta mayo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3qhfMZd>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Cuidados del Parto Normal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. 2015. [Consulta: mayo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3xAKYVI>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. 2018. [Consulta mayo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/3gPEVWw>
- ORTEGA, E., et al. Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa. En: *Ene Revista de Enfermería*. 2017, vol. 11.
- RAMÍREZ, C. *Parto en Casa Planificado con Asistencia Profesional: Recuperando el Protagonismo*. [Memoria para optar al Título de Antropóloga Social]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. 2015.
- REGISTRO CIVIL. Dictamen de la Contraloría General de la Republica N°0218862 de 19 de marzo y su Ordinario B52 N° 1402 de mayo, ambas 2015. *Entrega de comprobantes de partos*. Santiago, Chile: 2015.
- REISCHMAN, P.; RISI, C.; SERRANO, N. *Evaluación de la atención del parto en casa planificado con asistencia profesional, durante los años 2003-2014, en la región de*

*Valparaíso y Metropolitana de Chile*. [Tesis para optar al título de matrona]. Santiago de Chile: Universidad de Santiago, 2014

SADLER, M.; LEIVA, G. Capítulo 1: Nacer en el Chile del siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. En: B. Cabieses, et al. (eds). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo, 2016, pp. 68-81.

SADLER, M., et al. *Resultados Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile*. 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2tJTulZ>

ZÁRATE, M. S. *Dar a Luz en Chile, siglo XIX*. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado, 2008.

# **SIGNIFICADO DE MATERNIDAD EN USUARIAS FEMINISTAS DE INSTAGRAM EN LIMA METROPOLITANA**

*The Meaning of Motherhood in Feminist Instagram Users in Metropolitan Lima*

Lucero Brenda Velarde Russo<sup>1</sup>

Correo electrónico: [u201312055@upc.edu.pe](mailto:u201312055@upc.edu.pe)

1. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Facultad de Psicología. Programa Académico de Psicología. (Lima, Perú)

Recibido: 19/10/2020 Aceptado: 19/05/2021



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** En los últimos años el feminismo ha ocupado un espacio mayor dentro de la sociedad peruana. Por lo que se ha vuelto frecuente escuchar debates y opiniones diversas por parte de la población acerca de temas relacionados con este movimiento, siendo el «derecho a decidir ser madre o no» uno de los temas principales y tornando, de este modo, la maternidad en tema de discusión. **OBJETIVO.** Profundizar en el relato de las participantes para describir y conocer el significado de la maternidad en un grupo específico de mujeres, en este caso, feministas de tercera ola. **METODOLOGÍA.** Estudio cualitativo fenomenológico. La técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista individual semiestructurada. Se llevó a cabo en Lima, Perú. La muestra estuvo conformada por 7 participantes. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** Se identificaron tres categorías tras el análisis: (a) Sentidos de maternidad: concepción y experiencia frente a la maternidad; (b) Ser mujer: perspectiva propia y perspectiva de la sociedad; (c) Corporalidad: feminidad y experiencia emocional desde el cuerpo. **CONCLUSIONES.** Las participantes concuerdan que el cuidado y cariño brindado al infante es lo que define el rol de madre, es decir, este rol deja de ser asignado únicamente al género femenino, dejando en el pasado la ecuación mujer igual madre, de este modo se amplían los horizontes del fenómeno y con ello se comprende la complejidad del mismo.

**Palabras clave:** maternidad; feminismo; género; estereotipos; roles de género.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** In recent years, feminism has occupied a larger space within Peruvian society, and it has become common to hear debates and diverse opinions from the population on issues related to this movement. The right to decide whether or not to be a mother is one of the main issues, making motherhood a topic of discussion. **OBJECTIVE.** To delve into the participants' accounts to describe and learn about the meaning of motherhood in a specific group of women, in this case, third-wave feminists. **METHODOLOGY.** A qualitative phenomenological study. The technique used for data collection was the semi-structured individual interview. It was carried out in Lima, Peru. The sample consisted of 7 participants. **RESULTS AND DISCUSSION.** Three categories were identified after the analysis: (a) Senses of motherhood: conception and experience facing motherhood, (b) Being a woman: own perspective and society's perspective, (c) Corporeality: femininity and emotional experience from the body. **CONCLUSIONS.** The participants agree that the care and affection given to the infant are what defines the role of mother, that is, this role is no longer assigned solely to the female gender, leaving in the past the equation woman equals mother, thus broadening the horizons of the phenomenon and thus understanding its complexity.

**Keywords:** Motherhood; Feminism; Gender; Stereotypes; Gender Roles.

## INTRODUCCIÓN

Según Fuller (2010), desde la modernidad, la identidad femenina ha estado ligada desproporcionadamente a la maternidad. Federici (2010) denomina este fenómeno como «domesticación», la cual propone que el cuerpo humano se transforma en una máquina de trabajo y la mujer toma el rol de «reproductora». Asimismo, Zurian y Herrero (2014) reafirman que la femineidad tradicional gira en torno a la maternidad, pues el proyecto de vida de la mayoría de las mujeres se construye alrededor de su experiencia como madre.

En este sentido, Foucault (2007; 2012) explica que la sociedad, gracias al poder, intenta descifrar quiénes somos bajo una lógica universal: el sexo. Según Mondragón (2017), el poder define lo que es normal y lo que no, al reunir un conjunto de saberes reconocidos como legítimos, asignando comportamientos específicos para «varones» y «damas», que resultan en los roles de género. Asimismo, Velázquez (2015) explicó que, a lo largo de la historia, la mujer ha sido situada en una categoría inferior a la del hombre, lo que reforzó su papel secundario en la sociedad.

El feminismo busca proteger los derechos de las mujeres, teniendo como objetivo acabar con el sexismo, la explotación sexista y la opresión del patriarcado (Archenti y Tula, 2019; Hooks, 2017). Con el paso del tiempo se han creado variantes, siendo una de ellas el feminismo de tercera ola que surgió en los años noventa (Snyder, 2008). Esta corriente abraza la multiplicidad de la propia identidad y acepta las contradicciones en la vida misma, rechazando los imperativos del patriarcado y reconciliándose con el rol tradicional femenino desde el propio deseo. De esta forma, la persistencia de lo femenino ya no es un obstáculo para el desarrollo de la autonomía, sino un beneficio (Daros, 2014; Snyder, 2008).

Muñiz y Ramos (2019) refieren que la maternidad es una construcción social que parte de tres aspectos: el biológico, que comprende el embarazo, el parto y la lactancia; el sociocultural, que comprende los ámbitos sociales, históricos e ideológicos, y estructura el concepto de la maternidad; y el subjetivo, que se entiende como la interpretación y la reconstrucción de los significados y conocimientos dentro del contexto social e histórico de la mujer. Es decir, para las feministas de la tercera ola, la maternidad se resignifica a través del deseo de ser madre y no por la opresión social (González, Royo y Silvestre, 2020).

En la actualidad, las redes sociales son utilizadas para debatir y dar a conocer opiniones públicas. El feminismo virtual (ciberfeminismo) surge en los años noventa y persigue objetivos políticos y estéticos, sirviendo como una red de apoyo y desmintiendo mitos sociales (Branco de Castro, 2015; Lemos, 2009).

En el Perú del año 2016, gracias a la convocatoria por medio de redes sociales, un millón de personas decidieron protestar en contra de la violencia de género en la marcha «Ni una menos» (Caballero, 2018). Es así como Obregon do Nascimento y Klein (2018) plantean que Instagram sirve como una plataforma para que las mujeres feministas expresen sus posiciones ideológicas mediante frases e ilustraciones digitales provocativas.

A diferencia de las mujeres no feministas, estas van contracorriente del *status quo*; parte de la teoría feminista desmitifica la naturalización e idealización de la maternidad colocando la experiencia personal como centro del fenómeno, lo cual genera tensiones entre lo que se desea y lo que la sociedad exige (Fernández, 2014).

Partiendo de lo mencionado, esta investigación tiene como objetivo describir el significado de maternidad de usuarias feministas de Instagram que comparten contenido relacionado con el empoderamiento femenino, la sexualidad y la libertad del disfrute de esta misma, en Lima, Perú. Así mismo busca responder la pregunta: ¿cómo se manifiesta el significado de la maternidad en las usuarias feministas de Instagram de Lima?

La presente investigación posee relevancia social y busca entender qué sucede dentro de la comunidad peruana feminista perteneciente a la tercera ola, puesto que, como lo explica Turbet (2018), todas las sociedades son patriarcales y, a partir de esto, los movimientos feministas contribuyen a la toma de conciencia y al cuestionamiento de experiencias que se dan por sentadas en la sociedad.

## **MÉTODO Y MATERIAL**

La presente investigación es cualitativa con diseño fenomenológico; busca analizar las experiencias de las participantes frente un fenómeno particular: la maternidad. Asimismo, Creswell (2018) plantea que la fenomenología permite comprender la experiencia vivida por las personas frente a un fenómeno.

La investigación tuvo como población usuarias feministas pertenecientes a la tercera ola de Instagram, que actualmente residen en el departamento de Lima-Perú. Asimismo, las participantes pertenecen al nivel socioeconómico A y B, cuentan con viviendas de material noble, seguro de salud particular, estudios superiores, transporte particular, entre otras comodidades (Asociación Peruana de Empresas en Investigación de Mercados, 2016)

La muestra estuvo conformada por siete participantes, entre 24 y 37 años, tres de ellas son madres y cuatro aún continúan evaluando la posibilidad de ejercer la maternidad. Para la elección de las participantes se utilizó el muestreo de bola de nieve, cada participante propone a otros posibles sujetos, y así consecutivamente hasta conseguir una muestra suficiente (Parra y Vázquez, 2017). Al inicio la muestra estuvo conformada por 10 participantes; sin embargo, durante el análisis se procedió a eliminar 3 al no cumplir con el objetivo de investigación.

Por último, la saturación se alcanzó cuando la información se empezó a volver repetitiva (Rodríguez, Garcia y Gil, 1996). A continuación se presenta la Tabla 1 con las principales características sociodemográficas de las entrevistadas. Cabe recalcar que se utilizaron nombres ficticios para proteger la identidad de las participantes.

**Tabla 1.** Principales características sociodemográficas de las participantes

Nombre	Edad	Estado Civil	Nº de Hijos	Distrito	Ocupación
Alessa	37	Divorciada	2	La Molina	Docente y Free Lance
Ange	28	Soltera	0	San Isidro	Abogada
Ani	24	Soltera	1	Pachacamac	Artista plástica
Carmela	28	Conviviente	1	Miraflores	Fotógrafa
Lucía	25	Soltera	0	Miraflores	Actriz
Maca	26	Soltera	0	Miraflores	Fotógrafa
Paola	26	Soltera	0	Miraflores	Fotógrafa

Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, la cual permite obtener información específica a través de preguntas abiertas y cerradas, lo que permite repreguntar y ser flexible (Martínez, Mañas y Pons, 2016). Para ello se construyó un guion de entrevista que contiene los conceptos teóricos principales del fenómeno de la maternidad, que son el género, la biología, la socioculturalidad y la subjetividad. Este

instrumento fue supervisado y corregido por 3 especialistas en el tema y posteriormente aplicada. La investigación se desarrolló durante cuatro ciclos académicos. Esta fue monitoreada por especialistas durante el proceso.

Las entrevistas fueron realizadas luego de la aceptación voluntaria de las participantes. Al inicio de la entrevista se entregó un consentimiento informado, documento a través del cual la participante autoriza y acepta voluntariamente ser parte de la investigación. Asimismo, se comunicó que la entrevista sería grabada para, posteriormente realizar una transcripción y analizar la información, y que se mantendría la confidencialidad mediante el uso de un seudónimo. Noreña, Alcaraz, Rojas, y Rebolledo (2012) señalan que estos criterios brindan seguridad y protección a las participantes como informantes para la investigación.

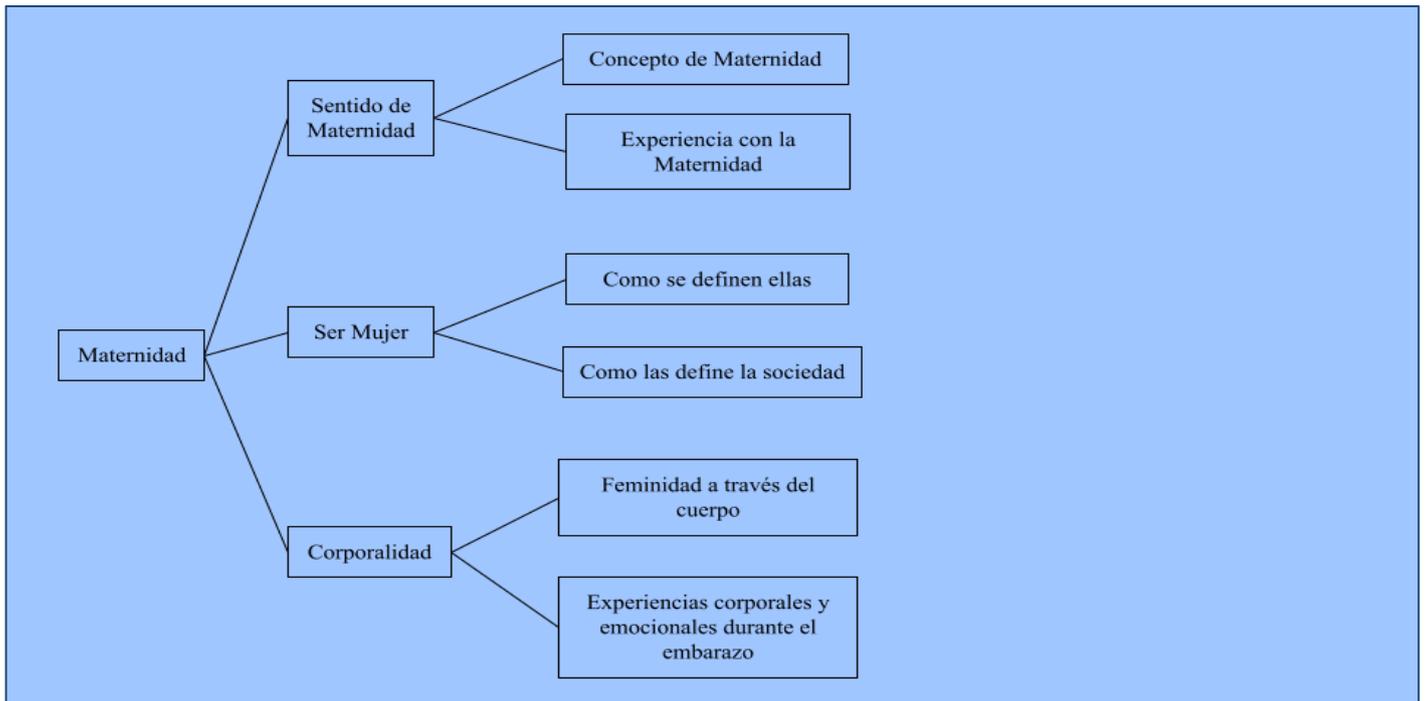
Se utilizaron los criterios de calidad, propuestos por Calderón (2002) y Noreña, et al. (2012). Con respecto a la adecuación epistemológica esta permite obtener información de la subjetividad de las participantes sobre el fenómeno estudiado. Del mismo modo, se comprobó la validez y la fiabilidad de la guía de preguntas mediante una revisión por parte de expertos, y se respetó lo dicho por las participantes a través de la transcripción literal de la entrevista. Esta validez permite al investigador analizar e interpretar la realidad del sujeto desde los antecedentes teóricos y la experiencia del participante. Por último, el criterio de relevancia, en la presente investigación busca indagar acerca del significado de la maternidad, ya que es una situación que incluso hoy en día se impone a la mujer, generando conflictos entre los ideales personales y los esperados por la sociedad, sobre todo en un grupo de mujeres feministas.

Se utilizó el análisis temático. Este método permite identificar, organizar por categorías y subcategorías, y analizar la información obtenida en las entrevistas, mediante las cuales se puede inferir en los resultados para una mayor comprensión del fenómeno de estudio (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012).

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En la presente sección, se expondrán los hallazgos desde lo más general a lo más específico. A partir del proceso de análisis temático realizado, se establecieron tres categorías del significado de maternidad: 1) sentidos de maternidad; 2) ser mujer y 3) corporalidad, como se observa en la Figura 1.

**Figura 1.** Categorías del Significado de Maternidad



### **Sentidos de maternidad**

Sentidos de maternidad se encuentra dividida en dos subcategorías. La subcategoría concepto de maternidad muestra que las mujeres que comparten un concepto similar consideran que lo que te hace ser madre es cuidar y proteger al infante.

**Lucia** (25): [el ser madre es] el querer genuino de cuidar a alguien [...], estar allí para esa persona, aconsejar, en otros momento hacerle darse cuenta de lo está haciendo mal, me parece que no es necesario que tenga que pasar por un proceso biológico.

Este fragmento va en contra de creencias históricas, donde la mujer era la encargada exclusiva de las funciones maternas (Abajo-Llama, et al. 2016). Desde esta perspectiva, se puede comprender que el ser madre va más allá del género. Esta nueva forma de ver a la maternidad permite a la mujer liberarse, dejar los deberes y ejercer sus derechos (Rodríguez, 2020).

Adicionalmente, las entrevistadas expresaron que el ser madre no necesariamente está ligado con el concebir; dar a luz no otorga el título de madre. Roigé (2002) menciona que esto sucede desde el siglo XXI, ya que los conceptos de familia y tipos de maternidad han variado; las parejas tienen hijos sin estar casados, se separan y los niños crecen en hogares

distintos. La mujer coloca en primer lugar sus metas personales antes de pensar en el matrimonio o concebir.

Asimismo, la posibilidad de decidir ser madre es fundamental para las entrevistadas; en este sentido, hay que tener en cuenta que en el país se realizan al año más de 300 000 mil abortos clandestinos (Taype y Merino, 2016). Con ello se puede concluir que en Perú muchas mujeres no desean ejercer la maternidad, pero son obligadas a ello, ya que la ley no permite a la mujer interrumpir el embarazo en caso lo desee. Sutton y Borland (2017) explican que el aborto es un derecho, catalogado como una deuda de la democracia hacia la mujer, dado que por mucho tiempo esta fue reprimida de sus propios derechos.

**Alessa (37):** Madre es la que cría [...] dar a luz no significa nada y por esto estoy [...] a favor del aborto [...] hay muchas mujeres que son obligada a parir y el amor y la maternidad no se les desarrolla.

Las participantes ven a la maternidad como algo complejo que involucra protección y cuidado y no corresponde solamente a la mujer. Romero, Tapia y Meza (2020), junto con Rodríguez (2001), explican que la «mujer madre» actual redefine su identidad en oposición directa al patriarcado, decidiendo ser madre a voluntad. Asimismo, Romero, et al. (2020) manifiestan que las ideas y maneras de ejercer la maternidad actual son diferentes a la concepción tradicional.

**Maca (26):** [...] cualquiera puede ser madre, [...] esto no solo se relaciona con ser mujer. Puede existir un padre que sea padre y madre a la vez. [...] para mí todo depende de cuanta atención tu hijo merezca [...].

La idea que expresa Maca (26) es distinta a lo convencional, debido a que el Perú se ciñe por normas conservadoras. Tello (2019) explica como diversos movimientos ligados a la religión y organizaciones profamilia y antiaborto, son una gran traba al momento de querer promover leyes que protejan y velen por los derechos de las minorías, como la comunidad LGTBIQ o grupos feministas. En relación con el concepto «familia», Barceló (2016) explica que actualmente existe una «familia posfamiliar», la cual es cambiante y múltiple, que no se rige por ideas tradicionales. En Maca (26) se puede apreciar este concepto, afirmando que el género es independiente del rol de madre y la atención que se le brinda al infante. No obstante, la población peruana lo considera antinatural, debido a que cualquier relación que no esté conformada por una pareja heterosexual va en contra de la naturaleza de la familia tradicional (Tello, 2019).

**Paola (26):** [...] bueno es una elección y nada más, más que el «filin» opino que es una decisión que las mujeres pueden decidir si desean ser mamás.

Para algunas participantes, la elección de ser madre es una decisión personal. Romero, et al. (2020) explican que, en Occidente, antes de la aparición de los estudios feministas, se consideraba a la maternidad como una cuestión inherente a las mujeres, cuyo origen incluso se asociaba a mandatos divinos. En esta participante se puede apreciar la influencia del feminismo en su pensar, como es que sus creencias personales influyen y crean una nueva concepción de maternidad.

**Carmela (28):** [...] se les decía a las mujeres que su rol en la vida debía ser madres [...], que si no tienen hijos no se realizaban como personas. [...] estoy en contra de esa idea me aparece absurda, ridícula y machista. Pero al mismo tiempo, yo no hubiera querido no tenerlo [habla de su hijo]

La subcategoría experiencia con la maternidad se basa en los conocimientos adquiridos por las participantes a lo largo de sus vidas en relación con la maternidad. En el caso de Carmela (28), menciona el rechazo a la idea de mujer igual madre y enfatiza la cadencia de obligación a ejercer la maternidad. Luna y Mejía (2017) exponen que en la actualidad en Latinoamérica se ha disminuido la tasa de natalidad debido al alto uso de métodos anticonceptivos, puesto que las mujeres eligen una profesión o no desean tener un hijo. No obstante, la participante expresa que ella sí deseaba la maternidad. Abajo, et al. (2016) explican que en la actualidad la maternidad es un signo de revolución para las feministas, debido a que el deseo de un hijo se convierte en la reivindicación de un derecho. Es decir, para Carmela (28) el tener un hijo ha sido una manera de exigir ante la sociedad su derecho de ser madre, sin conectarlo a la obligación social por su género.

También se halló que la experiencia o contacto con la maternidad ha sido compleja para las participantes. Comentan que es un trabajo arduo y duro, donde la mujer pasa a dar todo de sí misma al bebé. Horowitz (2001) y Romero et al. (2020) comparten los pensamientos de Betty Friedan (1963), quien hace énfasis sobre el rol que tiene la mujer dentro de casa, alegando que existe un «malestar que no tiene nombre» cuando se cumple este papel. Daros (2014) considera que en la actualidad algunas mujeres rechazan el modelo masculino de solo trabajar y dejar de lado los sentimientos y la comunicación, reconciliándose con el rol tradicional femenino, lo cual no es un obstáculo hacia la autonomía, sino un enriquecimiento de una misma.

**Ani (24):** Un recién nacido te absorbe [...] tú eres su mundo [...] tu cuerpo cambia más cuando estás dando de lactar, te das cuenta que ya no puedes hacer las cosas como antes.

Desde la perspectiva de Ani (24), siente que su hija la absorbe, probablemente ello derive de la concepción tradicional del ser madre. Beg (2020) explica que aún existe una imposición de ideas, reglas y regulaciones por parte de la sociedad que la mujer tiene que cumplir, puesto que la mujer debe conservar una imagen perfecta como madre sin importar sus emociones y deseos. Pese a ser feminista y vivir bajo este constructo social, la participante aún se siente atrapada en el estereotipo de madre, ya que de no hacerlo, no estaría cumpliendo con las normas establecidas.

### **Ser mujer**

Con respecto a la categoría ser mujer, esta parte de la propia perspectiva que tienen las participantes del ser mujer y la opinión que tienen de cómo la sociedad considera a la mujer. Las subcategorías son cómo se definen ellas y cómo las define la sociedad.

Se encontraron diferencias entre las participantes madres y las que no lo son. Las participantes madres describieron «qué es ser mujer» desde su propia maternidad, sin separar su rol de mujer y madre. Esto puede darse debido a como su rol de madre ha ocupado la mayor parte de su identidad. Agudelo, Bedoya y Osorio (2016) afirman que las madres con niños pequeños priorizan las necesidades y demandas de sus hijos, lo cual debería cambiar mientras crece. Matlárý (2002), como se citó en Abajo et al. (2016) relaciona a la maternidad con la toma de conciencia personal de quiénes somos, es decir, al experimentar la maternidad la persona se sumerge en una reidentificación de uno mismo, por lo que es complejo desligar su rol de madre al de mujer.

**Carmela (28):** [...] yo siempre decía que no quería tener hijos en el fondo era mentira [...]estoy súper feliz con su existencia, por eso te digo que eso me ha enseñado una dimensión totalmente nueva de mí que antes no conocía.

Por otro lado las participantes que no son madres brindaron una respuesta concreta en relación con lo que para ellas es ser mujer.

**Paola (26):** [...] para mí ha sido difícil sentirme cien por ciento mujer, porque desde chiquita me han metido el estereotipo de mujer y desde niña era totalmente distinta, han pasado años de años de años [...] he luchado, de allí

ha sido aceptación. [...] para ser mujer [...] solo lo debes sentir y si te identificas así bravaso no creo que implique ropa estilos, tipo de voz aspecto nada.

**Maca** (26): [...] para mí ser mujer es una mezcla de intuición con inteligencia y también significa tener un rol en esta sociedad que me obliga a más.

Estas frases expresan la presión que la sociedad ejerce por el hecho de ser mujeres. Por un lado Paola (26) narra que se ha sentido vulnerada por ser mujer dentro de la sociedad. Adicionalmente, Maca (25) suma la necesidad de hacerse valer, debido al papel secundario que tiene la mujer socialmente. El significado que las participantes le dan al ser mujer ha sido construido en base a conceptos que no son compartidos socialmente. Federici (2004) y Mannareli (2018) explican que, desde la época de la caza de brujas, la mujer ha ido perdiendo poder en la sociedad a causa de la violencia y la domesticación. Para las autoras, las participantes serían consideradas brujas en el siglo XVI. En la actualidad no se les llama de esta forma pero se les considera menos femeninas por tratar de hacerse valer, ser inteligentes y libres sexualmente.

Por otro lado, la subcategoría cómo las define la sociedad resultó en un descubrimiento de estereotipos compartidos. Todas mencionaron que la madre peruana es abnegada, siempre tiene que estar de buen humor, es la encargada de los quehaceres del hogar y cuidado familiar; de igual forma, expresaron que estas definiciones provienen del fuerte machismo que existe en el país. Aún en pleno siglo XXI dentro de la sociedad peruana, la mejor salida que tiene la mujer para crearse una identidad propia es el convertirse en madre, puesto que aún el ser madre brinda el estatus de adulto y reconocimiento social (Fuller, 2010). Igualmente, Fuller (2001) relaciona este problema con la gran diferencia de poder que existe entre el hombre y la mujer, dificultando acceso a las mismas oportunidades, sobre todo si se proviene de sectores sociales o grupos étnicos minoritarios.

**Alessa** (37): [...] La sociedad impone roles en las mujeres, sobre todo de cuidadora y de madre. Si no te llegues a casar de grande vas a tener que cuidar [...], esos son los principales roles que nos dan. [Acerca de la madre en Perú] Es sacrificada, [...] el tema del sacrificio y la culpabilidad están bien amarradas [con la maternidad], Existe esa imagen cero mujer, te vuelves solo mamá, te dedicas solo a los hijos, en general a ser un ama de casa completa y

si trabajas entonces vas hacer excelente tu trabajo y excelente ama de casa también, y vas a ser como la súper mujer que te encargas de todo [...]. Te ponen toda una montaña de responsabilidades.

## Corporalidad

Se encontró que las participantes tienen una relación significativa con su cuerpo. En la subcategoría feminidad a través del cuerpo se puede apreciar que el cuerpo brinda un sentido de identidad.

**Ani (24):** a través de la foto podía encontrar un ángulo de una tercera persona de un aspecto mío que quizás no veía. [...] mostrar piel [...] empoderar el cuerpo. [...] para mí las fotos son una manera de mostrarme.

En el caso de Aní (24), retratarse la ayuda a entender quién es ella y crear un *insight* propio. Explica que para ello fue necesario tener la valoración de otro sobre sí misma, lo cual hace referencia al poder que la sociedad tiene sobre la mujer. El cuerpo es el escenario en el cual la persona crea la diferencia entre el sujeto y el mundo, es decir, la imagen del cuerpo se mediatiza por el reflejo en forma de espejo frente a los demás o por el modo en que los otros te miran (Romero y García, 2018).

**Lucía (25):** [...] yo en Instagram he publicado fotos calatas, [...] esa es la manera de lidiar con mis inseguridades con mi cuerpo, con lo que a mí me atrae estéticamente.

De igual forma, Lucía (25) menciona que es el cuerpo el que permite lidiar y entenderse con una misma. Fuller (2001) menciona que algunas mujeres desde el siglo XX en adelante ven el cuerpo y la sexualidad como algo normal, se rechaza la doble moral sexual y se considera injusta, afirmando que es necesario superar la inhibición sexual. De esta manera, se puede alcanzar salud psíquica, ya que el cuerpo deja de ser prisionero de las expectativas sociales y pasa a pertenecer a una misma.

La última subcategoría experiencias corporales y emocionales durante el embarazo explica cómo es que desde el cuerpo de uno o de otros se pueden producir diferentes emociones, tanto positivas como negativas durante la experiencia frente al embarazo.

**Carmela (28):** [...] es bien importante ir preparándote no solo como crece él bebé y tu barriga, sino que cada vez vas desarrollando un vínculo en tu mente y en tu corazón [...]. El amor por tu hijo es más fuerte que cualquier cosa no solo por tu mascota, si no por tus propios padres o por tu pareja, que son los amores más fuertes.

La participante refiere que el amor que tiene por su hijo es mayor a cualquier otro. Esto podría hacer pensar que se refiere al amor maternal; sin embargo, para García (2019) este amor maternal no existe, es tan solo una muestra más de una creación histórico-social que varía según las épocas y costumbres. Esto muestra como la cultura ha ido moldeando su manera de sentir frente a su hijo. Adicionalmente, Carmela (28) menciona que durante el embarazo afloran nuevas emociones y sentimientos que se dan por los cambios que el cuerpo produce. Estos cambios crean un nuevo vínculo entre la mujer y el niño, y no siempre van a ser positivos. Abajo et al. (2016) manifiestan que durante el embarazo la mujer crea expectativas e imagina cómo deberían suceder los hechos durante el parto como durante la crianza. No obstante, la realidad es diferente a lo esperado, lo que genera sentimientos de culpa y frustración, por no ser lo suficiente buena madre. García (2019) refiere que la sociedad influenciara en la mirada que tiene la madre de sí misma, es decir, la mujer será o no será buena madre en función de lo que la sociedad desprece o valore de la maternidad.

**Paula (26):** [...] ha habido chicas que he conocido que salieron embarazadas y ha sido un cambio tan brusco que ha sido traumático entonces creo que es muy importante tomar en cuenta lo se te viene al cuerpo.

Paula (26) menciona que las mujeres, al no estar preparadas para los cambios del embarazo, se angustian, convirtiéndolo en un proceso traumático, debido a la falta de preparación. Esta situación aleja a la mujer del bebé y de sí misma. Palacios (2009) refiere que el cuerpo es el escenario de las vivencias del ser humano, por el cual pasa el tiempo y muestra los estragos de este mismo. Durante el embarazo estos cambios son continuos hasta el nacimiento del bebé. Arcos (2017) explica estos malestares por el cuerpo desde la biopolítica de lo materno, donde la mujer es protagonista de roles y una estética específica. Estas expectativas sociales se cruzan con las propias durante el embarazo, creando nuevas dudas y reclamos, provocando así sentimientos de malestar e incomodidad.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que el significado de maternidad no se puede definir sin tomar en cuenta lo biológico, lo sociocultural y lo subjetivo. No obstante, se pudo apreciar que la maternidad desde el punto de vista de las participantes difiere de la visión tradicional, puesto que, al ser mujeres feministas de tercera ola, los conocimientos e información que manejan frente al fenómeno varían substancialmente frente al resto y según la experiencia de cada persona.

El sentido que le dan a la maternidad parte de sus propias creencias. Consideran que para ser catalogada como madre solo basta brindar amor, cuidado y protección al infante, deslindeando las tareas a un género específico. Adicionalmente, la opción de decidir ser madre es fundamental para las entrevistadas; gestar desde el deseo reivindica su derecho como mujer, ya que proviene de una misma y no de lo que la sociedad espera de ellas.

Por otro lado, las participantes que son madres mencionan que tanto su rol de mujer como madre están relacionados, ya que cuando se comienza a ejercer la maternidad las demandas de este rol se priorizan. Por el contrario, las participantes que no son madres definieron el ser mujer sin contar la maternidad, afirmando que constantemente deben hacerse valer ante la sociedad para tener un lugar en esta. No obstante, todas las participantes concordaron que la visión que tiene la sociedad frente a la madre está llena de estereotipos, según los cuales la mujer debe tener como rol principal ser la encargada de los cuidados de la familia, lo cual obstaculiza su desarrollo individual como persona autónoma.

Asimismo, se encontró que las participantes tienen una relación significativa con su cuerpo, ya que refieren que durante el proceso de embarazo y maternidad suceden cambios tanto físicos como psíquicos, debido a que este determinará el vínculo con el infante y el rol de madre.

Finalmente, en cuanto las limitaciones del estudio, la primera fue encontrar la muestra. Pesé a que existe un número sustancial de mujeres feministas en Lima, no todas cumplían con los criterios de inclusión. Por otro lado, la recolección de información se realizó durante un semestre académico, lo cual aceleró el proceso de entrevista, ya que había una fecha de entrega.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABAJO-LLAMA, Susana, et al. Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género. En: *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2016, vol. 1, núm. 2.
- AGUDELO LONDOÑO, Jesica; BEDOYA GARCÍA, Johana; OSORIO TAMAYO, Dora. Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. En: *Poiésis*. 2016, núm. 31.
- AMOROS, Celia; DE MIGUEL, Ana. *Teoría Feminista: de la ilustración a la globalización*. España: Minerva Ediciones, 2005.
- ARCHENTI, Nélica; TULA, María. Teoría y política en clave de género. En: *Colección*. 2019, vol. 30, núm. 1.
- ARCOS HERRERA, Carol. Feminismos latinoamericanos: deseo, cuerpo y biopolítica de lo materno. En: *Debate Feminista*. 2018, vol. 55.
- ASOCIACIÓN PERUANA DE EMPRESAS DE INVESTIGACIÓN DE MERCADOS (APEIM). *Niveles Socioeconómicos*. Lima: APEIM, 2016, [consulta:15 de abril 2020]. Disponible en: <http://apeim.com.pe/wp-content/uploads/2019/11/APEIM-NSE-2016.pdf>.
- BARCELÓ TOUS, María. Un camino hacia la maternidad pospatriarcal. En: *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2016, vol. 11, núm. 1.
- BEG, Sadiqa. Embedded Misogyny: Objectification of Women in Indian Society. En: *Our Heritage*. 2020, vol. 68.
- BRANCO DE CASTRO FERREIRA, Carolina. Feminisms on the web: lines and forms of action in contemporary feminist debate. En: *Cad. Pagu*. 2015, núm. 44, pp. 199-228.
- CABALLERO, Gerardo. *Redes sociales y feminismos en la acción colectiva: el caso de «Ni Una Menos» en el Perú*. [Tesis de máster]. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2018.
- CALDERÓN, Carlos. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesarios. En: *Revista Española de Salud Pública*. 2002, vol. 76, núm. 5.
- CRESWELL, John. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Estados Unidos: SAGE publications, 2007.
- CRESWELL, John; CRESWELL, David. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Ángeles: SAGE, 2018.
- CRESWELL, John; POTH, Cheryl. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Estados Unidos: SAGE publications, 2018.
- DAROS, William. La mujer posmoderna y el machismo. En: *Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu*. 2014, vol. LVI, núm. 162.
- FEDERICI, Silvia. *Caliban y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* [online]. Madrid, España: Traficantes de sueños, 2010. [Consulta: 7 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3wSWJXJ>
- FERNÁNDEZ, Irati. *Feminismo y Maternidad: ¿Una relación incómoda?* País Vasco: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, 2014.

- FLECHA, Ainhoa. Las hijas de las feministas. El feminismo en el siglo XXI ¿declive o democratización? En: *RASE*. 2016, vol. 3, núm. 3.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*. México: Siglo XXI editores, 2007.
- FOUCAULT, Michel. The mesh of power. En: *Viewpoint Magazine*. 2012, núm. 2.
- FULLER, Norma. Identidad femenina y maternidad: una relación incómoda. En: *DEMUS*. 2010. Disponible en: <http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/081008.pdf>
- FULLER, Norma. Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros. En: Donas Burak, Solum (ed.). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional, 2001, pp. 225-242.
- GONZALES, Lía; ROYO, Raquel; SILVESTRE, María. Voces de mujeres jóvenes feministas ante la maternidad: deconstruyendo el imaginario social. En: *Investigaciones Feministas*. 2020, vol. 11, núm. 1, pp. 31-41.
- HOOKS, Bell. El feminismo es para todo el mundo. En: *Sudamérica*. 2017, núm. 10, pp. 146-150.
- HOROWITZ, Daniel. *Betty Friedan and the Making of the Feminine Mystique: The American Left, the Cold War, and Modern Feminism*. Estados Unidos: University of Massachusetts Press, 2001.
- LEMONS, Marina Gazire. *Ciberfeminismo: novos discursos do feminino em redes eletrônicas*. [Tesis de máster]. Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 2009.
- LUNA GIRALDO, Leidy; MEJÍA MACIAS, Angi. *¿Por qué no quiero ser madre? Un estudio sobre la configuración subjetiva de la no maternidad*. [Tesis de licenciatura]. Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Programa de Psicología, 2017.
- MARTÍN-GARCÍA, Teresa. «¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX» de Elisabeth Badinter. En: *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*. 2019, vol. 18.
- MONDRAGÓN LAZO, Viviana. Teoría del poder y violencia de género. En: *Pluralidad y Consenso*. 2017, vol. 7, núm. 31.
- MUÑOZ GALLARDO, Erika; RAMOS TOVAR, María. Presión social para ser madre hacia mujeres académicas sin hijos. En: *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2019, vol. 28, núm. 55.
- NOREÑA, Ana, et al. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. En: *Aquichan*. 2012, vol. 12, núm. 3.
- OBREGON DO NASCIMENTO, Bianca; KLEIN, Eloisa. As estratégias de engajamento de perfis feministas no instagram. En: *Anais Do Salão Internacional De Ensino, Pesquisa E Extensão*. 2018, vol. 10, núm. 2.

- PARRA, Laura; VÁZQUEZ, María Guadalupe. *Muestreo probabilístico y no probabilístico*. Los Pueblos: Universidad del Istmo, 2017.
- RODRIGUEZ, Alfonsa. La familia posmoderna: distancia y compromiso. En: *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*. 2001, núm. 8.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, Gregorio; GARCÍA JIMÉNEZ, Eduardo; GIL FLORES, Javier. *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Editorial Aljibe, 1996.
- ROMERO GUZMÁN, María; TAPIA TOVAR, Evangelina; MEZA MÁRQUEZ, Consuelo. Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes del feminismo. En: *Debate Feminista*. 2019, vol. 59.
- ROMERO ZUÑIGA, Patricia; GARCIA PEÑAFIEL, Mauricio. Mujer, madre, hija: discursos e imágenes del cuerpo en la adicción femenina y sus relaciones con la transmisión de la feminidad. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. En: *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 2018, vol. 21, núm. 3.
- SÁNCHEZ BRINGAS, Ángeles, et al. Nuevas maternidades o la deconstrucción de la maternidad en México. En: *Debate Feminista*. 2004, vol. 30.
- SUTTON, Bárbara; BORLAND, Elizabeth. El discurso de los derechos humanos y la militancia por el derecho al aborto en la Argentina. En: *Horizontes revolucionarios. Voces y cuerpos en conflicto*. 2017.
- SNYDER, Claire. What Is Third-Wave Feminism? A New Directions Essay. En: *Signs*. 2008, vol. 34, núm. 1, pp. 175-196.
- TAYPE-RONDAN, Alvaro; MERINO-GARCIA, Nicolaz. Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números? En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016, vol. 33, núm. 4.
- TELLO AGUINAGA, Kevin. *La cruzada contra la ideología de género: causas de la politización del conservadurismo evangélico en el Perú contemporáneo*. [Tesis de licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú, 2019.
- TUBERT, Silvia. Psicoanálisis, feminismo y posmodernismo. En: *Errancia*. 2018, vol. 17.
- VELÁZQUEZ HERRERA, Luisa. Redes Sociales y Activismo Feminista. En: *UNESCO* [online]. [Consulta: 10 de julio 2020]. Disponible en: [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/panel\\_1\\_4\\_luisa\\_v\\_elazquez\\_spanish.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/panel_1_4_luisa_v_elazquez_spanish.pdf)
- WILDING, Faith. ¿Dónde está el feminismo en el ciberfeminismo? En: *Lectora: revista de dones i textualitat*. 2004, núm. 10, pp. 141-152.
- ZURIAN HERNÁNDEZ, Francisco; HERRERO JIMÉNEZ, Beatriz. Los estudios de género y la teoría filmica feminista como marco teórico y metodológico para la investigación en Cultura Audiovisual. En: *Área Abierta*. 2014, vol. 14, núm. 3.

# INEQUIDADES DE GÉNERO Y SU IMPACTO EN SALUD MATERNA Y PERINATAL. UNA REVISIÓN NARRATIVA

*Gender Inequalities and their Impact on Maternal and Perinatal Health. A Narrative Review*

Jovita Ortiz-Contreras<sup>1</sup>, Jael Quiroz-Carreño<sup>2</sup>, Maribel Mella-Guzmán<sup>3</sup>

Autor correspondencia: Jael Quiroz Carreño

Correo electrónico: [jaelquirozc@uchile.cl](mailto:jaelquirozc@uchile.cl)

1. Matrona, Especialista en Perinatología. Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*)

2. Matrona, Magister en Salud Pública con especialización en Políticas Públicas y Economía de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*)

3. Matrona, Magister en Bioética. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. (*Santiago, Chile*)

Recibido: 30/08/2020 Aceptado: 02/02/2021



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Se pretende explorar el impacto de las inequidades de género en la salud sexual y reproductiva, con foco principal en la salud materna y perinatal. **MÉTODO.** Se realizó una revisión narrativa de categoría experto, orientada a la revisión temática con enfoque problematizador. Se llevó a cabo una búsqueda principal en las bases de datos Pubmed y Scielo, con una búsqueda secundaria en Google Scholar y adición por técnica de bola de nieve. Se llevó a cabo un análisis con relación a categorías de impacto, según dimensiones ex priori, y con base en un enfoque tipo hermenéutico interpretativo. **RESULTADOS.** Del análisis se desprendieron cuatro categorías que dan cuenta de respuestas generales al objetivo de la revisión: garantías de derechos reproductivos; discriminación nutricional de género e impacto materno-perinatal; subvaloración social explícita e impacto perinatal; y violencia de género y riesgo reproductivo y perinatal. **CONCLUSIONES.** La salud de las mujeres, así como su salud reproductiva, materna y perinatal, se encuentran permeadas por la condición de género, generando un impacto en el desarrollo pleno de los derechos sexuales y reproductivos, como al acceso a calidad de vida que propenda a mantener su potencial saludable. Por tanto, los indicadores que expresan la calidad de dicha salud requieren incorporación prioritaria de la transversalización de enfoque de género y derechos.

**Palabras clave:** Inequidad de género; Salud Materna y Perinatal; Mortalidad Materna; Salud Sexual y Reproductiva.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** This study aims to explore the impact of gender inequities on sexual and reproductive health, with a primary focus on maternal and perinatal health. **METHOD.** A narrative review of the expert category was carried out, aimed at a thematic review with a problematizing approach. A main search was carried out in the Pubmed and Scielo databases, with a secondary search in Google Scholar and addition by snowball technique. An analysis was carried out in relation to impact categories, according to ex priori dimensions, and based on an interpretive hermeneutic approach. **RESULTS.** Four analysis categories were obtained: Guarantees of reproductive rights, nutritional gender discrimination and maternal-perinatal impact, explicit social undervaluation and perinatal impact, gender violence and reproductive and perinatal risk. **CONCLUSIONS.** The women's health and their reproductive, maternal and perinatal health, are permeated by gender, generating an impact on the full development of sexual and reproductive rights, as well as access to quality of life that tends to maintain their healthy potential. Therefore, the indicators that express the quality of said health require priority incorporation of gender and rights mainstreaming.

**Keywords:** Gender inequality; Maternal and Perinatal Health; Maternal Mortality; Sexual and Reproductive Health.

## INTRODUCCIÓN

El género es un constructo social multidimensional que involucra la asignación cultural de roles diferenciados a hombres y mujeres (OMS, 2020). Las desigualdades e inequidades de género, resultantes de dichos roles, así como de estereotipos basados en estos, implican muchas veces la vulneración de derechos humanos fundamentales, los cuales trascienden las diversas culturas.

La problemática asociada a estereotipos de género puede influir en aspectos tan fundamentales para el desarrollo humano como son el acceso a educación, empleo, nutrición y salud, así como también en el ejercicio de la autonomía y libertad de las mujeres. Estas consecuencias se traducen en una mayor vulnerabilidad en las diferentes etapas de la vida y, directa y/o indirectamente, a su descendencia (Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015).

Informes respecto al desarrollo mundial señalan que la identificación de la igualdad de género es un instrumento para mejorar la productividad general de la economía de una sociedad, y que la desigualdad injusta en el acceso y distribución de recursos y oportunidades entre hombres y mujeres, traducida en inequidad de género, obstaculiza el crecimiento económico y el desarrollo social de los países (Banco Mundial, 2012). En respuesta a lo anterior, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD) propuso un Índice de Desigualdad de Género (IDG), el cual consiste en una medida compuesta que incluye tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento, y participación laboral de las mujeres (PNUD, 2019). Estas dimensiones derivan de cinco aspectos de desigualdad: nivel educacional, representación parlamentaria, fuerza de la participación laboral, tasa de fecundidad adolescente y tasa de mortalidad materna y perinatal.

En consecuencia, se estima que la vulneración de cualquier elemento asociado a dichos componentes, principalmente los asociados a aspectos reproductivos, perpetúan las desigualdades e inequidades de género. Asimismo, se estiman consecuencias transgeneracionales aún en estudio, de carácter tanto biológico, social, económico y político para la sociedad (PNUD, 2019; Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015). Estas consecuencias pueden complejizarse, toda vez que se potencian con otras vulnerabilidades y determinantes sociales, como son el bajo nivel socioeconómico, la baja

tasa de escolaridad, etnia, contexto sociopolítico desfavorable y condición de migración, entre otras (Martins et al., 2013; Krieger et al., 2018).

En el contexto reproductivo, se ha demostrado que la maternidad derivada de una desigualdad biológica entre sexos constituye por sí misma un evento determinante en los proyectos de vida de las mujeres (Royo Prieto, 2013). Lo anterior se refleja como una fuente de inequidad, en la medida en que las sociedades condicionan dicha diferencia de disfrute de oportunidades entre hombres y mujeres, transformándose en claras inequidades de género (Hauser Dacer, 2017). Sin embargo, más allá de las inequidades propias de la maternidad estereotipada, se revela una problemática como máxima expresión de desigualdad: la mortalidad materna.

La mortalidad materna es un gran problema de salud pública y compromete aspectos importantes del género y los derechos, puesto que es afectada adicionalmente por todos los determinantes sociales de salud. En este sentido, debe ser visualizada como una problemática de alto impacto y trascendencia, ya que sus indicadores se comportan como una fiel representación del nivel de desarrollo de un país (Banco Mundial, 2012; Jahan, 2016; Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015).

Según lo establecido en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, dicha mortalidad sigue siendo un reto importante, especialmente en países de bajo índice de desarrollo humano y bajo IDG. Frente a esta preocupación constante, se han planteado los objetivos 3 y 5, que buscan garantizar una vida sana, promover el bienestar en todas las edades y lograr la igualdad de género poniendo fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y niñas (Naciones Unidas, 2015; Naciones Unidas, 2018). Un claro ejemplo de esta realidad es que, en los países clasificados como Estados frágiles, con bajos índices de desarrollo humano y de IDG, el riesgo de morir asociado a la gestación es 99 veces mayor que en países de alto desarrollo humano. Esto demuestra que las condiciones de vulnerabilidad se dan en un escenario de descomposición de los sistemas de salud e inequidad, la cual estaría asociada a la condición reproductiva de las mujeres, permeadas a su vez por la construcción cultural de género en el país de origen (Grupo Interagencial de las Naciones Unidas, 2008; OMS, 2019; Menéndez y Lucas, 2016).

Adicionalmente, más allá de la mortalidad materna como indicador puro, subyacen problemáticas complejas de inequidades de género en el contexto reproductivo, las cuales

se encuentran invisibilizadas y subvaloradas en el abordaje multidimensional del problema. Es por ello por lo que, ante este escenario adverso, cabe la necesidad de generar e identificar evidencia que visualice los caminos y consecuencias de dichas inequidades, principalmente las que afectan el goce y disfrute de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El presente artículo pretende explorar el impacto de las inequidades de género en la salud reproductiva, con foco principal en la salud materna y perinatal.

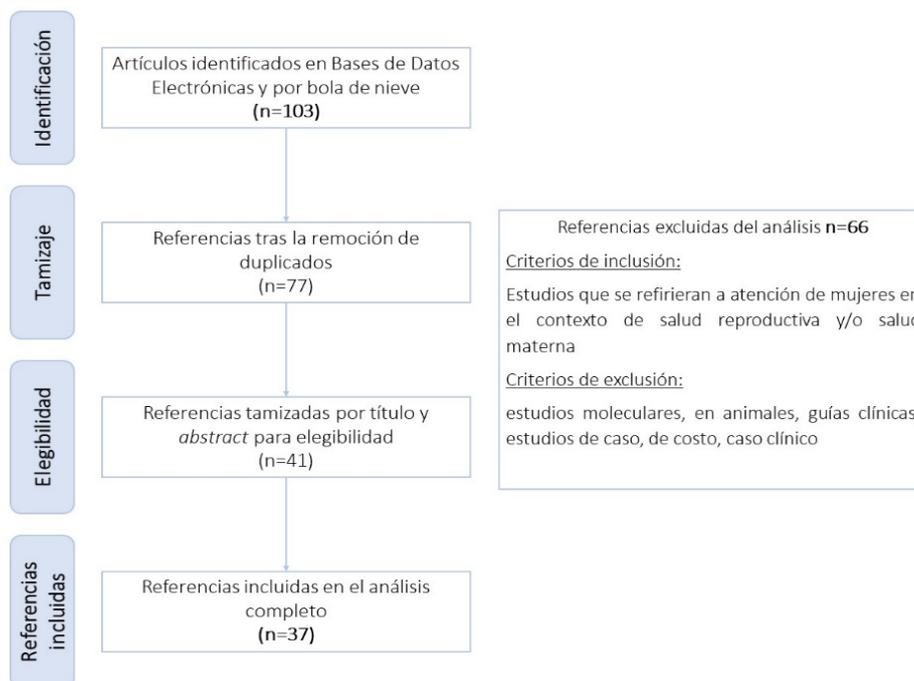
## **MÉTODO**

Se realizó una revisión narrativa de categoría experto (González-Garay, Mayorga-Butrón y Ochoa-Carrillo, 2015), orientada a la revisión temática con enfoque problematizador, que busca una reflexión en torno a la pregunta planteada en base a la literatura seleccionada. Se desarrolló una búsqueda inicial en inglés y español en las bases de datos Pubmed y Scielo, respectivamente. Estas bases fueron seleccionadas por contener cada una la mayor representatividad y heterogeneidad de publicaciones en los idiomas respectivos. Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las palabras claves: «gender inequality index», «maternal health» y «reproductive health». Además, se realizó una búsqueda secundaria en Google Scholar controlando el sesgo de publicación. Para el buscador mencionado, se seleccionaron las dos primeras páginas, ya que posterior a esto, los resultados eran redundantes y escapaban de los objetivos de la revisión (Pham et al., 2014).

De forma paralela, a la selección de la literatura identificada, se aplicó una estrategia de incorporación de artículos por bola de nieve, donde se agregó de forma manual todo aquel estudio y/o documento que respondiera a nuestro interrogante y que haya sido citado en los estudios inicialmente seleccionados.

Se limitó la búsqueda a los años 2010 y 2020, abarcando publicaciones que dieran cuenta de la temática. Los criterios de inclusión fueron: estudios que se refirieran a la atención de mujeres en el contexto de salud reproductiva y/o salud materna. Se excluyeron estudios moleculares, en animales, guías clínicas, estudios de caso, de costo y caso clínico.

Todas las citas se importaron al administrador bibliográfico Mendeley (versión 1.19.5) y las citas duplicadas se eliminaron manualmente. Al realizar la búsqueda inicial según palabras claves, se encontró un total de 103 estudios que, tras la lectura de título y resumen, y al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se redujo a un total de 41 artículos, incluidos aquellos recolectados por bola de nieve. Finalmente, en el análisis de relevancia, se seleccionaron 37 referencias para su lectura completa, para una posterior triangulación de lectura por parte de las autoras. Este proceso facilitó la resolución de conflictos de selección, y garantizó la coherencia entre revisores y la extracción de datos que dan respuesta a los objetivos de la investigación (Figura 1).



**Figura 1.** Diagrama de flujo tipo PRISMA modificado para revisión narrativa

**Fuente:** Elaboración propia en base a PRISMA modificado para Scoping Review

Por su parte, el análisis se realizó con relación a categorías de impacto identificadas según la pregunta de investigación, en dimensiones ex priori, y con base en un enfoque tipo hermenéutico-interpretativo. Este análisis combina la evidencia emanada de la búsqueda con la interpretación de las autoras (Neubauer, Witkop y Varpio, 2019).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 37 artículos seleccionados, dos correspondían a revisiones de literatura de los años 2011 y 2016. Cinco estudios fueron incluidos en la revisión de bola de nieve, aunque su

publicación fuera previa a 2010, por la relevancia del estudio. Se incluyeron cuatro declaraciones y/o propuestas de la Organización Mundial de la Salud respecto al tema.

En general, en los documentos se consideraron como unidad de análisis las mujeres y su relación con los sistemas de salud. La mayoría de los estudios tuvo por objetivo determinar la asociación de las inequidades de género con la salud materna. Del análisis se desprendieron cuatro categorías que dan cuenta de respuestas generales a la pregunta de la revisión. Estas fueron: (1) garantías de derechos reproductivos; (2) discriminación nutricional de género e impacto materno-perinatal; (3) subvaloración social explícita e impacto perinatal; (4) violencia de género y riesgo reproductivo y perinatal.

### **Garantías de derechos reproductivos**

Los derechos reproductivos, genuinamente orientados a proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad, denotan aspectos como la decisión de cuántos, en qué momento y con quién se desea gestar hijos e hijas, y poseen una clara imparcialidad de género en su vivencia (Robinson et al., 2017).

Ante este hecho, históricamente se ha otorgado el «trabajo reproductivo» a las mujeres, con consecuencias concomitantes en diversos aspectos de su vida y su salud (Hauser Dacer, 2017; Kostov, Koppula y Babenko, 2018). Es por ello por lo que existen países donde los estereotipos de género impactan explícitamente en la autonomía personal y económica de las mujeres, impidiendo que tengan acceso libre y oportuno a los servicios de salud (McDougal et al., 2017; Kostov, Koppula y Babenko, 2018). Asimismo, a pesar de las múltiples declaraciones internacionales tendientes a fortalecer el respeto y la no discriminación de niñas y mujeres, aún existen países en los que se justifica y permite el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, entre otros tipos de violaciones de derechos humanos, y en los cuales aún no se han planteado políticas sanitarias tendientes a la protección y mejora efectiva del cuidado y asistencia de la gestación, parto y puerperio (Grupo Interagencial de las Naciones Unidas, 2008).

Por su parte, el matrimonio infantil, así como adolescente, afecta desproporcionadamente más a mujeres que a hombres, exponiendo una clara vulneración de libertad y autonomía. Este fenómeno, guarda relación directa con un mayor riesgo de gestaciones no deseadas, infecciones de transmisión sexual (ITS), infección por VIH/SIDA, morbilidad y mortalidad maternas y de los hijos (McDougal et al., 2017; Adeyinka, Olakunde y Muhajarine, 2019; Banda et al., 2017). A su vez, el embarazo en

la niñez y adolescencia se asocia a mayor riesgo de morbilidades y a graves complicaciones (físicas, psicológicas y sociales) que requieren de mayor tiempo para su recuperación, afectando la economía de sus familias y comunidades (Decker et al., 2017; McDougal et al., 2017). Tanto es así que el impacto de este en salud materna y perinatal trasciende lo social, económico y político, ya que perpetúa círculos de pobreza, estigmatización, discriminación y brechas de disfrute de derechos humanos fundamentales (Arora, 2012).

En este escenario, se ha demostrado que la vulneración de la salud de la mujer, y específicamente la genuina vulneración de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, se relaciona directamente con mayor morbimortalidad materna y con mayor riesgo de morir por esta causa (PNUD, 2019; Grupo Interagencial de las Naciones Unidas, 2008). En este sentido, los hallazgos sugieren que no solo se debe trabajar en la disminución de brechas en salud, sino en potenciar la disminución de brechas de género educativas y económicas para conducir a mejoras en la salud sexual, reproductiva y materna en países con ingresos bajos y medios (Choe, Cho y Kim, 2017).

Por otra parte, y asociado al disfrute de la sexualidad y la reproducción segura y por elección, la regulación de la fecundidad se ha enfocado mayormente en la producción de anticoncepción femenina. Este fenómeno denota, evidentemente, un sesgo de género importante, que posiciona socialmente a las mujeres como responsables absolutas de lo reproductivo (De Looze et al., 2019; Quintana Llanio, 2017). En este sentido, el concepto de «demanda insatisfecha de planificación familiar» alude a la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento anticonceptivo. Este monitoreo para los ODS se expresa como un porcentaje basado en las mujeres que están casadas o en unión consensual, lo cual plantea un análisis reduccionista en cuanto a la producción y efectos multidimensionales de la problemática (Consejo de Derechos Humanos, 2019; Díez Peralta, 2019). A su vez, los países en los cuales se reporta mayor demanda insatisfecha se relacionan directamente con mayores tasas de mortalidad materna y perinatal (Gil-González et al., 2008; Gaye et al., 2010).

En consecuencia, la falta de garantías para la vivencia plena de la sexualidad, permeada por problemáticas de educación sexual, demandas insatisfechas de métodos anticonceptivos y la ausencia de coberturas de abortos legales y seguros influyen en la autonomía de decisión respecto a una concepción deseada. Lo anterior expone a las mujeres a una suerte de «esclavitud reproductiva», traducida en una franca vulneración

de sus derechos sexuales y reproductivos. Este fenómeno expone exclusivamente a las mujeres a un mayor riesgo de mortalidad materna, estigmatización social e inequidades de género futuras, reiniciando un ciclo de vulneración asociada al género (Marphatia et al., 2016; Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015).

### **Discriminación nutricional de género e impacto perinatal**

La desigualdad de género, que se encuentra detrás de factores de riesgo biopsicosociales en el contexto reproductivo, como la malnutrición materna, repercute directamente en la gestación. Es posible observar consecuencias a corto y largo plazo sobre las niñas y niños que son producto de dichas gestaciones, lo cual implica un círculo de inequidad que no solo afecta el derecho de las mujeres, sino también el de las generaciones venideras, independiente del género (Osmani y Sen, 2003).

Se ha señalado, por ejemplo, que una de las principales causas de la malnutrición materna en países en desarrollo responde a razones sociales como la discriminación de género. Esto, bajo la concepción cultural de que los alimentos se deben disponer prioritariamente para hombres, conllevaría una suplementación nutricional inadecuada para el género femenino. A su vez, las consecuencias biológicas asociadas a la subalimentación se traducen en mayor riesgo de infecciones maternas y de patologías perinatales, como prematuridad, restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer (Sharma, Shastri y Sharma, 2016; Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015), las cuales se ha demostrado que pueden desencadenar mayor mortalidad y morbilidad fetal y neonatal, así como alteraciones del crecimiento y desarrollo neuroconductual y enfermedades crónicas en niños y niñas (Osmani y Sen, 2003; Sharma, Shastri y Sharma, 2016).

Es así, que se demostró que las mujeres de países de ingresos bajos y medios poseen mayor desigualdad e inequidad de género, revelando una significativa asociación entre el índice de desigualdad de género y mortalidad neonatal e infantil (Bhalotra y Rawlings, 2011; Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015). Asimismo, Brinda (2015) sugiere «que las iniciativas para reducir las tasas de mortalidad materna e infantil debería extenderse más allá de las intervenciones médicas y deben dar prioridad a los derechos y la autonomía de la mujer».

### **Subvaloración social explícita e impacto perinatal**

Si bien muchos países han realizado al menos declaraciones de intención respecto a avanzar en inequidades de género, la problemática de países del Oriente y Oriente Medio, asociada a la subvaloración femenina socialmente explícita desde el nacimiento, produce una discriminación de género que desarrolla un impacto perinatal. Este impacto perinatal se ha demostrado en un mayor riesgo de infanticidio y de abandono de recién nacidas de sexo femenino, las cuales poseen significativamente menos probabilidades de sobrevivir que los niños de sexo masculino (Nielsen et al., 1997; Diamond-Smith, Luke y McGarvey, 2008; Brinda, Rajkumar y Enemark, 2015).

### **Violencia de género y riesgo reproductivo y perinatal**

La violencia de género está particularmente presente durante la gestación y el posparto como otro factor de riesgo reproductivo ligado al género. En algunos países, los niveles de embarazo no deseado son de dos a tres veces mayores en las mujeres víctimas de violencia en manos de su pareja que en aquellas que no la sufren. Entre el 3 % y el 44 % de las embarazadas en América Latina y el Caribe informan haber sufrido actos de violencia durante el embarazo, estimándose su prevalencia entre 1,2 % a un 27,6 % (Bott et al., 2014).

Se ha asociado la presencia de violencia no solo a una alta generación de estrés en mujeres gestantes, sino que también a gestaciones a edades más precoces, y también a mayor riesgo perinatal, con la consecuente generación de parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, muerte fetal o neonatal, muerte en el primer año de vida, y mayor morbilidad respiratoria (James, Brody y Hamilton, 2013; Decker et al., 2017). Asimismo, los hijos de madres víctimas de violencia, durante el primer año de vida, presentan mayor riesgo de mortalidad infantil y menor adhesión a controles de salud (Donovan et al., 2016).

Por su parte, la violencia de género aumenta el riesgo de las mujeres a adquirir la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual durante la gestación (Blas y Sivasankara Kurup, 2010; Jewkes et al., 2010). En este sentido, la falta de autonomía debido a este contexto obstaculiza el acceso a la educación sanitaria y preventiva de manera equitativa, así como a los servicios de salud para la prevención de transmisión vertical, tanto de VIH como de ITS (Kamiya, 2011; OMS, 2009). Asimismo, se ha estudiado el impacto de la violencia doméstica contra la mujer, con resultados claros que afectan el crecimiento y nutrición del niño o niña, durante la gestación hasta los 36

primeros meses de vida, teniendo consecuencias no solo en la madre, sino también en los/las hijos/as (Yount, DiGirolamo y Ramakrishnan, 2011; Sethuraman, Lansdown y Sullivan, 2006).

De forma adicional, existe un tipo de violencia específica hacia la mujer, en contextos en que debiese considerarse protegida y cuidada, como es el caso de la violencia institucionalizada. Este tipo de violencia ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en múltiples ocasiones, con documentos en los que declara su preocupación inherente (2014). La falta de respeto y maltrato durante la atención en salud de la mujer se proyecta incluso en los partos de mujeres de bajo riesgo y es, en definitiva, una forma de ejercer «violencia de género simbólica y epistémica», que se ve naturalizada en las inequidades de poder (OMS, 2015; Bellón Sánchez, 2015). En este contexto, la OMS ha llamado a prevenir y eliminar la falta de respeto durante el proceso reproductivo y nacimiento, entendiendo que dicha situación tiene consecuencias tanto físicas como emocionales que atentan contra toda autonomía y derecho de mujeres, niñas y niños en el mundo, así como también al potencial de salud de su proceso reproductivo e indirectamente a la salud de su descendencia (Dahlen et al., 2013; 2016).

En concordancia con lo anterior, la forma más reconocida de violencia institucional es la violencia obstétrica, que se ha sindicado como una de las principales formas de vulneración a mujeres, asociada al género durante su proceso reproductivo. Dicha violencia refleja modelos de patriarcado en la asistencia del proceso reproductivo y una de las mayores desigualdades de género en la atención de salud de las mujeres (Al Adib Mendiri et al., 2017; Solnes Miltenburg et al., 2018; Bellón Sánchez, 2015). Adicionalmente, existen hipótesis que defienden que el estrés producido por ambientes violentos en contextos de parto puede desregular la fisiología femenina del nacimiento, con potencial impacto en la salud materna y de los individuos a largo y mediano plazo (Dahlen et al., 2013), afectando directa e indirectamente sus derechos a una vida saludable.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Por tratarse de una revisión narrativa de categoría experto, las limitaciones de este estudio corresponden esencialmente a las propias de la metodología de dicha revisión, esto es, que los elementos concluidos se basan principalmente, como su nombre indica, en la

opinión de experto con base en evidencia científica, más que en un proceso de sistematización de esta. Adicionalmente, la escasa evidencia de desigualdades de género en países de mayor índice de desigualdad puede haber generado omisión de otras dimensiones de impacto. Sin embargo, el tipo de análisis realizado permitió complementar los hallazgos con la experiencia de las autoras en la respuesta a la pregunta de estudio.

## CONCLUSIONES

La salud general de las mujeres, así como su salud reproductiva, materna y perinatal, se encuentra claramente permeada por la condición de género establecida como constructo social, cuyo impacto se manifiesta en diversos ámbitos generados por estereotipos de género, violencia y desigualdades sociales. De este modo, las demandas de derechos humanos de las mujeres deben ser articuladas desde un enfoque que tenga el género como protagonista, teniendo en cuenta que las desigualdades económicas, sanitarias y educacionales confabulan negativamente en contra de estas y su descendencia. Es por esto por lo que los indicadores que expresan la calidad de vida y salud, considerados como factores involucrados en el desarrollo de los países, requieren incorporación prioritaria de dicho enfoque, como una herramienta fundamental, multifactorial y multidimensional en su abordaje.

En este sentido, es posible concluir que la literatura muestra diversas asociaciones entre la desigualdad de género y resultados maternos y perinatales, así como también resultados transversales en salud. Por tanto, para lograr no solo los ODS, sino también la autonomía de las mujeres y un impacto real de las políticas en la mejora de la salud, se requiere urgentemente la asimilación de la transversalización de género, perspectiva de derechos, curso de vida y de determinantes sociales.

La eliminación de desigualdades injustas debe ser una de las estrategias a potenciar en los años venideros con propuestas que sean prioritarias en cualquier contexto, incluyendo las instancias de crisis sociales, sanitarias y/o humanitarias, favoreciendo con ello no solo los resultados en salud de las mujeres y de las futuras generaciones, sino también el empoderamiento y autonomía de ellas y su aporte sustancial al desarrollo integral de las sociedades.

## BIBLIOGRAFÍA

- ADEYINKA, D. A.; OLAKUNDE, B. O.; MUHAJARINE, N. Evidence of health inequity in child survival: spatial and Bayesian network analyses of stillbirth rates in 194 countries. En: *Scientific Reports*. 2019, vol. 9, núm. 1, pp. 1-11.
- AL ADIB MENDIRI, M.; et al. La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. En: *Medicina Legal de Costa Rica*. 2017, vol. 34, núm. 1, pp. 104-111.
- ARORA, R. Gender inequality, economic development, and globalization: A state level analysis of India. En: *The Journal of Developing Areas*. 2012, vol. 46, núm. 1, pp. 147-164.
- BANCO MUNDIAL. *World Development Report 2012. Overview: Gender equality and development*. BM: 2012.
- BANDA, P. C., et al. Women at risk: Gender inequality and maternal health. En: *Women and Health*. 2017, vol. 57, núm. 4, pp. 405-429.
- BELLÓN SÁNCHEZ, S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. En: *Dilemata*. 2015, núm. 18, pp. 93-111.
- BHALOTRA, S.; RAWLINGS, S. B. Intergenerational persistence in health in developing countries: The penalty of gender inequality? En: *Journal of Public Economics*. 2011, vol. 95, núms. 3-4, pp. 286-299.
- BLAS, E.; SIVASANKARA KURUP, A. *Equity, social determinants and public health programmes*. Ginebra: OMS, 2010.
- BOTT, S., et al. *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington: OPS, 2014.
- BRINDA, E. M.; RAJKUMAR, A. P.; ENEMARK, U. Association between gender inequality index and child mortality rates: A cross-national study of 138 countries. En: *BMC Public Health*. 2015, vol. 15, núm. 1, pp. 3-8.
- CHOE, S.-A. A.; CHO, S. II; KIM, H. Gender gap matters in maternal mortality in low and lower-middle-income countries: A study of the global Gender Gap Index. *Global Public Health*. 2017, vol. 12, núm. 9, pp. 1065-1076.
- CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. *Matrimonio infantil, precoz y forzado en situaciones humanitarias*. Asamblea General Naciones Unidas, vol. 41, 2019.
- DAHLEN, H. G., et al. Childbirth and consequent atopic disease: Emerging evidence on epigenetic effects based on the hygiene and EPIIC hypotheses. En: *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, vol. 16, núm. 1, pp. 1-8.
- DAHLEN, H. G., et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. En: *Medical hypotheses*. 2013, vol. 80, núm. 5, pp. 656-662.

- DE LOOZE, M., et al. Country-Level Gender Equality and Adolescents' Contraceptive Use in Europe, Canada and Israel: Findings from 33 Countries. En: *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2019, vol. 51, núm. 1, pp. 43-53.
- DECKER, M. R., et al. Early adolescent childbearing in low- and middle-income countries: Associations with income inequity, human development and gender equality. En: *Health Policy and Planning*. 2017, vol. 32, núm. 2, pp. 277-282.
- DIAMOND-SMITH, N.; LUKE, N.; MCGARVEY, S. «Too many girls, too much dowry»: Son preference and daughter aversion in rural Tamil Nadu, India. En: *Culture, Health and Sexuality*. 2008, vol. 10, núm. 7, pp. 697-708.
- DÍEZ PERALTA, EVA. *El matrimonio infantil y forzado en el Derecho internacional: Un enfoque de género y de derechos humanos*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2019
- DONOVAN, B. M., et al. *Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis*. Londres: Blackwell, 2016.
- GAYE, A., et al. *Human Development Research Paper 2017/46. Measuring Key Disparities in Human Development: The Gender Inequality Index*. United Nations Development Programme, 2010. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/measuring-key-disparities-human-development>
- GIL-GONZÁLEZ, D., et al. Valoración de los objetivos de desarrollo del milenio mediante la revisión de la literatura científica en 2008. En: *Revista Española de Salud Pública*. 2008, vol. 82, núm. 5, pp. 455-466.
- GONZÁLEZ-GARAY, A. G.; MAYORGA-BUTRÓN, J. L.; OCHOA-CARRILLO, F. J. Revisiones sistemáticas de la literatura, la piedra angular de la medicina basada en evidencia. Documento de la serie Medicina basada en evidencia, 2 de 3. En: *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015, vol. 14, núm. 2, pp. 103-106.
- GRUPO INTERAGENCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS. *Género y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Mortalidad materna, género y desarrollo*. México: ONU, 2008
- HAUSER DACER, J. Embarazo y Maternidad, las Desigualdades de Género y los Aportes del Arteterapia. En: *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2017, vol. 11, pp. 151-161.
- JAHAN, S. Overview: Human Development Report 2016. Human Development for Everyone. New York: 2016. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/2016-report>
- JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: A meta-analytic review. En: *Violence and Victim*. 2013, vol. 28, núm. 3, pp. 359-380.
- JEWKES, R. K., et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. En: *The Lancet*. 2010, vol. 376, núm. 9734, pp. 41-48.

- KAMIYA, Y. Women's autonomy and reproductive health care utilisation: Empirical evidence from Tajikistan. En: *Health Policy*. 2011, vol. 102, núm. 2-3, pp. 304-313.
- KOSTOV, S.; KOPPULA, S.; BABENKO, O. Gender differences in women's health and maternity care training: A scoping review. En: *MedEdPublish*. 2018, vol. 7, núm. 1, pp. 1-9.
- KRIEGER, N., et al. Severe sociopolitical stressors and preterm births in New York City: 1 September 2015 to 31 August 2017. En: *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2018, vol. 72, núm. 12, pp. 1147-1152.
- MARPHATIA, A. A., et al. Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. En: *Global Health, Epidemiology and Genomics*. 2016, vol. 1.
- MARTINS, E .F., et al. Perinatal mortality and socio-spatial inequalities. En: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013, vol. 21, núm. 5, pp. 1062-1070.
- MCDUGAL, L., et al. Making the continuum of care work for mothers and infants: Does gender equity matter? Findings from a quasi-experimental study in Bihar, India. En: *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, núm. 2, pp. 1-19.
- MENÉNDEZ, C. y LUCAS, A. *Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad*. Barcelona: Institutio de Salud Global, 2016
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 3, Salud y Bienestar*. Ginebra: ONU, 2015.
- NEUBAUER, B. E.; WITKOP, C. T.; VARPIO, L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. En: *Perspectives on Medical Education*. 2019, vol. 8, núm. 2, pp. 90-97.
- NIELSEN, B. B., et al. Reproductive pattern, perinatal mortality and sex preference in rural Tamil Nadu, South India: Community based, cross sectional study. En: *British Medical Journal*. 1997, vol. 314, núm. 7093, pp. 1521-1524.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Health and Women: today's evidence tomorrow's agenda*. Ginebra: OMS, 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud Declaración de la OMS*. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Ginebra: OMS, 2015.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: ONU, 2018. Disponible en:

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf).

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Mortalidad materna*. Ginebra: OMS, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Género*. Ginebra: OMS, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OSMANI, S.; SEN, A. The hidden penalties of gender inequality: Fetal origins of ill-health. En: *Economics and Human Biology*. 2003, vol. 1, núm. 1, pp. 105-121.
- PHAM, M. T., et al. 2014. A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. En: *Research Synthesis Methods*. 2014, vol. 5, núm. 4, pp. 371-385.
- PROGRAMA DE DESARROLLO DE LAS NACIONES UNIDAS (UNDP). *Human Development Report: Gender Inequality Index (GII)*. UNDP, 2019. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>
- QUINTANA LLANIO, L. Cuba: fecundidad y toma de decisiones en torno a la reproducción. Miradas en contexto. En: *Revista Novedades en Población*. 2017, vol. 13, núm. 25, pp. 110-129.
- ROBINSON, J. L., et al. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. En: *PLoS ONE*. 2017, vol. 12, núm. 8, pp. 1-19.
- ROYO PRIETO, R. Maternidad, paternidad y desigualdad de género: los dilemas de la conciliación. En: *Zerbitzuan*. 2013, núm. 53, pp. 123-134.
- SETHURAMAN, K.; LANSDOWN, R.; SULLIVAN, K. Women's empowerment and domestic violence: The role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. En: *Food and Nutrition Bulletin*. 2006, vol. 27, núm. 2, pp. 128-143.
- SHARMA, D.; SHASTRI, S.; SHARMA, P. Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. En: *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*. 2016, vol. 10.
- SOLNES MILTENBURG, A., et al. Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. En: *Reproductive Health Matters*. 2018, vol. 26, núm. 53, pp. 88-106.
- YOUNT, K. M.; DIGIROLAMO, A. M.; RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. En: *Social Science and Medicine*. 2011, vol. 72, núm. 9, pp. 1534-1554.

# OPINIÓN, ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA RESPECTO DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE)<sup>1</sup>

*Opinion, Attitudes and Level of Knowledge of Obstetrics and Childcare Students at the University of Antofagasta Regarding the Law on Voluntary Termination of Pregnancy*

Marco Marrodan<sup>1</sup>, Susan Ávila<sup>2</sup>, Dannytza Castro<sup>3</sup>, Camila Colque<sup>4</sup>

Autor correspondencia: Marco Marrodán

Correo electrónico: [marco.marrodan@uantof.cl](mailto:marco.marrodan@uantof.cl)

1. Matrón docente Departamento de Obstetricia y Puericultura Universidad de Antofagasta (*Antofagasta, Chile*)
2. Interna Obstetricia y Puericultura Universidad de Antofagasta. (*Antofagasta, Chile*)
3. Interna Obstetricia y Puericultura Universidad de Antofagasta. (*Antofagasta, Chile*)
4. Interna Obstetricia y Puericultura Universidad de Antofagasta. (*Antofagasta, Chile*)

Recibido: 21/08/2020 Aceptado: 28/04/2021



<sup>1</sup> Trabajo presentado en modalidad oral en el «XIII Congreso Nacional de Matronas y Matrones de Chile», realizado el 16 de octubre de 2019 en Antofagasta, Chile.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir la opinión, actitudes y nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una universidad pública frente a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). **MATERIAL Y MÉTODO.** 308 estudiantes de Obstetricia (Universidad de Antofagasta), a quienes se les solicitó opinión y se les midió conocimientos respecto de Ley IVE implementada recientemente en Chile. La información fue recolectada en cuestionario autoaplicado y procesada en una hoja de cálculo Excel. El resguardo ético se realizó a través de consentimiento informado. **RESULTADOS.** De 235 encuestas recibidas se pudo desprender lo siguiente: en relación con conocimientos sobre la Ley IVE, el total de encuestados sabe que en Chile el aborto es legal solamente en tres causales definidas por la ley y logra identificarlas correctamente. Un 18 % cree que las asignaturas de su carrera les proporcionaron información suficiente respecto de la Ley IVE, mientras que un 66 % dice haberse informado mediante la prensa. En relación con opinión y actitudes frente al aborto, un 42 % se declararía «absolutamente a favor». El 91 % de los encuestados opina que la ley IVE es un avance en políticas públicas para Chile. **CONCLUSIONES.** Estudiantes encuestados demuestran una actitud favorable hacia la interrupción del embarazo cuando concurre alguna de las tres causales. Si bien existen potenciales objetores frente a determinadas causales, la mayor parte del grupo de estudiantes tiene una actitud favorable frente a lo que consideran un avance en políticas públicas para el país.

**Palabras clave:** Aborto en tres causales; Ley de Interrupción del Embarazo; Opinión sobre aborto.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze the opinion, attitude, and level of knowledge of obstetrics and childcare students from a public university regarding the Voluntary Termination of Pregnancy (VTP) Law. **MATERIAL AND METHOD.** Three hundred and eight (308) Obstetrics and Childcare students from the University of Antofagasta were asked for their opinion and knowledge regarding the recently implemented VTP Law in Chile. Data were collected in a self-applied questionnaire and processed in an Excel spreadsheet. The ethical safeguard was performed through an informed consent form. **RESULTS.** From 235 surveys received, the following could be deduced: In relation to level of knowledge on the VTP Law, all of the participants knew that abortion is legal in Chile only in three circumstances as defined by law and they could identify them correctly. Eighteen (18) percent of the surveyed students believe that the subjects included in the syllabus gave them sufficient information regarding the VTP Law, while sixty-six (66) percent pointed out they were informed by the press. In relation to the opinion and attitude towards abortion, forty-two (42) percent declared themselves *absolutely in favor of it*. Ninety-one (91) percent of respondents believe that the VTP Law is a breakthrough for public policies in Chile. **CONCLUSIONS.** Surveyed students show a favorable attitude towards the termination of pregnancy when one of the three circumstances have occurred. Although there are potential objectors to certain circumstances, most students have a favorable attitude towards what they consider a breakthrough for public policies in the country.

**Keywords:** Abortion in three causes; Voluntary Termination of Pregnancy Law; Opinion about Abortion.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del debate en Chile sobre la aprobación de la Ley N° 21.030 —de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)— que despenaliza el aborto en tres causales (Riesgo Materno, Inviabilidad Fetal y Violación), pasando por su promulgación en septiembre de 2017 hasta la actualidad, se ha intentado recoger y sistematizar las opiniones vertidas desde distintos sectores de la sociedad, a través de estudios científicos suficientes que permitan consolidar dichos datos. No obstante, en este período la ley ha seguido su curso permitiendo que su aplicación brinde a las mujeres la opción de tomar la decisión respecto de la progresión de su embarazo ante la presencia de una de las tres causales que la legislación estipula. De acuerdo con el Departamento de Estadísticas e Información en Salud de Chile, en su Reporte Trimestral sobre la Ley N° 21.030, entre enero y diciembre del 2019, se registraron 768 embarazos que calificaron en alguna de las causales (tanto en establecimientos públicos como privados), dentro de las cuales, la causal más frecuente correspondió a la *inviabilidad fetal* (51 %), seguida por la causal *riesgo vital de la madre* (33 %) y en tercer lugar la causal *violación* (16 %). De todos estos, la gran mayoría —que corresponde al 82 % de mujeres— ha optado por la interrupción del embarazo, mientras que el 18 % ha decidido continuar con la gestación.

Considerando que el porcentaje de interrupción del embarazo en las tres causales desde la implementación de la ley en Chile, es significativo que exista falta de información sistematizada sobre la opinión que tienen las personas al respecto y que los prestadores de salud del mañana deben poseer un manejo adecuado en los aspectos legales, laborales y clínicos en torno a la Ley IVE; se hace pertinente recabar información que permita establecer diagnósticos en relación al nivel de conocimiento y opiniones frente a dicha ley, sobre todo por parte de quienes serán actores relevantes en su aplicación, los profesionales de la salud.

En este sentido, una revisión bibliográfica realizada por Laza y Castiblanco (2013) demuestra que, en los países en que se ha recogido la opinión de los proveedores de salud frente a la interrupción del embarazo, esta ha sido considerada, de acuerdo con lo observado por las autoras, «una medida necesaria para reducir la mortalidad materna, complicaciones, sufrimientos y riesgos en la salud de la mujer. De esta forma, es importante como los profesionales de la salud cercanos al fenómeno del aborto, lo apoyan y lo consideran como un problema relevante para la salud pública».

Según lo mencionado por Szulik et al. (2008), «El rol central que los tocoginecólogos juegan en la atención y prevención en salud reproductiva conlleva un grado de responsabilidad social que va más allá de su práctica asistencial y que tradicionalmente (por razones históricas, políticas y culturales que no resulta sencillo explicar aquí) ha estado invisibilizado en nuestro medio». Esta aseveración, emanada de un estudio realizado a propósito de la interrupción de embarazo y anticoncepción en Argentina —país que lleva un recorrido mucho mayor al de Chile en lo relacionado a la despenalización del aborto— cobra sentido, pues son los profesionales de salud quienes, la gran mayoría de las veces, ejercen el importante rol de prevenir, orientar y aconsejar frente a decisiones que no solo afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, sino que tienen que ver directamente con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En la realidad clínica chilena, la interrupción voluntaria del embarazo convoca a un diverso equipo multidisciplinario de salud integrado principalmente por médicos/as y matrones/as. Es por esta razón que se hace importante conocer la opinión que tienen frente a esta temática de salud pública aquellos y aquellas que serán profesionales que estarán cercanamente vinculados a esta problemática: matrones y matronas, y en el caso particular de este estudio, los estudiantes de Obstetricia y Puericultura, los cuales una vez titulados tendrán que desarrollar no solo el rol clínico que les compete, sino además el de acompañamiento, educación y orientación a aquellas mujeres que, invocando alguna de las causales de la Ley 21.030, soliciten la interrupción de su embarazo. En este punto, es relevante destacar que el acompañamiento, dependiendo de la causal por la que las mujeres decidan interrumpir el embarazo —particularmente la causal *violación*—, se producirá en un contexto en que la mujer ha sido víctima de violencia de género, razón por la cual el rol que compete al matrn/matrona es aún más importante, toda vez que y tal como subraya Martín Badia (2020), «el acompañamiento debe basarse en ayudar a la mujer a recuperar su autonomía como capacidad de tomar decisiones. La matrona debe acompañar a la mujer en el proceso de empoderarse a sí misma en la toma de decisiones».

El presente trabajo de investigación explora y describe la opinión, actitudes y nivel de conocimiento que poseen los y las estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta frente a la Ley de Interrupción del Embarazo, como una forma de recoger la percepción que tienen durante su formación de pregrado sobre su participación futura como profesionales integrantes del equipo de salud, contexto en que deberán enfrentarse a la importante decisión de apoyar o ser objetor en la interrupción del

embarazo de las pacientes que se lo soliciten. Asimismo, el estudio indagó sobre los conocimientos que poseen los estudiantes de Obstetricia durante su formación académica sobre la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir la opinión, las actitudes y el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de una universidad estatal frente a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

## **MATERIAL Y MÉTODO**

El trabajo realizado, de tipo descriptivo y enmarcado en el área de la Salud Pública, consideró a la totalidad de los estudiantes pertenecientes a la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta —308 jóvenes—, a quienes se les solicitó la opinión respecto a la Ley IVE y se les evaluó algunos conocimientos básicos en relación con la misma.

Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante regular de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta en el momento de aplicación de la encuesta y firmar el consentimiento informado, mientras que los criterios de exclusión fueron no tener la calidad de alumno regular y la no firma de este documento.

El cuestionario se confeccionó utilizando la información disponible para la ciudadanía y para prestadores de salud, que el Ministerio de Educación de Chile puso a disposición pública a través de diversos soportes durante el año 2017 y desde el cual el equipo investigador apoyado por matrones docentes clínicos del Departamento de Obstetricia seleccionó aquellos tópicos considerados como relevantes para el manejo de los futuros profesionales matrones y matronas, en relación con la Ley IVE. A modo de prueba piloto, el cuestionario fue aplicado a un grupo de 12 estudiantes de otras carreras del área de la salud, antes de ser respondido por 235 estudiantes de Obstetricia y Puericultura. Este pilotaje permitió validar la encuesta toda vez que no recibió observaciones por parte de los voluntarios en cuanto a instrucciones, redacción y tenor de las preguntas formuladas. Una vez aplicado el cuestionario a los estudiantes de Obstetricia, la información fue recopilada en una hoja de cálculo Excel desde donde se obtuvieron los datos para la elaboración de tablas y gráficos.

El cuestionario consideró las siguientes dimensiones:

**Tabla 1.** Dimensiones consideradas en el cuestionario autoaplicado

<i>Ítem</i>	<i>Dimensión</i>
<i>I</i>	<i>Antecedentes Generales</i>
<i>II</i>	<i>Conocimientos sobre la Ley de Interrupción del embarazo en Chile</i>
<i>III</i>	<i>Opinión y actitudes frente a la interrupción del embarazo</i>

El resguardo ético se realizó a través de un consentimiento informado, usando el formato propuesto por el Comité de Ética de la UA, previamente firmado por cada alumno que participó en esta investigación y respondió el cuestionario autoaplicado. La aplicación de esta encuesta contó con el visto bueno del jefe de carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta y la secretaria de Investigación del Departamento de Obstetricia de la Universidad de Antofagasta.

## RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 235 estudiantes de primer a quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta que aceptaron formar parte del estudio. El promedio de edad fue de 21 años. El 51 % afirma profesar la religión católica y un 94 % afirma no tener hijos. Solamente un 3,5 % afirma haber abortado alguna vez.

Con relación a la opinión y las actitudes frente al aborto, un 42 % se declararía absolutamente a favor y un 32,3 % a favor solamente ante la concurrencia de una causal reconocida por la ley. (Tabla. 2)

### Opinión y Actitudes

**Tabla 2.** Opinión frente al aborto

<i>«Creo que como matró(n)a, frente al tema del aborto, me declararé:»</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Absolutamente en contra</b>	13	5,5
<b>Medianamente en contra, depende</b>	12	5,1
<b>Ni a favor, ni en contra</b>	36	15,3
<b>A favor, siempre y cuando concurra una de las tres causales</b>	76	32,3
<b>Absolutamente a favor</b>	98	41,7
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

Si los estudiantes tuvieran que tomar hoy la decisión de declararse o no objetores de conciencia, un 70,6 % dice que no sería objetor. Los potenciales objetores si bien se encuentran en un bajo porcentaje, la causal más objetada es violación. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Decisión actual sobre la objeción de conciencia en el contexto de Ley IVE

<i>«Si tuviera que decidir en este momento alguna objeción frente a la interrupción del embarazo, sería:»</i>	N	%
<b>No sería objetor de conciencia</b>	166	70,6
<b>Objetor de conciencia solamente frente a la causal Riesgo de Muerte Materna</b>	4	1,7
<b>Objetor de conciencia solamente frente a la causal Incompatibilidad del embrión/feto con la vida extrauterina</b>	6	2,6
<b>Objetor de conciencia solamente frente a la causal Embarazo por violación</b>	9	3,8
<b>Objetor de conciencia frente a las causales Incompatibilidad del embrión/feto con la vida extrauterina y Embarazo por violación</b>	7	3
<b>Objetor de conciencia frente a las tres causales</b>	43	18,3
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

En esta situación hipotética, un 89,4 % de los estudiantes le diría a aquella gestante que desea interrumpir su embarazo invocando la causal violación que tiene derecho a interrumpirlo pero que la decisión le compete a ella. (Tabla 4)

**Tabla 4.** Potencial actitud frente a gestante que desea interrumpir embarazo por causal violación

<i>«Si una embarazada producto de una violación pidiera mi opinión frente a la interrupción del embarazo, seguramente le diría:»</i>	N	%
<b>Que interrumpa el embarazo, no tiene por qué cargar con el producto de un ataque sexual</b>	2	0,9
<b>Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, sin embargo la decisión es suya.</b>	210	89,4
<b>Que no interrumpa su embarazo, su bebé no tiene la culpa de la violación y tiene todo el derecho a nacer</b>	8	3,4
<b>Evitaría decirle algo</b>	15	6,4
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

Frente a la situación hipotética en que una gestante desea interrumpir el embarazo por inviabilidad embrionaria/fetal, un 88,9 % de los estudiantes le diría que tiene derecho a interrumpirlo pero que la decisión le compete a ella. (Tabla 5)

**Tabla 5.** Potencial actitud frente a gestante que desea interrumpir embarazo por causal inviabilidad embrionaria/fetal

<i>«Si una embarazada cuyo feto padeciera una patología incompatible con la vida extrauterina, pidiera mi opinión frente a la interrupción del embarazo, seguramente le diría:»</i>	N	%
<b>Que interrumpa el embarazo, no tiene por qué esperar una muerte segura de su bebé al nacer</b>	5	2,1
<b>Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, sin embargo la decisión es suya</b>	209	88,9
<b>Que no interrumpa su embarazo, su bebé tiene todo el derecho a nacer y fallecer por causas naturales</b>	12	5,1
<b>Evitaría decirle algo</b>	9	3,8
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

Si el embarazo o parto significara riesgo vital para una hipotética gestante, y fuese recomendable por ello interrumpir su embarazo, un 89,3 % de los estudiantes encuestados le diría que lo interrumpiera, respetando su derecho a tomar esta decisión. Frente a las preguntas hipotéticas diseñadas para conocer cuál sería la conducta del estudiante ante pacientes que solicitaban orientación para decidir si interrumpían o no su embarazo ante cada causal, los porcentajes obtenidos para la respuesta «Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, pero la decisión es suya» fue de 89 % para cada una de las situaciones planteadas. (Tabla 6)

**Tabla 6.** Potencial actitud frente a gestante que desea interrumpir embarazo por causal riesgo vital materno

<i>«Si una embarazada que está en riesgo vital por su gestación, pidiera mi opinión frente a la interrupción del embarazo, seguramente le diría:»</i>	N	%
<b>Que interrumpa el embarazo, no tiene por qué arriesgarse a morir</b>	6	2,6
<b>Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, sin embargo la decisión es suya</b>	209	88,9
<b>Que no interrumpa su embarazo, no hay que perder nunca la esperanza de vivir</b>	9	3,8
<b>Evitaría decirle algo</b>	11	4,7
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>100</b>

Un 48 % del grupo encuestado opina que, frente a la interrupción libre del embarazo, es necesario legislar.

Frente a la aseveración «Creo que el aborto debería ser considerado un derecho humano», un 61 % de los encuestados eligió la opción «Sí».

El 91 % de los encuestados opina que la ley IVE es un avance en políticas públicas para Chile.

## DISCUSIÓN

En términos generales, los estudiantes de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta demuestran una actitud favorable hacia la interrupción del embarazo, ya que un 74 % de ellos, en porcentaje acumulado, dice estar a favor, valor porcentual que desagregado corresponde a un 32,3 % de encuestados que refieren estar «a favor» cuando concurre alguna de las tres causales definidas por la Ley 21.030 y un 41,7 % que dice estar «absolutamente a favor», sin especificar que deba necesariamente concurrir una de las tres causales. Ahora bien, cuando se indagó la potencial postura frente a cada causal a través de situaciones hipotéticas en que gestantes solicitan la opinión del estudiante frente a la opción de interrumpir el embarazo en casos de Riesgo vital materno, Inviabilidad Embrionaria/Fetal y Violación, la respuesta en cada caso fue que «recomendarían interrumpir el embarazo» (89 % en cada una de las situaciones), destacando que es un derecho de la embarazada tomar la decisión de hacerlo.

Esto revela la postura de los estudiantes frente a la interrupción del embarazo en cada causal, siendo alto el porcentaje de aprobación para cada una de ellas, lo cual condice con otros estudios realizados sobre este aspecto, tales como la encuesta de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO (2009), realizada en Brasil, Chile, México y Nicaragua, donde los porcentajes promedio para este grupo de países en cuanto a personas que decían estar de acuerdo con que se permitiera el aborto en situaciones de violación, peligro de vida de la mujer y malformación del feto fueron 66,7 %, 64,4 % y 64 % respectivamente para cada situación consultada; o el estudio *Experiencias y Opiniones de los Profesionales de la Salud frente a la Despenalización del Aborto* (2009), que realizó una revisión bibliográfica de las experiencias vividas por profesionales de la salud del mundo publicadas entre 2009 y 2012, en el cual se observó por ejemplo que en Brasil los porcentajes de aprobación para la despenalización del aborto fueron de 90 % en caso de violación y 70 % cuando existe riesgo para la vida y la salud física de la mujer, y ante el diagnóstico de anencefalia; o Argentina (2012), donde profesionales de salud indicaron en un 95 % estar de acuerdo con la interrupción del embarazo en los casos de malformaciones congénitas, 89 % en los casos de violación y 77 %, para cuando la salud mental de la mujer está en riesgo.

Los estudiantes consultados demostraron tener posturas favorables frente a la despenalización del aborto en las causales específicas, lo cual coincide con otros autores que consiguieron resultados similares tanto en estudiantes del área de la salud como también en profesionales de salud de diversos países, cuyas opiniones frente al tema son además compartidas por la ciudadanía, tal como indica la Corporación Miles Chile (2015) cuando señala que «En general es posible advertir que la opinión pública es favorable al aborto terapéutico específicamente por las tres causales: riesgo de vida y salud de la mujer, inviabilidad fetal extrauterina y por violación».

Respecto de la objeción de conciencia frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el estudio realizado a los estudiantes de Obstetricia de la Universidad de Antofagasta, si bien existen potenciales objetores frente a determinadas causales, evidenciados a través de la respuesta «le diría que no interrumpa su embarazo» a aquellas gestantes que solicitasen su opinión, se trata de resultados marginales, por lo cual se vislumbra una muy baja posibilidad, al menos al momento en que se aplicó el estudio, de que los estudiantes puedan definirse como objetores de conciencia. Analizar estos resultados en el contexto del problema bioético de la objeción de conciencia en la interrupción voluntaria del embarazo, donde esta objeción, en palabras de Pablo Marshall y Yanira Zúñiga (2020) «está llamada a proteger la integridad moral del personal de salud, entendiendo esta como la disposición a actuar de acuerdo con el conjunto de valores éticos y religiosos fundamentales que cada uno abraza», permite presuponer que la mayoría de quienes respondieron esta encuesta no experimentarán mayores dilemas éticos individuales al aplicar la Ley IVE, por tanto permite augurar un adecuado acceso de las usuarias que requieran acogerse a dicha ley. La baja cantidad de potenciales objetores de conciencia detectados en el estudio es comparable con los trabajos «Mapa de Objetores de Conciencia en Chile», publicado por Humanas (Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género) en 2020 y «Aborto en Chile» de Javiera Canales et Al. (Miles Chile), en los que se indica que de 1019 profesionales no médicos contratados a nivel nacional y que se desempeñan en pabellón (matrones y matronas), los porcentajes de objeción son bajos: respectivamente en cada estudio, 9,4 % y 12 % para riesgo vital, 15,7 % y 18 % para inviabilidad fetal y 20,8 % y 21 % para violación.

En cuanto a la percepción en relación a aspectos sociales de la ley IVE, casi la totalidad del grupo de estudiantes encuestados considera que la implementación de esta es un «avance en políticas públicas para el país», y respecto a la posibilidad de

despenalizar el aborto en todas sus formas, 47,4 % señala estar de acuerdo con legislar mientras que un 28,6 % indica que aún falta un mayor debate social al respecto, porcentajes que superan a los encontrados en la ciudadanía en la encuesta FLACSO (2009) donde solo un 15 % (promedio de Brasil, Chile, Mexico y Nicaragua) estaría de acuerdo con que se permitiese el aborto por cualquier razón que la mujer decida.

En relación con el conocimiento sobre Ley IVE demostrado por los estudiantes de Obstetricia de la Universidad de Antofagasta, se pudo comprobar que manejan aspectos generales de esta, tales como las causales que deben concurrir para invocar la aplicabilidad de la ley, la no obligatoriedad a abortar que tiene aquella gestante que esté dentro de una de las tres causales o la posibilidad de que un profesional de salud se declare objetor de conciencia para la o las causales que estime. Sin embargo, llama la atención que estos conocimientos no los hayan obtenido de su plan de estudios sino principalmente por medio de la prensa, considerando que no solo se trata de una carrera del área de la salud, sino que muy particularmente del área de la salud sexual y reproductiva muy cercana a la mujer en todo su ciclo vital. Los bajos porcentajes de estudiantes que refirieron que las asignaturas cursadas en su carrera les informaban adecuadamente sobre la Ley IVE o que su plan de estudios los preparaba para tener una opinión formada frente a esta dan cuenta de que es necesario incorporar en este programa contenidos referentes a la interrupción del embarazo y actualizar el currículo en aras de capacitar a los futuros matrones en estas temáticas, generando además necesarias instancias de reflexión y debate sobre la problemática del aborto.

Estas observaciones están de acuerdo con Llanos et al. (2018) en cuyo trabajo se pudo constatar «que los estudiantes del área de la salud encuestados tienen escaso conocimiento de la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo» y que, por tanto, «se hace una propuesta a las Universidades Chilenas con el propósito de recomendar la inclusión en las mallas curriculares de todas las universidades que impartan carreras de la salud, asignaturas referentes a la Ley IVE». Asimismo, Canales et al. (2019) mencionan que uno de los principales desafíos a abordar en Chile en el contexto de esta ley es «capacitar a profesionales de la salud en relación con la ley IVE». Además, en este mismo contexto, se hace evidente la necesidad de formación de matrones que posean competencias asistenciales relacionadas directamente con procedimientos de interrupción del embarazo, como por ejemplo la aspiración al vacío o aspiración manual endouterina (AMEU), las cuales no están siendo impartidas, e incluso

tampoco mencionadas en los contenidos, lo cual quedó evidenciado en el escaso porcentaje de estudiantes que pudo identificar a la AMEU como la principal técnica de interrupción bajo la ley IVE. Canales et al. (2019) mencionan como desafío para Chile la necesidad de «estandarizar los procedimientos e ir reemplazando el legrado por técnicas modernas como la aspiración manual endouterina y el uso de medicamentos».

En ese orden de ideas, Llanos et al. (2018) también se permiten proponer que se incentive a desarrollar con mayor amplitud «la temática del aborto terapéutico en los cursos relacionados con la gineco-obstetricia y actualizar la información de indicaciones terapéuticas, tecnologías modernas de aborto terapéutico y medicamentos, entre otros, y las recomendaciones técnicas entregadas por la Organización Mundial de la Salud para realizar la intervención de un aborto». Estos conocimientos deben ser proporcionados en el pregrado para asegurar una capacitación adecuada de los profesionales que, una vez titulados, deberán ser ejecutores de las técnicas que la ley IVE considera para la interrupción del embarazo en las causales señaladas, pues tal como advierte Llanos et al. (2018), el desconocimiento cabal sobre la Ley, sus alcances y aplicaciones por parte de los futuros profesionales de salud «puede desencadenar un objetor de conciencia [...] y limitar el acceso de la mujer a esta intervención».

Sin duda, con la despenalización del aborto en tres causales, Chile se encuentra en el inicio de un camino que otros países ya llevan recorrido, razón por la cual se hace necesario seguir implementando estrategias que permitan a las gestantes que deseen acceder a esta instancia disponer de las herramientas informativas, logísticas y asistenciales para favorecer un proceso expedito, respetuoso, equitativo y que no vulnere sus derechos. Es por ello por lo que se torna relevante contar con personal humano cualificado y capacitado para el acompañamiento y la aplicación de los procedimientos que resulten necesarios, cobrando vital importancia la participación del matrn y la matrona, a quienes se debe formar y capacitar desde el pregrado. Es precisamente bajo esta última premisa que se convierte en un ejercicio necesario seguir recogiendo información respecto del tema, con la finalidad de contar con los diagnósticos adecuados y aplicar las mejoras que sean necesarias durante la formación de los futuros profesionales.

## **CONCLUSIONES**

Los estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta están informados de que en Chile el aborto es legal cuando concurre alguna de las tres causales definidas por la Ley 21.030 y tienen una actitud favorable a la interrupción del embarazo cuando se enmarca en alguna de ellas.

En aquellos casos en los que un establecimiento de salud no cuente con personal para practicar la interrupción del embarazo, la mayoría de los encuestados está al tanto de que la ley estipula que dicha paciente debe ser derivada a otro establecimiento donde si se cuente con los profesionales disponibles para el procedimiento.

Se evidencia la necesidad de incluir en el plan de estudios de la carrera de Obstetricia y Puericultura más información respecto de la Ley IVE, principalmente aquella relacionada con la objeción de conciencia y con los procedimientos clínicos existentes para la interrupción de los embarazos.

## **AGRADECIMIENTOS**

El equipo investigador desea agradecer sinceramente a todas quienes formaron parte de la primera etapa de este trabajo durante el segundo semestre 2019: las matronas docentes Verónica Callejas y Gema Berríos, y las internas de la carrera de Obstetricia y Puericultura: Catalina Cortés Olgúin, Hannjara Estay Macías, Dannytza Castro Rodríguez, Daniela Mura Gallardo, Zdenka Durán Yutronic y Vanessa Muñoz Campos, quienes comparten autoría en la génesis de esta investigación y sin las cuales no habría sido posible configurar este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- CANALES, Javiera, et al. *Aborto en Chile*. [En línea] Corporación Miles Chile, 2019. [Consulta el 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3zLF85A>
- CORPORACIÓN MILES CHILE. *Opinión Pública «La mayoría lo pide». Argumentos para la Discusión sobre la Interrupción Legal del Embarazo*. [En línea]. 2015. [Consulta el 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3gRz96I>
- DIDES, Claudia; BENAVENTE, María Cristina; SÁEZ, Isabel. Estudio de Opinión Pública sobre Aborto, Brasil, Chile, México, Nicaragua. Principales Resultados. En: *FLACSO Chile*. 2010, vol. 1.
- FERNÁNDEZ JIMÉNEZ, Paula; MONDÓN HENRÍQUEZ, Juan Pablo; UGARTE GONZÁLEZ, Vanesa. *Percepciones de los futuros profesionales de la salud sobre la Ley de aborto 21.030 y objeción de conciencia*. [Tesina]. Chile: Universidad Miguel de Cervantes, 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3gTM207>
- HUMANAS. CENTRO REGIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA DE GÉNERO. *Mapa Objeción de Conciencia en Servicios Públicos de Salud, según región y causal*. Chile: septiembre de 2019. [En línea] 2020. [Consulta el 14 de febrero de 2021]. Disponible en: [www.humanas.cl/mapa-objetores-de-conciencia-en-chile/](http://www.humanas.cl/mapa-objetores-de-conciencia-en-chile/)
- LAZA VÁSQUEZ, Celmira; CASTIBLANCO MONATAÑEZ, Ruth. Experiencias y Opiniones de los Profesionales de la Salud frente a la Despenalización del Aborto. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013, vol 39, supl. 1., pp 939-949.
- MARSHALL, Pablo; ZÚÑIGA, Yanira. Objeción de Conciencia y Aborto en Chile. *Revista Derecho PUCP*. Número 84. Lima. [En línea] 2020. [Consulta el 15 de enero de 2021] Disponible en: <https://bit.ly/2SiFOi9>
- MARTÍN BADIA, Júlia. Acompañando a las Mujeres Gestantes Víctimas de Violencia de Género. Aspectos Éticos para las Matronas. En: *Musas*. 2020, vol. 5, núm. 1, pp. 59-78.
- MINISTERIO DE SALUD CHILE (MINSAL). *Información sobre Ley IVE para la ciudadanía*. [En línea]. 2017. [Consulta en octubre de 2019]. Disponible en: [www.minsal.cl/informacion-para-la-ciudadania/](http://www.minsal.cl/informacion-para-la-ciudadania/).
- MINISTERIO DE SALUD CHILE (MINSAL). *Información sobre Ley IVE para Prestadores de Salud*. [En línea]. 2017. [Consulta en octubre de 2019]. Disponible en: [www.minsal.cl/informacion-para-prestadores-de-salud/](http://www.minsal.cl/informacion-para-prestadores-de-salud/).
- MINISTERIO DE SALUD CHILE (MINSAL). *Reporte Trimestral Ley IVE Enero a Diciembre 2019* [En línea]. 2020. [Consulta el 9 de junio de 2020]. Disponible en: [www.minsal.cl/reportes-trimestrales-ley-ive-actualizado-enero-a-diciembre-de-2019/](http://www.minsal.cl/reportes-trimestrales-ley-ive-actualizado-enero-a-diciembre-de-2019/).
- SZULIK, D., et al. Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos. En: *Salud Pública Méx*. 2008, vol. 50, núm. 1, pp. 32-39.

## **ANEXO 1.** Cuestionario autoaplicado

Estimada/o Compañera/o:

Somos estudiantes de quinto Año de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Antofagasta y nos encontramos desarrollando un proyecto de Investigación titulado «Opinión, Actitudes y Nivel de Conocimiento que tienen estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la UA respecto a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)».

La encuesta consta de tres secciones: Antecedentes Generales, Nivel de Conocimiento y Opinión frente a Ley IVE. Te solicitamos responder las siguientes preguntas, marcando una opción de acuerdo a la alternativa que mejor represente tu respuesta.

Gracias.

### **I. ANTECEDENTES GENERALES**

#### **1) ¿Qué plan de estudios estás cursando en la Carrera?**

- a. Tradicional
- b. Rediseñado

#### **2) ¿En qué nivel estás?**

- a. Primero
- b. Segundo
- c. Tercero
- d. Cuarto
- e. Quinto

#### **3) ¿Qué edad tienes?**

\_\_\_\_\_ años

#### **4) Indica sexo**

- a. Mujer
- b. Hombre

#### **5) ¿Qué religión profesas o crees profesar?**

- a. Católica
- b. Mormona
- c. Evangélica
- d. Testigo de Jehová
- e. Otra
- f. Ninguna

**6) ¿Qué religión profesa tu núcleo familiar?**

- a. Católica
- b. Mormona
- c. Evangélica
- d. Testigo de Jehová
- e. Otra
- f. Ninguna

**7) ¿Cuál es tu grado de participación frente a tu creencia religiosa?**

- a. Participo siempre
- b. Participo esporádicamente
- c. Nunca he participado

**8) ¿Con qué orientación sexual te identificas?**

- a. Heterosexual
- b. Homosexual
- c. Bisexual
- d. Otra \_\_\_\_\_

**9) ¿Cuál es tu situación sentimental en este momento?**

- a. Sin pareja
- b. Pololeando
- c. Conviviendo
- d. Casado(a)
- e. Divorciado(a)

**10) ¿Tienes hijos(as)?**

- a. Sí. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- b. No

**11) ¿Te has visto involucrado como padre o madre en un aborto?**

- a. Sí. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
- b. No

**12) ¿Por quienes está compuesto tu grupo familiar con el que vives en tu ciudad de procedencia? (Marca todas las alternativas que correspondan)**

- a. Madre
- b. Padre
- c. Hermano(s)
- d. Hijo(s)/a(s)
- e. Pareja
- f. Abuelo(a)
- g. Otros familiares

**13) ¿Con quién vives en la región de antofagasta, mientras cursas tu estadía universitaria?**

- a. Con las personas que mencioné en la pregunta anterior
- b. Con otros familiares
- c. Con amigos(as)
- d. Con mi pareja
- e. Solo(a)

**II. CONOCIMIENTOS SOBRE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

**1) Respecto de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en Chile, se puede afirmar que:**

- f. Es legal y se puede realizar ante cualquier circunstancia
- g. No es legal, no se puede practicar bajo ninguna circunstancia
- h. Es legal solo en tres causales
- i. Es legal solo cuando la vida de la madre está en peligro
- j. Ninguna de las anteriores

**2) La ley IVE en Chile, obliga a abortar a aquella mujer que se encuentra dentro de las tres causales**

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

**3) Las tres causales que la ley estipula para interrumpir el embarazo en Chile, son:**

- a. Por incompatibilidad del feto con la vida extrauterina, por violación y porque el embarazo presenta un peligro para la vida de la mujer
- b. Por violación, porque está en peligro la vida de la madre, porque la madre es menor de edad
- c. Porque está en peligro la vida de la madre, por malformación fetal y por falta de recursos económicos
- d. Por violación, por malformación fetal y porque el embarazo no fue planificado ni es deseado
- e. Ninguna de las combinaciones anteriores

**4) Respecto de la causal «Riesgo vital para la madre», es INCORRECTO señalar que:**

- a. Debe contar con el respectivo diagnóstico médico, que certifique el riesgo vital.
- b. No tiene límite de edad gestacional para la interrupción
- c. La mujer está obligada a abortar por el riesgo vital en el que incurre
- d. Es una causal contemplada por la Ley IVE

**5) Respeto de la causal «Patología fetal incompatible con la vida extrauterina es INCORRECTO señalar que:**

- a. En casos de incompatibilidad con la vida extrauterina, la mujer podrá decidir si interrumpe o no su embarazo
- b. Se debe contar por escrito con dos diagnósticos de médicos especialistas
- c. No tiene límite de edad gestacional para la interrupción
- d. Debido a la inminente incompatibilidad con la vida extrauterina, existe la obligación de practicar la interrupción del embarazo

**6) Respeto de la causal «Embarazo producto de una violación», es INCORRECTO señalar que:**

- a. Equipo de salud especializado confirma la violación a través del relato de la mujer y la edad gestacional, e informa la concurrencia o no de esta causal
- b. La jefatura del establecimiento de salud tiene el deber de denunciar el delito cuando se trata de víctimas de violación menores de 18 años
- c. No tiene límite de edad gestacional para la interrupción
- d. Tiene límites de edad gestacional, dependiendo de la edad materna

**7) Respeto de la Objeción de conciencia amparada por la Ley IVE, ¿pueden los matrones declararse objetores de conciencia?**

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

**8) Para hacer efectiva la objeción de conciencia, el profesional está obligado a ser objetor en las tres causales**

- a. Sí
- b. No. Puede ser objetor frente a las causales que decida
- c. No sé

**9) En caso de que una institución de salud (o su cuerpo directivo) se declare en Objeción de conciencia, todos los profesionales de salud que trabajan en el establecimiento se convierten automáticamente en objetores**

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

**10) Si un establecimiento de salud no cuenta con personal que otorgue la prestación de interrupción del embarazo solicitada, deberá derivar a la paciente a otro establecimiento de salud que esté en condiciones de otorgar dicha prestación.**

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

**11) La principal técnica para interrumpir el embarazo bajo la ley IVE 21.030 es la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)**

- a. Sí
- b. No
- c. No sé

**12) ¿Cuál(es) es(son) los medios por los cuales se informó sobre esta Ley?**

- a. Clases en la carrera de Obstetricia y Puericultura.
- b. Seminarios externos a la carrera.
- c. Redes sociales.
- d. Noticias nacionales.

**13) ¿Crees que los ramos impartidos en la carrera te informan adecuadamente sobre esta ley?**

- a. Sí
- b. No
- c. No lo suficiente

**14) ¿Crees que los ramos impartidos en la carrera te preparan para tener una opinión certera frente a la ley?**

- a. Sí
- b. No
- c. No lo suficiente

**III. OPINIÓN Y ACTITUDES FRENTE A LA INTERRUPCIÓN INVOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

**1) Creo que las mujeres que deciden interrumpir su embarazo son:**

- a. Irresponsables
- b. Cómplices de asesinato
- c. Personas que hacen uso de un derecho a decidir
- d. Ignorantes
- e. Impulsivas

**2) Creo que como matró(n)a, frente al tema del aborto, me declararé**

- a. Absolutamente en contra
- b. Medianamente en contra, depende.
- c. Ni a favor ni en contra
- d. A favor, siempre y cuando sea dentro de las tres causales
- e. Absolutamente a favor

**3) Si tuviera que decidir en este momento alguna objeción frente a la interrupción del embarazo, sería:**

- a. Objeto de conciencia frente a la causal «Riesgo de muerte materna»
- b. Objeto de conciencia frente a la causal «Incompatibilidad del embrión/feto con la vida extrauterina»
- c. Objeto de conciencia frente a la causal «Embarazo por violación».
- d. Objeto de conciencia frente a las tres causales
- e. Objeto de conciencia frente a las causales «Incompatibilidad del embrión/feto con la vida extrauterina» y «Embarazo por violación»
- f. No sería objeto de conciencia

**4) Frente a la interrupción libre del embarazo (en cualquier circunstancia), el estado debería:**

- a. Legislar. Es necesario contar con una ley de ese tipo
- b. Realizar una consulta pública antes de legislar
- c. No legislar
- d. Mantener la ley existente, en la que se declara ilegal cualquier tipo de aborto fuera de las tres causales.

**5) Si una embarazada producto de una violación pidiera mi opinión frente a la interrupción del embarazo, seguramente le diría:**

- a. Que interrumpa el embarazo, no tiene por qué cargar con el producto de un ataque sexual
- b. Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, sin embargo la decisión es suya
- c. Que no interrumpa su embarazo, su bebé no tiene la culpa de la violación y tiene todo el derecho a nacer
- d. Evitaría decirle algo

**6) Si una embarazada cuyo feto padeciera una patología incompatible con la vida extrauterina, pidiera mi opinión frente a la interrupción del embarazo, seguramente le diría:**

- a. Que interrumpa el embarazo, no tiene por qué esperar una muerte segura de su bebé al nacer
- b. Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, sin embargo la decisión es suya
- c. Que no interrumpa su embarazo, su bebé tiene todo el derecho a nacer y fallecer por causas naturales
- d. Evitaría decirle algo

**7) Si una embarazada que está en riesgo vital por su gestación, pidiera mi opinión frente a la interrupción del embarazo, seguramente le diría:**

- a. Que interrumpa el embarazo, no tiene por qué arriesgarse a morir
- b. Que tiene derecho a interrumpir su embarazo, sin embargo la decisión es suya
- c. Que no interrumpa su embarazo, no hay que perder nunca la esperanza de vivir
- d. Evitaría decirle algo

**8) Creo que la ley IVE es:**

- a. Una mala decisión de estado
- b. Un avance en políticas públicas para el país
- c. No sé

# INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES JÓVENES DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR EN SANTIAGO DE CHILE

*Urinary Incontinence and Quality of Life in Young Women in a Family Health Center in Santiago de Chile*

Pascuala Alvarado Briceño<sup>1</sup>, Hilda Bonilla-Gómez<sup>2</sup>, Rodrigo Asun<sup>3</sup>

Autora correspondencia: Pascuala Alvarado Briceño

Correo electrónico: [pazalvarado@gmail.com](mailto:pazalvarado@gmail.com)

1. Magister en Salud de la Mujer. Matrona-Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad Mayor. (*Santiago, Chile*)
2. Magister en Salud Pública. Matrona. Docente Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad Mayor. (*Santiago, Chile*)
3. Director de carrera de Sociología, Universidad de Chile, Santiago, Chile. (*Santiago, Chile*)

Fecha de recepción: 19/08/2020 Fecha de aceptación: 03/06/2020



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Determinar asociación entre Calidad de Vida (CV) e Incontinencia Urinaria (IU) en mujeres de 20 a 44 años del Centro de Salud Familiar Santa Julia, Santiago de Chile. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio analítico de corte transversal realizado desde septiembre a diciembre de 2018. De 661 mujeres encuestadas, 184 refirieron IU, de estas, 170 participaron en el estudio. Valor media de edad: 33,84 años. Para la IU se aplicó la Escala de Sandvik y para la CV y la CVRS, se aplicaron los instrumentos ICIQ- SF y el de Potenziani, respectivamente. **RESULTADOS.** La prevalencia de IU fue 27,8 %. La severidad de la IU fue moderada en el 55,9 %, grave en un 12,3% y muy grave en un 1,8 %. Según el ICIQ-SF el impacto de la IU en la CV de moderado a muy intenso, fue de 65,9 % (18,8 % moderado, 22,9 % intenso y 24,2 % muy intenso). Según el cuestionario de Potenziani, 1 de cada 4 mujeres del estudio percibe una repercusión intensa en su CV. Se aplicó Chi Cuadrado y Coeficiente V de Cramer observando correlación positiva moderada y estadísticamente significativa de 0,419 entre severidad IU y CV. Además, correlación positiva moderada y estadísticamente significativa de 0,463 entre el impacto percibido por las mujeres y la repercusión en su CV. **CONCLUSIÓN.** La IU afecta la CV de las mujeres desde edades tempranas y aumenta con los años. Es fundamental diagnosticar precozmente, generar políticas públicas sanitarias e implementar estrategias locales para tratar esta patología biopsicosocial.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Incontinencia Urinaria; Salud de la mujer.

## ABSTRACT

**AIM.** To determine the association between Quality of Life (QOL) and Urinary Incontinence (UI) in women of ages between 20 and 44 from the Santa Julia Family Health Center, Santiago de Chile. **MATERIALS AND METHODS.** Analytical cross-sectional study carried out from September to December 2018. Of 661 women surveyed, 184 referred UI, of these, 170 participated in the study. Average age value 33.84 years. For UI, the SANDVIK Scale was applied and for QoL and HRQoL, the ICIQ-SF and Potenziani instruments were applied, respectively. **RESULTS.** The prevalence of UI was 27.8%. The severity of the UI was moderate in 55.9%, severe in 12.3% and very severe in 1.8%. According to the ICIQ-SF, the impact of UI on QoL from moderate to very intense was 65.9% (18.8% moderate, 22.9% intense and 24.2% very intense). According to the POTENZIANI questionnaire, 1 in 4 women in the study perceives an intense impact on their QoL. Chi Square and Cramer's V Coefficient were applied, observing a moderate and statistically significant positive correlation of 0.419 between UI and CV severity. In addition, a moderate and statistically significant positive correlation of 0.463 between the impact perceived by women and the impact on their QoL. **CONCLUSIONS.** UI affects women's QoL from an early age and increases with age. It is essential to diagnose early, generate public health policies and implement local strategies to treat this biopsychosocial pathology.

**Keywords:** Quality of Life; Woman's health; Urinary Incontinence.

## INTRODUCCIÓN

La «International Continence Society» (ICS) define la Incontinencia urinaria (IU) como «la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico» (Abrams et al., 1988, p. 5). En ese sentido, se ha observado una relación directa entre la IU y la Calidad de Vida (CV), producto del deterioro del bienestar de las mujeres, reduciendo su autonomía y autoestima (Higa et al., 2008). En ese sentido, la CV es entendida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (OMS, 1994). Existen diversas definiciones sobre la CV. Felce & Perry (1995) proponen cuatro conceptualizaciones:

- 1) Como la calidad de las condiciones de vida de una persona;
- 2) La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;
- 3) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta;
- 4) La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (pp. 51-74)

Específicamente, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es concebida como la capacidad del individuo para realizar las actividades importantes tanto en el aspecto afectivo, social y funcional, siendo aquello influenciado por la percepción subjetiva del individuo (Mejía et al., 2007). De este modo, la CV es inherente al ser humano, pues se relaciona con el grado de satisfacción de la persona con su situación física, su estado emocional, su vida afectiva familiar, amorosa y social, considerando el sentido que le atribuya a la misma. Al profundizar en la relación entre Calidad de Vida e Incontinencia Urinaria, se observa un inicio precoz (antes de los 45 años) identificándose mayores dificultades, sobre todo, al realizar actividades físicas, laborales y sociales. En esa línea, un estudio realizado en la Universidad de Navarra en España señaló que la prevalencia de IU en mujeres adultas varía entre un 20 % a un 50 % y en adultas jóvenes en un 20 % a 30 % (Robles, 2006). Por su parte, el estudio de Rebassa et al. (2013) identificó que un 24 % de las mujeres sufrían IU y que el 25,2 % que padecía IU de moderada a severa presentaba score de ICIQ-SF<sup>1</sup> de 9.2; que las mujeres que presentaban

---

<sup>1</sup> El «International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form» (ICIQ-SF) es un instrumento que evalúa la Incontinencia Urinaria en las mujeres, es un cuestionario breve dirigido a medir la percepción de los síntomas de la IU y la calidad de vida de las usuarias (Busquets, et al., 2012).

IU mixta o continua tenían score ICIQ-SF más alto, a la vez que mostraron peor CV en todas las dimensiones del instrumento EuroQol-5D.<sup>2</sup>

Desde la dimensión psicosocial, Higa et al. (2008) afirman que las mujeres menores de 50 años ocultan la IU por temor al rechazo social, concepción de envejecimiento, vergüenza y temor a pérdida de orina en público o durante la relación sexual. En concordancia, el estudio de Modroño et al. (2004) detectó una baja tasa de consulta, de un 43,2 %, esto, principalmente ocasionado por la vergüenza que genera en las mujeres asumir la pérdida de orina como un problema de salud.

De este modo, la IU afecta el bienestar psicológico, social y físico de las mujeres restringiendo su estilo de vida. La prevención e identificación de la etiología de la IU junto a un plan de tratamiento individualizado son esenciales para mejorar la CV (ACOG, 2015).

No obstante, en Chile no existen suficientes estudios que relacionen la IU con impacto en la CV de las mujeres de 20 a 44 años. Dentro de las pocas investigaciones nacionales se encuentran el estudio realizado por Salazar et al. (2005), quienes encontraron una prevalencia de 62,2 % en mujeres mayores de 30 años con un promedio de edad de 52,8 años. El estudio realizado por Harwardth et al. (2004), quienes hallaron una prevalencia de 77,1 % en mujeres de 30 a 84 años, y, por último, el estudio de Rincón (2015), quien describe una prevalencia de 62,6 % en mujeres entre 30 y 81 años.

Según lo expuesto, se trata de un problema subdiagnosticado. En Chile no existen estrategias de prevención en el Servicio Público de Salud, solo tratamientos para los casos más severos de IU. No obstante, su atención no es prioritaria, puesto que no es una patología incluida dentro del Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), Ley 19.966 (2004), lo cual demora la atención de especialidad y su resolución. Por este motivo, nuestro objetivo fue determinar la asociación entre Calidad de Vida (CV) e Incontinencia Urinaria (IU) en mujeres de 20 a 44 años del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Santa Julia, Santiago de Chile.

---

<sup>2</sup> EuroQol-5D o en su forma abreviada EQ-5D, es un instrumento genérico de medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), se utiliza en pacientes sanos como en los que presentan alguna patología (Herdman et al., 2001).

## MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación corresponde a un diseño observacional, cuantitativo, transversal y descriptivo correlacional que mide la magnitud de un problema de salud (IU) y su influencia en la CV de las mujeres afectadas, mediante la aplicación de cuatro test de respuestas cerradas.

El universo del estudio fueron 170 mujeres de 20 a 44 años pertenecientes al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Santa Julia, ubicado en Santiago de Chile. El estudio se realizó durante los meses de septiembre a diciembre de 2018.

Inicialmente, se aplicó una encuesta elaborada por el investigador principal (primer autor) con el único objetivo de indagar la presencia de IU (ver Anexo 1). Se preguntó a un total de 661 mujeres, entre 20 y 44 años respecto de la presencia de IU. De estas, 184 refirieron presentar algún grado de incontinencia.

Luego de aplicar los siguientes criterios de exclusión:

- Mujeres con sintomatología sugerente de infección urinaria
- Mujeres embarazadas
- Mujeres con déficit de lectoescritura, discapacidad cognitiva o barrera idiomática

Se seleccionó un total de 170 mujeres a las cuales se les informó respecto de la voluntariedad de la participación. De estas, todas aceptaron participar en el estudio previa firma del Consentimiento Informado. Cabe destacar que este estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Mayor de Chile.

Las 170 participantes contestaron, en primer lugar, la encuesta de Sandvik (1993) (ver Anexo 2), la cual mide el grado de severidad de la IU, luego, la encuesta ICIQ-SF (ver Anexo 3), la cual vincula el grado de severidad y la CV definiendo el tipo de incontinencia según sintomatología. Finalmente, se aplicó la escala de Potenziani (2005), que evalúa la repercusión de la IU en la CVRS de las mujeres (ver Anexo 4).

Los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo MS Excel y analizados con el programa estadístico SPSS Statistics® por el segundo investigador de este estudio.

El análisis de variables de naturaleza cualitativa o categórica se realizó a través de medidas de frecuencia (proporciones). La independencia o asociación entre las variables entre sí fue medida mediante el cálculo de Chi cuadrado (se aplicó el Coeficiente V de

Cramer). En caso de las variables cuantitativas, se estimaron medias y, posteriormente, se realizó el análisis correlacional mediante el cálculo de coeficiente de correlación de Pearson.

El análisis de los datos contempló a) análisis descriptivo por pregunta para todo el grupo de estudio; b) análisis descriptivo de preguntas claves y puntuaciones agregadas por cuestionario para la muestra total y subgrupos de edad; c) caracterización según índice de severidad; y d) análisis de la relación (significación e intensidad) entre preguntas claves del cuestionario ICIQ-SF y su impacto en la CV, según el cuestionario Potenziani para la muestra total y subgrupos de edad. Para evaluar la relación entre las variables — frecuencia, magnitud y el impacto en CV— se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

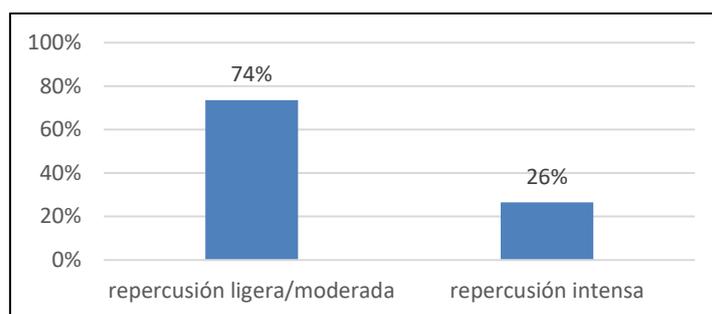
## RESULTADOS

En el grupo estudiado (mujeres de 20 a 44 años) se observó una prevalencia de IU de 27,8 %, IU de esfuerzo en el 47,6 %, IU de urgencia en un 22,9 %, mixta en un 21,2 % y la IU considerada global fue de un 8,2 %.

En relación con el grado de impacto en la CV considerando la frecuencia y cantidad de la pérdida de orina, según ICIQ-SF percibido por las mujeres del estudio, se observó en la distribución del grado de impacto un valor medio de  $5,44 \pm 3,32$ , con un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 10, la mediana obtuvo un valor de 5. La media del puntaje total de ICIQ-SF con un mínimo de 3 y máximo de 20, fue 10,47 con una DS 4,377.

Se observa que, del 100 % de las mujeres, 1 de cada 4 entre 20 y 44 años percibe una repercusión intensa en su calidad de vida (ver Figura 1).

**Figura 1.** Repercusión de la IU en la calidad de vida según escala Potenziani en mujeres de 20 a 44 años del CESFAM Santa Julia, Santiago de Chile



La severidad estimada según la escala de Sandvik muestra que el 50 % de las mujeres refiere una frecuencia entre algunas veces a la semana a todos los días o noches. Así, un 64,1 % refiere que el escape es de chorro o más. Al analizar la severidad del cuadro, un 14,1 % de las mujeres presenta una severidad grave o muy grave, y el 55,9 % presenta severidad moderada (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de frecuencia, cantidad y severidad de IU, según escala de Sandvik en mujeres de 20 a 44 años del CESFAM Santa Julia, Santiago de Chile

Parámetro	Frecuencia		
		Porcentaje	
<b>Frecuencia</b>	< 1v al mes	28	16,5
	Algunas veces al mes	57	33,5
	Algunas veces a la Semana	58	34,1
	Todos los días/noches	27	15,9
	Total	170	100,0
<b>Cantidad</b>	Gota	61	35,9
	Chorro	100	58,8
	Mucha cantidad	9	5,3
	Total	170	100,0
<b>Severidad</b>	leve	51	30,0
	moderado	95	55,9
	grave	21	12,3
	muy grave	3	1,8
	Total	170	100,0

Relacionado con la percepción de impacto, se agruparon las respuestas según la intensidad del impacto percibido de acuerdo con la siguiente categorización: No percibe impacto en su calidad de vida (0), impacto leve (1-3), impacto moderado (4-6), impacto intenso (7-9) y muy intenso (10) (Laserre, 2009). Como resultado se obtuvo que al 40 % de las mujeres les impacta en forma intensa o muy intensa, al 25,9 % les afecta en forma moderada, al 27,1 % en forma leve y a un 7 % no les impacta en su calidad de vida (ver Tabla 2). En consecuencia, se observa en este grupo que, 1-2 de cada 4 mujeres entre 20 a 44 años percibe un impacto intenso en su calidad de vida.

**Tabla 2.** Percepción de grado de impacto leve, moderado, intenso y muy intenso en calidad de vida, considerando la frecuencia y cantidad de la pérdida de orina según ICIQ-SF en mujeres de 20 a 44 años del CESFAM Santa Julia, Santiago de Chile

Grado de impacto	Frecuencia	Porcentaje
No impacta (0)	12	7,0
Leve (1-3)	46	27,1
Moderado (4-6)	44	25,9
Intenso (7-9)	32	18,8
Muy intenso (9 a 10)	36	21,2
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>100,0</b>

A medida que aumenta la severidad de la IU en las mujeres, la proporción de repercusión intensa también se ve aumentada alcanzando un 57,1% en las mujeres con severidad grave. El coeficiente de correlación indica que existe una correlación positiva moderada entre las variables de 0,419, siendo ésta, estadísticamente significativa. La relación entre la severidad de la IU medido por escala Sandvik y la repercusión en la calidad de vida medido por la escala Potenziani se observa a continuación (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Relación entre la severidad de la IU medida por escala Sandvik y repercusión en la calidad de vida según la escala Potenziani en mujeres de 20 a 44 años del CESFAM Santa Julia, Santiago de Chile

Grado de severidad de IU			Repercusión Potenziani				Total
Sandvik			ligera/moderada	intensa			
<b>Sandvik</b>	leve	n	48	3			51
		%	94,1	5,9			100
	moderado	n	68	27			95
		%	71,6	28,4			100
	grave	n	9	12			21
		%	42,9	57,1			100
muy grave	n	0	3			3	
	%	0,0	100			100	
<b>Total</b>		n	125	45			170
		%	73,5	26,5			100

Coeficiente V de Cramer: 0,419 sig.<0,01

A medida que aumenta el grado de impacto, la proporción de repercusión intensa también aumenta, alcanzando un 58,5 % en las mujeres con impacto muy intenso. El coeficiente de correlación indica que existe una correlación entre las variables de 0,463, siendo estadísticamente significativa. La relación entre el impacto en la calidad de vida medido por la escala ICIQ-SF y la repercusión en la calidad de vida según la escala Potenziani, se señala en la Tabla 4.

Por cada unidad de cambio en la severidad, el riesgo de presentar una repercusión intensa aumenta en un 62.7 %, relación que se evidencia independiente de la edad de las mujeres, pues el modelo de regresión se rige por dicha variable. Además, no se encontró relación entre la edad y la repercusión. La relación existente entre el impacto en la calidad de vida evidenciado en la escala ICIQ-SF y la repercusión en la calidad de vida medido por la escala Potenziani ajustado por edad se describe a continuación (ver Tabla 5).

**Tabla 4.** Relación entre el impacto percibido en la calidad de vida según escala ICIQ-SF y repercusión en la calidad de vida según la escala Potenziani en mujeres de 20 a 44 años del CESFAM Santa Julia, Santiago de Chile

Impacto según ICIQ-SF		Repercusión Potenziani		Total
		Ligera/Moderada	Intensa	
<b>Leve (0-3)</b>	N	56	2	58
	%	96,6	3,4	100
<b>Moderado (4-5)</b>	N	29	3	32
	%	90,6	9,4	100
<b>Intenso (6-8)</b>	N	23	16	39
	%	59,0	41,0	100
<b>Muy Intenso (9-10)</b>	N	17	24	41
	%	41,5	58,5	100
<b>Total</b>	N	125	45	170
	%	73,5	26,5	100

Coeficiente V de Cramer: 0,463, sig.<0,01

**Tabla 5.** Modelo de regresión para la relación entre la escala ICIQ-SF y la escala Potenziani ajustado por edad en mujeres de 20 a 44 años del CESFAM Santa Julia, Santiago de Chile

	Exp (B)	I.C. 95 % para EXP(B)		Sig.
		Inferior	Superior	
<b>Edad</b>	,954	,897	1,016	,141
<b>Impacto ICIQ-SF</b>	1,627	1,383	1,914	,000
<b>Constante</b>	,073			,020

## DISCUSIÓN

En un primer análisis se observó una mayor prevalencia de IU en el grupo de mujeres entre los 30 y 39 años (46,5 %) a diferencia del estudio de Harward et al. (2004) realizado en Isla de Pascua en Chile, el cual encontró una prevalencia de 25,82 % en el grupo de 30 a 39 años y mayor que el estudio de Buckley & Lapitan (2010), que encontró una prevalencia de 7 a 37 % en mujeres de 20 a 39 años

En este grupo de estudio, el 70,1 % (medido por escala de Sandvik) presenta un grado de severidad de moderado a muy grave, siendo esto muy relevante por tratarse de mujeres jóvenes en plena actividad sexual, laboral, social y familiar. Estos resultados difieren de los encontrados por Rincón (2015), quien estudió a 181 mujeres con rango de edad más amplio (30 a 60 años y más), y en las cuales encontró IU un 62,8 % de severidad de moderado a muy grave, observándose que en grupos de mayor edad aumenta la IU a muy severa y severa.

La media del puntaje total de ICIQ-SF (con un mínimo de 3 y máximo de 20) fue de 10,47 con una DS 4,377, difiriendo de los hallazgos encontrados en el estudio de Neygard (2018), el cual encontró una media de 9,36 con una DS 4,9.

En el grupo estudiado, el grado de impacto en la calidad de vida (ICIQ-SF) categorizado muestra que el impacto entre moderado y muy intenso es de 65,9 % y que

1-2 de cada 4 mujeres les impacta de forma intensa la IU (40 %). En este sentido, llama a reflexión que, siendo mujeres jóvenes, el impacto es mayor al observado en otros estudios, como el de Laserre (2009), que abarcó 494 mujeres mayores de 18 años, cuyos resultados difieren de los nuestros, pues se encontró que solo un 51,8 % refirió un impacto en la calidad de vida entre moderado y muy intenso.

La escala de Potenziani fue otro instrumento aplicado en nuestro estudio, el cual mide la repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres. En este estudio se observa que 1 de cada 4 mujeres entre los 20 y 44 años percibe una repercusión intensa en su calidad de vida por la IU, situación que, de acuerdo con los estudios de Dellú (2015) y Debu (2015) genera gran alteración en las relaciones personales, ansiedad provocada por la sensación de humedad permanente, angustia de verse expuesta y, en consecuencia, alteración evidente de la calidad de vida.

Por otro lado, se observa que, a medida que aumenta la severidad de la IU (según la escala de Sandvik), la repercusión intensa también aumenta (según la escala de Potenziani), alcanzando un 57,1% en las mujeres con severidad grave. El coeficiente de correlación indica que existe una correlación entre las variables de 0,419, siendo esta estadísticamente significativa y fuerte (Coeficiente V de Cramer: 0,419, correlación positiva significativa sig<0,01).

Al relacionar el impacto percibido por las mujeres en su calidad de vida medido por la escala ICIQ-SF con la repercusión en la calidad de vida medida por la escala de Potenziani, se observa que a medida que aumenta el grado de impacto en las mujeres, la proporción de repercusión intensa también aumenta, alcanzando un 58,5 % en las mujeres con impacto intenso. A su vez, al observar la relación existente entre ICIQ-SF y Potenziani ajustado por edad, se concluye que, por cada unidad de cambio en la severidad, el riesgo de presentar una repercusión intensa aumenta en un 62,7 %, independientemente de la edad de las mujeres en el grupo estudiado. En ese sentido, nuestra investigación no encontró relación entre la edad y la repercusión de la IU en su calidad de vida. Se debe considerar que los estudios en relación con la edad dan resultados disímiles, como el estudio de Córcales et al. (2008), quienes describen que la repercusión en la calidad de vida es menor en las pacientes más jóvenes y que, a mayor edad, se observa una peor calidad de vida. Así mismo, los estudios de Aoki et al. (2017) y Carusso et al. (2017), los cuales, a diferencia del estudio anterior, encontraron que a menor edad es peor la calidad de vida, concluyendo que, para mejorar la calidad de vida de las mujeres jóvenes que

sufren incontinencia urinaria, se debe intervenir precozmente para evitar que aumente con la edad como lo aseveran Aoki et al. (2017) y Milsom (1993, 2019).

La principal limitación del estudio fue la cantidad de cuestionarios aplicados a las pacientes, situación que, en ocasiones, pudo haber generado que las mujeres no leyeran con detenimiento las preguntas de los formularios.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos dimensionan la repercusión e impacto en la calidad de vida que produce la Incontinencia Urinaria en mujeres jóvenes. Muestran su relevancia y aportan información que permitirá generar estrategias de prevención y tratamiento precoz de esta enfermedad en atención primaria en Chile.

La alta prevalencia en el grupo de mujeres estudiadas cuyo motivo de consulta no era la Incontinencia Urinaria llama la atención. Esto nos permite concluir que la IU es una patología subdiagnosticada por temor, vergüenza o bien asociada a signo de vejez y falta de atractivo, lo cual hace que esta condición de salud se prolongue en el tiempo y no se aborde precozmente.

Otro aspecto que destacar es que, siendo las afectadas mujeres jóvenes, con media de edad de 33,8 años en plena actividad laboral, social y familiar, un alto porcentaje de ellas presentaba un grado de severidad de incontinencia urinaria importante, y 1 de cada 4 de ellas refería que repercutía en forma intensa en su calidad de vida. A partir de esta relación entre severidad de la incontinencia relacionada con la repercusión en la calidad de vida, concluimos que, a medida que aumenta la severidad de la incontinencia de las mujeres, la proporción de repercusión intensa también aumenta alcanzando un 57,1 % en mujeres con severidad grave.

En cuanto a la relación entre el impacto percibido y repercusión en calidad de vida, concluimos que, a medida que aumenta el grado de impacto percibido por las mujeres, la proporción de repercusión intensa también aumenta alcanzando un 58,5 % en las mujeres con impacto intenso con una correlación significativa entre las variables. También se concluye que por cada unidad de cambio en la severidad, el riesgo de presentar una repercusión intensa aumenta en una gran proporción (62,7 %).

Esta investigación abordó el tema de la calidad de vida de las mujeres jóvenes que sufren incontinencia urinaria por considerar que este es el grupo en el cual se debe intervenir precozmente para evitar que la prevalencia aumente con la edad. Asimismo, este estudio determina que la prevalencia es alta y que repercute negativamente en la calidad de vida de las mujeres jóvenes. Del mismo modo, se pretende estimular al profesional matró/a en la búsqueda dirigida de esta patología, pues son las profesionales que se encuentran más cercanas a la mujer siendo el primer contacto con estos grupos etarios.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos a las mujeres que desinteresadamente aportaron la información para el estudio, al Dr. Rubén Espinoza, director del Centro de Salud Familiar Santa Julia Comuna de Macul, Santiago de Chile, y al personal de ese establecimiento, cuya autorización y apoyo brindado permitió la ejecución de esta investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMS, Paul, et al. Estandarización de la terminología de la función del tracto urinario inferior: reporte del subcomité de estandarización de la international continence society (ICS). En: *Revista Chilena de Urología*. 2006, vol. 71, núm. 2, pp. 79-94.
- AMERICAN COLLEGE of OBSTETRICIANS and GYNECOLOGIST (ACOG). Urinary Incontinence in Women. En: *Practice Bulletin*. 2015, vol. 126, núm. 5: pp. 915-1129.
- BUCKLEY, Brian; LAPITAN, Marie. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children-current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. En: *Urology*. 2010, vol. 76, núm. 2, pp. 265-270.
- BUSQUETS, Maritza; SERRA, Ramón. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En: *Revista médica de Chile*. 2012, vol 140, núm. 3, pp. 340-346.
- CARUSO, Salvatore, et al. Effects of Urinary Incontinence Subtypes on Women's Sexual Function and Quality of Life. En: *Urology*. 2017, vol. 108, pp. 59-64.
- DEBUS, George; KÄSTNER, Rocha. Psychosomatic Aspects of Urinary Incontinence in Women. En: *Geburtshilfe Frauenheilkunde*. 2015, vol. 75, núm. 2, pp. 165-169.
- DELLÚ, Mayra Cecilia. *Incontinência urinária no climatério: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida*. [Tesis doctoral]. Universidad de Sao Paulo: 2015. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-19102015-100242/>
- DE MEJÍA, Beatriz; MERCHÁN, María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. En: *Revista hacia la promoción de salud*. 2007, vol. 12, pp. 11-24.
- FELCE, David; PERRY, Jonathan. Quality of life: its definition and measurement. En: *Research in developmental disabilities*. 1995, vol 16, núm. 1, pp. 51-74.
- GOBIERNO DE CHILE. Ley N°19.966 Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Fue promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada el 03 de septiembre de 2004. Disponible en: [www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-554.html](http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-554.html)
- HARWARDT, Tamara, et al. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de Isla de Pascua. En: *Revista Chilena de Urología*. 2004, vol. 69, núm. 1, pp. 29-34.
- HASLAM, Jeanette. Incontinencia urinaria: por qué las mujeres no piden ayuda. En: *Nurs Times*. 2005, vol. 101, pp. 47-48.
- HERDMAN, Michael; BADIA, Ximena; BERRA, Silvina. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud de atención primaria. En: *Atención primaria*. 2001, vol. 28, pp. 425-429.

- HIGA, Rosângela; BAENA DE MORES, María Helena; RIBEIRO, Lopes. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. En: *Revista latino-americana de enfermagem*. 2008, vol. 16, núm. 4, pp. 779-786.
- LASERRE, Andrea, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. En: *European urology*. 2009, vol. 56, núm. 1, pp. 177-183.
- MARTÍNEZ CÓRCOLES, Benjamín, et al. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. En: *Actas Urológicas Españolas*. 2008, vol. 32, núm. 2, pp. 202-210
- MILSOM, Ian; GYHAGEN, María. The prevalence of urinary incontinence. En: *Climacteric*. 2019, vol. 22, núm. 3, pp. 217-222.
- MODROÑO, María José, et al. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Atención primaria*, 2004, vol. 34, no 3, p. 134-139
- NYGAARD, Christiana Campani, et al. Incontinence and Quality of Life in Female Patients with Obesity. En: *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018, vol. 40, núm. 9, pp. 534-539.
- PASCUAL, María Ángeles. Estudio epidemiológico EPINCONT. Prevalencia y calidad de vida. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2002, vol. 45, pp. 2-9.
- POTENZIANI, Julio.; POTENZIANI, Silvia. Cuestionarios de validación diagnóstica para diversas patologías urológicas. En: *Rev Centro Med*. 2005, vol. 50, núm. 1.
- REBASSA, Miguel, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. En: *Actas Urológicas Españolas*. 2013, vol. 37, núm. 6, pp. 354-361.
- RINCÓN ARDILA, Olga. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación en la ciudad de Chillán, Chile. En: *Revista médica de Chile*. 2015, vol. 143, núm. 2, pp. 203-212
- ROBLES, José Enrique. La incontinencia urinaria. En: *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud: 2006, pp. 219-231.
- RORVEIT, Guri, et al. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. En: *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2003, vol. 189, núm. 5, pp. 1268-1274.
- SALAZAR, Aníbal, et al. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. En: *Revista Chilena de Urología*. 2005, pp. 55-63.
- SANDVIK, Hogne, et al. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. En: *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1993, vol. 47, núm. 6, p. 497-499.
- SILVA, María Antonieta. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. En: *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018, vol. 44 núm. 1, pp. 1-14.

TEMML, Christian. Incontinencia urinaria en ambos sexos: tasas de prevalencia e impacto en la calidad de vida y la vida sexual. En: *Neurourol Urodyn.* 2000, vol. 19, pp. 259-71.

URZÚA, Alfonso; CAQUEO-URÍZAR, Alejandra. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. En: *Terapia psicológica*, 2012, vol. 30, núm. 1, pp. 61-71.

## ANEXO 1. ENCUESTA ELABORADA POR EL INVESTIGADOR PRINCIPAL

### Encuesta sobre existencia de Incontinencia Urinaria

Estimada usuaria, con el fin de saber cómo afecta la pérdida de orina involuntaria (Incontinencia Urinaria) en la vida de las personas; deseamos que conteste las siguientes preguntas:

**¿Ha presentado alguna pérdida o escape orina en el último mes?** (Encierre en un círculo la respuesta)

**SÍ NO**

**Si su respuesta es SÍ: ¿desea responder algunas preguntas?** (Encierre en un círculo la respuesta)

**SÍ NO**

Muchas Gracias

## ANEXO 2. ESCALA DE SANDVICK

### Test de severidad de Sandvick

Preguntas para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia de orina en la mujer:

#### ¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?

1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y / o noches

#### ¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?

1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma:

**1 - 2 = leve 3 - 6 = moderada 8 - 9 = grave 12 = muy grave**

Para el cálculo en análisis estadístico, para control de resultados, se recomienda añadir el valor cero cuando se han vuelto continentes.

- Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S (2000) A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn* 19:137-145.
- Hanley J, Capewell A, Hagen S (2001) Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. *BMJ*; 322:1096-1097.
- Hogné Sandvik H, Espuna M and Hunskaar S. Validity of the Incontinence Severity Index: Comparison with Pad-Weighing Tests ( in press).



## ANEXO 4. ESCALA DE POTENZIANI

### Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (Potenziani-14-CI-IO-QOL2000)

Sencillo cuestionario auto administrado que informa sobre el impacto de la incontinencia en la vida cotidiana de la paciente. Es específico para la incontinencia urinaria en mujeres.

#### Puntuación final:

Repercusión LIGERA-MODERADA sobre su calidad de vida= 0-14 puntos.

Repercusión INTENSA sobre su calidad de vida= 15-28 puntos.

1. ¿Presenta Incontinencia Urinaria en reposo, acostada o sentada?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	
Siempre	2	
2. ¿Presenta Incontinencia Urinaria mientras tose, estornuda o se ríe?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	
Siempre	2	
3. ¿Presenta Incontinencia Urinaria mientras hace esfuerzos, ejercicios aeróbicos o con multifuerza?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	
Siempre	2	
4. ¿Presenta Incontinencia Urinaria mientras realiza su actividad sexual?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	
Siempre	2	
5. ¿Presenta Incontinencia Urinaria relacionada con momentos de urgencia urinaria?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	
Siempre	2	
6. ¿Presenta Incontinencia Urinaria con la vejiga llena o inclusive con la vejiga con poca orina?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	
Siempre	2	
7. ¿La Incontinencia Urinaria repercute negativamente en su actividad sexual?		
Nunca	0	puntos
A veces	1	

<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>8. ¿La Incontinencia Urinaria la ha limitado en su vida social (recreación, reuniones)?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>9. ¿La Incontinencia Urinaria la ha limitado y afectado negativamente en su trabajo?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>10. ¿La Incontinencia Urinaria la ha convertido en una persona solitaria y apartada?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>11. ¿La Incontinencia Urinaria ha provocado en usted crisis depresivas o de angustia?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>12. ¿Necesita usted usar pañales o toallas diariamente por su incontinencia urinaria?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>13. ¿Cree usted que la Incontinencia Urinaria tiene tratamiento?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	
<b>14. ¿Se sometería usted a alguna modalidad de tratamiento para mejorar y/o curar su Incontinencia urinaria?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>0</b>	<b>puntos</b>
<b>A veces</b>	<b>1</b>	
<b>Siempre</b>	<b>2</b>	