Parir en el sur austral: algunas consideraciones sobre flujos y procesos sanitarios de cuerpos gestantes

Birthing in the Southern Austral Region: Some Reflections on Healthcare Flows and Processes Affecting Gestating Bodies

Parir no sul austral: algumas considerações sobre fluxos e processos sanitários de corpos gestantes

Diana Manrique García, PhD[1*]

Claudio E. Merino Jara, PhD[2]

Recibido: 28 de septiembre de 2025 • **Aprobado:** 24 de agosto de 2026

Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.15318

Para citar este artículo: Manrique García D, Merino Jara C.E. Parir en el sur austral: algunas consideraciones sobre flujos y procesos sanitarios de cuerpos gestantes. Rev Cienc Salud. 2026;24(3):1-24. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.15318

Resumen

Objetivo: analizar experiencias sobre salud reproductiva en territorios con aislamiento geográfico, alta ruralidad y contextos de un sistema de salud público debilitado en materia de financiamiento, no obstante, riguroso en cuanto a normativas para regular los procesos de parto o negar intervenciones por la ausencia de especialistas. *Metodología*: diseño cualitativo, de corte etnográfico y fenomenológico. Los datos se recolectaron mediante grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas y observación participante, entre 2022 y 2025 con equipos de salud y usuario/as de la red asistencial de la provincia de Palena y sectores aledaños en la región de Los Lagos (Chile). *Desarrollo y discusión:* las atenciones en salud reproductiva en el territorio se concentran principalmente en la atención primaria en salud. Su labor abarca diagnóstico, control, educación y derivación, pero se desarrolla en un contexto de baja capacidad resolutiva y limitaciones materiales y humanas, atravesado por inequidades y desigualdades que obligan a las mujeres y cuerpos gestantes a múltiples adecuaciones para acceder a la atención y que configuran experiencias de

1 Universidad Academia de Humanismo Cristiano (Chile). Grupo Estudios Sociales en Salud Clacso.

2 Centro de Estudios del Desarrollo Regional y Políticas Públicas (CEDER), Universidad de Los Lagos (Chile).

Diana Manrique García, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9065-9735
Claudio E. Merino Jara, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1535-8377

* Autora de correspondencia: alunadiana@gmail.com · dmanrique@santotomas.cl

violencias múltiples y barreras de acceso a derechos reproductivos. *Conclusiones*: en territorios aislados geográficamente, con baja densidad poblacional, la presencia de políticas públicas en salud reproductiva es débilmente desarrollada, por la priorización de polos de desarrollo sanitario. Ello implica externalidades negativas y procesos de iatrogenia en los cuerpos gestantes, al regular los procesos de parto fuera del territorio de origen, que afectan la calidad de vida, principalmente cuando se interseccionan género, raza, aislamiento geográfico y procesos de inequidad social.

Palabras clave: partos; salud pública; pertinencia territorial; sur austral; Chile.

Abstract

Objective: To analyze reproductive health eperiences in geographically isolated, highly rural areas characterized by a public health system weakened by insufficient funding, yet rigorous in its regulations governing childbirth processes or refusing interventions due to a lack of specialists. *Methodology:* A qualitative design using an ethnographic, and phenomenological approach. Data were collected between 2022 and 2025 through focus groups, semi-structured interviews, and participant observation, involving healthcare teams and service users of the healthcare network in the province of Palena and surrounding areas in the Los Lagos Region (Chile). *Development and discussion*: Reproductive health services in the area are primarily concentrated in primary healthcare. While this work encompasses diagnosis, monitoring, education, and referrals, it unfolds within a context of limited resources and material and human constraints, marked by inequities and inequalities that force women and pregnant people to make multiple adjustments to access care and that shape experiences of multiple forms of violence and barriers to accessing reproductive rights. *Conclusions*: In geographically isolated areas with low population density, the presence of public policies on reproductive health are under developed due to the prioritization of healthcare development centers. This results in negative externalities and iatrogenic effects on gestating bodies, as childbirth processes are regulated outside the local area, which compromises quality of life, particularly when gender, race, geographic isolation, and social inequality intersect.

Keywords: births; public health; territorial relevance; southernmost region; Chile.

Resumo

Objetivo: analisar as experiências em saúde reprodutiva em áreas geograficamente isoladas e predominantemente rurais, com um sistema público de saúde fragilizado por financiamento insuficiente, porém rigoroso em suas normas que regem os processos de parto ou que nega intervenções devido à falta de especialistas. *Metodologia:* foi empregado um delineamento qualitativo, etnográfico e fenomenológico. Os dados foram coletados entre 2022 e 2025 por meio de grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observação participante com equipes de saúde e usuários da rede de saúde na província de Palena e áreas adjacentes da Região de Los Lagos (Chile). *Desenvolvimento e discussão:* os serviços de saúde reprodutiva na região concentram-se principalmente na atenção primária à saúde. Seu trabalho abrange diagnóstico, acompanhamento, educação e encaminhamento, mas se desenvolve em um contexto de recursos limitados e restrições materiais e humanas, marcado por iniquidades e desigualdades que obrigam as mulheres e os corpos gestantes a realizar múltiplos ajustes para acessar o atendimento e que moldam experiências de múltiplas formas de violência e barreiras ao acesso aos direitos reprodutivos. *Conclusões*: em territórios geograficamente isolados e com baixa densidade populacional, a presença de políticas públicas em saúde reprodutiva, especificamente, é pouco desenvolvida devido à priorização de centros de desenvolvimento de saúde. Isso implica externalidades negativas e efeitos iatrogênicos sobre nos corpos gestantes, uma vez que os processos de parto são regulamentados fora de seu local de origem, impactando sua qualidade de vida, particularmente quando se interseccionam fatores como gênero, raça, isolamento geográfico e desigualdade social.

Palavras-chave: nascimentos; saúde pública; relevância territorial; sul da austral; Chile.

Introducción

El sur austral de Chile va más allá de los límites de la geografía colonial que insiste en fracturar el territorio bajo lógicas de poder que se institucionalizan en el capital y en el Estado (1-2). Se hace referencia en este estudio a algunos territorios de la provincia de Palena[3] y de las zonas próximas, insulares y continentales del sur de Chile; comunas[4] que se encuentran al inicio de la Carretera Austral en la región de Los Lagos, de difícil acceso y que se consideran territorios alejados de los servicios e instituciones del Estado.

Palena, Hualaihué, Chaitén y Futaleufú son algunas de las comunas que conforman este entramado geográfico y que se caracterizan por ser comunas pequeñas, distantes de la centralidad santiaguina,[5] con dispersión geográfica, baja densidad poblacional, alta presencia indígena y ruralidad. Si bien algunas de las comunas que forman parte de la provincia de Palena están cercanas a la capital provincial Puerto Montt, su infraestructura vial y accidentalidad geográfica condiciona dinámicas de conectividad inestables que dependen de las variaciones climáticas asociadas a lluvias y nieve, situación que puede variar drásticamente respecto de las adversidades climáticas, independiente de las estaciones del año.

Como se puede apreciar en la figura 1, la provincia de Palena es el territorio más austral de la región, integrada por cuatro comunas, y tiene la menor densidad poblacional de la región. Según el censo de 2024, Chaitén tiene 4025 habitantes; Hualaihué, 9480; Futaleufú, 3062, y Palena, 1903. La capital regional, Puerto Montt, tiene 277 040 habitantes, centro urbano donde se emplaza el único establecimiento de salud de alta complejidad de la región. Respecto de la red de salud pública, presenta algunas características particulares: es la única provincia sin un servicio de salud y hospital de mediana o alta complejidad. Por esta razón, todas las atenciones de mayor complejidad deben ser derivadas al hospital base de Puerto Montt.

3 Provincia situada en el sur austral de Chile, región de Los Lagos. Alcanza los 15 301,9 km² y la componen las comunas de Chaitén, Hualaihué, Futaleufú y Palena.

4 Subdivisiones del territorio que corresponden a la unidad básica de administración local.

5 Santiago de Chile dista 1000 km de Puerto Montt (capital de la región de Los Lagos) aproximadamente.

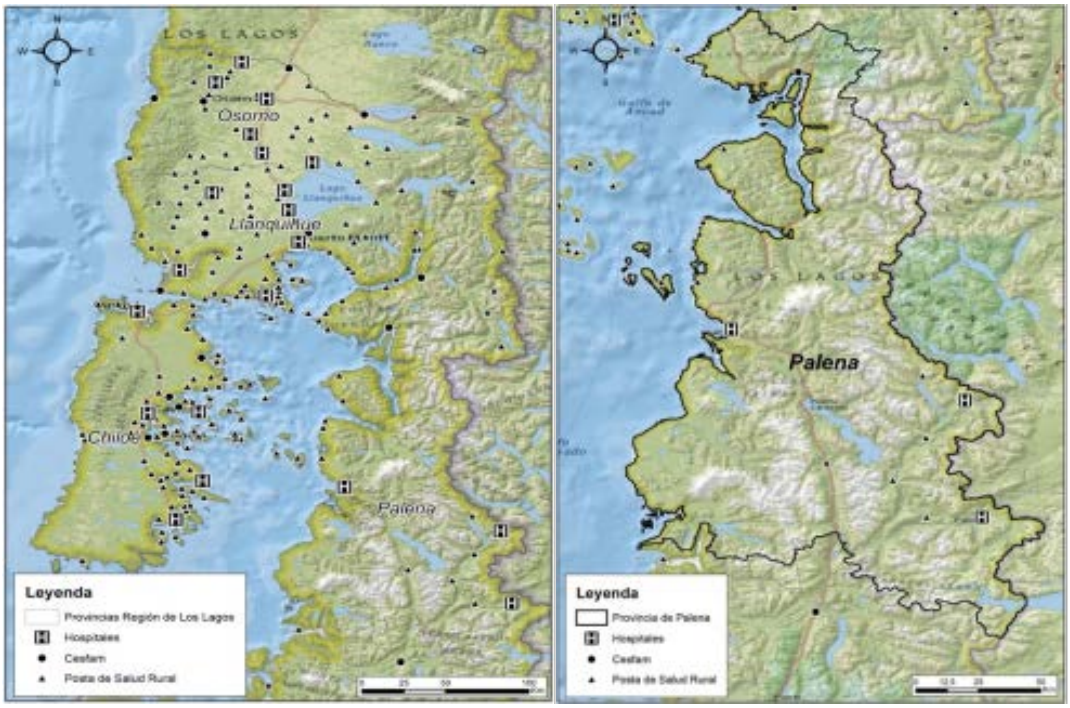


Figura 1. Región de Los Lagos y provincia de Palena

Fuente: Colaboración de Zamir Bugueño. Investigador Universidad de Los Lagos.

Este mayor aislamiento y la difícil conectividad con los centros urbanos complejiza las atenciones sociosanitarias y amerita miradas diferenciadas entre las comunas, que si bien conservan características próximas, presentan realidades disímiles (3). Tales realidades no son exclusivas de la provincia de Palena, sino que también se advierten en otros territorios de la región y el país. Debido a su ubicación geográfica, las características de aislamiento de la provincia de Palena se asocian a su borde costero e irregular y a la presencia precordillerana. Si bien existen opciones de acceso terrestres, marítimas y aéreas, la heterogeneidad de su territorio incide para llegar a algunos sectores de la región. Igualmente, hay medios de transporte que se restringen a determinadas épocas del año (periodo estival) y son dependientes de las condiciones ambientales.

Por ende, la capacidad de movilidad de sus pobladores se relaciona con estas características, que afectan los procesos de salud-enfermedad e influyen tanto en el gasto de tratamiento como en el gasto indirecto: transporte, alimentación y estadía (4). En consecuencia, los tratamientos médicos centralizados en la capital provincial implican flujos de movilidad constantes entre los distintos territorios de la provincia de Palena y Puerto Montt.

En estos itinerarios terapéuticos, que buscan mejorar la calidad de vida, se manifiesta el abandono del Estado: falta de acceso a programas gubernamentales, que se evalúan de acuerdo con parámetros de costo-eficiencia y costo-rentabilidad, en que la ejecución de políticas públicas depende del tamaño de la población. Esto constituye un problema estructural,

debido al tamaño de las comunas que, a excepción de Hualaihué —con aproximadamente 9000 habitantes—, no superan las 5000 personas. Procesos asociados a la gobernanza y al modelo centralizado de políticas públicas en Chile también afectan estos territorios, lo cual es un fenómeno muy parecido al habitar en zonas insulares (5), que condiciona los flujos y procesos de vida y muerte.

La biopolítica del lugar permea buena parte de los procesos sociosanitarios, y más para el caso de la salud reproductiva, presente en servicios de atención primaria de salud (APS), que regulan, normalizan y controlan la reproducción, incluso bajo condiciones de precariedad institucional (6). En la provincia de Palena, caracterizada por la ruralidad extrema, la biopolítica adopta formas particulares, como escasez de servicios especializados, dependencia exclusiva de la APS, grandes distancias territoriales y limitada infraestructura, lo cual genera condiciones en que el Estado administra la vida tanto por intervención como por omisión. En este sentido, el territorio no es un mero escenario, sino un dispositivo biopolítico que condiciona quiénes acceden oportunamente a controles, métodos anticonceptivos, atención obstétrica o interrupción voluntaria del embarazo.

La distancia física y simbólica respecto de centros de mayor complejidad opera como un filtro que distribuye diferencialmente la protección y cuidado de la vida, al haberse configurado una gestión desigual de la población en materia de ejercicios de derechos sociales, vinculados a la acción de políticas públicas. Este artículo concentra su mirada en las desigualdades reproductivas, específicamente en los flujos de gestación, nacimiento y puerperio, y cómo ello se traduce y atraviesa la vida de las mujeres[6] que habitan el territorio, al adquirir características de racismo de Estado, en el sentido que señala Foucault (7), al diferenciar vidas por sus características geográficas, estereotipos racializados, género u otro. Asimismo, lo anterior fortalece cruces interseccionales, según los capitales en juego, según Bourdieu (8), o como lo plantea Rodó-Zárate (9), estableciendo la importancia de la geografía y la espacialidad como categorías significativas, para poder entender las construcciones sociales injustas y desiguales, no solamente como lugar de determinadas identidades, sino como configuración de relaciones de opresión de base histórica, significadas de acuerdo con la posición de las personas y su posición de poder.

En este sentido, es relevante establecer que, en una misma región, con características geográficas similares, la significación de los problemas puede variar según los distintos privilegios en juego. Por lo tanto, desde la perspectiva de los actores con capacidad de decisión de políticas públicas, estos problemas pueden comprenderse con menor urgencia, en el que ejercicios y derechos postergados tienen justificación respecto de la priorización de recursos, según el impacto poblacional (10,11), un juego matemático que condiciona una ciudadanía postergada de derechos sociales (12).

6 Hablamos de mujeres en plural, incluye la diversidad de corporalidades gestantes.

El artículo se presenta en cuatro partes. En la primera se introdujo el contexto del sur austral que aborda el texto y se plantearon algunos encuadres sobre el fenómeno abordado. A continuación, se presentan los lineamientos metodológicos que guiaron la investigación, seguido por un ítem que presenta algunas discusiones en materia teórica y normativa, relevantes para situar el tema de salud reproductiva en Chile y los procesos que anteceden y preceden el parto, para terminar exponiendo algunas conclusiones que buscan aportar a visualizar el problema en el territorio y abrir nuevas perspectivas de investigación.

Metodología

El artículo responde a un trabajo colaborativo, situado en el paradigma cualitativo y orientado bajo un diseño multitécnico, en el que se cruza un diseño etnográfico y uno fenomenológico. Aquí los procesos sociales se dan en un entorno dinámico donde el territorio es relevante para entender cómo las mujeres vivencian las problemáticas de parir en territorios con características de aislamiento geográfico.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a observación participante, grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas. Las personas que participaron en la investigación, detalladas en la tabla 1, corresponden a equipos clínicos, dirigentes sociales, usuarios-usuarias de salud de la provincia de Palena, región de Los Lagos, para el periodo 2022-2025. Durante el primer año se realizaron aproximaciones etnográficas para reconocer las transformaciones del territorio postpandemia y actualizar los establecimientos y políticas de salud. En los años siguientes, el trabajo se concentró en la recolección de datos, a través de distintas técnicas y sus respectivos análisis e informes.

Tabla 1. Técnicas utilizadas

Técnica	Descripción	Participantes
Grupo de discusión 1	Conversaciones guiadas en distintos sectores del territorio. Propician el encuentro y diálogo guiado a partir de tres preguntas gatillantes: • ¿Qué es importante incluir en la formulación de iniciativas de salud para el territorio? Aquí se habla de la infraestructura, recintos, tipos de profesionales, prestaciones de salud. • Recordemos algunas experiencias positivas y otras negativas que haya tenido en atención de salud en algún establecimiento de la red pública del territorio. Experiencias propias o de algún familiar, amigo o conocido. • ¿Por qué es necesario contar con establecimientos de salud en zonas rurales?	3 funcionarios/as de la red asistencial de la provincia de Palena. 9 usuarios/as de salud de sectores rurales.
Grupo de discusión 2		4 funcionarios/as de la red asistencial de la provincia de Palena. 12 usuarios/as de salud de sectores rurales, la mitad perteneciente a una comunidad indígena.

Continúa

Técnica	Descripción	Participantes
Grupo de discusión 3	Grupo conformado por equipos clínicos, funcionarios/as de salud de la provincia de Palena. Las coordenadas de trabajo están orientadas por las dimensiones: pertinencia territorial de las acciones de salud; inequidades y desigualdades en salud; dinámicas de las acciones de salud en contextos rurales.	12 funcionarios de la red asistencial de la provincia de Palena.
Grupo de discusión 4	Grupo conformado por usuarias/os de sectores rurales de la provincia de Palena. La técnica está orientada a indagar por la pertinencia territorial de las acciones de salud y cuáles son los determinantes sociales que inciden en los procesos de salud-enfermedad, según sus vivencias.	10 usuarias/os de salud, principalmente de sectores rurales. La composición del grupo es, en su mayoría, de género femenino.
Entrevistas	Entrevistas orientadas por un guion base adecuado a los perfiles de las personas entrevistas (usuarios/as-funcionarios/as). En específico, las entrevistas semiestructuradas se enfocan en la pertinencia territorial de las acciones de salud, con preguntas gatillantes para indagar cómo incide la geografía del territorio, aislamiento, conectividad en las dinámicas de salud-enfermedad. Se indaga en los programas de salud y su pertinencia con el territorio. En materia de democratización de la salud, cómo son las dinámicas de participación en relación con las instituciones de salud.	7 usuarios/as de salud del territorio. 10 funcionarios/as de la red asistencial de la provincia de Palena.

Fuente: elaboración propia.

Como criterios para el desarrollo de los grupos de discusión y entrevistas, se consideraron: tener más de 18 años, vivir en la provincia de Palena, ser usuario/a de los servicios de salud local (estar inscrito en la red sanitaria de APS) o ser funcionario/a de la red asistencial de la provincia. A efectos de la publicación, se consideraron 17 entrevistas y 4 grupos de discusión desarrollados en la provincia de Palena.

Los insumos se analizaron e interpretaron bajo técnicas de análisis de discurso y de contenido, relevando los lugares de enunciación en diálogo con los contenidos semánticos, para comprender desde la narrativa —en sus diversas formas—, las singularidades territoriales, económicas, sociales y sus relaciones con las intervenciones sociosanitarias. El análisis de contenido se apoyó en el *software* ATLAS.ti versión 25, a partir de los insumos derivados del trabajo de campo, como observación participante y entrevistas.

Los criterios éticos consideran las orientaciones propuestas por Ezekiel Emanuel, ajustados al estándar internacional del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (13,14), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

En este marco, el presente artículo se nutre respecto de un núcleo de investigación respaldado en las investigaciones 3230490 y 11220857, financiadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo del Gobierno de Chile, las cuales aprobó el Comité de Ética del Servicio de Salud del Reloncaví, en el documento Ord. 001 del 17 de enero de 2022 (Puerto Montt, región de Los Lagos, Chile); así como la resolución del 22 de mayo de 2023, del Comité

de Ética Científico de la Universidad Santo Tomás, y certificación aprobatoria del Comité de Ética Científico de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, con fecha del 24 de marzo de 2025.

Esto implica que las investigaciones cumplen con todos los criterios asociados a la presentación de consentimiento informado, garantizando anonimato y confidencialidad de la información, según la normativa legal vigente en Chile. También que los datos obtenidos de los estudios solo son considerados para desarrollo de las investigaciones según estricto visado ético.

Desarrollo y discusión

Procesos gestacionales

El poder sobre la vida y sus procesos, desde diferentes tecnologías, es algo que ocupa los Estados nacionales modernos y que se manifiesta en los procesos reproductivos de forma ejemplar. Desde fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, las "políticas de salud sexual y reproductiva"[7] se focalizaron en la reducción de las tasas de morbimortalidad de los cuerpos maternos y sus hijas/os, instalando el modelo biomédico y su lógica hospitalocentrista (15-17) como el único habilitado por la ciencia moderna occidental para la atención de los procesos de parto y el cuidado de la díada madre-hijo/a.

Paulatinamente, y respondiendo a demandas de movimientos sociales, los organismos internacionales adecuaron los conceptos de salud sexual y reproductiva, ampliando las referencias al ejercicio de la sexualidad en un marco de derechos (18). Por ejemplo, con relación a los derechos reproductivos que apuntan al control de la reproducción humana: métodos de anticoncepción, eliminación de prácticas de aborto inseguro, control de enfermedades e infecciones de trasmisión sexual, reducción de morbimortalidad maternoinfantil y acompañamiento de procesos de gestación, parto y puerperio desde dispositivos institucionales de salud. Esos son procesos catalogados como parte de la salud materna, que considera dimensiones como la planificación familiar, la atención preconcepcional, la prenatal y la posnatal (19).

Estos procesos, asociados a la intervención médica hegemónica y tipificados en la política pública de salud, inician en Chile desde 1925, originalmente estaban dirigidos a controlar la mortalidad infantil y materna, derivados de la cuestión social y de la ausencia de políticas sociales, pues ello afectaba el resguardo de los derechos básicos de la población (20-22). Posteriormente, en el contexto de un Estado benéfico-asistencial, se incorporaron programas

7 El concepto ha sufrido diversas modificaciones acordes a los procesos sociohistóricos.

de control familiar y alimentación, los cuales eran innovadores para la época; pero tenían un carácter fuertemente tutelado bajo una hegemonía conservadora y elitista.

En este contexto se fortalecieron el gremio médico y la regulación de las acciones en salud de carácter hegemónico y gremial. El resultado fue la consolidación de un modelo biomédico asociado a los procesos de parto y planificación familiar (15-23), cuya consecuencia fue la persecución de parteras y de agentes sanitarios indígenas. Esto se agudizó en el periodo de la dictadura (1973-1990), cuando se desregularon las políticas de natalidad para fortalecer el crecimiento de la población y la disponibilidad de fuerza de trabajo barata.

Después, la relación Estado-pueblo sufrió una revolución conservadora, por la implementación de un Estado neoliberal que cambió radicalmente las políticas sociales como efecto de las políticas de descentralización y privatización de la dictadura (24-26): la eliminación del Servicio Nacional de Salud (1979) y la implementación de un seguro denominado Fondo Nacional de Salud (27); la Constitución de 1980; la creación de entidades de salud privada (Isapres), y la municipalización de los consultorios.

Al término de la dictadura en 1990 y con la llegada de la coalición de gobierno denominada Concertación,[8] se incorporaron elementos de equidad sin modificar estructuras de la dictadura, por ejemplo, la subsidiaridad del Estado con la consecuente desregulación, privatización y externalización de los servicios públicos, y la descentralización administrativa de la salud (28-31). Esto último tuvo repercusiones directas en la salud reproductiva de zonas rurales extremas, pues si bien acerca la toma de decisiones al territorio, ha generado disparidades presupuestarias entre municipios y limitaciones de recursos para la atención ginecobstétrica, lo que, sumado a las dificultades de transporte y personal escaso, dificulta el acceso oportuno.

El contexto actual de Chile nos remite a un sistema de salud conformado por dos subsistemas. Por un lado, el sistema público que, por medio del Fondo Nacional de Salud y a través de los distintos dispositivos institucionales de las redes asistenciales a lo largo del país, atiende a un 80 % de la población (32). Por el otro, el sistema privado, conformado por las instituciones de salud previsional. Ambos coexisten de forma independiente bajo vigilancia de la autoridad sanitaria chilena, y las prestaciones de salud pública llegan a las poblaciones a partir de distintos programas derivados de las políticas, según continuidad o cambio de gobierno.

8 Congrega diversos partidos políticos de centro e izquierda. Ocuparon el Gobierno de Chile desde el fin de la dictadura.

Los programas Salud de la Mujer,[9] del Ministerio de Salud, y el sistema de protección Chile Crece Contigo,[10] del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, conforman parte de la red de prestaciones y servicios dirigidos a la atención de salud integral de las mujeres e infancias en los distintos momentos del curso de vida: acceso universal a métodos anticonceptivos, regulación de la fertilidad y cobertura de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (Ley IVE) (33), cirugías de endometriosis y apoyo prenatal/maternal vía Chile Crece Contigo, que no son exclusivas, pero destacan dentro de la oferta de prestaciones públicas. Los beneficios están condicionados principalmente por la incorporación y mantención dentro de los programas, a través de un proceso sistemático de controles.[11] Algunas de sus prestaciones —especialmente aquellas que conllevan alimentación y estímulos económicos— se focalizan en poblaciones de bajos recursos[12] o en aquellos caracterizados como sujetos en condiciones de vulnerabilidad.

Estas propuestas nacieron mayormente durante gobiernos de la Concertación (1990 a 2010) y buscaban fortalecer el sistema de salud público y actuar en coherencia con las demandas y compromisos internacionales, como el incorporar el enfoque de género. Sin embargo, el carácter homogéneo que distingue buena parte de las políticas y programas sociosanitarios complejiza su implementación en lugares como el sur austral (34).

Las inequidades de género y desigualdades en materia de salud reproductiva no son la excepción. A ellas se le suma la articulación sistemática de desigualdades e inequidades como clase, etnia, raza, geografía, edad, entre otras, que se traducen en injusticias y configuran brechas en la esperanza de vida para hombres y mujeres (35,36). Para estudiar estas realidades desde el campo sociosanitario, se acude a marcos analíticos de determinación social en salud (37), en que se sitúa la salud como una práctica relacional imbricada en procesos históricos estructurales. La interseccionalidad como apuesta teórica-práctica permite evidenciar y denunciar los entramados que cimentan desigualdades y sus efectos en cuerpos, principalmente aquellos feminizados y racializados, demandando el reconocimiento de la diversidad de realidades y relevando la agencia de los sujetos con los que interactuamos (38-39).

9 En 1994, el Ministerio de Salud decide transformar el Programa de Salud Materna y Perinatal en el Programa de Salud de la Mujer, el cual, sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo con los positivos indicadores alcanzados (mortalidad materno-infantil y perinatal), se propone agregar aspectos de salud no reproductivos (salud mental, salud laboral, atención en el periodo posmenopáusico) e incorporar el enfoque de género en las actividades programáticas.

10 Para mayor información ingrese a https://www.crececontigo.gob.cl/

11 Los programas consideran diversidad de exámenes y controles de la gestante, antes y después del parto; así como de su hijo/a. Para profundizar, ingrese al *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo* (https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf) o a la página de Chile Crece Contigo (https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/).

12 La clasificación se da de acuerdo con el puntaje derivado del sistema de información del registro social de hogares, que tributa a la selección de beneficiarios de subsidios y programas sociales.

El acceso a programas de salud en Chile tiene su puerta de entrada por la APS. En el territorio austral se da a través de establecimientos enfocados en actividades de promoción, prevención y atenciones de baja complejidad;[13] por ende, la capacidad resolutiva local es igualmente baja. En el caso de la provincia de Palena, la APS se convierte en el único dispositivo institucional de atención reproductiva y concentra funciones de diagnóstico, control, educación y derivación, al tiempo que enfrenta limitaciones materiales y humanas.

Esto igualmente conduce a que técnicos y profesionales de salud hagan hincapié en la responsabilización individual de la salud. En salud reproductiva, ello se expresa, sobre todo, en discursos sobre parto y maternidad responsable o la prevención de embarazos, traslados oportunos, que concentran la carga de la gestión reproductiva a las mujeres, aun en contextos donde las condiciones estructurales limitan sus posibilidades reales de elección. A esto se suman las normativas técnicas distantes de realidades[14] y necesidades locales, la focalización de los recursos, las lógicas de productividad asociadas a atenciones per cápita y la racionalidad biomédica con la que se abordan los procesos de salud-enfermedad.

Las inequidades y desigualdades con las que se habita en este territorio significan para las mujeres y cuerpos gestantes una serie de adecuaciones que se traducen en violencias múltiples. La progresiva medicalización de los procesos que acompañan la gestación (40), parto y puerperio; la lógica hospitalocentrada, y las miradas punitivas que le interfieren (17) han tensionado las particularidades socioculturales del territorio y desplazado la diversidad de agencias presentes, especialmente la de parteras o sanadoras ancestrales, trabajadores de la salud que conocen y habitan el territorio y la de las propias mujeres y cuerpos gestantes.

Nacer en el sur austral

A comienzos de 2024, un medio de comunicación local del sur chileno informaba: "Un anhelo de los habitantes de la provincia de Palena es que sus hijos nazcan en su territorio, pero la falta de especialistas los obliga a viajar a Puerto Montt, Chiloé e incluso Argentina, para dar a luz" (41). Esta cita da cuenta de la respuesta mediática institucional ante la presión y demanda social de habitantes del territorio por tener una solución que les permita a las mujeres parir dentro de la provincia de Palena. En esta ocasión, la institucionalidad destaca la necesidad de generar propuestas

13 Norma General Técnica 150 de 2012, que reglamenta criterios de clasificación según el nivel de complejidad de establecimiento hospitalarios (alta, mediana y baja). Impactó en la concentración de partos y cesáreas en los hospitales de alta complejidad, puesto que la disposición de médicos especialistas y programación de cesáreas electivas solo pueden realizarse en este tipo de establecimientos. Algunos hospitales de mediana complejidad que disponen dentro de su dotación de especialistas en ginecobstetricia pueden asistir partos vaginales o partos operatorios según demanda. Los hospitales comunitarios (baja complejidad) solo pueden asistir partos vaginales, en casos inminentes.

14 El Código Sanitario refiere que la atención del parto "normal" puede ser asistido por profesionales de medicina o matronería. El Reglamento 161 de 1982 aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas. Es un reglamento estándar, y uno de sus capítulos se concentra en los establecimientos que disponen de atención ginecobstétrica.

para procesos vitales que quedan rezagados de la atención, ante la ausencia de infraestructura adecuada o de especialistas. El morir también cobra relevancia, en cuanto a decesos de personas en sectores aislados de la región de Los Lagos, que requieren la pericia por el Servicio Médico Legal[15] o médicos forenses que certifiquen causas de muerte:

> Teniendo pacientes hospitalizados, cualquier emergencia siempre ocurre y con riesgo vital y a veces se nos mueren los pacientes acá, donde no tenemos un espacio digno para que pueda estar en ese momento tan crítico para el ser humano, acompañar al difunto en un pasillo hasta que llega el servicio médico legal o hasta que llega la urna para poder retirarlo del establecimiento. (Funcionaria, entrevista 6, 2024)

La agenda del cuerpo legislativo incorporó en algunas de sus sesiones la discusión de estas situaciones, como resultado de la gestión política de parlamentarios del territorio, del levantamiento temático de las autoridades regionales o funcionarios/as y de la movilización y presión de diversos actores locales que destacan la necesidad de inflexiones programáticas coherentes con la realidad territorial.

Las tensiones sociopolíticas derivadas de las intervenciones sociosanitarias y su pertinencia territorial no son recientes; se encuentran asociadas al contexto histórico del país y de la región, y en materia de salud, marcadas por una salud pública centrada en la enfermedad y en la profesionalización de su abordaje. Sin embargo, mientras se dan estas discusiones, la vida sigue en los territorios australes y las personas que allí habitan son las que experimentan y corporifican en su diario vivir estas inequidades y desigualdades.

La implementación de políticas relacionadas con la reproducción en el territorio se tiñe de un carácter biomédico, técnico y racionalista que parece dejar por fuera los procesos históricos del territorio y sus pobladores, las determinaciones que lo atraviesan y las distintas intersecciones que afectan los cuerpos que lo habitan. Los partos están determinados por una norma nacional que prohíbe los partos en hospitales comunitarios; solamente pueden ser hospitales de alta y mediana complejidad, por una razón:

> Antiguamente, cuando no estaban desarrolladas las obstetricias y la matronería a nivel país, existían también las parteras que ayudaban en ese proceso. La mortalidad de las mamás era altísima a nivel país… Al entrar estas profesiones a participar del proceso se logra un descenso de la mortalidad de los niños, de las mamás… Antiguamente todos sabemos que los hospitales podían hacer estas prestaciones… Operaban cesáreas y en general si bien es cierto, muchas de ellas salían exitosas, muchas de ellas también resultaron en desastres anteriores, o sea, muerte materna, muerte fetal, por lo tanto, esto hizo crisis por ahí por los años 2004, 2005, y eso determinó que saliera una circular del ministerio que prohibía en forma absoluta todo tipo de atención de parto en estos recintos,

15 El Servicio Médico Legal es un ente dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Se encarga, entre otras funciones, de realizar pericias que determinen causas de muerte.

> salvo que sea de urgencia, vale decir, cuando es inminente. Por lo tanto, nosotros como responsables no podemos comprometernos a los partos, porque es algo que está determinado desde otro nivel. (Funcionario, entrevista 12, 2024)

La externalización de responsabilidades solapa el poder que se encarna en el ejercicio de la función pública, además de convertirse en un esfuerzo por neutralizar las causas complejas y relacionales que caracterizan las inequidades y desigualdades. La cita ilustra cómo las decisiones institucionales en torno a la atención del parto se inscriben en una lógica de gobernar la vida. Se refiere a la prohibición de atención de partos en hospitales comunitarios y los concentra en establecimientos de mediana y alta complejidad, lo que sugiere cómo el Estado regula los procesos reproductivos no solo mediante recomendaciones técnicas, sino a través de dispositivos normativos que delimitan dónde y cómo puede nacer una persona —así como por quién debe ser atendida—, en este caso la Norma Técnica 150 (42), que si bien no regula directamente la atención del parto ni el control prenatal, sí influye indirectamente en la forma en que se gestiona la atención obstétrica, ubicando el nacimiento como una prestación de alta resolutividad que solo puede ser realizada en hospitales de mediana o alta complejidad.

El relato, por una parte, entrega una justificación histórica y técnica de la norma, dada por la alta mortalidad materna y neonatal en el pasado, la incorporación de la obstetricia y la matronería profesional y la crisis sanitaria de comienzos de la primera década del siglo XXI, que habría derivado en la circular ministerial de prohibición y opera como una verdad que produce un relato experto que legitima la centralización del parto hospitalario como única vía aceptable y segura. Por la otra, al mismo tiempo, la cita revela un desplazamiento de la responsabilidad, en que las y los funcionarios locales actúan como ejecutores de una racionalidad técnica derivada de un nivel central, que interiorizaron la norma y reproducen la estructura de poder. Este relato igualmente evidencia un proceso de deslegitimación de saberes locales y prácticas comunitarias, donde las parteras pueden asociarse a un vestigio del pasado asociado a mortalidad y precariedad. No se reconocen otros saberes y el cuerpo gestante queda sujeto al control institucional, desplazando otras formas de cuidado reproductivo.

Si bien no se desconocen los cambios significativos en materia de mortalidad materno-infantil en las últimas décadas, tampoco se puede desdeñar la excesiva protocolización de la medicina obstétrica intervencionista. A ello se suma la profesionalización del acompañamiento y atención del parto, un equipo de expertos formado en los conocimientos de la ciencia moderna que actúan sobre el cuerpo gestante. Los conocimientos sobre embarazo, parto y anticoncepción se manifiestan en la normalización de prácticas reproductivas reguladas por protocolos como las normas nacionales sobre regulación de la fertilidad (43), la guía perinatal (44), entre otras, desde donde se producen formas legítimas de conocimiento sobre la reproducción. En este proceso, la institucionalidad se sobrepone a los saberes propios

generados en contextos locales y reproducen omisiones graves en la comprensión de la salud y la ecología de saberes sanitarios de las comunidades (45). El programa Chile Crece Contigo refiere:

> En la red pública de establecimientos de salud se realiza un control cada cuatro semanas hasta la semana 28, luego cada dos semanas hasta la 36, y posteriormente un control semanal hasta el momento del parto. Otros centros te podrían citar después de tu ingreso en las semanas 20, 25, 30, 34, 37 y 40. Lo ideal es que vayas acompañada por tu pareja, un familiar o un amigo o amiga. (46)

A estos controles se le suman otros dispositivos de intervención como: visitas domiciliarias, salud bucal, atención psicosocial y actividades socioeducativas. Tales intervenciones lineales movilizan cargas ideológicas, teóricas, técnicas e instrumentales presentes en las normativas que regulan los procesos pre- y posgestacionales, las guías e insumos socioeducativos o de alfabetización digital que se generan, que transitan los distintos niveles de la red de forma vertical y jerarquizada. Según el programa Chile Crece Contigo:

> En Chile, entre el 60 a 70 % de las guaguas nacen en un hospital público. Nuestro país cuenta con aproximadamente 145 maternidades que atienden partos en su Red Pública de Salud. Eso implica que, en cada región hay, por lo menos, un hospital de referencia que está equipado para atender cualquier urgencia grave —tanto de la madre como neonatal— con el máximo nivel médico y profesional paramédico. (46)

En Chile, para 2019, un 99.6 % de los partos eran atendidos en centros públicos y privados de la red asistencial acreditados (47). Estos indicadores exitosos de los sistemas de salud parecen desconocer las realidades concretas de los territorios a lo largo del país. Ese discurso refuerza la idea de que la seguridad reproductiva depende fundamentalmente del acceso a tecnología médica y especialización profesional, donde la experiencia del nacimiento se reduce a un evento clínico que debe ocurrir en espacios altamente regulados y desplaza progresivamente prácticas comunitarias, familiares o propias de cada contexto.

Afirmar que “en cada región hay al menos un hospital de referencia” invisibiliza las desigualdades territoriales reales de acceso. En territorios como la provincia de Palena, la existencia de un hospital de referencia no garantiza acceso oportuno, por cuanto existen barreras estructurales que afectan de manera diferencial a las mujeres que allí habitan. Esta representación homogénea del territorio nacional desconoce que en la práctica el acceso al parto hospitalario está social y territorialmente estratificado.

Por otra parte, a nivel provincial es difícil cumplir con los estándares derivados de los flujogramas y protocolos del proceso gestacional, no solo para los y las profesionales de la APS, sino para las usuarias involucradas, en cuanto a las características climáticas y la dispersión geográfica dentro de otras particularidades antes descritas. Todo esto dificulta que las personas puedan acudir a las prestaciones locales a las que se tiene derecho:

> Un tema de pertinencia territorial, que los horarios sean diferenciados o que incluso exista una extensión horaria para que finalmente toda la comunidad pueda tener acceso a horas o atención médica o de cualquier profesional que se requiera… Considerando los tiempos de desplazamiento, que a veces la locomoción parte a las 8 de la mañana, entonces por lo tanto cuesta que lleguen o finalmente no van a poder llegar tan temprano. (Usuario, entrevista 4, 2024)

> Acá, como bien decía la señora…, no es que yo voy ahí, voy a volver al ratito, 15 mil pesos para allá, 15 mil pesos para acá. Claro, hay algunas familias que lo pueden solventar. Tienen vehículos para hacerlo, pero otras que no lo tienen. (Usuaria, grupo de discusión 1, 2022)

Estas entrevistas destacan cómo la conectividad intra- e intercomunal no depende solo de determinaciones geográficas o climáticas. La responsabilidad intersectorial de los procesos de salud-enfermedad puede percibirse en la falta de infraestructura vial, transporte público y tecnologías de comunicación e información, que reducen las alternativas a procesos individualizantes, generan impactos diferenciados en la calidad de vida y profundizan desigualdades e inequidades entre quienes habitan estos territorios.

En estos relatos se desplaza el foco desde el discurso institucional hacia la experiencia vivida del acceso a la atención en estos territorios; en ellos, el problema ya no es solo la norma que organiza la red sanitaria, sino los efectos que dicha organización tiene sobre la vida cotidiana de las personas:

> A mí me hacían ir todos los meses a Puerto Montt y habían [sic] meses que solo me pesaban y me medían la panza [vientre] con una huincha de medir.[16] Entonces ese control era innecesario, sabiendo que hay que viajar tanto y pagar tanto allá. Entonces yo lo veía más como un riesgo y esos controles no iba, solamente iba a los controles que tenía eco o algo. Pero igual es tema, porque si tú no vas, después te tramitan con las horas, te tratan como paciente complicado. Como que de cierta forma eso se puede traducir de algún tipo de maltrato también. (Usuarios/as, grupo de discusión 4, 2022)

> Que ese especialista pueda verlo a través del sistema remoto, que tenga los exámenes a disposición para poder hacer los diagnósticos, se evitaría también los traslados innecesarios. O sea no son innecesarios en este momento, son supernecesarios, pero a lo mejor una atención que iba a tomar, diez minutos en el hospital bien, acá podría ser optimizarse no hacer el viaje de 5 o 6 horas hasta Puerto Montt. (Usuaria, entrevista 1, 2024)

En su diseño, gestión y respuestas, los sistemas de salud reproducen experiencias de racialización y opresión (45), a través de sus prácticas médicas, pues la determinación social favorece la comprensión de que el riesgo en salud no se origina exclusivamente en factores biológicos individuales, sino en condiciones estructurales de organización de los

16 Unidad de medida para trabajos de costura.

sistemas de salud a nivel institucional, social y territorial. En este caso, la centralización de los controles en un hospital de referencia configura un entorno que produce otros riesgos que repercuten de manera diferencial en las mujeres rurales. Cuando la mujer no asiste a los controles considerados "innecesarios", es clasificada como "paciente complicada", hecho que además de incidir en la asignación de horas posteriores, opera como una sanción simbólica que presiona a ajustarse a la norma institucional.

Esas discriminaciones múltiples no consideran la imbricación de opresiones que se gestan en los modos de nacer y que dan origen a cuadros epidemiológicos o procesos de salud-enfermedad con mayores consecuencias para mujeres racializadas y precarizadas. Los indicadores de morbimortalidad de población indígena expresan violencia y discriminación institucional de muertes evitables con acceso oportuno a la atención sanitaria (48).

El Hospital de Puerto Montt es el hospital de referencia del territorio, recibe todas las atenciones de parto derivadas no solo de la provincia de Palena, sino de otras provincias, porque es el hospital de alta complejidad de la red donde se concentran la mayoría de especialistas:

> Normalmente, todas estas profesiones, matronería, en el fondo, en la obstetricia, requiere cierta cantidad de partos para mantener la expertiz en lo que tú estás haciendo… Entonces en ese tipo de profesiones, neurocirugía, traumatología, que operan cosas complejas, ginecobstétricia, requieren un N, que es imposible de satisfacer un N en estas comunidades para que los profesionales mantengan la soltura y la expertiz para un procedimiento seguro, cirugía… Tener a un profesional operando cuatro cesáreas al año sería tener a un profesional que pierde la capacidad de la expertiz finalmente y eso se transforma en un riesgo. (Funcionario, entrevista 2, 2024)

> Pero lo que yo siento es que esta prohibición está asociada a que van potenciando, en este caso a puerto Montt, que es nuestra capital regional, porque al tener una mayor tasa de natalidad aumenta su población y la inyección de recursos es mayor para ese tipo de lugares, no para estos lugares tan chicos donde nuestra población es escasa, donde nuestra población es envejecida. Yo siento como les digo, es algo muy personal, una versión muy personal, pero yo creo que esa prohibición va por ahí. (Funcionarios/as, grupo de discusión 3, 2022)

La evidencia, además de sugerir que el parto es concebido fundamentalmente como un proceso fisiológico y patológico, nos instala frente al tema de las estadísticas. El número (N) de usuarias traducido en indicador no solo justifica la falta de especialistas en el territorio, sino que se manifiesta en metas sanitarias relacionadas con estímulos monetarios de los equipos técnicos y profesionales. En este caso, directamente asociadas a mujeres e infancias ingresadas a controles, al cumplimiento de protocolos y flujos que satisfacen la necesidad institucional y que se contradicen con el modelo de salud familiar con pertinencia territorial que se explicita en las narrativas del Ministerio de Salud.

Una persona gestante se deriva al hospital regional en casos de urgencia o cuando profesionales que la atienden en el nivel local advierten riesgos. En aquellos procesos en que no se advierten mayores riesgos, igualmente deben trasladarse a la ciudad de Puerto Montt entre cuatro y seis semanas antes de la fecha posible de parto y deben permanecer aproximadamente hasta cuatro semanas después, dependiendo de valoraciones técnico-profesionales. La individualización de los riesgos, propio de la gestión focalizada neoliberal, simplifica la vida y sus procesos vitales a bioestadística que suma, resta o acumulan variables; superposición o adición de categorías distribuidas e interpretadas funcionalmente en la gestión de los gobiernos (45), sin considerar las implicancias en términos familiares, sociales y laborales que tiene la estancia clínica, en un lugar distante, que dificulta la presencia de redes de apoyos y agrava problemas estructurales de base.

Para aquellas usuarias derivadas a Puerto Montt que necesitan apoyo o se identifican como en condiciones de riesgo o vulneración, el sistema dispone, tras una valoración social profesional, de espacios de acogida. Son residencias donde pueden instalarse con sus hijos/as o acompañantes, en algunos casos. Las acciones sociosanitarias cuentan con un paquete social de acciones mitigatorias (45) —en la lógica del manejo neoliberal del riesgo social— que se ordenan y asignan según variables que definen quiénes pueden recibir estos beneficios sociales. No es posible profundizar en este texto sobre un proceso heterogéneo como este, pero se destaca lo que significa para las mujeres en materia de aislamiento de sus redes de apoyo, y el ingreso a un mundo profesional especializado que inhabilita las estrategias de comunicación habituales, privilegiando la participación de personal alópata (49):

> Yo ahora tengo cuatro meses. Ya estoy estresada porque tengo que salir a hacer la eco 3D a Puerto Montt. Tengo que conseguirme una hora, después tengo que irme prácticamente un mes antes para tener a mi bebé allá, con todos los costos asociados que generan. La estadía, si tengo a alguien, algún familiar o tengo que pagar esto. Todo eso es un tremendo estrés, entonces para uno como mamá es preocupante. A mí me carga, de verdad. Sería espectacular que mi hijo naciera acá. (Usuarias/os, grupo de discusión 4, 2022)

> Hay una casa de acogida del servicio de salud y el municipio también tiene otra. Ahora también es decisión de las personas que van a poder tomar esa opción, porque no necesariamente significa que es un hotel (argumento irónico). Es que es como un internado… porque yo tuve guagua hace poco y la casa de acogida, en la pieza tú tienes que dormir con otras personas, que no necesariamente están embarazadas, pueden estar enfermos no sé po, de cáncer o de lo que sea que deriven a Puerto Montt. Porque aquí hay muchas enfermedades que se derivan, por ejemplo, acá no hay [diálisis], te derivan, entonces. Igual es como complicado, porque cuando uno está embarazada, anda como más sensible, te molestan los olores, los últimos meses igual son pesados. Uno va al baño a cada rato y compartir la pieza con otras personas iguales es jodido, entonces es como una solución, pero más o menos. Mira en el fondo el que tiene plata, puede pagar una clínica, llega un

> día antes, tiene la guagua y se viene y el que no tiene que pasar lo que sea para estar un mes en Puerto Montt. (Usuarias/os, grupo de discusión 4, 2022)

Los lineamientos teórico-metodológicos institucionales silencian otros saberes médicos y focalizan las acciones en salud en intervenciones que posicionan el parir desde la enfermedad. La institucionalización del sistema biomédico en salud trae consigo otras formas de entender o practicar la salud, y la eliminación, ocultamiento o criminalización de prácticas de parto acompañadas por médicas o sanadoras ancestrales (50).

El lugar que se le entrega a las otras medicinas o modelos de atención de salud —que no se restringen solo a medicinas ancestrales—; es un lugar subyugado a la hegemonía biomédica. El contexto institucional chileno reproduce una relación asimétrica con la diferencia de que las iniciativas de salud están pensadas desde una lógica monocultural, lo cual disminuye la pertinencia y eficacia de la intervención, al proponer modelos estandarizados que desafían a los equipos locales:

> Como mencionaron, el tema de la comunidad indígena a mi gustaría... un asistente que atienda a la gente que va viajando por ejemplo de todos los lugares y de otras costas con pertinencia indígena, un asistente como un asesoramiento dentro del hospital, así que me gustaría que se haga pero que tenga esos caracteres culturales. (Usuario, grupo de discusión 2, 2024)

> Somos una zona, como mencionaba, hay mucho territorio de las culturas diversas, indígenas, entonces es muy importante que exista un facilitador ya para darle un sentido de pertinencia a nuestros usuarios y a nosotros mismos desde nuestras raíces. (Funcionario, grupo de discusión 2, 2024)

Estas son solo algunas de las tensiones destacadas del proceso de parir en el sur austral, donde las desigualdades e inequidades sociales en materia de salud reproductiva hacen frecuente que mujeres y cuerpos gestantes se adecúen a un sistema de salud y su terapéutica única, desplazándose a un lugar pasivo y silente. Como efecto, se observa la expropiación de los cuerpos femeninos, resumida en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos, preservando su propia integridad y su desarrollo personal (51).

Conclusiones

La lógica hegemónica de la biomedicina y su excesiva estandarización de un proceso natural como el parto concibe los cuerpos gestantes como cuerpos desobedientes, infantilizados, insuficientes y riesgosos, que ameritan ser tutelados, controlados e intervenidos. Las consecuencias son múltiples: la desterritorialización de los procesos de gestación, la

trasgresión de las múltiples agencias que intervienen en el proceso, el monopolio, el paternalismo y la jerarquía institucional, la deshistorización y descontextualización de las diversas dimensiones que actúan en el parto, una de las cuales tiene que ver con la política pública.

La normalización de estas prácticas de intervención sanitaria interpela desde marcos de enfoque de derechos, justicia social y reproductiva. Demanda justicia cognitiva (52), entendida como el reconocimiento, visibilización, respeto de los saberes de los distintos pueblos y comunidades que tributen a generar alternativas frente las limitaciones de la ciencia moderna.

La singularidad de las experiencias derivadas de los procesos gestacionales en los territorios australes necesita reconocerse y politizarse. La salud pública requiere incorporar un trabajo sistemático e intersectorial, en que las personas gestantes sean las protagonistas. Desde una perspectiva interseccional, las políticas implican conducir y construir luchas sociales de manera simultánea, por ejemplo, en alianzas solidarias con movimientos sociales (38), donde el sujeto político no se fragmenta. Los cuerpos gestantes no solo habitan desigualdades reproductivas, sino desigualdades múltiples que también afectan de forma diferenciada a otros actores sociales.

No son solo cuerpos gestantes quienes pierden agencia, también trabajadores de la salud, organizaciones indígenas y organizaciones comunitarias locales. Son actores que disipan su poder y se adaptan a lógicas monocausales que externalizan la responsabilidad de los procesos públicos de salud a procesos estructurales. Si bien son válidas, desplazan la relacionalidad social, ambiental e histórico-cultural que encarnan estos acontecimientos.

Son indudables los beneficios de iniciativas políticas como el parto humanizado y respetado, que han caracterizado las últimas décadas, al igual que los cuidados profesionalizados en el proceso gestacional. Pero resultan insuficientes en cuanto niegan o instrumentalizan los saberes y experiencias de la diversidad de cuerpos gestantes y actores que intervienen en el proceso. Ninguna política en materia reproductiva puede construirse sin la participación de la diversidad de mujeres, gestantes y profesionales como agentes capaces y responsables de tomar sus decisiones respecto a nacer, vivir, morir y particularmente el ejercicio de gestar-maternar.

Se concluye resaltando la importancia del carácter contextual de las experiencias eco-sociosanitarias, de repensar los dispositivos hospitalarios con pertinencia territorial y de adecuar las redes integradas de salud hacia la “doble complejidad” (biomédica y territorial), con el horizonte de abordar integral y complementariamente las necesidades en salud y cuidado de estos territorios aislados, especialmente en lo que concierne al proceso gestacional.

La atención en el campo de la salud reproductiva con pertinencia cultural implica considerar procesos sociohistóricos territoriales y relaciones de poder en distintos niveles. La política pública no se define solo en los grandes debates legislativos o en políticas nacionales; también en las pequeñas discusiones que se dan día a día en los espacios de interacción.

La mediación político-cultural de todas las agencias que intervienen en el parto y sus procesos previos y posteriores exige situarse en el territorio y considerar las intersecciones actuantes.

Agradecimientos

Se agradece a las comunidades del sur austral de Chile, especialmente de la provincia de Palena, por compartir sus espacios, prácticas y experiencias, haciendo posible esta investigación. La publicación se realiza en el marco de la investigación Proyecto Fondecyt Posdoctoral 3230490, "Pluralismo terapéutico en el sur austral, tensiones y desafíos en los procesos de atención/desatención de la salud-enfermedad", y Fondecyt de Iniciación 11220857, "¿Quiénes pueden elegir vivir sano? Prácticas discursivas en promoción-prevención en salud y sus tensiones en torno a las desigualdades sociales en la región de Los Lagos".

Contribución de los autores

El texto es resultado de la colaboración de dos investigaciones en curso, cada una liderada por los autores. Lo que se presenta son sus resultados preliminares. El artículo tiene contribuciones de las investigaciones de ambos autores y el texto final fue producido conjuntamente.

Financiación

La investigación fue financiada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile, a través del Proyecto Fondecyt Posdoctoral 3230490, "Pluralismo terapéutico en el sur austral, tensiones y desafíos en los procesos de atención/desatención de la salud-enfermedad", y Fondecyt de Iniciación 11220857, "¿Quiénes pueden elegir vivir sano? Prácticas discursivas en promoción-prevención en salud y sus tensiones en torno a las desigualdades sociales en la región de Los Lagos".

Consideraciones éticas

El estudio cumple con las consideraciones y aprobaciones éticas internacionales y nacionales.

Disponibilidad de datos

Los datos hacen parte de los archivos de los investigadores. Según la normativa chilena, por temas de confidencialidad no son de uso público.

Uso de inteligencia artificial

No se utilizó inteligencia artificial para el procesamiento, análisis y redacción del documento.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Santos M. De la totalidad al lugar. Vilassar de Mar (Barcelona): Oikos-Tau; 1996.
2. Machado Aráoz H. El territorio moderno y la geografía (colonial) del capital. Una arqueología mínima. Mem Soc. 2015;19(39):174. https://doi.org/10.11144/Javeriana.mys19-39.tmgc
3. Mac-Clure Ó, Calvo R. Desigualdades sociales y tipos de territorios en Chile. Polis. 2013;12(34):467-90. https://doi.org/10.4067/S0718-65682013000100023
4. Fidelli D. Acceder a salud hospitalaria en la región de Los Lagos: el costo de concurrir de forma presencial al Hospital de Puerto Montt para las familias de las provincias de Llanquihue y Palena. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2024.
5. Román Á. Integración territorial como marginación: obstáculos para las zonas aisladas en Aysén y Magallanes, Chile. LIDER. 2020;22(37):77-99. https://doi.org/10.32735/S0719-5265202037177
6. Foucault M. Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2021.
7. Foucault M. Defender la sociedad: curso en el Collège de France, 1975-1976. 2.ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.
8. Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales. En: Palimpsesto: derechos humanos y desarrollo. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
9. Rodó-Zárate M. Interseccionalidad: desigualdades, lugares y emociones. Barcelona: Barcino; 2021.

10. Foucault M, Ewald F, Fontana A. Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976). 1.ª reimpr. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.

11. Mbembe A. Necropolítica. Santa Cruz de Tenerife: Melusina; 2020.

12. Fleury S. Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina. Lanús: Universidad Nacional de Lanús; 2021. https://doi.org/10.18294/9789874937834

13. Rodríguez E. Comité de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Acta Bioeth. 2004;10(1):37-47. https://doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100005

14. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 4.ª ed. Ginebra: CIOMS; 2016.

15. Zárate Campos MS, editor. Por la salud del cuerpo: historia y políticas sanitarias en Chile. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado; 2008.

16. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2012;38(1):134-45.

17. Auth C, Evans D. Del fogón a la camilla. Transformaciones de la gestación y nacimiento en Isla Lemuy, Chiloé, desde la segunda mitad del siglo XX hasta hoy. Santiago de Chile: Academia de Humanismo Cristiano; 2014.

18. Salud sexual y reproductiva [internet]. [Citado 2025 mar 4]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva

19. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. https://doi.org/10.37774/9789275326817

20. Illanes MA. Cuerpo y sangre de la política: la construcción histórica de las visitadoras sociales, Chile, 1887-1940. Santiago: LOM; 2007.

21. Garcés Durán M. Crisis social y motines populares en el 1900. 2.ª ed. Santiago de Chile: LOM; 2003.

22. Grez Toso S. De la "Regeneración del pueblo" a la huelga general: génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile, 1810-1890. 2.ª ed. Santiago de Chile: RIL; 2007.

23. Zárate Campos MS. Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica. 2.ª ed. rev. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2008.

24. Illanes MA. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública en Chile, 1880-1973. Santiago: Ministerio de Salud; 2010.

25. Merino C. Historia social de la salud: Chile 1960-2000. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos; 2021.

26. Muñoz Muñoz C. La salud en Chile: una historia de movimientos, organización y participación social. Valdivia: Ediciones UACh; 2019.

27. Tetelboin Henrion C. La transformación neoliberal del sistema de salud: Chile: 1973-1990; reformas de primera generación. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Coordinación de Extensión Universitaria; 2003.

28. Labra ME. La reinvención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. Cad Saude Publica. 2002;18(4):1041-52. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400010

29. Tetelboin C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. En: Tetelboin Henrion C, Laurell AC, coordinadoras. Por el derecho universal a la salud. Buenos Aires: Clacso, Universidad Autónoma Metropolitana; 2015. p. 75-97.

30. French-Davis R. Chile entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad: cuarenta años de políticas económicas y sus lecciones para el futuro. 5.ª ed. Santiago de Chile: Sáez Editora; 2014.

31. Frenz P. Desafíos en salud pública de la reforma: equidad y determinantes sociales de la salud. Rev Chil Salud Publica. 2005;9(2):103-10. https://doi.org/10.5354/0717-3652.2005.20128

32. Gobierno de Chile. Copago Cero cumple dos años: 16 millones de personas han sido beneficiadas [internet]; 1 de septiembre de 2024. Disponible en: https://www.gob.cl/noticias/copago-cero-cumple-dos-anos-16-millones-personas-han-sido-beneficiadas/

33. Ministerio de Salud. Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2017.

34. Merino C, Leighton A, Pilquinao B, Bahamonde Harvez V. ¿Quiénes pueden elegir vivir sano? Desigualdades sociales y sus tensiones en salud. Rev CUHSO. 2025;35(1):1-31. https://doi.org/10.7770/cuhso-v35n1-art731

35. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Estudio sobre las percepciones de violencia contra la mujer en territorios rurales del Plan Buen Vivir: profundización de hallazgos Piloto Rural ENVIF-VCM 2021 [internet]. Santiago de Chile: Odepa; 2023 [citado 2025 mar 4]. Disponible en: https://bibliotecadigital.odepa.gob.cl/bitstream/handle/20.500.12650/73149/Estudio_PercepcionViolenciaMujerTerritoriosRurales.pdf

36. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1595-601. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034

37. Breilh J. Critical epidemiology and the people's health. Krieger N, editor. Oxford: Oxford University Press; 2021. https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001

38. Viveros M. Interseccionalidad: giro decolonial y comunitario. Ciudad de Buenos Aires: Clacso; 2023.

39. Curiel O. La nación heterosexual: análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación. Bogotá: Brecha Lésbica; En la Frontera; 2013.

40. Sibrian N. El proceso de medicalización del embarazo en Chile: siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. Rev Latinoam Estud Cuerpo Soc [internet]. 2016;8(21):25-36. Disponible en: http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/273

41. Palena: por falta de especialistas niños deben nacer fuera del territorio [internet]. Diario de Puerto Montt. 2024 feb 19 [citado 2025 mar 4]. Disponible en: https://www.diariodepuertomontt.cl/noticia/actualidad/2024/02/palena-por-falta-de-especialistas-ninos-deben-nacer-fuera-del-territorio

42. Ministerio de Salud. Norma General Técnica 150: reglamenta criterios de clasificación según el nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2012.

43. Ministerio de Salud de Chile. Decreto 7, que aprueba texto que actualiza las normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. Santiago: Ministerio de Salud; 2017.

44. Ministerio de Salud de Chile. Guía perinatal 2015. Santiago: Ministerio de Salud; 2015.

45. Santos Madrigal O. Hacia los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud [internet]. Clacso; 2024 [citado 2025 mar 4]. Disponible en: https://www.clacso.org/hacia-los-feminismos-descoloniales-negros-y-comunitarios-para-descolonizar-los-estudios-de-genero-y-salud/

46. Chile Crece Contigo. Guía de gestación y nacimiento en Chile [internet]. Santiago de Chile; 2021 [citado 2025 ene 12]. Disponible en: https://www.crececontigo.gob.cl

47. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas. Washington, D. C.: OPS; 2019.

48. Oyarce AM, Pedrero MM. Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas de Chile: limitaciones y potencialidades [internet]. Notas de Población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2009;(89):119-45. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12859

49. Sadler Spencer M. Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo. Rev Chil Antropol [internet]. 2016 [citado 2025 mar 4];(33). Disponible en: https://revistadeantropologia.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/43388

50. Leighton Naranjo A, Monsalve Treskow D, Ibacache Burgos J. Nacer en Chiloé: articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. CMS [internet]. 2008;48(3):174-91 [citado 2025 mar 4]. Disponible en: https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/644

51. Lagarde M. Democracia genérica. Ciudad de México: REPEM; 1994.

52. Porto MF de S, Ferreira da Rocha D, Tarnowski Fasanello M. Salud, ecologías y emancipación: conocimientos alternativos en tiempos de crisis. Quito: Abya Yala; 2022.