



**Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica.
Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá.**

Requisito parcial para optar al título de
Magíster en Estudios Culturales

Viviana Valeria Vallana Sala

Directora: Marta Cabrera

Maestría en Estudios Culturales
Facultad de Ciencias Sociales
Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá

2016

*A mis hijos Francesco y Lorenzo, porque es un privilegio ser su madre y
porque los pariría una y mil veces más...*

*A mi compañero Jerónimo, por su amoroso apoyo para cumplir éste y tantos
otros sueños y proyectos compartidos.*

*A mi hermana Vanessa y mi sobrina Ivanna, quienes me ayudaron a
maternar mis hijos mientras yo soñaba y escribía sobre la maternidad.*

*A mis padres, que me enseñaron a soñar más allá de lo posible y a
trabajar para conseguir mis sueños.*

A Marta, por su afectuosa guía durante todo este proceso.

*A las mujeres que compartieron conmigo el mejor día de sus vidas y
a todas las que, a pesar de la adversidad, siguen pariendo*

Contenido

Introducción: Los dos días más felices de mi vida

Capítulo 1. De sujetos a objetos terapéuticos

- 1.1 Historia de una desposesión
- 1.2 Cacería de brujas, desacreditación y competencia por el campo
- 1.3 El nacimiento de la obstetricia
- 1.4 El discurso de riesgos y la patologización del embarazo/parto
- 1.5 Hegemonización de la atención biomédica del embarazo y el parto en Colombia

Capítulo 2. Violencia obs-tétrica

- 2.1 Una reproducción muy productiva
- 2.2 Mistificación de lxs profesionales

Capítulo 3. Hacia una maternidad política

- 3.1 Por una maternidad independiente
- 3.2 Dolor, sacrificio, impotencia y culpa: la maternidad idealizada
- 3.3 “Aguante un poquito, toca ser valiente, es que ser mamita duele”. Discursos de maternidad y prácticas obs-tétricas

Capítulo 4. Colonizando el embarazo: cursos, controles prenatales, cartillas y exámenes diagnósticos

- 4.1 Cartillas para el embarazo
- 4.2 Controles prenatales y exámenes diagnósticos
- 4.3 Cursos Psicoprofilácticos
- 4.4 Discursos y prácticas fomentadas en los dispositivos de control del embarazo
 - a. Gestantes sospechosas
 - b. Infantilizar, vigilar, desconfiar y gobernar
 - c. “Si le huele mal, como a pescado podrido, entonces vienen rápido porque puede ser una infección”: cuerpo contaminado y contaminante
 - d. Ser emocional, vulnerable y dependiente
 - e. “mamita, eso no se pregunta”, “de eso ninguna se salva”, obligatoriedad
 - f. Culpas, premios, castigos y miedo a las represalias

Capítulo 5. Así nos mandan a parir

- 6.1 “Camine mamita la desembarazo”: la inducción del parto
- 6.2 La conversión en pacientes, el papel de la homogenización
- 6.3 “Ahí quietecita” inmovilizaciones, retenciones involuntarias y posturas impuestas
- 6.4 De tactos, re-tactos y violaciones a la intimidad
- 6.5 “Trabaje rapidito mamita”: procedimientos que aceleran el parto
- 6.6 El uso y abuso de la cesárea en Colombia

Expulsivo

Referencias citadas

El perro, el gato y la gallina.

Picoteaba un día una gallina
entre unos desperdicios de cocina
cuando le sobrevino un deseo urgente
de alzar la vista al frente
y caminar con paso vacilante
(el cuello para atrás y para adelante)
hacia un montón de paja allí dispuesto.

Cacarea, se sienta, se menea,
pica, repica, suplica, tuerce el gesto,
se levanta, se vuelve, cacarea,
puja, empuja, apretuja y pone un huevo.

Un gato, que de todo fue testigo
(aunque el suceso no era nada nuevo)
reflexiona, lamiéndose el ombligo:
"A las puertas del siglo XXI,
y que aún pongan los huevos de uno en uno!"
No alcanza a comprender su alma felina
que una simple gallina,
no sabiendo de ciencia, ni de oficio,
sin el auxilio de gente preparada,
ni acceso al beneficio
de la moderna técnica avanzada
esté a poner un huevo autorizada.

Se acerca el gato a un perro que dormita
al sol junto al corral
y al oído unas frases le musita
en tono coloquial:
"¿Se ha fijado, colega
en cómo pone la gallina, ciega
al peligro, sin método ni nada?
Hemos de poner fin a un sufrimiento
que hace de las gallinas instrumento
de la naturaleza desatada."

"Tiene razón", responde el aludido,
"que es la puesta una empresa complicada
para hacerla en un nido.
Hay que abrir un centro veterinario,
a modo de huevario,
en el que sea la puesta controlada
y el huevo por expertos atendido."

Buscar deciden, pues, a la gallina
que a la puesta parezca más cercana,
y resulta ser tal la Serafina.
El gato le pregunta: "Dime, hermana,
¿no notas de algún huevo la venida?"
"Nada noto" — "¡Es puesta retenida!"
"Hemos de proceder sin dilación.
Estírate para la exploración."
"¿Me siento así?" — "¡No, tonta, boca arriba!"
Procede a desplumar el perineo
(¡qué vergüenza!). "Colega, ya lo veo.
Con una lavativa
y una infusión de hormonas adecuada
habremos de inducir ahora la puesta;
y una vez dilatada,
hacer palanca con una cuchara
y recoger el huevo en una cesta."
(Hubo de dar el gato una tajada,
porque, si no, no entraba la cuchara.)

Ya se extiende la voz: ¡Por fin la ciencia
da respuesta a este problema diario!
Las gallinas, con suma diligencia
acuden al huevario.
Y es fama que de ciento que allí ponen
son las cien boca arriba desplumadas
las noventa tajadas,
las cincuenta inducidas, cuarenta
instrumentadas, y algo más de treinta
salen con un buen corte en la barriga.
Tan sólo una recela: nuestra amiga
que iniciaba esta historia.
Porque es gallina vieja, que ya ha puesto
mucho huevo en la vida, y todo esto
le huele más a esclavitud que a gloria.

¿No ha de tener mi cuento moraleja?
Hela aquí: Mujer, no seas gallina,
y si lo eres, sé gallina vieja.
Pregunta al que entusiasta te aconseja
métodos tan científicos y nuevos.
"¿Ayudas tú en verdad a la gallina,
o sólo vienes a tocar los huevos?" **Carlos González**

PARIRÁS CON DOLOR: LO EMBARAZOSO DE LA PRACTICA OBS- TÉTRICA.¹

Introducción: Los dos días más felices de mi vida

Las artes, las ciencias y la filosofía tienen por delante una tarea esquivada: abrir grietas en la seguridad de lo ya pensado y atreverse a imaginar nuevas preguntas. La verdad, al fin y al cabo, no es más que “una especie de error que tiene a su favor el hecho de no poder ser refutada – como apuntó Michel Foucault parafraseando a Nietzsche- porque la lenta cocción de la historia la ha hecho inalterable”. De las verdades consideradas eternas y universales, o de aquellas otras verdades efímeras constantemente exhaladas por los medios de comunicación, conviene desconfiar: hacer como si nada fuese evidente y ensayar nuevas refutaciones y provocaciones. Paula Sibilia (2010, p.15).

A través de esta investigación pretendo sembrar la semilla de la duda que desnaturalice y profane las verdades incuestionables científicamente legitimadas que se basan en prejuicios cultural e históricamente construidos alrededor de las mujeres y nuestro embarazo y parto.

El embarazo no es un acontecimiento solamente biológico, sino que es una construcción social y política cimentada en las estructuras de subordinación de las mujeres. Mujeres controladas, dependientes, obedientes y participativas en la normatividad; esto es lo que se intenta construir progresivamente en los controles y exámenes prenatales, abonando el terreno para la consecución de cuerpos dóciles y participativos que consienten intervenciones, procedimientos e insultos durante el parto.

Siempre que preguntamos a una madre cual fue el día más feliz de su vida manifiesta sin pensarlo que éste fue en el día que nacieron sus hijos. ¿Esto es realmente así?

A continuación, voy a relatar los dos días más felices de mi vida:

¹ El título se compone de dos partes, 1- parirás con dolor, que hace referencia a la dimensión cultural judeo cristiana del castigo por el pecado original; y 2 - lo embarazoso de la práctica obs- tétrica, que pretende ser sugerente en cuanto los discursos y prácticas discriminatorias, violentas y perjudiciales para las mujeres en embarazo y parto, sus hijxs, compañerxs y familiares, que se manejan en la atención biomédica institucional del parto. Lo embarazoso maneja otra dimensión en cuanto al anuncio del obstetra que me parió a mi segundo hijo cuando jocosamente me dijo: “camine la desembrazo... le quito ese estado tan embarazoso”. La separación para hacer énfasis en tetrico, ya fue utilizada por Sonia Monroy (2012) en la palabra ginecobs- tetrica.

Llegué el 8 de julio del 2008 a la fundación Santa Fe para una inducción programada del parto; le había manifestado a mi obstetra el día anterior que no me encontraba preparada todavía para el nacimiento, pero ella administró mis temores para que accediera sumisa a sus decisiones². Mi miedo y mi “no saber-poder³” sobre mi embarazo, sobre el que descansa el saber poder médico, hizo que confiara ciegamente en su criterio y que me abandonara a sus determinaciones.

Me indujeron el parto a las 7 de la mañana de ese día y me conectaron a diferentes artilugios tecnológicos que impedían mi movimiento y monitoreaban los signos vitales de mi hijo, los míos y a la actividad de mi útero. Pronto comenzaron las contracciones, que se hacían cada vez más frecuentes y dolorosas, pero nada que no pudiera ser soportado, realmente siempre me lo imaginé o me lo hicieron creer más doloroso. Periódicamente pasaban a hacerme dolorosos tactos vaginales y a ofrecer, como si se tratara de dulces, la anestesia que me libraría del dolor que suponían insoportable.

A las 12 del mediodía, en uno de los tantos, repetitivos y dolorosos tactos vaginales que no tienen ninguna utilidad real, pero que sí les permiten a lxs médicxs controlar y manejar el proceso, dictaminó que no había dilatado tanto como se esperaba para el tiempo transcurrido, por lo que la obstetra decidió, sin consulta alguna, romper la membrana⁴. Este procedimiento me hizo llorar de dolor y angustia ante la posibilidad de que mi hijo se quedara sin el líquido que había sido su medio durante el tiempo que fuimos uno.

² El conocimiento de las embarazadas y parturientas es, en estos contextos, un **no** conocimiento, o una carencia de conocimiento en tanto se construye como un saber propio de la “naturaleza”, de la intuición, diferenciado de la acción de la formación cultural, académica, formal y científicamente fomentada. Esto hace que las sensaciones e intuiciones de la parturienta y la embarazada no sean tenidas en cuenta.

³ “Saber-poder” hace parte de una de las herramientas conceptuales proporcionadas por Michel Foucault que nos permite pensar la manera como los saberes se configuran como poderes. Quienes tienen el poder imponen sus saberes, a la par que quienes poseen ciertos saberes, legitimados en un determinado contexto histórico y social, ostentan un poder. No existen relaciones de poder que no involucren saberes, ni saberes que no estén inmersos en estructuras de poder. En este sentido, poder y saber son conceptos inseparables (Foucault, M. 1998; Ovejero, A; Pastor, J. 2001; Foucault, M. 2002). Este binomio saber-poder es útil en este análisis, ya que hemos conferido un estatuto de legitimidad al cuerpo de saberes de la biomedicina para el manejo de los procesos de salud-enfermedad y en este caso del embarazo-parto, lo que se traduce en un poder de nombrar, interpretar, diagnosticar, clasificar, elegir, etc.

⁴ Romper la membrana o bolsa se utiliza como procedimiento para acelerar la dilatación y el “trabajo” de parto, sin embargo aumenta el riesgo de infecciones, sufrimiento fetal y hace que se tienda a la cesárea si la dilatación no se consigue en un tiempo determinado.

Me resistí a la peridural hasta aproximadamente las 5 de la tarde, cuando un anesthesiólogo pasó y me dijo algo similar a esto: “¿Ya quieres la peri? Porque yo ya me voy y no sé a qué hora llegará mi colega, y las contracciones, que ahora son fuertes, luego se van a poner peor y más seguidas y durante el parto no se te puede poner y el expulsivo es muy doloroso, así que decídate y me avisas”. Ante sus alarmantes palabras y la angustia creciente que yo sentía por no poder moverme y por los repetidos tactos que anunciaban un lento progreso de la dilatación y las sentencias repetidas en frases como: “si sigues así va a tocar hacerte una cesárea porque ya llevas muchas horas y nada”, decidí acceder. La anestesia no fue un alivio para el dolor de las contracciones que, como dije, eran dolorosas pero soportables, sino que me hicieron sentir que no estaba pariendo, lo que sí fue un alivio fue no sentir el dolor intenso que me provocaban con los tactos. Cuando me pusieron la peridural sacaron a mi compañero⁵ de la habitación y me dejaron sola con el médico y dos enfermeras que me sujetaban fuertemente para que no me moviera por los riesgos que supone lesionar la médula: “quédese quieta porque la puedo dejar inválida”. Tenía terror, prefería el dolor, prefería moverme, salir corriendo, pero ahora eran no solamente los aparatos los que impedían mi movimiento, sino el adormecimiento de la parte inferior de mi cuerpo.

Analizando tiempo después este acontecimiento, creo que era muy conveniente adelantar el paso que media hora después iba a ser necesario.

A las 6:30 de la tarde apareció mi obstetra y me dijo “lo siento, mamita, yo sé que tu querías tu parto natural y que todo parecía que iba a ser así pero no dilataste y ya no podemos esperar más, tienes que ir a cesárea”. Como yo no quería, traté de convencerla de esperar, “yo no tengo afán, todo está bien, a lo mejor durante la noche voy dilatando”, ella me contestó: “El problema es que ya rompiste bolsa y es muy peligroso esperar”. “¿Yo rompí bolsa? No, usted me la rompió”. Ante mi molestia, ella buscó la ayuda de algunos colegas quienes procedieron nuevamente al tacto, de uno en uno en fila reafirmando la determinación de su colega: “es peligroso, puede haber sufrimiento fetal, nuestro concepto es que accedan a la cesárea, es lo mejor para el bebé y para ti, si no lo hacemos no podemos

⁵ Aunque en las instituciones se reconoce la necesidad de que la parturienta tenga algún acompañamiento de su elección, en muchos hospitales el acompañamiento es retirado de la habitación cuando se va a realizar algún procedimiento o para trámites administrativos. Considerando las circunstancias, considero que son los momentos cuando ese acompañamiento es primordial.

asegurar que todo salga bien”. En las condiciones emocionales en las que yo me encontraba buscaron la autorización de mi compañero, quien, convencido ante la retórica médica, firmó el consentimiento informado mientras yo era preparada a las carreras para cirugía, porque solamente tenían disponibilidad de una hora en el quirófano.

Mientras me llevaban al quirófano y me alistaban para la intervención, mi sentido común me indicó que debía hacer las paces con mi obstetra para que no tomara represalias ni conmigo ni mi hijo durante la intervención. Empecé nuevamente a comportarme amablemente y a obedecer a todas las indicaciones que se me hacían.

En el quirófano me durmieron del todo la parte inferior de mi cuerpo y me amarraron los brazos para que no pudiera moverlos. Me pidieron además que no hablara tanto para que no me llenara de gases y no afectara la saturación. Así que me vi, sola, con las piernas completamente dormidas, amarrada de brazos y sin poder hablar, realmente yo quería salir corriendo.

Después vi a mi hijo, me lo acercaron un segundo para que lo besara y se lo llevaron fuera del quirófano – no lo pude tocar porque mis manos estaban amarradas y tuve que esperar media hora más mientras me cosían para poder verlo, abrazarlo y amamantarlo. Que espera tan larga, ¿estaría bien?, ¿porque no lo oía llorar? Cuando salí del quirófano me lo entregaron, yo lloraba y les agradecía a todos por haber conseguido que mi hijo y yo estuviéramos bien.

Lo cierto es que mi hijo debió tener derecho a estar sobre mi pecho y en mis brazos desde el instante que salió de mi cuerpo en lugar de ser retirado y aislado para introducir sondas en cada orificio de su cuerpo. Considero que esta no es la mejor bienvenida al mundo que se le puede dar a un recién nacido.

Lo que siguió fue el despertar de la anestesia, dolores que superan con creces los de las contracciones, no poder moverse, y los masajes uterinos de los enfermeros que esperan a que el efecto de la anestesia se esfume para realizarlos: “si no se deja le puede dar una hemorragia”, “voy a apuntar en la historia que usted se niega al procedimiento a sabiendas de los riesgos”, “las mamitas se tienen que incorporar para poder darle el seno a los niños”,

“yo sé que le duele pero aguántese un poquito”, “toca ser valiente, es que ser mamita duele”.

Salí del hospital dando las gracias, con mi hijo en brazos y feliz de verlo bien, pero muy adolorida y con la sensación y convicción de que mi intuición, cuando le manifesté a mi obstetra no estar lista para parir, había sido cierta. Yo no estaba lista para parir y por ello no dilaté y mi hijo no estaba listo para nacer ya que pesó menos de tres kilos, le faltaba más de una semana de gestación.

Después de mi segunda cesárea, y cuando observé a mis amigas – por demás todas cesareadas, me percaté de que en el nacimiento de mi primer hijo mis sospechas sobre las represalias de mi obstetra habían sido ciertas. Tenía todo el vientre amoratado y los dolores me mantuvieron incapacitada durante más de un mes. Lo cierto es que yo pensaba que todos estos efectos eran “normales” tras una cesárea y tuve que pasar por otra cesárea mucho más “amable” y observar otras cesareadas para darme cuenta que todas esas sacudidas y movimientos bruscos que sentí en la primera cesárea y los moretones que tardaron varios días en desaparecer, eran consecuencia de un trato, por decir lo menos, “poco delicado”.

Pude y todavía puedo sentir la culpa que me hicieron sentir por mi “trabajo inadecuado”, por mi incapacidad de dilatar a su ritmo, me hicieron sentir que era mi culpa, desplazaron su afán y sus inseguridades hacia mi cuerpo. Ahora sé que yo podía, pero que los modelos de atención no se adaptaron a mí y mis ritmos, sino que hicieron de manera violenta que mi proceso se adaptara a su sistema tecnocrático y productivo de la reproducción⁶.

Para mi segundo embarazo tuve la oportunidad de buscar un obstetra de mi elección, posibilidad que se les brinda a las usuarias de medicina prepagada. Visité unos ocho obstetras, no porque fuera consciente de la existencia de lo que llaman violencia obstétrica, sino porque deseaba encontrar alguno que me diera la posibilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea.

⁶ Existe un espiral de intervenciones que tienen como fin acelerar el proceso del parto. La tecno-ciencia ha permitido y fomentado una interpretación en la que el parto es susceptible de ser “mejorado” y/o “perfeccionado”. Se trata de una serie de discursos y prácticas que hacen productiva la reproducción en lo que Davis Floyd (1993) ha denominado modelo tecnocrático del nacimiento, muy similar a una auténtica fábrica de bebés.

Todos los que visité se negaron rotundamente a permitirme ponerme de parto e incluso uno de ellos me mostró un libro con unas bellas y *tétricas* ilustraciones a todo color de un útero desgarrado por un parto tras cesárea. Mis consultas me mostraban que el riesgo era solamente del 0,2% al 1%, por lo que el parto vaginal tras cesárea puede ser seguro en un 99%. Mis argumentos no fueron atendidos, por lo que no me quedó más opción que escoger al obstetra que me dijo que si lograba llegar al hospital ya de parto y dilatada completamente, no le quedaría otra opción que permitírmelo, de lo contrario programaríamos una cesárea en el momento en que él estimara que el embarazo había llegado a término. Efectivamente así fue, en la semana 38 fui al control rutinario semanal y mi obstetra manifestó: “bueno camine de una vez la desembarazo” y jocosamente recalcó “si, camine le quito ese estado tan embarazoso”.⁷

Me programó ese mismo día la cesárea a las 3 de la tarde, por lo que ni siquiera tuve que pasar por contracciones, ni inducciones, ni tactos vaginales, lo cual consideraba afortunado; sin embargo, tenía los temores propios de la intervención quirúrgica alebrestados por la enfermera, que mientras me afeitaba, me recitaba todos los riesgos de la intervención: muerte materna o del bebé, histerectomía y hemorragias, entre otros que deben ser mencionadas para la consecuente firma del *consentimiento desinformado*. Ante mis quejas, recuerdo vívidamente cuando me dijo en tono algo jocosos: “solamente la estoy rasurando, eso no duele, espere y verá después de la cesárea”. La miré con cara de resignación porque sí, yo ya había pasado por una cesárea, ya sabía el dolor intenso que me esperaba dentro de una hora y por aproximadamente quince días más.⁸

Así que a las 3 de la tarde, muy puntual, me vi nuevamente en el quirófano, anestesiada del pecho hacia abajo, con las manos amarradas y repitiendo que tenía otro hijo en casa esperándome, por lo que procuraran no dejarme morir. Obviamente, mis pensamientos no

⁷ “Si atendemos, por ejemplo, a la palabra embarazo, nos encontramos con que se define como: impedimento, dificultad, obstáculo; como encogimiento, falta de soltura en los modales o la acción; y como estado en que se halla la hembra gestante. Por tanto, el preñado de la mujer es un estado que incomoda, que obstaculiza, que impide.” (Sadler, M. 2004: 4)

⁸ Aunque, como ya lo mencioné, describiría mi segunda cesárea como una intervención más “amable” y “delicada” ya que tras el procedimiento no quedé toda amoratada ni hinchada, y la recuperación fue mucho más rápida que en la primera oportunidad.

eran muy positivos, por lo que por motivos de oxigenación y, creo yo, por molestia, me invitaron a hacer silencio y pensar en cosas positivas⁹.

Así que allí estaba yo nuevamente, con el útero abierto y vaciado, las manos amarradas y vacías, el cuerpo anestesiado y en silencio, tratando de pensar en cosas bonitas, positivas; a veces preguntaba “¿y mi hijo?, ¿Está bien? ¿Por qué no lo escucho llorar?” y ellos me contestaban: “está muy bien, lo están preparando y revisando; cuando terminemos de coserte te lo damos, acuérdate que si hablas mucho te llenas de gases y luego te va a doler más”.

Salí del hospital adolorida y dando las gracias, ya que nuevamente pensaba que gracias a la intervención de todos los actores hospitalarios, mi segundo hijo y yo estábamos vivos.

Más o menos un año después del nacimiento de mi último hijo, en una búsqueda por internet me encontré con algo llamado violencia obstétrica, que llamó mi atención puesto que, aunque no sabía en qué consistía, siempre sentí muchos malestares, molestias y pesares hacia la atención de mis partos. Al leer y contestar el test diseñado para Argentina¹⁰, lloré de rabia al ver que daba positivo en diez de las once preguntas.

Me gustaría decir que me resistí, que fui una paciente difícil que se negó a los procedimientos, pero la verdad es que, por el contrario, fui bastante participativa y obediente, me abandoné a un saber experto extrañado de mi cuerpo y mis procesos; un saber que está lleno de prejuicios y desconfianzas que subestimaron mi poder para parir.

Considero que mi papel pasivo en los nacimientos de mis hijos se debe al desconocimiento del poder de mi cuerpo, a la naturalización de la subestimación del cuerpo femenino que hace el sistema médico. Yo interioricé poco a poco pero de manera constante durante mis dos embarazos esta subestimación, y le otorgué “voluntariamente” el protagonismo a personajes con opiniones extrañadas y ajenas sobre mi cuerpo y mis procesos que, bajo protocolos basados en la desconfianza y la subestimación de mis capacidades, se

⁹ En la atención del parto o durante las cesáreas la mera presencia de las mujeres, los miedos, dolores, quejas, peticiones y el solo acto de hablar, pueden ser considerados contaminantes del proceso, puesto que distraen la atención del personal y obstaculizan las intervenciones (Sadler, M. 2003).

¹⁰ Test de violencia obstétrica Disponible en <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf> (Consultado el 24/01/2016).

apoderaron de mi cuerpo, mi parto e incluso mis hijos durante el tiempo que estuvimos hospitalizados.

Paralelamente a las intervenciones realizadas a la madre, es de importante consideración dentro del tema analizar las intervenciones a las que son sometidxs lxs recién nacidxs, ya que en las instituciones suele obstaculizarse el contacto precoz de lxs recién nacidxs con su madre, esto para la realización del examen de neonatología y la sutura de las diferentes intervenciones sobre el cuerpo de la madre (cesáreas, episiotomías).¹¹ A los niños y niñas recién nacidxs se les introducen sondas en cada orificio corporal (boca, nariz, ano), son medidxs, pesadxs, limpiadxs, se revisan sus genitales, muchas veces se les vacuna, pincha en la planta del pie para tamizajes, etc. Todas estas intervenciones sobre lxs recién nacidxs, sin siquiera haber tenido la oportunidad de ser besados, abrazados y cobijados por los brazos de su madre son, a mi parecer, uno de los elementos más claros y tristemente naturalizados de que nacemos inmersos en la violencia. Es una violencia que no es vista como tal, bajo el imperioso entendimiento de la necesidad urgente de la revisión médica, de remplazar el calor de la madre con lámparas, incubadoras, mantas, bajo la lógica de que lo que necesitan madre e hijo es atención médica en vez de afecto y contacto mutuo. Los niños y niñas lloran, gritan, se retuercen... y son entregados a sus madres después de lo que es considerado en estos contextos como lo más relevante, después de ser pinchados, revisados, manipulados, limpiados, desinfectados, vestidos – los signos de haber sido uno han sido eliminados, se ha cortado el cordón umbilical, han desechado la placenta, se les ha limpiado el líquido amniótico, huelen a aceites industriales...

Por violencia obstétrica entiendo un tipo de violencia que ejerce el personal y el sistema de salud en las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y posparto, que involucra violencia verbal, psicológica, estructural¹² y simbólica.

¹¹ La episiotomía es un corte que se hace en el perineo de la parturienta para ampliar el canal vaginal y facilitar y apurar el alumbramiento. Aunque se supone que esta intervención previene los desgarros y “ayuda” a la madre, causa diversas complicaciones, ya que puede provocar infecciones, dolores intensos, incomodidad y deformación de la genitalia femenina. Aunque se supone que las madres deben ser informadas y consultadas antes de la intervención, en Colombia esta práctica es realizada sin preguntar, consultar o informar a la directamente afectada (Monroy, S. 2012).

¹² Por violencia estructural hago referencia al daño que se produce a una persona o grupo de acuerdo a sus características sociales y demográficas: género, raza, clase, etnia, edad entre otros. La violencia estructural se deriva de la insatisfacción de alguna necesidad, cuando un grupo social posee ciertos privilegios en el acceso

Es una violencia que se deriva de la patologización del proceso de embarazo-parto, la cual fomenta una dependencia de las mujeres al sistema médico y sus practicantes, en su conversión simbólica como pacientes, produciendo una pérdida de autonomía y desposesión de su proceso. Paralelamente a la desposesión de las mujeres y el control médico e institucional del proceso, se reproducen tratos irrespetuosos y violentos, como por ejemplo insultos, alusiones abusivas a la sexualidad femenina, intervenciones a veces innecesarias pero protocolarias, imposiciones como quietud, silencio y obediencia, apropiación de los cuerpos de madres e hijxs, búsqueda de consentimientos a través de administración del miedo, entre muchos otros elementos que serán ilustrados y analizados en el texto.

Considero que es necesario un trabajo que cuestione y dude de las verdades médicas sobre el parto y el embarazo porque para cambiar este modelo de atención, y que el nacimiento de nuestros hijxs y nuestros partos sean verdaderamente los días más felices de nuestra vida, se requiere de un análisis que contemple estos procesos como construcciones sociales, históricas y políticas. Entender que el embarazo es nuestro, tanto como nuestra vida, es hablar claro y en alto anunciando una verdad incómoda. Nadie quiere saber que cuando cree hacer el bien puede estar haciendo daño y nadie quiere enterarse que, voluntaria o involuntariamente, en quien pone una confianza ciega puede, por acción u omisión, causar también mucho daño.

Tuvieron entonces que pasar 5 años después de mi primer parto y un año después de la segunda experiencia para que me atreviera a “pensar y abrir grietas en la seguridad de lo ya pensado” como apunta Sibila en el epígrafe y me atreviera a imaginar nuevas preguntas. Así, la pregunta central que motiva mi investigación es: ¿mediante qué dispositivos¹³ y

a recursos sociales, económicos y simbólicos, en detrimento de otro grupo que ve sus necesidades insatisfechas (La Parra, D.; Tortosa, J. 2003).

¹³ El concepto “dispositivo” lo utilizo en el sentido foucaultiano – como el conjunto y ensamblaje de discursos y tramas del saber-poder que producen subjetividades e incentivan, promueven y dan sentido a ciertas prácticas (Foucault, M. 2009; Ortiz, N. 2010)

lógicas se naturalizan los discursos¹⁴ y las prácticas que posibilitan y normalizan el ejercicio de la violencia obstétrica?

Para responder a mi pregunta realicé siete entrevistas a profundidad, que he llamado historias de embarazo y parto, donde cada entrevistada tenía la posibilidad de hablar y reconstruir libremente su proceso y adicionalmente una sesión de grupo de tres mujeres o triada. No utilicé ningún criterio de exclusión en la escogencia de estas diez personas, puesto que, como en mi caso, la violencia obstétrica está tan naturalizada y normalizada que es posible que no sea reconocida. En todos los casos analizados, encontré escenarios donde se producían y reproducían los mismos procedimientos, inmersos en un mar de lógicas donde la administración del miedo es el principal elemento que garantiza el consentimiento “desinformado”¹⁵. Aunque inicialmente pensaba que la violencia obstétrica institucional estaba tan naturalizada que las mujeres no teníamos las herramientas para reconocerla, lo cierto es que todas las participantes reconocimos varias de sus características, cuestionamos y nos burlamos del modelo y criticamos los tratos recibidos, sin embargo y tristemente, como pretendo mostrar en este trabajo, la resistencia no es una empresa fácil.

Mi investigación no ha pretendido mostrar las diferencias que tiene la atención del embarazo y parto según variables de clase, raza, región y etnia, aunque reconozco que son elementos interseccionales que tienen una relevancia que se manifiesta y materializa en el incremento de tratos “irrespetuosos” y negativas a procedimientos y exámenes muchas veces necesarios. En este sentido, este es un trabajo que queda pendiente y que se percibe como urgente y necesario en un contexto como el colombiano.

Así mismo, mi trabajo trata sobre la atención del parto institucional, por lo que se centrará en el contexto urbano colombiano, particularmente el bogotano, y no tanto en el rural, ya

¹⁴ Con discursos me refiero a un grupo de ideas o redes de significados que emergen en un contexto histórico y social específico. Para Michel Foucault, los individuos son constituidos discursivamente, ya que los discursos producen subjetividades y dan sentido a ciertas prácticas. (Díaz-Bone, R. et al 2007)

¹⁵ He encontrado que la información que se ofrece a las mujeres gestantes y parturientas es insuficiente o es manipulada en ocasiones para lograr la firma del requisito legal del consentimiento informado. En este sentido, la información no incluye los pros y los contras de cada procedimiento, requisito fundamental para la toma de decisión, sino solamente información que permite salvaguardar legalmente al personal y las instituciones de posibles demandas legales bajo el supuesto de que la paciente conocía los riesgos de la intervención.

que allí no hay una hegemonización de la atención biomédica institucional del embarazo/parto, y muchos partos son atendidos por partexs, incluso cuando las embarazadas acuden a los programas de control prenatal (Hernández, D. 2008).

El criterio para elegir el número de personas entrevistadas fue dictado por la saturación de información, es decir, al constatar que las historias empezaban a repetirse y no arrojaban datos nuevos para el análisis. Esta saturación es coherente con el hecho de que las prácticas y procedimientos rutinarios o protocolos de atención del parto institucionales se repiten en los embarazos-partos hospitalarios de manera similar.

Como podrá ver el lector o la lectora, algunas características psicosociales de las gestantes son interpretadas como meros marcadores de riesgo en el embarazo. Edad, nivel educativo, clase social o estrato, afiliación al sistema de salud, estado civil, raza, etnia, entre otros, son los datos que ofrecen al sistema y al personal de la salud, una caracterización sobre el nivel de riesgo del embarazo, siendo las características demográficas que más frecuentemente se convierten en el marco legitimador de la violencia sobretodo verbal y simbólica. Tener sus hijxs muy joven o muy mayor, tener varios hijxs, directamente relacionado al nivel socioeconómico, nuestro nivel educativo y estado civil entre otros, legitiman la aparición del juicio de valor de índole moral que hacen parte importante de la violencia obstétrica.

De esta manera, decidí que la inclusión de un cuadro o aparte, con estas características demográficas, exponía a estas mujeres y a mí misma a dicha maquinaria del juzgamiento, que funcionaría de manera contraria a mi objetivo en esta investigación, que fue desnaturalizar la violencia en la atención y el trato. Me pareció que de esta manera nos ofrecíamos al lector o la lectora como dueñas de nuestros embarazos partos, sin quedar reducidas a meros factores de riesgo o datos cuya interpretación propicia la crítica, porque precisamente mi argumento es que cualesquiera sean las circunstancias que han llevado a una mujer a parir, se le debe ofrecer una atención bajo el principio del respeto, sin que nuestra edad, nuestra clase social, la afiliación al sistema de salud o nuestro estado civil etc. intervenga en el trato que se nos da.

Por esta razón y mi postura ética, expongo a ustedes las críticas que hacemos de la atención de nuestros embarazos y partos, sin ofrecerles los datos que pueden percibirse o interpretarse como justificantes. Porque si bien muchas intervenciones rutinarias, evaluadas

en este trabajo como parte de la violencia obstétrica, hacen parte de los protocolos institucionales obligatorios, la crítica y la alusión al evento placentero que desencadenó el embarazo y el parto, o los castigos por estar pariendo siendo menor de edad, o por no estar casada, o por tener varios hijos, etc. no se derivan de protocolos, sino de posiciones de poder y de la interpretación cultural de esos datos demográficos.

En principio, quise incluir en la investigación la participación del personal médico, pero el tema hizo que mis peticiones fueran rechazadas por argumentos de tiempo y, creo yo, por sensibilidad ante el tema. Lo mismo sucede con un trabajo etnográfico en algún hospital, tareas que no pudieron realizarse por cuestiones de tiempo.¹⁶ Esta parte de la investigación, por lo tanto, continúa a la espera de las debidas autorizaciones institucionales e implicará un esfuerzo futuro.

Aunque no he podido contar con las autorizaciones y las entrevistas formales con el personal médico, mi trabajo como docente en las áreas de antropología de la salud y el género sí me permitió contar con la valiosa información que me suministraron mis estudiantes de medicina y enfermería, aportes que incluyo en este trabajo.

Como mi interés particular tiene que ver con la vivencia del proceso de embarazo y parto con base en la relación con el modelo biomédico, decidí centrarme en la autoetnografía y las historias de embarazo/parto. De igual manera, este trabajo incluye una etnografía sobre la formación de doulas, curso al cual asistí en enero del 2015 y que me proporcionó importantes datos sobre conocimientos “otros” acerca del cuerpo gestante y parturiente.

Por otra parte, incluyo también el análisis del discurso de la cartilla de mi primer embarazo y apartes de dos libros que pertenecieron a mi madre y con los cuales ella se preparó para su primer parto: “Maternidad sin dolor”, de Frederick Goodrich (1966) y “El libro de la mujer” de María Luisa Rocamora (1967).

En mi curso de formación como doula¹⁷ en enero del 2015, la partera nos invitó a preguntar a nuestras madres sobre como fuimos paridas y nacidas, como mi madre falleció en el

¹⁶ Se radicó el proyecto de investigación en el Hospital San Ignacio, sin embargo, por desacuerdos metodológicos fue imposible iniciar el trabajo etnográfico en dicho hospital.

¹⁷ Una doula es una persona, sobre todo mujeres, que acompañan a otras mujeres en los procesos de embarazo, parto, posparto y crianza.

2011, no pude indagar más de lo que ella en vida nos había relatado. Sin duda, el parto que más la perturbaba (de cuatro partos/cesáreas que tuvo) fue el de mi hermana mayor. Recuerdo que siempre lo contaba con rabia y tristeza ya que tuvo una experiencia muy obstétrica que, en palabras de mi abuela, casi acaba con la vida de su hija y de su nieta de una sola vez, por lo que podemos asumir que la violencia obstétrica no es un fenómeno de reciente aparición. Mi madre, quien era española pero vivió la mayor parte de su vida en Colombia, tuvo que parir con un obstetra que no gustaba de la nacionalidad de su “paciente”; el distinguido doctor no tuvo inconveniente en manifestarle que los españoles eran todos unos “flojos” a quienes no les gustaba trabajar, por lo que la dejó en “trabajo” de parto durante dos días, sin ningún tipo de analgesia ni anestesia y, solamente cuando mi hermana estaba a punto de morir, practicó una cesárea de emergencia durante la cual mi madre se despertó¹⁸ vomitando, y relataba haber visto su vientre abierto. Cuando despertó, la invitaron a agradecerle al médico, quien afortunada y heroicamente había realizado la salvadora intervención, puesto que su hija había nacido prácticamente ahogada, y observó lo que siempre describió como una costura de “colchonero” que salía desde su ombligo y llegaba hasta su pubis¹⁹. Gracias a esta primera cesárea, todos mis hermanos y yo nacimos cesareados.

Haber encontrado hace poco los libros con los que ella se preparó para parir me produjo mucha tristeza, ya que sus expectativas y la preparación para su “maternidad sin dolor”²⁰ fueron anuladas con esta experiencia. Y prometía el doctor Goodrich: *“Este libro, tiene como objeto servir de complemento a las normas que os dé vuestro médico, y constituye una guía completa para los meses de embarazo a fin de lograr un parto feliz”* (Goodrich, F. 1966: 10).

Como podrá notarse, mi interés en este tema está anclado a mi historia de vida personal, al haberme visto inmersa dos veces en el sistema biomédico de atención del embarazo-parto-

¹⁸ Antes de la anestesia raquídea y la epidural, se anestesiaba o dormía completamente a las pacientes para una cesárea, sin embargo este método traspasaba la barrera placentaria afectando también al recién nacido.

¹⁹ Hasta hace muy poco la incisión de la cesárea era realizada de manera vertical, ahora se hace horizontal.

²⁰ El libro “Maternidad sin dolor” de Goodrich (1966) tenía escrito de puño y letra de mi madre: María de los Ángeles Sala de Vallana, esperando primer niño, marzo-diciembre del 73.

puerperio y al haber sido una de tantas “mal nacidas²¹”.

No pretendo que mi auto etnografía se convierta en la historia de mi propia corporalidad y vivencia de mis procesos como gestante y parturienta, sino ser consecuente y reconocer que mis propias experiencias pueden constituir un insumo en el análisis y aportar otra vivencia más, aparte de la de las personas que participaron en este estudio y aportaron con sus historias de embarazo-parto. La autoetnografía, como la define Sarah Wall, “ofrece una manera de dar voz a la experiencia personal para avanzar en el conocimiento sociológico” (Wall. S. 2008: 39). Tradicionalmente, el conocimiento y la relación cercana de los que han sido categorizados como “los otros” investigados y el investigador ha sido cuestionada bajo el supuesto de la “contaminación” y de la consecuente pérdida de objetividad. Este supuesto ha sido desmentido desde la reflexividad crítica, que reivindica que el investigador o la investigadora nunca están aislados de los fenómenos que estudian al estar inmersos en un complejo social. En otras palabras, al situar al investigador o la investigadora como un ser producto de las relaciones sociales e históricas específicas de su contexto, se problematizan categorías ontológicas como objetivo-subjetivo y su participación en el proceso de investigación y producción de conocimiento. Habiendo desmentido el dualismo ontológico objetivo subjetivo, pretendo que precisamente sean mis experiencias subjetivas, contrastadas con otras experiencias, las que me permitan abordar y entender este tema con las herramientas corporales y conceptuales que se requieran para ello.

Rescato entonces el papel del cuerpo, las sensaciones y percepciones corpóreas como un recurso que permita el conocimiento, ya que como asegura Ana Sabrina Mora: “Con las técnicas de recolección de la información con las que contamos, (...) es más sencillo conocer las prácticas por medio de las observaciones y comprender las representaciones mediante los discursos, que las experiencias del cuerpo (...) Una vez concluyamos que además del trabajo de campo tradicional se necesita la inclusión del conocimiento corporeizado producido desde la experiencia personal, surgen nuevas preguntas...” (Mora, A: 2009: 15). Mary Luz Esteban (2004) nombra este tipo de análisis como antropología encarnada, otorgándole centralidad a la experiencia corporal y vivencial del investigador o

²¹ Creo que es sugerente para el tema que nos ocupa que en Colombia constituya un insulto llamar “mal nacidxs” o “mal paridxs” a las personas.

investigadora para dar cuenta a profundidad de los fenómenos que se pretende estudiar – ¿De qué manera, si no es dándole centralidad a nuestra experiencia sensorial podemos entender la experiencia de los demás? Así, sólo problematizando y deshaciendo las categorías antes expuestas, y los dualismos cartesianos cuerpo-mente, se puede abordar este enfoque. Sólo reconociendo que las experiencias corporales son parte constitutiva de nuestro “yo en el mundo” podremos rescatar su centralidad en el proceso de producción de conocimiento, siempre y cuando se consiga problematizar los obstáculos de los dualismos filosóficos heredados por las ciencias sociales (Pedraza, Z. 2009).

A lo largo de mi formación como antropóloga y en mis años de investigación, había entendido que mi labor era encontrar la racionalidad, que el ejercicio de la antropología como ciencia era producir conocimiento desde el positivismo que se le exige al ejercicio de toda actividad científica. La premisa era no dejarse contaminar, no involucrarse demasiado, mantenerse al margen en pro de una racionalidad opuesta a la afectividad y a mi propia experiencia en el mundo. Hoy politizo esa búsqueda de racionalidad opuesta a la emotividad y que se deriva de una serie de discursos de poder anclados en los dualismos de naturaleza/cultura, biología/sociedad, cuerpo/mente, emotivo/racional, normal/patológico, entre otros muchos que separan, oponen y jerarquizan a los individuos bajo un sistema de valores del deber ser normalizado. Hoy pretendo dejarme contaminar por la vivencia de mi cuerpo, mis emociones y mi experiencia. Como pretendo ignorar la dualidad, pienso desde y en mi cuerpo, con mi útero, desde mis ovarios, con mis hormonas²² alebrestadas, siempre presentes y en permanente control sobre mi existencia; una existencia que no se deja dividir en la experiencia y que, en adelante, no será controlada ni silenciada en la búsqueda de una racionalidad sobre la que se gesta el ejercicio del poder sobre las mujeres y demás “otros” naturalizados. Precisamente mi propuesta para cambiar el modelo obs-tétrico de parir/nacer, consiste en la ruptura del criterio normalizado de racionalidad opuesta a la afectividad, ya que la negación de los vínculos afectivos en la labor científica imposibilitan la identificación de las sensaciones humanas compartidas y la empatía.

²² Análisis feministas hacen hincapié en la manera cómo los discursos médicos patologizaron a las mujeres de acuerdo a los órganos y sustancias involucradas en la reproducción. De esta manera primero fue el útero como responsable de numerosos desórdenes como la histeria, después fueron los ovarios y, desde el descubrimiento de las hormonas hasta hoy en día, la biomedicina explica el comportamiento femenino según el ciclo hormonal. (Ehrenreich; English. 2010; Tovar, P. 2004).

Dicho esto, me gustaría contagiar con mis hormonas abundantes y descontroladas de emotividad al sistema biomédico institucional y su modelo obs-tétrico y tecnocrático totalmente “descontaminado” y “aséptico” de afectividad, ya que, sin duda, no puedo cambiar el modelo industrializado de la atención en salud, ni alterar el sentido común que naturaliza las relaciones jerárquicas permitiendo la violencia obs-tétrica, pero sí puedo apelar a la empatía de una humanidad compartida, apelar a la capacidad humana de sentir el dolor, la pérdida, la soledad, el miedo, la vulnerabilidad, como sensaciones compartidas por todxs, porque si bien no todxs en el mundo parimos, todxs hemos sido paridxs y, en este modelo, hemos sido y seguimos siendo muy “mal paridxs”.

Capítulo 1 - De sujetos a objetos terapéuticos

1.1 Historia de una desposesión

La dependencia de las mujeres del sistema médico fue ampliamente inducida por la medicalización progresiva, desde el siglo XIX, de los acontecimientos de su vida reproductiva: embarazo, parto, lactancia y menopausia. Esta medicalización resultado del monopolio gradual por parte de los médicos de la atención de la enfermedad tanto física como mental, produjo un tipo de relación entre médicos y mujeres caracterizada en general por ser de dependencia y subordinación. Implicó además una amplia desposesión para las mujeres: desposesión del control de su cuerpo y de una experiencia humana exclusivamente femenina como el embarazo y el parto, desposesión y devaluación de las prácticas y saberes terapéuticos femeninos. Mara Viveros (1995:152).

Antes del siglo XIV, los saberes y poderes terapéuticos se relacionaban con lo femenino. En ese tiempo, la medicina era considerada un saber empírico y, al ser relacionadas las mujeres con la naturaleza por su capacidad gestante, se entendía que ellas poseían ciertos secretos (Viveros, M. 1995). En el siglo XVI aparecen en Europa las primeras reglamentaciones de las prácticas terapéuticas, autorizando exclusivamente a los galenos su ejercicio; sin embargo, esta primera desposesión no fue absoluta, ya que muchas mujeres continuaron (y continúan) ejerciendo estos roles, sobre todo en lo que a salud materno infantil se refiere. En el renacimiento, cuando la medicina se convierte progresivamente en un saber académico, las curanderas y parteras, aisladas de los saberes entendidos como formales, fueron relegadas a las funciones de parteras, oficio que gozaba de poco reconocimiento entre los galenos, por considerarse una labor sucia y poco científica (Hutter, R. 2010). Este último resquicio de saber poder se vio desplazado posteriormente con la aparición de la obstetricia en el siglo XVII, lo que marca la retirada y desposesión de las mujeres de su ejercicio terapéutico legítimo y socialmente reconocido de la partería proceso que se dio sobre todo en el siglo XVIII (Viveros, M. 1995). Así, las mujeres pasaron de ser sujetos terapéuticos para convertirse progresivamente en objetos terapéuticos de la ciencia y la tecnología.

La manera como este proceso se llevó a cabo es sin duda embarazosa, ya que involucró estrategias como la persecución, la eliminación, el exterminio o, en el mejor de los casos, simplemente la descalificación y el desprestigio.

1.2 Cacería de brujas, desacreditación y competencia por el campo

La cacería de brujas coincide en el tiempo con el periodo en el que surge la ciencia, abarca el final de la Edad Media, el Renacimiento, y se extiende hasta el siglo XVII, periodos clave en la edificación de la ciencia moderna. Esto significa que ocurrieron simultáneamente dos fenómenos. Por una parte, la destrucción de una línea de conocimiento: el de las mujeres y, por otra, el nacimiento de otra forma de conocimiento que acompañaría el desarrollo de la civilización occidental, que surge con una marca distintiva: la ausencia de las mujeres. Norma Blázquez (2011: 32)

Los saberes y las prácticas de parteras, comadronas y curanderas, entre otros oficios desempeñados en su mayoría por mujeres, caen bajo la maquinaria poderosa y reduccionista de la dualidad durante la inquisición, es decir, cuando se separan las creencias cultas y altas (alquimia, astrología, nigromancia y herbolaria) de las protociencias, que fueron el foco de exterminio de la empresa inquisidora (partería, curanderismo, yerbatería), calificadas como hechicería y brujería. Es interesante observar que la mayoría de personas condenadas por la inquisición fueron mujeres, estimándose que en Europa el porcentaje de mujeres fue del 75%, llegando a un 90 % en países como Inglaterra, Suiza y Bélgica. Norma Blázquez (2011) analiza en su estudio “El retorno de las brujas: Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia” las labores que estas mujeres realizaban en busca de pistas sobre aquellos intereses religiosos, políticos, económicos e intelectuales que motivaron su descalificación como personajes peligrosos, al punto de percibirse necesaria su aniquilación. Blázquez encuentra en su análisis que la mayoría de estas mujeres eran parteras, curanderas, nanas, cocineras y perfumistas y tenían en común el manejo de ciertos conocimientos que competían, bien sea con la religión y su deseo de monopolizar el campo de la salud y los nacimientos, o con las ciencias incipientes por el conocimiento de las técnicas químicas de destilación y extracción utilizadas por los alquimistas de la época (Blázquez, N. 2011), por lo que mujeres hasta entonces consideradas sabias fueron perseguidas, acusadas y aniquiladas, entre otras cosas, por celo o envidia profesional o por competencia en el campo.

Además de esto último, debe también considerarse la importancia del control de la natalidad para la iglesia y los Estados Nación, como apunta Silvia Federici (2004):

...la principal iniciativa del Estado con el fin de restaurar la proporción deseada de población fue lanzar una verdadera guerra contra las mujeres, claramente orientada a quebrar el control que habían ejercido sobre sus cuerpos y su reproducción. Esta guerra fue librada principalmente a través de la caza de brujas que literalmente demonizó cualquier forma de control de la natalidad y de sexualidad no-procreativa, al mismo tiempo que acusaba a las mujeres [parteras] de sacrificar niños al Demonio (Federici, S. 2004: 135).

La necesidad de encontrar responsables por la gran cantidad de muertes en el nacimiento y de excluir a las mujeres parteras y curanderas de estos campos competidos, hacía que “las mujeres que ayudaban a traer niños al mundo, a diferencia de los hombres que lo hacían, corrieran el riesgo de ser acusadas de brujería en caso de que algo fuera mal. Se ha dicho que muchos de los juicios por brujería fueron instigados por hombres que trataban de apoderarse del negocio de la obstetricia” (Hutter, R. 2010: 35).

Siendo objeto de criminalización y persecución la partería, las mujeres que continuaron con el oficio en los siglos XVI y XVII fueron objeto de campañas de desprestigio y desacreditación por parte de su competencia – galenos, barberos y parteros competían por ganar prestigio en un campo donde las mujeres mantenían el dominio. En esta época, las parturientas preferían la atención de parteras por considerarlas más aptas por su experiencia acumulada o por vergüenza a exponerse a la mirada masculina durante el parto. Incluso se entendía que los hombres solamente entraban en los partos en caso de que se produjera alguna muerte (Hutter, R. 2010).

El primer libro impreso sobre el embarazo y el parto, “Jardín de rosas para las parteras y mujeres en cinta”, data de 1513 y es de autoría del alemán Eucharius Rosslin. Este texto fue todo un éxito durante dos siglos, siendo traducido a cinco idiomas a pesar de que la información, ilustraciones y recomendaciones incluidas en el libro eran de prácticas ya desactualizadas para el siglo XVI e incluso desaconsejadas por las parteras (como introducir una mezcla de excremento y bilis de vaca junto con varias hierbas en el útero de una mujer para extraer un feto muerto, práctica que se remonta al año 100 de nuestra era). Este libro es considerado por medievalistas e historiadores como central en la

desautorización de las parteras en el oficio de la obstetricia, ya que desaconsejaba abiertamente a las parturientas la ayuda de parteras en favor del ejercicio de especialistas del género masculino²³ (Hutter, R. 2010).

Este proceso se relata de la siguiente manera en textos de obstetricia de mediados del siglo pasado, donde se muestra que la labor de las parteras es entendida como producto de la superstición y no como una actividad entendida como “verdaderamente científica”:

En la remota antigüedad, debió suceder lo que vemos todavía en los pueblos primitivos y salvajes, es decir, que las mujeres ancianas por su experiencia personal, son las que aconsejan y prestan ayuda a las jóvenes; ciertos preceptos adquiridos empíricamente y más aún, una serie de costumbres y supersticiones, representan todo el caudal de conocimientos que ellas aportan (...) las comadronas limitaban toda su ayuda a consejos y palabras de consuelo (...) Así con el tiempo llegaron los médicos a hacerse reconocer ante sus rivales del otro sexo, como capaces de prestar auxilio en los casos de necesidad obstétrica y acumulando gran experiencia práctica y libres de muchos prejuicios comenzaron, más pronto de lo que pudiera creerse, a llevar a cabo una tarea verdaderamente científica. (Goodrich, F. 1966: 11)

Aunque se esperarí­a que estas lógicas de persecución, exterminio y desacreditación hubieran ya desaparecido para hacer parte del embarazoso pasado de la competencia por el campo de la atención del parto, hay manifestaciones recientes en España, donde se presentaron informes que pretenden la persecución y criminalización de las doulas, los cuales resultan particularmente interesantes para ilustrar las formas de competencia de los saberes, y cómo la existencia de conocimientos y modelos “otros” de atención del embarazo-parto son una respuesta a modelos hegemónicos que se perfilan como incontestables.²⁴ En este sentido, el poder no existe si no hay mecanismos de contestación,

²³ El libro incluye poemas como consejo a las parturientas donde se insulta y desprestigia el oficio de las parteras: “Y hablo aquí ahora de las parteras, todas ellas cabezas huecas, cuya terrible negligencia trae al mundo niños sin inteligencia. Así pues en todas partes vemos asesinatos oficiales, qué duda tenemos”. (Hutter, R. 2010: 29).

²⁴ En el 2015 se presentó un informe del consejo de enfermería español que ataca directamente el oficio de las doulas. El informe menciona la invasión, por parte de las doulas, de las competencias de las matronas (enfermeras especializadas en la atención de partos) y médicos. Este informe, cargado de estereotipos culturales sobre saberes otros (calificados como no saberes), constituye una clara defensa del campo científico de la atención del embarazo-parto-puerperio basada en la deslegitimación, subvaloración y exotización del exterior constitutivo de la biomedicina. Para ello, se recurre, bajo el amparo de la legitimidad de la que goza el campo científico, a una forma de competencia desleal, donde se acusa formalmente al gremio de doulas y parteras tradicionales de prácticas exotizadas, peligrosas y construidas como salvajes (como el canibalismo, por ejemplo) con el objeto de criminalizar y perseguir su práctica por constituir “un grave riesgo para la salud de las mujeres y los niños”. La calificación de las doulas como “personajes siniestros” construye una otredad peligrosa, descalificándola ya no solo por relacionarla con un no saber empírico y no formal, sino como el producto peligroso de la superstición y el salvajismo. La competencia en este contexto se manifiesta

o modelos “otros” que lo contrarresten, ya que si así fuera, se trataría de mera y plena dominación (Foucault, M. 2009).²⁵

Así, adquiere relevancia la afirmación de una doula y partera quien, refiriéndose a los reconocimientos y cursos fomentados por el Estado y el Ministerio de Salud y Protección Social manifestó: “no me gustan nada esos reconocimientos porque la forma en que opera eso siempre ha sido que nos reconocen, así nos identifican y nos eliminan” (fragmento diario de campo de una conversación personal con María, partera y doula. Enero 2015). En suma, el modus operandi de identificación y eliminación no es una novedad, por el contrario, se trata de una práctica sistemática que mantiene una coherencia histórica.

1.3 El nacimiento de la obstetricia

Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» (como en los sueños alquimistas de los magos renacentistas). Con este cambio empezó también el predominio de una nueva práctica médica que, en caso de emergencia, priorizaba la vida del feto sobre la de la madre. Esto contrastaba con el proceso de nacimiento que las mujeres habían controlado por costumbre. Y efectivamente, para que esto ocurriera, la comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre tuvo que ser expulsada de la sala de partos, al tiempo que las parteras eran puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres. Silvia Federici (2004: 137).

El modelo científico, sobre el que descansa la legitimidad del saber poder sobre el cuerpo en embarazo, comienza en el siglo XVII (Foucault. 2007; Viveros. 1995; Hutter, 2010),

abiertamente bajo la separación de los quehaceres que debería cumplir cada quien. En las afirmaciones expuestas en este informe puede verse el deseo de separar la actividad profesional de las matronas y obstetras (quienes deberían gozar del monopolio del cuerpo gestante, parto y puerperio), de aquellas competencias que tendrían las doulas y las parteras tradicionales quienes, en ausencia de título profesional, solamente podrían ocupar o realizar quehaceres domésticos (naturalizados como de dominio de mujeres sin debida y científica instrucción), es decir, ayudando en las “faenas del hogar”, mientras la puerpera se recupera. Para más información consultar: <https://www.youtube.com/watch?v=IWOOKff0ew> y <http://www.informedoulas.com/documents/dossier-prensa-informe-doulas-2015.pdf> revisados el 24/01/2016

²⁵ Para ver otros modelos y formas de concebir el parto en el mundo ver: De Maistre, Gilles. (2006) “El primer grito”. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JzYDq-nUblw> (Consultado el 24/01/2016).

alrededor de 1601, cuando el galeno Duval escribía sobre la importancia de que los médicos manejaran el embarazo y especialmente el parto en pro de la salud de las mujeres y los niños, futuro bien y materia del estado. Este es el punto en el que se inicia el papel del médico en el cuerpo gestante y los inicios de la clínica sexual y reproductiva antes no contemplados por los tabús que sobre el cuerpo femenino existían: “Las mujeres son preciosas porque reproducen; los niños son preciosos porque representan una población, y ningún “vergonzoso silencio” debe impedir conocer lo que permitirá justamente salvar esas existencias” (Foucault, M. 2007: 76-77).

Aunque es en el siglo XVII que se formaliza la obstetricia, ya en el siglo XVI muchos barberos y galenos se dedicaban al oficio de parteros, aun cuando sus servicios no fueran muy requeridos, así, “...la industria del parto no cambió por completo hasta la llegada de las herramientas obstétricas” (Hutter, R. 2010:29). La más importante de estas herramientas es el fórceps obstétrico,²⁶ que impulsaría la fama de los varones dentro de los escenarios de parto: el éxito del fórceps radica en que antes de su invención, cuando un parto no lograba producirse porque al bebé se le dificultaba salir, los médicos procedían a desmembrarlo dentro del útero para así poder sacarlo pedazo por pedazo y salvar la vida de la madre: “los médicos tenían a su disposición un auténtico arsenal de artefactos espeluznantes para enganchar, apuñalar y destrozar a un bebé remolón; muchas de estas herramientas guardaban una inquietante similitud con los instrumentos de tortura medievales” (Hutter, R. 2010: 33). Este invento revolucionario fue el primero entre una larga lista de instrumental que aparecería con los años, reconociéndose la manera como “la familia del fórceps pone de manifiesto cómo los médicos emplearon los instrumentos ginecológicos para convertir el proceso natural del parto en un asunto médico. Y también da fe de cómo, desde finales del siglo XVI, desarrollaron la especialidad de la obstetricia” (Hutter, R. 2010:31-32). Es precisamente la utilización de instrumentos por parte de los galenos lo que obligó a promover la postura supina, ampliamente conocida como la

²⁶ Inventado en 1631 por Peter Chamberlen, sólo hasta 1813 los nuevos habitantes de la mansión de Chamberlen encontraron el fórceps escondido bajo el suelo de su casa: “la herramienta por la que médicos, parteras y mujeres llevaban suspirando desde finales del siglo XVI. Resultaba que estas abrazaderas envueltas en misterio durante tantos años no eran más que dos cucharones de servir sopa unidos por un cordel” (Hutter, R. 2010: 41).

posición reglamentaria para los partos institucionales, ya que facilita la visibilidad del/la médico/a y la utilización cómoda del instrumental.

Desde finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, la medicina va acaparando gradualmente el manejo de la enfermedad y la salud en todas sus áreas. A lo largo del siglo XIX, las mujeres se convirtieron en objeto de estudio de las ciencias médicas y muchos prejuicios de la época fueron legitimados como saberes científicos. Así, la interpretación de las mujeres como eternas enfermas, producto de la “naturaleza frágil femenina” hacía que su vida y sus procesos fueran descritos como dolencias que podían desembocar en peligros, amenazas y enfermedades de diversa índole como alteraciones nerviosas (Viveros, M. 1995; Ehrenreich, English, 2010). Estas interpretaciones y discursos persisten hasta nuestros días y son ampliamente difundidos e interiorizados por las mujeres – ejemplo de ello son los comerciales de televisión donde la menstruación y la menopausia provocan “síntomas” como alteraciones nerviosas, dolores, peligros, vergüenzas, entre otros.

A finales del siglo XIX y principios del XX, las madres fueron progresivamente sobrevaloradas al dejar las guerras sumergida a Europa en una grave emergencia poblacional. En consecuencia, la maternidad pasa de ser un asunto “privado” para convertirse en un asunto social, público y biopolítico (Viveros, M. 1995). De esta forma, se desarrollan la puericultura y la pediatría y las madres comienzan a verse como seres centrales en la educación, cuidado y formación en valores morales de los nuevos ciudadanos en las sociedades atravesadas por los discursos del higienismo. Ser mujer se convirtió entonces en sinónimo de ser madre y sobre sus hombros descansaba, en gran medida, la responsabilidad y el peso de todos los estados nación (Facundo, A. 2006; Palacios, I. 2003).

1.4 El discurso de riesgos y la patologización del embarazo/parto

...mientras que en un principio el parto concentraba todos los esfuerzos medicalizadores, más tarde va a ser el embarazo mismo lo que se convierte en centro de atención por parte de los médicos. Esta diferencia de acento coincide con una transformación de la concepción de la maternidad. Mientras que en el siglo XVIII la maternidad venía denominada por el sufrimiento –cuyo exponente máximo

eran los dolores del parto— hoy la maternidad viene caracterizada por el riesgo —y será el embarazo el lugar idóneo de su control. Elixabete Imaz (2001: 101)

La medicalización de la sociedad (Crawford, R. 1999; Illich, I. 1975; Zola, I. 1999) es un fenómeno que atraviesa no solamente el embarazo y el parto, sino que además puede verse en la influencia que el cuerpo de los saberes médicos ejerce en la sociedad en pleno. Por ello, Irving Zola (1999) describe la medicina como una de las principales instituciones de control social cuyos componentes ideológicos y su alianza con los diferentes estados nación han facilitado su hegemonización.

El embarazo ostenta la categoría de un fenómeno “natural” y “normal” pero con muchos riesgos, lo que lo sitúa con mucha facilidad dentro de la categoría de “enfermedad/patología”. Por ello mismo, el embarazo ha sido patologizado dentro de la medicina, lo que permite su administración. El discurso que relaciona el parto y el embarazo con el riesgo es el pilar que justifica la atención biomédica y hospitalaria del embarazo y parto (Camacaro, M. 2009; García, D. et al 2010; Gutman, L. 2007; Montes, M. 2012; Sadler, M. 2004). Esta conceptualización es, a mi juicio, un punto de inflexión en la desposesión de la práctica legítima y socialmente reconocida de modelos “otros” de la atención del parto. Al rastrear la emergencia de la obligatoriedad de la atención médica y hospitalaria del embarazo y el parto, puede encontrarse que, en la España de mediados del siglo pasado, por ejemplo, las publicaciones médicas veían el parto como: “un acto sucio” o “una función cruenta, brutal y arriesgada” (Montes, M. 2012: 201), mientras que las matronas,²⁷ quienes atendían la mayoría de los partos y solamente buscaban a los médicos al final de los mismos o ante complicaciones que califican como raras, hablan de su normalidad y de la “psicosis” colectiva generalizada que existe en la actualidad sobre un proceso que, en la mayoría de los casos, se da sin complicaciones.²⁸ De esta manera, puede rastrearse la emergencia del discurso de embarazo/parto con riesgos (como es siempre

²⁷ Las matronas en España son enfermeras especializadas en la atención de los partos.

²⁸ En este sentido una matrona afirma: “si los partos hubieran sido tan difíciles como son ahora, se me hubieran muerto todas y te digo que no se ha muerto nadie”, asegurando que “no se puede comparar la sicosis y el miedo que tienen ahora a lo que tenían antes. No tenían nada” (Isabel)” (Montes, M. 2012: 201)

conceptualizado por la biomedicina):²⁹ “Así, para los obstetras “no existe parto que se verifique sin peligro ni perjuicio para la madre y la criatura. ¿Quién duda de que todos los fetos corren un riesgo al nacer y sufren siempre un traumatismo?” (Montes, M. 2012: 202).

La emergencia del discurso de riesgos en el embarazo-parto, que anuncia la obligatoriedad de la intervención biomédica si se desea un embarazo y parto seguros ocurre mediante la competencia y desacreditación de las parteras y matronas de la época, quienes fueron obligadas a atender todo el trabajo de parto y llamar al médico solamente al momento del alumbramiento: “Nosotras hacemos el trabajo y ellos se llevan los laureles” explicó Pilar, asociando esta situación con diferencias económicas significativas. Se aprecia que “las mismas tareas pueden ser nobles y difíciles cuando son realizadas por unos hombres, o insignificantes e imperceptibles, fáciles y triviales, cuando corren a cargo de las mujeres”. (Montes, M. 2012: 202).

1.5 Hegemonización de la atención biomédica del embarazo y el parto en Colombia³⁰

En la década de 1980 y 1990 el sistema de salud colombiano estableció una relación estrecha con las parteras, quienes atendían la mayoría de los embarazos/partos, basada en su formación sobre las nociones de asepsia y antisepsia pero, además, se les confirió la labor de convertirse en puentes entre sus comunidades y el sistema de salud nacional, para que fueran ellas quienes incentivaran el ingreso de las gestantes en los programas de control prenatal y de crecimiento y desarrollo infantil. Estos vínculos se rompieron a mediados de la década del 90, cuando el sistema de salud encuentra que la capacitación de las parteras, y su labor como puente de la comunidad y el sistema de salud no redujo las tasas de muerte materna y perinatal y que las gestantes, si bien acudían a los controles prenatales, preferían la asistencia de las parteras durante el parto (Hernández, D. 2008).

Paralelamente, ante las altas tasas de muerte materna e infantil, sobre todo en los países en “vía de desarrollo”, las Naciones Unidas incluyen esta temática entre los ocho objetivos del milenio. En este punto, el embarazo y parto comienzan a ser materia biopolítica del estado

²⁹ En el modelo biomédico **todos** los embarazos ostentan alguna categoría de RIESGO (bajo, medio, alto o muy alto).

³⁰ En algunas regiones del país, sobre todo en contextos rurales, muchas personas prefieren la atención de parteras para sus embarazos/partos, de forma que allí y en ciertos contextos urbanos no hay hegemonía en la atención médica institucional del embarazo/parto.

colombiano, cuando el país se suma y acepta los objetivos de las Naciones Unidas en la reducción de la mortalidad infantil (objetivo 5) y el mejoramiento de la salud materna (objetivo 6). La idea era reducir la tasa de mortalidad infantil a las dos terceras partes de la cifra registrada en cada país en 1990: “Para alcanzar este objetivo se estableció un lapso de tiempo que inició en 1990 y terminará en 2015” (Ardila, D. 2012:43) –al momento de escritura de este texto.

La primera encuesta nacional, que se repitió cada cinco años para constatar los resultados de las políticas en el cumplimiento de los objetivos del milenio, incluyó datos de la encuesta de 1990, que registró que la tasa de muerte infantil en la década de 1980 (hasta 1990) alcanzó el 40%. Otro elemento que movilizó el interés de las políticas del estado hacia el cuerpo en embarazo y la atención del parto fue la adhesión de Colombia a las propuestas del plan de acción regional para reducir la mortalidad materna en las Américas, propuesto durante la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 (Ardila, D. 2012).

Estas preocupaciones sobre la niñez y el embarazo en el contexto internacional movilizaron localmente intereses políticos, científicos, tecnológicos y educativos que se manifestaron en un interés creciente por controlar y hacer seguimiento a los embarazos por parte de la autoridad médica. Por ello, se promovieron iniciativas como el decreto 0534 de 1985 del Ministerio de Educación, que obligaba a los estudiantes desde grado noveno a un servicio social denominado Frente Social Juvenil para la Supervivencia de la Infancia, cuyo objetivo era realizar “actividades coordinadas por el Ministerio de Salud y por el Ministerio de Educación Nacional tendientes a: 1- Promover la educación para la salud de las familias en la prevención y control de las enfermedades más comunes que son causa de los altos índices de morbilidad y mortalidad infantil. (República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional 1985)” (Ardila, D. 2012: 44).

Los estudiantes que conformaban este frente recibían veinte horas de entrenamiento para desarrollar e implementar dicho accionar en temas donde la salud materna e infantil ocuparon un lugar central; así, en los textos escolares de la época se consigna, por ejemplo, que:

En la mujer el embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia y control médico para proteger la salud de la madre y la del feto, y en esta forma prevenir la

mortalidad perinatal (...), ojalá tan pronto como la mujer supone que está embarazada debe acudir a una institución de salud para que el médico confirme el diagnóstico de embarazo, la examine y valore el riesgo o probabilidad que tiene la gestante de sufrir algún daño que afecte su salud, la vida de su hijo o la de ambos (...). La prevención de la mortalidad perinatal se logra mediante tres mediadas: Que la mujer tenga su primer control médico antes del quinto mes de gestación; que se valore el riesgo que corre la mujer durante la gestación y el parto; que todo parto clasificado como de alto riesgo sea atendido en una institución hospitalaria (Leucona citado en Ardila, D. 2013: 45).

Así, vemos instalarse un sentido común alrededor de 1985, y sobre todo en la década de 1990 que relaciona embarazo con riesgo – embarazos de bajo, medio y alto riesgo hacen su aparición en la arena nacional y la gestación deja de percibirse como un evento seguro. Como he mencionado, el discurso de los riesgos en el contexto mundial da cabida al seguimiento y control de la triada embarazo-parto-puerperio por parte del sistema biomédico. Adquiere así la lógica de “obligatoriedad”, de necesidad auténtica por parte de toda gestante el revisarse y ceñirse a los tratamientos e intervenciones normalizadas como adecuadas y saludables para el “normal” desarrollo de la gestación que fomenta el sistema biomédico. Esta lógica es ampliamente exigida dentro de los ocho objetivos del milenio, donde se especifica la importancia de ampliar la cobertura de atención especializada del embarazo y parto para que toda mujer reciba cuidado y atención médica durante estos procesos³¹.

Dolly Ardila (2013) menciona cómo la sexualidad del cuidado es relacionada con las mujeres durante la década del 90, así como ser mujer se convirtió en sinónimo de ser madre. La autora encuentra esta relación reflejada claramente en los textos escolares de la época, además del énfasis en la promoción de la atención de estos procesos por parte de los médicos; así, acudir al médico se convierte en una actitud responsable y amorosa de una madre hacia su hijx. Una madre responsable, comprometida y amorosa acude y obedece a su médico, como reza un texto escolar: “La falta de cariño afecta a los niños, bríndele todo su amor desde la gestación y prepárese para su parto en la forma indicada por el médico. Si le recomienda tenerlo en el hospital hágale caso, por la salud de su hijo” (Lecuona, citado en Ardila, 2013: 46).

³¹ A pesar de estos esfuerzos, y del incremento de embarazos controlados y partos atendidos institucionalmente, Colombia no cumplirá este objetivo del milenio a causa de la profunda inequidad y las dificultades de accesibilidad a la atención médica (Gutiérrez, M. 2015).

Adicionalmente a lo ya analizado, es fundamental tener en cuenta los intereses políticos y económicos que se movilizan alrededor de la reproducción, el nacimiento, el embarazo y el parto, ya que la mortalidad materna e infantil constituye un referente básico en la calificación de desarrollo de un país:

Hoy en día el tema de la morbilidad materna es una cuestión de gran importancia, no sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación de economistas, políticos, académicos y en general de toda la sociedad y el Estado; debido a su impacto en los índices de desarrollo de cada uno de los países y en indicadores fácilmente medibles, como el índice de desarrollo humano y los índices de desigualdad que reflejan la importancia de estos temas dentro de las prioridades de una nación desarrollada o en vías de desarrollo. (Cortés, D. 2010: 1)

Colombia se raja en mortalidad materna (y otros objetivos) una vez cumplido el plazo para el cumplimiento de los ocho objetivos del milenio. Se estima que entre 859 y 895 maternas mueren por año y:

...hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres (Carrillo, A. 2007: 75).

Es sugerente y preocupante observar que las zonas del país donde se presenta un mayor índice de mortalidad materna son la Amazonía/Orinoquía y la zona del pacífico, ambas con una elevada población de minorías étnicas: “Mientras el 31% de la población que no pertenece a las minorías en Colombia no tuvo acceso a servicios de salud, esta proporción fue igual a 48% en el caso de las minorías étnicas y raciales (población afro-colombiana e indígena)” (Carrillo, A. 2007:77).

Así, entre mayor sea el índice de pobreza y de inequidad, mayor será la proporción de muerte, no solo materna, sino también infantil. Aunque muchas muertes maternas suceden por falta de acceso a una adecuada atención sanitaria, otras se producen por consecuencias

derivadas de la iatrogenia³² (Camacaro, M. 2009): “Las causas de las muertes maternas pueden ser obstétricas directas e indirectas. Las directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas” (Carrillo, A. 2007:79).

Encontramos entonces que alrededor de la reproducción, el embarazo y el parto se movilizan intereses políticos, económicos y sanitarios que han influenciado y promovido el embarazo como una categoría, que aunque no se califica abiertamente como patológica, es conceptualizada como riesgosa y por ende, peligrosa. Esto ha propiciado un ambiente de fomento de la atención hospitalaria del parto, manifiesto en iniciativas como la del Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna³³ (2003) del Ministerio de Protección Social, donde se exige y reglamenta la obligatoriedad y necesidad de controlar, manejar y atender la mayor proporción de embarazos y partos posible.

Aunque es loable el deseo de hacer llegar una atención de calidad a todas las gestantes, estos planes de choque han sido criticados fuertemente al considerarse poco realistas y alejados de las necesidades y condiciones de nuestro contexto: “desafortunadamente un plan de choque para realizar en tan corto tiempo, sin contar con recursos financieros suficientes que lo hagan eficiente y eficaz, y sin una cabeza que monitoree su progreso, no deja de ser un documento más de los muchos que se guardan en las vitrinas de los organismos de salud para coleccionar polvo con el paso de los años” (Carrillo, A. 2007:83).

Estas exigencias en países como Colombia, donde la cobertura³⁴ y la oferta sanitaria son insuficientes, posibilitan escenarios donde la atención del parto hospitalario parece una auténtica “fábrica de bebés” – las parturientas entran en una especie de cadena de producción, donde la lógica es la de atender al mayor número de parturientas en el menor

³² Iatrogenia hace referencia a los problemas de salud y enfermedades derivadas del accionar de la medicina, ya sean los efectos adversos de algunos medicamentos, las lesiones por intervenciones o los errores de los profesionales de la salud.

³³ El Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna del Ministerio de Protección Social (2003) está disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.2.pdf> (Consultado el 24/01/2016)

³⁴ “La cobertura del sistema de salud sigue siendo muy baja. Casi el 40% de la población total no está afiliada y durante los últimos años se empeoró la situación hospitalaria, en particular por la precariedad de recursos y servicios, aspectos que no permiten generar un clima de optimismo respecto a la mejora de la situación de la maternidad en nuestro país” (Carrillo, A. 2007:83).

lapso de tiempo y al menor costo posible, sin prestar demasiada importancia en la calidad de la experiencia de estos partos. Este modelo tecnocrático del nacimiento (Davis-Floyd, R. 1993) o el modelo industrializado del parto (Gutman, L. 2007) están presentes sobre todo en países calificados como “subdesarrollados”, lo que ha implicado que algunos países latinoamericanos hayan empezado a promulgar leyes contra la violencia obs-tétrica.

Capítulo 2. Violencia obs-tétrica

Me refiero al nacimiento industrializado, vivido tanto desde el lugar de la parturienta como desde el lugar del bebé: ambos manipulados, cortados, separados, pinchados, abandonados, violentados, medicados, anestesiados, monitoreados, vigilados y filmados. (Gutman, L. 2007:22) (...) el sufrimiento se hace presente cuando los partos son conducidos y las mujeres somos infantilizadas, maltratadas, pinchadas, cortadas, abandonadas humilladas y tratadas como un cuerpo funcional que tiene la obligación de responder al resultado esperado. Aparece confusamente cuando somos acostadas en posición dorsal (boca arriba) con los pies atados y los genitales al descubierto, recibiendo órdenes incomprensibles y amenazas sobre el tiempo de descuento antes de ser castigadas con una cesárea. Así, el sufrimiento puede ser insoportable aunque la anestesia borre todo dolor físico. Laura Gutman (2007:72).

La atención de la salud de las gestantes está atravesada por diferentes discursos y relaciones de poder que se materializan en un tipo de violencia doble: aquella que se ejerce sobre las mujeres por su relación de subordinación en base al género y la que se deriva del saber poder del acto médico e institucional. Ésta es la conocida como violencia obstétrica, invisibilizada por sus actores en la atención del embarazo y el parto particularmente – invisibilización que hizo que yo saliera del hospital dos veces agradecida y convencida de que todo cuanto se hizo era lo mejor para mí y para mis hijos, y que hace que mi caso se repita de manera sistemática día tras día sin ningún cuestionamiento en la práctica obstétrica e institucional.

Es importante considerar que los discursos no recaen de la misma manera en todas las mujeres, ya que dependen de interpretaciones sociales, por ello, varían dependiendo de aspectos como el nivel socioeconómico, la edad, la raza, el contexto, la región y el número de partos anteriores. En este punto es importante la noción de interseccionalidad, entendiendo que la categoría de género nunca funciona de manera independiente y que tiene profundas conexiones con otros ejes de poder que se inscriben sobre los sujetos (Hill-Collins, P. 2012; Kerner, I. 2009).

La violencia obs-tétrica es entonces un tipo de violencia de género e institucional invisibilizada que se ejerce sobre las gestantes y sus hijxs durante el embarazo, en el parto y el puerperio. Lo complicado de la visibilización de la violencia obs-tétrica es que es un tipo de violencia autorizada y legal que se ha normalizado a tal punto que muchas mujeres que

pasamos por ella, como es mi caso, no lo sabemos sino hasta tiempo después de ocurridos los hechos o, incluso a veces, nunca nos atrevemos a analizar nuestra vivencia críticamente y a cuestionar la normatividad impuesta para nuestros embarazos y partos.

Un elemento crucial de este análisis es el conocimiento autoritativo o conocimiento autorizado, definido como el reconocimiento social se le da lxs médicxs y a la medicina para la intervención en los procesos de salud/enfermedad, desautorizando a las mujeres embarazadas y a las parteras sobre sus saberes relacionados a los procesos de embarazo, parto y puerperio. Este conocimiento autorizado legitima la hegemonización de la medicina científica para la atención del embarazo y permite el ejercicio jerárquico médicxs-pacientes, médicxs-gestantes. (Sadler, M. 2004; García, D. et al. 2010).

El primer país en tipificar y reconocer la existencia de este fenómeno fue Venezuela, con la Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En esta ley, que entró en vigencia el 19 de marzo del 2007, se define violencia obstétrica como: “La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de la salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”³⁵ (Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia). En el artículo 15, numeral 13 se establecen sanciones a las instituciones y al personal de la salud que incurra en alguna de las siguientes acciones:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización de un parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de

³⁵La Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia está disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf (Consultado el 24/01/2016).

aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

5. Practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia).

Argentina, por su parte, tiene la Ley de Protección Integral de las Mujeres Ley 26.485 sancionada el 11 de Marzo de 2009, y cuyo artículo 6, inciso “e” define:

Violencia obstétrica: Es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929³⁶. (Inciso e).- Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.³⁷ (Ley de protección integral de las mujeres. Ley 26.485 Argentina).

Argentina tiene incluso un Test de Violencia Obstétrica en el cual pueden encontrarse varias de las prácticas que son protocolarias en la atención del parto en Colombia que son calificadas como violentas en la legislación argentina.

México es el tercer país en sumarse a la visibilización y tipificación de la violencia obstétrica, ya que desde el 30 de abril del 2014:

reconoce la violencia obstétrica como la negligencia en la atención médica expresada en un trato deshumanizado; el abuso de medicalización o patologización de los procesos naturales, llegando incluso a tratarlos como si fueran emergencias obstétricas; la práctica abusiva de cesáreas pese a existir condiciones para el parto natural; el uso de métodos anticonceptivos o de la esterilización sin el consentimiento informado y voluntario de la madre, obstaculizar sin causa médica justificada el apego precoz del recién nacido con su madre, negándole la posibilidad

³⁶ Puede consultarse la ley 25.929 Parto Humanizado en:

http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf (Consultado el 24/01/2016).

³⁷ Para más información consultar: Ley de protección integral de las mujeres. Ley 26.485. Argentina. Disponible en: <https://docs.google.com/document/edit?id=1DK7cQLD5jTHo7g2mIOVgY4Xa5-DbQcAngBMINSn88Jg&hl=es> (Consultado el 24/01/2016).

de acogerlo y amamantarlo inmediatamente al nacer, entre otros.³⁸ (México tipifica la violencia obstétrica. El parto es nuestro).

Chile se ha sumado recientemente a este esfuerzo con un proyecto de ley que penaliza la violencia obstétrica “para que se consagre el concepto de ‘violencia gineco-obstétrica’ y que se penalice al personal sanitario que ejerza un trato peyorativo, violento o negligente sobre las mujeres embarazadas” (Revista carrusel. 3 de febrero de 2015).³⁹ Este proyecto es consecuente con un análisis que contempla que entre el 90 o el 92% de las gestantes y parturientas en Chile ha recibido malos tratos por parte del personal de salud.⁴⁰

En Colombia, sin embargo, no existe ley alguna que contemple este tipo de violencia, aunque han empezado a emerger algunos intereses que se manifiestan en notas de prensa aisladas⁴¹, y el sistema médico y sus practicantes son entendidos como aquellos que reparan las consecuencias de la violencia, y no como posibles perpetuadores de violencias (Monroy, S. 2012). He podido constatar en las entrevistas que he realizado y en las innumerables quejas que he recibido cuando hago explícito mi interés en esta investigación, que los tratos recibidos por las gestantes, sus hijxs y familiares en nuestro contexto no son los mejores. En el marco de estos hallazgos me surgen algunas preguntas: ¿Por qué los países que han reconocido y tipificado este tipo de violencia están todos en el centro y sur de América?, ¿En qué difieren los partos latinoamericanos de aquellos que se presentan en otros países y continentes?

Como ya he mencionado, el impulso de los programas sanitarios para la prevención y erradicación de la mortalidad materna para el cumplimiento de los objetivos del milenio,

³⁸ México tipifica la violencia obstétrica. El parto es nuestro. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/06/16/mexico-tipifica-la-violencia-obstetrica> (Consultado el 24/01/2016).

³⁹ Proyecto de ley para penalizar la violencia obstétrica. Revista carrusel. 3 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.revistacarrusel.cl/proyecto-de-ley-para-penalizar-la-violencia-obstetrica/> (consultado el 25/01/2016)

⁴⁰ Para más información sobre el proyecto de ley en Chile y la violencia obstétrica en este país consultar: Violencia obstétrica la herida invisible del parto. Diario UChile. 6 de octubre 2014. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto> (Consultado el 24/01/2016).

⁴¹ Para más información consultar: Serrano, N. 2014 y Colombia libre de violencia obstétrica. Disponible en: <http://www.muysfacil.org/co/> (Consultado el 24/01/2016).

hace que los países considerados del “tercer mundo” intensifiquen las medidas de atención materna, considerándose necesario el cubrimiento de todos los partos por el sistema de salud. La precaria cobertura, la escasez de recursos, las dificultades de acceso, así como la oferta insuficiente, hacen que las mujeres gestantes desborden la capacidad del sistema, el cual incurre en medidas, tratos y procedimientos vivenciados como violentos. Estos elementos provocan escenarios donde la prioridad consiste en atender el mayor número de partos, sin importar la calidad de los mismos, donde la atención se asemeja a una cadena productiva nominada por Robby Davis-Floyd (1993) como modelo tecnocrático del nacimiento, que se caracteriza por:

- 1- **La objetivación de las pacientes:** Donde las pacientes son entendidas como objetos y no como sujetos.
- 2- **Cuerpo máquina:** Es aquel susceptible de ser mejorado, reparado, perfeccionado. Esta visión hace que se estandarice el proceso y se homogenice todos los partos y las parturientas bajo los mismos conceptos.
- 3- **Estandarización de los cuidados y procedimientos:** Todas las “pacientes” reciben los mismos cuidados y son sometidas a los mismos procedimientos impresos dentro de los protocolos institucionales, (ya sea que los requieran o no).
- 4- **Separación mente – cuerpo:** Propia de la medicina occidental, donde la visión dual cartesiana fragmenta el organismo no solo en cuerpo y mente, sino de acuerdo a la función de cada órgano.
- 5- **Organización jerárquica:** Donde las parturientas son alienadas de su rol activo durante el parto, otorgando notoriedad, protagonismo y poder autoritativo al personal de la salud, especialmente a lxs médicxs.
- 6- **Búsqueda de beneficios económicos y/reducción de costos.** Por ejemplo, la aceleración del parto, que se fomenta en el interior de las instituciones por medio de procedimientos protocolarios, tiene como fin la reducción del tiempo de hospitalización y, por lo tanto, la reducción de los costos por paciente.
- 7- **Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología:** Otorga un mayor reconocimiento y credibilidad a los datos que arrojan las tecnologías aplicadas al parto. Ecografías,

monitores, etc., remplazan la clínica del embarazo, eliminando la interacción y la relación intersubjetiva entre “pacientes” y médicos (Davis-Floyd, R. 1993).

La violencia obs-tétrica y el modelo tecnocrático del nacimiento no pueden ser considerados como fenómenos exclusivos de América Latina y mucho menos del “tercer mundo”, ya que los componentes antes enumerados hacen parte del cuerpo de saberes y del modelo de funcionamiento de la biomedicina en el mundo. Y por ello pueden encontrarse varios movimientos que sensibilizan sobre las diferentes violencias inmersas en la atención institucional del parto, sin necesidad de recurrir a promulgar leyes e imponer sanciones.⁴²

Este modelo funciona bajo la desautorización de la parturienta que empodera del proceso a los médicos y las instituciones hospitalarias y obedece, según Michelle Sadler (2004) a seis elementos básicos que facilitan el ejercicio de la violencia simbólica⁴³ en el acto médico hospitalario de la atención del parto. En primer lugar, está la homogenización de todas las parturientas al vestirlas con las batas asignadas para el parto; de esta manera se despoja a las mujeres de sus características identitarias y se las homogeniza como pacientes, adicionalmente, contribuye en la homogenización, la consideración de todas las gestantes como “mamitas” o “gorditas”. En segundo lugar, se sitúa la patologización como elemento primordial que, bajo el discurso de riesgos, empodera al obstetra experto del proceso bajo su conocimiento autoritativo. En tercer lugar está la fragmentación, bajo la cual el sistema biomédico y su posición biologicista y organicista centra su atención en el funcionamiento del organismo, desintegrando a las parturientas de aspectos psicosociales que son muchas veces entendidos como contaminantes e impedimentos en la homogenización. El cuarto elemento es la naturalización, bajo la cual se agrupa al colectivo femenino en su relación simbólica con la naturaleza, la cual infantiliza a las mujeres y las sitúa en la contraparte

⁴² Excelentes ejemplos de campañas son: Bollain, Iciar. (2004) “Por tu bien”; Cavia, Sonia y Díaz, Eduardo. (2001) “Cállate y puja”; Pichot, Malena. (2014) “Cualca-Violencia obstétrica”; Cherri, Agustina. (2015) “Historias de género: violencia obstétrica”; Mujica, Florencia. (2012) “Voces contra la violencia obstétrica”; Hinojosa, Ángeles (2014) “Violencia obstétrica en el nacimiento”; entre otros.

⁴³ Violencia simbólica, como la entiende Pierre Bourdieu, es la que se ejerce como resultado de la dominación. Resulta del consentimiento por interiorización y/o naturalización de las relaciones jerárquicas y la normalización de este tipo de relación. Por ello existe una suerte de aceptación de las propias parturientas en tanto hemos normalizado nuestra posición dependiente en el sistema del conocimiento autorizado: “Es así como las mujeres invisibilizan situaciones e interacciones donde han sido maltratadas en alguna forma, e incluso llegan a justificar esas prácticas por su propia actitud. Al introyectar la culpa, justifican los castigos que pueden recibir.” (Sadler, M. 2004: 29).

racional masculina cultural, operando como un poderoso mecanismo de desautorización de las lecturas e interpretaciones que hacen las mujeres sobre su proceso, ya que se las entiende como incapaces de llevar su embarazo y parto de manera autónoma. El quinto elemento es la contaminación, entendida como la conceptualización de la parturienta misma como contaminante para la atención cómoda del parto por parte del personal médico. En este sentido, la gestante, sus miedos, dudas, sensaciones y opiniones son invisibilizadas y suprimidas en tanto contaminan los protocolos de atención. Por último, encontramos la culpabilización, entendida como aquellos dispositivos y discursos que responsabilizan a las mujeres de cualquier tipo de efecto adverso durante el parto. Bajo este escenario, el personal es eximido de cualquier culpa en tanto los comportamientos de las pacientes no reproduzcan la normatividad institucional que se les exige (Sadler, M. 2004). Yo le sumaría a este análisis la subvaloración y desconfianza naturalizada e interiorizada que el sistema biomédico tiene sobre la capacidad de las mujeres para parir sin tanta y tan sofisticada intervención, así como la interpretación que hace del embarazo-parto como un proceso susceptible de ser mejorado y perfeccionado por el accionar tecno-científico.

La violencia simbólica facilita la invisibilización de la violencia obstétrica, pero no es el único tipo de violencia asociada a la obstetricia, ya que pueden encontrarse también maltrato verbal e incluso físico, invisibilizados y excusados tras aspectos simbólicos.

En un proyecto⁴⁴ realizado en España se preguntó a varias mujeres que pasaron por este proceso: ¿Qué es violencia obstétrica? y se obtuvieron respuestas como las siguientes: “Es el maltrato permitido celebrado y agradecido” (María Isabel), “es que te dejen sin voz, que te traten como una niña, sentir que molestas en tu propio parto” (Nahia), “es sentir que pierdes el control de tu cuerpo, te manipulen sin explicaciones ni respeto y tengas que dar las gracias” (Lorena).

Aunque parezca exagerado tener que pedir respeto para las parturientas, sus hijxs y familiares en el proceso del parto, incluso el comunicado de la OMS “Prevención y

⁴⁴ 25N Proyecto fotográfico contra la violencia obstétrica. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=z3S-Ic4UOKM> (Consultado el 24/01/2016)

erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”⁴⁵, manifiesta que:

Muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos (OMS 2014).

2.1 Una reproducción muy productiva

Los equipos científicos, los expertos y expertas en ingeniería médica y el empresariado han descubierto en la capacidad procreadora del cuerpo femenino un nuevo campo de inversión y para la obtención de beneficios en unos momentos en los que otros campos de inversión ya no ofrecen tan buenas perspectivas. El desarrollo de las tecnologías de reproducción no responde a una necesidad de las mujeres, sino al hecho de que el capital y la ciencia necesitan a las mujeres para seguir manteniendo su modelo de crecimiento y de progreso. María Mies (1998: 28)

Otro aspecto de importante consideración es una comprensión de la salud, la patologización, el embarazo y el sistema biomédico como fenómenos inmersos en las lógicas capitalistas. El sistema médico institucionalizado, industrializado y tecnocrático no escapa a las lógicas del mercado capitalista y sus violencias y ha convertido los procesos fisiológicos y la reproducción en un negocio rentable, además de un eficaz método de control de la reproducción y de las mujeres. De esta manera, los procedimientos y/o protocolos hospitalarios y médicos no se adaptan al trabajo de parto y la parturienta, sino a las lógicas del mercado y cuestiones económicas e institucionales, privando a las gestantes, entre otras cosas, de acompañamiento, privacidad, saber-poder sobre su proceso, imponiéndole la necesidad de silencio, tiempos requeridos y estandarizados, retención, inmovilización entre muchos otros elementos que responden a prácticas innecesarias en ocasiones y que repercuten en agresiones y complicaciones durante el embarazo, el parto y en el posparto.

La ley 100 de 1993 hizo de la salud un importante campo que posibilita la acumulación de

⁴⁵ OMS. (2014) Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf (Consultado el 24/01/2016)

capital. Así, ya no solamente se trata de mantener y conseguir una población o una mano de obra sana y apta para laborar y del control de la reproducción de esta fuerza de trabajo, sino que posibilita la acumulación y la rentabilidad por parte de aseguradoras privadas, empresas multinacionales, biotecnológicas y farmacéuticas. De esta manera, las políticas neoliberales que impulsaron la transformación total del sistema de salud por considerarlo fomento de inequidades, han profundizado las desigualdades derivadas del régimen capitalista (Alzate, D. et al. 2013; Martínez, A. 2013).

En este sistema se mercantiliza a las parturientas, pero también a medicxs y enfermerxs, quienes cumplen extenuantes turnos de trabajo que les hace incurrir y perpetuar violencias sobre los y las pacientes. Ejemplo de estas violencias es silenciar los gritos de dolor bajo la lógica del silencio hospitalario reglamentario, apelar a frases como “para la próxima vez ya sabe que tener hijos duele y se lo piense dos veces antes de embarazarse” o restringir el movimiento con anestesias o amarrando a las mujeres para que no puedan moverse. También se incluyen prácticas simbólicas de infantilización de las mujeres, como obligarlas a rasurarse o afeitar sin su consentimiento sus genitales, o llamarlas con diminutivos que las hacen parecer dependientes, infantiles y estúpidas, como “mamita”, “gordita”, “chiquita” etc.

El parto requiere de tiempo, que en el sistema capitalista es dinero, por lo que la reproducción pretende convertirse en una práctica productiva, estandarizada y altamente tecnificada. En estas condiciones, “la mujer queda transformada más que nunca en un objeto y reducida a la pasividad” (Mies. M. 1998:44). Así, vemos que dentro de estas lógicas el cuerpo gestante y parturiente es entendido como una compleja maquinaria cuyo funcionamiento es susceptible de ser mejorado y optimizado.

Cuando se habla del **trabajo** de parto o labor de parto se revela la importancia que la reproducción tiene para el sistema capitalista global: ¿cómo podría reproducirse el sistema sin su insumo vital, sin personas que trabajen y sean productivas? En este sentido, la reproducción es más que nunca producción, y el cuerpo gestante la máquina que, bajo una lógica tecnocrática e industrializada, debe funcionar productivamente, bajo tiempos reducidos y estandarizados.

La atención en salud fortalece las inequidades de las sociedades capitalistas (Clarke, J. 1999), ya que cuando se habla sobre la atención sanitaria de las mujeres en el embarazo y parto, los aspectos económicos brillan por su ausencia. Pareciera, o al menos eso es lo que dicen las políticas de atención de la mujer embarazada, que todas las mujeres y sus hijos tienen derecho a la atención de calidad y en igualdad de condiciones. Esto es, sin lugar a dudas, una mentira que ofende el sentido común, ya que los condicionamientos económicos son la base de las intervenciones, tecnologías y procedimientos que se realizan durante el embarazo y el parto en Colombia. Así, a las mujeres embarazadas con medicina prepagada en Bogotá se les realizan más exámenes como ecografías y tamizajes que a las mujeres con E.P.S o beneficiarias del Sisbén; y éstas últimas no son sometidas a tantas cesáreas como las primeras.

Cuando salió a la luz pública que Colombia es el tercer país del mundo en proporción de cesáreas, ninguna de las publicaciones de prensa consultadas hacía alusión a cuestiones económicas, como la reducción de costos si se aceleran los tiempos estandarizados para el “trabajo”⁴⁶ de parto, ni a las cifras monetarias superiores que devenga el personal de la salud y las instituciones hospitalarias por la práctica de una cesárea.

Así mismo, las embarazadas y parturientas ostentan un nivel diferencial de autonomía y libertad de decisión de acuerdo a variables socioeconómicas:

En este sentido, cuando se habla del derecho de las mujeres a estar informadas y decidir conjuntamente con los profesionales de la salud la forma de atención, suele pensarse en las mujeres que acuden a los servicios privados. ¿Quién ha oído hablar de que las mujeres atendidas en hospitales puedan decidir conjuntamente con el personal de atención la forma en que serán atendidas y los procedimientos que se les aplicarán? Es claro que en muchas instituciones públicas las mujeres no son tomadas en cuenta para opinar y decidir sobre su embarazo y parto, y si se decide practicarles una cesárea no se le explica la causa, porque se considera que su nivel de escolaridad no es suficiente y porque se le ha hecho pensar que los servicios públicos son gratuitos y hay que aguantar. Al parecer, quienes pagan un alto costo y están mejor preparadas tienen pase automático para entender, opinar y recibir una atención más personalizada. Por lo visto el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres depende de su nivel socioeconómico y escolar (...) Por ser mujeres de un bajo nivel de escolaridad, de extracción popular, no se considera que tengan los mismos derechos que las mujeres de clases acomodadas. (Sadler, M. 2004:8)

⁴⁶ Hablo de “trabajo” de parto entre comillas ya que conceptualizar el ejercicio de parir como un trabajo lo ancla dentro de las lógicas laborales de control del tiempo y estandarización del proceso.

En Colombia, el plan de salud de una gestante es sinónimo inmediato de su clase social, en este sentido, prepagada, E.P.S o Sisben anuncia a los profesionales sobre los procedimientos a los que tienen derecho y al trato que se les debe dar (Monroy, S. 2012). Así, el elemento de la clase social, el nivel educativo, el sentido que vincula la atención de maternas en hospitales públicos como “gratuita”, interviene y atraviesa la atención de los partos, haciendo que los derechos y el trato sean diferenciales.

En un reciente caso de violencia obstétrica en el hospital San Ignacio, reportado en el Espectador el 13 de agosto del 2013, una mujer denunció cómo el personal de salud, específicamente su médico, se negó a ponerle anestesia manifestándole que el Sisben no cubría este procedimiento: “Llegué al hospital y me encontré con un médico que llevaba más de 36 horas de turno. Me atendió casi dormido y no me informó sobre el derecho que yo tenía para que me aplicaran anestesia. Me suministraron dos dosis en todo el parto y me dijeron que antes agradeciera porque a las mujeres afiliadas en el Sisben ni siquiera les ponían” (El Espectador 2013). Es claro que existe un acceso diferencial a medicamentos y atención según el nivel socioeconómico derivado de las coberturas del seguro de salud, y los tratos prestados por lxs profesionales son muchas veces consecuencia de la explotación de la cual son objeto; pero hacer mención del agradecimiento que la paciente le debe al hospital y a su personal por haberle administrado un anestésico no cubierto por el Sisben nos permite ver la manera como se entiende que, al ser una atención “gratuita”, la paciente debe aguantar el dolor y el trato y agradecer aquello que “por caridad” le sea suministrado.

Como ya he descrito, y profundizaré más adelante, los protocolos institucionales de manejo del parto obedecen a intereses económicos y no sólo a las necesidades y requerimientos de las parturientas, por lo que se acelera el proceso para reducir costos por medio de prácticas como la inducción y aceleración por medio de medicamentos como la oxitocina, que hacen las contracciones más frecuentes y dolorosas, la rotura artificial de bolsa o membrana y, si todos estos métodos invasivos no surten el efecto deseado de *arrancar* al niño o niña del útero de su madre en el menor tiempo posible, se recurre a la cesárea con todos los riesgos que esta práctica conlleva.

2.2 Mistificación de lxs profesionales.

Además de los efectos que las intervenciones del personal de salud generan sobre “lxs pacientes”, especialmente las gestantes/ parturientas y sus hijxs, vale la pena considerar la perspectiva del personal de salud. Iniciemos por analizar la manera como los dispositivos de saber-poder se reproducen en las escuelas de medicina perpetuando relaciones verticales entre profesorxs, médicxs, estudiantes, enfermerxs, pacientes y el título profesional reviste solo a su portador/a de la capacidad de opinión e intervención sobre estos temas. Lxs expertxs son entonces quienes producen y reproducen y, los y las estudiantes, lxs pacientes, las parturientas y demás seres humanos sin licencia ni título médico no son considerados como interlocutorxs válidos, sino como “objetos” de intervención; en este panorama cuestionar no está permitido, por lo que lxs estudiantes se limitan a la reproducción de los saberes:

Es que la carrera está diseñada para que usted aprenda, no para que critique, si uno se opone a algo entonces le dicen: “cuando usted ya se haya graduado, cuando obtenga su título y sea una doctora, o sea, cuando ya sepa las cosas, entonces ahí sí puede ponerse a criticar pero con argumentos”, entonces uno no puede cambiar nada, ni criticar nada, sino solamente aprender (Estudiante de medicina, conversación personal, 14 de septiembre 2015).

Así mismo, la formación de médicxs generales, gineco obstetras e incluso el personal de enfermería, se basa en la centralidad de la patología y no tanto en la “normalidad” de los embarazos y partos. Esta sobrepatologización, genera una concepción del embarazo-parto-puerperio como susceptibles de presentar riesgos, lo que hace que sean atendidos desde la desconfianza y el temor, justificando “cualquier” tipo intervención (Camacaro, M. 2009).

...se mete mucha materia patológica, es más, te cuento como profesor universitario del postgrado de ginecología y obstetricia de la Maternidad, que tenemos ahí una seña, cuando uno quiere evaluar a un residente que puede ser del último año, que ya se va a graduar, para ver si en realidad está preparado, para ponerle una buena nota en un examen, les preguntamos cosas básicas de fisiología y anatomía, ahí es donde generalmente los raspamos porque son cosas que se toman como de poca importancia y la práctica de rutina las hace olvidar, porque se les enseña para lo patológico y no para lo normal, pero si uno les pregunta la letra chiquita del libro, las cosas más complicadas ahí salen bien, generalmente el residente de la Maternidad sale muy bien preparado, pero lamentablemente los preparamos para resolver las patologías no para las cosas normales (Testimonio de obstetra citado en Camacaro, M, 2009: 159).

El cuerpo en embarazo, parturiento y puérpero es visto y entendido como un cuerpo patológico, embarazado-embarazoso, sobre el que se cierne el discurso de los riesgos o la amenaza de la patología. Estas lógicas naturalizan la relación de dependencia de las parturientas al control, atención e intervención tecno-científica, lo que comienza desde la sobrepatologización en las escuelas de medicina, donde los estudiantes aprenden a enfrentarse heroicamente a la enfermedad, resolviendo cualquier impase que esos cuerpos sospechosos de patología presenten y no a la “normalidad” de un embarazo/parto.

El elemento del heroísmo hace parte de la notoriedad y el protagonismo con el que se adorna el quehacer médico, en tanto mistifica la práctica. Esta mistificación es un elemento necesario para los dispositivos del saber-poder en tanto se basan en el entendimiento naturalizado de que la cura de una enfermedad, así como un parto exitoso, donde una madre y su hijx resultan “ilesos”, obedecen más a la actuación heroica de la tecnociencia, que al “trabajo”⁴⁷ del que padece una enfermedad para su auto-sanación o a los “trabajos” de quien pare o nace.

Es por ello que a los padres se les felicita, pero a lxs médicxs se les agradece, ya que se ha naturalizado que son quienes nos salvan de la muerte, o que gracias a la ciencia y la tecnología se puede parir sin un desenlace fatal, incluso cuando se trata (en su mayoría) de embarazos y partos “normales”.

Otro elemento importante en la mistificación del quehacer de lxs profesionales de la salud tiene que ver con la rutinización y el trabajo protocolario. Este último podría hacerlo parecer un oficio para cuyo desempeño bastaría de cierto conocimiento (incluso empírico), ya que su realización obedece a tácticas mecánicas y repetitivas, algunas de muy poca complejidad. Sin embargo, la ritualización y la mistificación que rodean el saber de lxs profesionales convierte estos protocolos en procedimientos en extremo complejos y delicados, para cuya realización se requiere de profundos conocimientos: “El conocimiento

⁴⁷ Existen análisis en los que se contemplan los innumerables trabajos que desempeñan los pacientes dentro de las instituciones hospitalarias como: las prácticas de autocuidado, recordar al personal la administración de un medicamento, el obedecimiento de las instrucciones del personal para la toma de exámenes médicos o la realización de intervenciones protocolarias, un ejemplo de ello es la respuesta de las parturientas a las instrucciones de los pujos dirigidos por lxs obstetras. Así, a lxs pacientes les corresponde un rol dentro de la división del trabajo hospitalario, ya sea que sea reconocida como trabajo o no le sea conferido este estatuto (Strauss, A. et al. 1999).

de la profesión tiene que poseer una mística definitiva que sugiera que existen cierta actitud y competencia profesionales que no pueden reducirse simplemente al conocimiento sistemático y rutinario” (Turner, B. 1999: 193).

Así vista, la mistificación hace parte importante de los dispositivos de saber poder, puesto que de allí se deriva el estatuto de legitimidad de la ciencia, que se marca precisamente desde el lugar de la distancia – quién tiene el saber/quién no tiene el saber, quién tiene el poder/quién no tiene el poder, quién es un sujeto y quién un objeto en ciertos contextos.

Por otra parte, la atención médica funciona en base a la eliminación de la capacidad de identificación y cercanía por temor a la pérdida de la objetividad consecuente con los vínculos afectivos resultantes de la intersubjetividad. Por esta razón, parte del trabajo de lxs médicxs es negarse a la atención de familiares o personas con las que exista un vínculo afectivo.

Entonces, si las ciencias de la salud obtienen su legitimidad ancladas en un sistema de valores que destaca la importancia de una objetividad y racionalidad descontaminadas de la subjetividad y la emotividad, ¿cómo puedo contaminar de emotividad al sistema médico?

Recientemente, una estudiante de enfermería, quien ha rotado por sala de partos, me contó la manera como cambió su perspectiva cuando tuvo el privilegio de acompañar a su hermana en su parto. Pasar de su rol activo como enfermera a un rol pasivo como acompañante hizo que se percatara de los tratos que ella misma y sus compañerxs dan y reproducen con lxs “pacientes” y sus familiares:

Muchas veces la jefe le dice a uno “déjela que grite un poco, ya se callará”, y uno mismo dice esas cosas, les dice mamita, gordita, las manda callar cuando los gritos o el llanto lo desesperan a uno... pero créeme que cuando yo acompañé a mi hermana y vi como la trataban... eso me dolió a mí, pues porque es mi hermana y la quiero, eso me hizo darme cuenta de muchas cosas, de lo que uno hace a veces sin darse cuenta del daño que está haciendo, si me entiendes? (Estudiante de enfermería conversación personal 5 de octubre 2015)

Este testimonio muestra el afecto como un importante motor de transformación para una atención diferente y respetuosa. Para Mabel Moraña (2012) el afecto es una amenaza para el orden social ya que la afectividad, la intersubjetividad, y el “contagio”, es el semillero de las luchas y las transformaciones, postura similar a la de Antonio Negri (1999) cuando

afirma “hay que destruir al enemigo a partir del afecto. Porque el afecto (la producción, el valor, la subjetividad) es indestructible” (Negri, A 1999:9).

En este sentido, y como retomaré más adelante, el sistema médico institucional, inmerso en las lógicas capitalistas, trata por diferentes medios de eliminar las relaciones intersubjetivas, entre lxs trabajadores de la salud y entre éstos y lxs pacientes. Así, se controla el tiempo que lxs profesionales dedican por paciente, el tiempo que utilizan para socializar entre ellos, la cantidad y los costos de los exámenes diagnósticos y medicamentos que le son recetados a lxs pacientes, etc., en pocas palabras, se arrebató el valor al trabajo afectivo del personal de la salud (Negri, A. 1999).

En este punto, pieza clave para el cambio es el quiebre del modelo donde la objetividad y racionalidad son el resultado de un proceso de distanciamiento de la afectividad. Por ello, permitir los vínculos afectivos en la práctica de cualquier ciencia podría contribuir para la desnaturalización de las relaciones de jerárquicas, la indiferencia, la objetivación y el uso y, a veces, abuso del poder.

Paralelamente, un cambio en el modelo de formación de los profesionales de la salud, así como nuevos entendimientos sobre el rol del/a “paciente”, posibilitarían su des - sujeción al control médico e institucional, por ejemplo el entendimiento su rol activo o “trabajo” (Strauss, A. et al. 1999), así como la reapropiación por parte de cada ser humano y la comunidad del manejo de sus procesos de salud/enfermedad, embarazo-parto (Illich, I. 1975), aspectos que contribuirían en gran medida al desvanecimiento de las relaciones verticales de dominio, apropiación y dependencia al sistema médico y sus practicantes. El cierre social, término con el que Max Weber se refería al fenómeno mediante el cual los profesionales de determinadas áreas restringen el acceso a las oportunidades, las recompensas y el estatus conferido a sus saberes y prácticas, y que les dota de exclusividad para gozar de sus privilegios, sean estos simbólicos y/o materiales (Turner, B. 1999), depende de la mistificación antes analizada, así como de las lógicas de dependencia que hemos interiorizado. En este sentido, si rompiéramos con la mistificación e imagináramos un mundo donde lxs profesionales de la salud hicieran un servicio a la comunidad, un trabajo colaborativo sin el estatuto de superioridad, apropiación, dominio y objetuación de lxs pacientes, dejaríamos atrás el modelo obs- tétrico de parir/nacer. Todo esto bajo el

entendimiento de que lxs profesionales tienen mucho que aprender de sus pacientes así como lxs profesores de sus alumnxs, y porque la razón de su existencia mutua es la de su interdependencia.

Capítulo 3. Hacia una maternidad política

La salud y la vida de las mujeres ha sido tradicionalmente definida en base a unas supuestas condiciones “naturales”, “biológicas” y “orgánicas”, partiendo del útero en los siglos XVIII y XIX, seguido de los ovarios y, finalmente de los flujos hormonales interpretados como impedimentos para trascender estas esferas naturales, con las consecuencias que la naturalización tiene en nuestro contexto ya que “cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales), y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio” (Esteban, M. 2006:11).

Por otra parte, las mujeres somos interpretadas a lo largo de nuestra vida en base a la función que en occidente se considera fundamental en cuanto a una supuesta “esencia” femenina, (aun cuando muchas mujeres hoy en día deciden de manera autónoma, independiente e individual no convertirse en madres), en este sentido, la maternidad es supuestamente el rol que por “naturaleza” define la vida “biológica” y social de las mujeres. Esta es una de las principales críticas que desde el feminismo se ha hecho al modelo biomédico, ya que interpreta lo femenino desde un esencialismo que hace que sus miradas e investigaciones tengan como objetivo la reducción de la complejidad de la vida, los cuerpos y los procesos femeninos a aquello que interviene en la función procreativa. Carme Valls-Llobet (2009) hace un análisis de su práctica médica desde una perspectiva feminista en “Mujeres, salud y Poder” y encuentra varios tipos de violencias que se ejercen contra las mujeres en el acto médico. Valls-Llobet relata cómo los niveles de referencia y criterios médicos se basan en la estandarización del género masculino como “la normalidad”, y las mujeres son comparadas y analizadas de acuerdo a estos marcos y criterios de referencia, es decir, producidas como ese “otro” “disfuncional”. Por otra parte, describe la manera como las mujeres somos analizadas en base a la función procreativa, por lo que cualquier problema de salud se adjudica con mucha ligereza, y sin previo examen, al ciclo vital por el que socialmente se espera esté atravesando, además de los estereotipos culturales que entienden a la mujer como un ser irracional, dominado por las hormonas de dichos ciclos que le impiden evaluar y comunicar de manera racional su sintomatología. En

pocas palabras, los síntomas que reportan las mujeres son interpretados como “histerias” o alteraciones nerviosas producto de los flujos hormonales, y no como problemas de salud que requieren de una atención y un examen clínico menos prejuicioso.

Por ello, vemos que todas las etapas de la vida femenina son medicalizadas y definidas solo de acuerdo a la función principal que socialmente se naturaliza en cuanto a la existencia femenina, veamos algunos ejemplos:

Menarquia: La menarquía es atrapada por el modelo biomédico en aras de controlar y establecer el momento “oportuno”, en que debe aparecer la menstruación. **La menstruación**, sus tiempos, cantidades, etc., hace que se vea como un síndrome que se traduce en medicina como signos y síntomas de una posible enfermedad (síndrome premenstrual)⁴⁸. Este elemento marca el entendimiento de las mujeres en su función fértil, por lo que son medicalizadas con tratamientos a base de hormonas como pastillas anticonceptivas y otros dispositivos cuyos efectos secundarios están siendo investigados y denunciados recientemente. **El embarazo**, traspasado por la desconfianza que sobre el cuerpo femenino tiene el sistema biomédico, entendiendo que los cuerpos son sospechosos de presentar problemas, carentes de vitaminas y nutrientes necesarios e incultos en cuanto al conocimiento necesario y la capacidad para llevar el embarazo a término de manera eficiente (Montes, M. 2008). **Parto:** Las mujeres son enajenadas de su papel en el proceso de embarazo y parto provocando que sea el personal sanitario el protagonista de los nacimientos y no la madre y el individuo que nace. Se entiende que la mujer debe ser intervenida, educada y dirigida ya que no posee la capacidad para conseguir su parto. **Puerperio.** El posparto y lactancia son también medicalizados entendiendo que las mujeres pueden presentar infecciones, alteraciones emocionales (depresión posparto) o problemas propios de su falta de sentido común en cuanto al cuidado de los niños a su cargo (Palacios, I. 2003). **Menopausia:** la etapa del climaterio está también medicalizada y sus efectos, síntomas y signos, nuevamente de enfermedad, son reproducidos por los medios de comunicación para la venta de terapias de sustitución hormonal, aun cuando muchas mujeres no presentan ni presentarán ninguna molestia en esta etapa (Esteban, M. 2006).

⁴⁸ El síndrome pre menstrual y menstrual está siendo analizado como un síndrome cultural, es decir, como signos y síntomas de una enfermedad que adquiere sentido, coherencia y existencia dentro de un contexto cultural determinado (García, M. 2006).

El cuerpo femenino ha sido y es socialmente construido y reinventado, por lo que es un territorio geopolítico imaginado y representado culturalmente. En este sentido, no hay mejor excusa para legitimar una relación desigual que inscribiéndola en el orden de lo natural, razón por la cual los principales sistemas discriminatorios son construcciones sociales biologizadas cuya naturalización impide su cuestionamiento. Suponer entonces que la salud, la vida entera y el comportamiento femenino están ligados a elementos orgánicos, fisiológicos naturales, es anclar a las mujeres en representaciones naturales y biológicas de las categorías binarias que nos comparan, oponiéndonos a lo social, lo cultural y lo racional masculino. Es condenarnos a la representación del eterno otro, naturalizado, corporizado, emotivo, que nunca trasciende estas esferas.

En mi trabajo pretendo contribuir a superar las discusiones sobre dualismos como naturaleza/cultura, biológico/social, cuerpo/mente, sexo/género como posición política, ya que camuflan la discriminación histórica y las interpretaciones culturales y discursos que naturalizan las relaciones de dependencia, control, dominio y poder. Considero que estas divisiones y clasificaciones duales del pensamiento son el fundamento de las desigualdades, legitimadas por los discursos médicos, entre otros que, tras su velo de neutralidad científica y positivista, reproducen y legitiman discriminaciones cultural e históricamente construidas.

Por ello, no me molestaré en describir qué parte de la maternidad es natural y cual es cultural, como se esperaría del ejercicio de un/ antropólogo/a, sino que ignoraré la existencia de separación alguna, ya que considero el embarazo la demostración más clara de su artificialidad. Un cuerpo embarazado diluye las categorías diferenciales occidentales, es a la vez naturaleza-cultura, individuo-colectividad, dos en uno, el presente y el futuro, lo normal patologizado. Por ello, el embarazo es, “un tiempo y espacio fronterizo, un cuerpo liminal donde se funden el ahora y el devenir, lo natural y lo cultural, el yo y el otro” (Imaz, E. 2001: 97).

Precisamente, una embarazada encarna en el imaginario todas estas categorías al ser entendida como un ser hormonal, emocional, biológico, corporal, dependiente y sobreprotegido, lo que justifica su dominio, manejo, control y manipulación. Así, durante la niñez, la adolescencia y la juventud somos madres potenciales, en el embarazo, úteros o

incubadoras con patas y en el climaterio, mujeres que ya no podemos ser madres – como aseguraban explícitamente los manuales para mujeres de preparación del parto de mediados del siglo pasado: “Puede considerarse que toda mujer es, en principio, una futura madre, ya que ésta es generalmente, la principal misión que se le presenta en el transcurso de su vida toda.” (Rocamora, M. 1967:171)

Entender el embarazo como un proceso natural y biológico es despolitizarlo; mi posición es que la maternidad no es un proceso biológico, ni un rol social – al menos no exclusivamente, sino que se trata de una decisión personal de las mujeres con implicaciones políticas o un proceso no deseado cuya obligatoriedad de llevarlo a término responde a un ejercicio violento de poder. Las mujeres no nos embarazamos porque exista una esencia natural que nos inclina hacia la reproducción, ni por el rol social que sitúa la maternidad como el centro de la identidad femenina, sino por el simple hecho que nos da la gana – el mismo y válido criterio de aquellos y aquellas que deciden no tener descendencia: es decir, porque nos sale de los ovarios.

3.1 Por una maternidad independiente

Lo personal como político no es un símil, ni una metáfora, ni tampoco una analogía... Significa que la experiencia distintiva de las mujeres en tanto que mujeres ocurre dentro de la esfera que socialmente ha sido vivida como personal-privada, emocional, interiorizada, particular, individualizada, íntima- de tal modo que conocer la política de la situación de la mujer es conocer las vidas personales de las mujeres” (McKinnon 1982:534, citada en Fox Keller, 1985).

La maternidad y el cuidado han sido entendidos tradicionalmente como procesos que ocurren en la intimidad, pertenecientes a la vida privada individual y “natural” de las mujeres, este tipo de relación simbólica y espontánea dificulta e invisibiliza los aspectos políticos que subyacen a la maternidad y al cuidado, a las vez que los deshistoriza y desocializa; en este sentido, la maternidad es pública y política.

En el siglo XIX, con la emergencia del capitalismo, las labores relacionadas con la

reproducción empezaron a ser devaluadas. El valor del trabajo reproductivo empezó a ser ignorado, y considerarse un oficio propio de la naturaleza de las mujeres y ya no un trabajo. En el nuevo régimen monetario del siglo XIX, cuando aparece el oficio de ama de casa a tiempo completo, se arranca el valor del trabajo de las mujeres, de las madres, de las amas de casa, aumentando su dependencia con respecto a los hombres, el estado y los empleadores (Federici, S. 2004). Así es como el régimen monetario arranca el valor al trabajo de las mujeres, del afecto, condición que permite la acumulación del capital (Negri, A. 1999). Las labores relacionadas con la reproducción empezaron entonces a ser consideradas como propias de la “naturaleza”, y se naturaliza en las mujeres el deber de cuidar, “...convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres” (Lagarde, M. 2003:2). Esta relación del cuidado con la naturaleza femenina hace que éste se entienda como una práctica desprovista de saberes y por ello más cercana al orden de lo instintivo e intuitivo. En este sentido, la emotividad, los cuidados, la afectividad y la maternidad son imaginados colectivamente como procesos cercanos a la naturaleza de las mujeres y subvalorados simbólicamente.

Por si esto fuera poco, en todas las fases del desarrollo del capitalismo encontramos como:

El Estado ha tenido que recurrir a la regulación y la coerción para expandir o reducir la fuerza de trabajo. Esto es particularmente cierto en los momentos del despegue capitalista, cuando los músculos y los huesos del trabajo eran los principales medios de producción. Pero después —y hasta el presente— el Estado no ha escatimado esfuerzos en su intento de arrancar de las manos femeninas el control de la reproducción y la determinación de qué niños deberían nacer, dónde, cuándo o en qué cantidad. Como resultado, las mujeres han sido forzadas frecuentemente a procrear en contra de su voluntad, experimentando una alienación con respecto a sus cuerpos, su «trabajo» e incluso sus hijos, más profunda que la experimentada por cualquier otro trabajador (Federici, S. 2004: 140-141).

Esto ha ocurrido frente a descensos poblacionales ocasionados por hambrunas, enfermedades y guerras, así como descensos en la natalidad, como el que ocurre ahora en muchas partes del mundo. La posibilidad de anticoncepción ha provocado que la maternidad/paternidad sean, más que nunca, producto de una decisión, de un proyecto de vida.

Así, prácticamente cada campaña promovida por el Estado para para “engrandecer”, “ennoblecer” y “sobrealorar” la maternidad/paternidad” tiene como objetivo la

reproducción de la fuerza de trabajo. De igual forma, las campañas promovidas desde el discurso médico y sanitario en alianza con el Estado tienen como fin procurar el nacimiento de individuos sanos, “provechosos”, “productivos” y “perfectos” bajo la misma lógica de convertir en productiva la reproducción.⁴⁹

3. 2 Dolor, sacrificio, impotencia y culpa: la maternidad idealizada

“Te he dado mi calcio, mi hierro, mi flúor, mi carne y mi sangre, mis humores, mi flujo, mis secreciones, mis hormonas. No puedo darte más. No me queda nada que no sea también tuyo, nada que no sea para ti” (Riera, C. 1998 citado en Imaz, E. 2001: 105)

La maternidad ha sido idealizada en occidente bajo los preceptos de entrega, servicio y devoción incondicionales y absolutos. Estos valores, atravesados por la figura arquetípica de la Virgen María, son asociados y valorados para la femineidad en general. Así, el deber ser de una madre es doloroso y sufriente y tiene como fin lavar los pecados de Eva con los dolores y trabajos de nuestras preñeces, opacando su figura “pecadora” a través de las virtudes del marianismo. En consecuencia, “el denominador colectivo de las mujeres, aquello por lo que pueden ser consideradas como una categoría social, es que su identidad social viene dada por su carácter de ser-es - para - otros, es decir, personas cuya posición y función en la existencia vendría definida en relación a los demás –sean estos padres, hermanos, marido, hijos o familia en general” (Imaz, E. 2001: 104).

A esta maternidad doliente, se le suma un nuevo tipo de maternidad, nominada por Elixabeth Imaz (2001) como maternidad impotente.

El prototipo de madre sufriente es así, paulatinamente abandonado y sustituido por el prototipo de madre impotente actual. El estricto control al que se somete el cuerpo de la mujer embarazada tiene su correlato en un modelo de maternidad que

⁴⁹ Es interesante observar como en muchos países, particularmente en Europa, los estados incentivan la natalidad y la reproducción a través de políticas, subsidios y beneficios, mientras que en los países del tercer mundo, donde las tasas de natalidad son más elevadas, se hace precisamente lo contrario, incluso se considera “irresponsable” concebir varios hijos. Es lícito preguntarse aquí si la eugenesia, o la ciencia del buen nacer ha desaparecido realmente, ya que nos encontramos ante un escenario donde se valora la reproducción de unos (*casualmente* blancos y europeos) mientras que se condena la reproducción de “otros”. (Viveros M. 1995)

podríamos denominar de «responsabilidad impotente»: el periodo del embarazo se ha convertido en un complejo de pruebas, prácticas y órdenes que antecede a una maternidad sin autonomía que necesita del continuo auxilio de expertos en la crianza de los hijos. La madre se encuentra desvalida e ignorante frente a la multitud de conocimientos que requiere su nueva situación (Imaz, E. 2001: 102).

No creo que el prototipo de la madre sufriente haya desaparecido ni haya sido sustituida por la **madre impotente**, sino que ambas configuraciones están vigentes en la actualidad y se refuerzan mutuamente: ¿Por qué acudir a expertos?, ¿Por qué acatar sus normas?, precisamente por la calidad sufriente de la maternidad, por el entendimiento de la madre como un ser “desvalido”, “incapaz”, pasivo y dependiente a quien hay que auxiliar.

La maternidad impotente se configura de acuerdo a la relación histórica y cultural de expertxs y el género femenino. Muchas especialidades han encontrado su fin y sentido de existir en función de su relación con las mujeres. Así, la ginecología, la obstetricia, la pediatría, la puericultura, la psiquiatría, entre otras, se han configurado de acuerdo al entendimiento de la categoría de mujeres como sujetos y objetos dependientes de la opinión experta y especializada, e incluso desde estas especialidades se han producido y mantenido definiciones normativas de lo que es saludable y adecuado para el género femenino (Ehrenreich, B.; English, D. 2010).

La dependencia es entonces la característica más notable de la maternidad impotente, trayendo como consecuencias la enajenación, la infantilización y la pérdida de autonomía. Esta maternidad del experto, del consejo y de la intromisión, unifican la maternidad como un deber ser naturalizado, dejando de lado el hecho que no existe una sola maternidad, sino muchas, en tanto se trata, ante todo, de una experiencia del estar siendo, de la movilización de recursos, de estrategias, de negociaciones, no una categoría inmóvil, cristalizada, estructurada.

El fenómeno de la intromisión en la maternidad (embarazo, parto, puerperio, lactancia y crianza), es claramente conocido y reconocido por las madres, ya que expertos, textos, familiares, amigxs, redes sociales, conocidxs y desconocidxs, tienen o se entienden con la propiedad suficiente para la intervención.

Es una mamera, todo el mundo se mete, “haga esto, haga lo otro, así no está bien, si hace esto o lo otro es malo para el niño, yo veré que hago... (Historia de embarazo/parto de Paloma 20 de mayo de 2015)

Las redes sociales han empezado a convertirse en otro medio de “aconsejar” a las madres, “hasta que edad debo lactar, si debo besar a mis hijos en la boca o no, si debo dejar que lloren o consolarlos inmediatamente... (Autoetnografía)

Llego al control con la niña y me dice la enfermera: “los niños se tienen que bañar por la mañana”, yo le contesté: “no, a mí me gusta bañarla por la noche”, y la vieja me contesta en mal tono “que no, tiene que ser por la mañana, ¿es que no me entiende? (Historia de embarazo/parto de Virginia 15 de marzo de 2015).

La permisividad ante esta intromisión es promovida desde todos los contextos y ámbitos, y produce una sensación de inadecuación en las madres, además de contribuir a otorgar sentido a la figura de la madre “impotente”, “inculta”, “inadecuada” e “ignorante”.

Considero que esta figura de la madre impotente es, entre otros factores, consecuencia directa del psicoanálisis cuando su padre, el distinguido doctor Freud manifestó con toda propiedad que “la culpa es de la madre”. Este sentido común ha sido interiorizado hasta lo más profundo de nuestro ser – todo cuanto le pasa a un individuo es susceptible de ser responsabilidad directa de su madre.

Las consecuencias de esta maternidad impotente, dependiente y culpable son numerosas, y configuran todo el continuo de prácticas y saberes que recaen sobre el cuerpo y la vida en general de las mujeres. El entendimiento de la maternidad, y la relación de las mujeres con los expertos cae dentro de un continuo donde cada cita médica con el/la ginecólogo/a, luego con el/la obstetra y luego con el/la pediatra, entre los demás expertxs, contribuye en la enajenación del colectivo femenino (Monroy, S. 2012). En este sentido, las campañas de educación materna, desde los cursos psico profilácticos, hasta los talleres de lactancia, cada correo y publicación en las redes sociales de “ayuda” y consejo para las madres, cada intervención de familiares, amigxs, vecinxs y desconocidxs, son sinónimo de la infantilización de las embarazadas y las madres, de su subvaloración como seres con el sentido común, la responsabilidad y el conocimiento necesarios para la autonomía.

Habría entonces también que profanar la idea de la maternidad, entendida como una categoría unitaria, un deber ser naturalizado y ahistórico idealizado, y comenzar a pensarla y sentirla desde maternidades plurales y fluidas, valorando las estrategias que cada quien pone en marcha, sus contradicciones, saberes, valores, sabores y sinsabores, siempre desde el respeto a la autonomía, entendiendo que las madres (aunque a muchxs les suene “antimaternal”) no necesitamos de sus opiniones, ni de sus consejos, ni de su comprensión, ni de su ayuda, ya que somos una fuente inagotable de recursividad.

Aunque no es materia central de este trabajo, debo precisar que la maternidad ha sido siempre un asunto problemático para el feminismo,⁵⁰ entendida muchas veces como el sinónimo mismo de la enajenación y de todas las estructuras ideológicas patriarcales contra las que combatimos:

... la opción de los primeros feminismos fue proclamar la propiedad de las mujeres sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva y revertir el cuidado de la prole hacia la sociedad. La consideración de la gestación como proceso animal y embrutecedor y, en consecuencia, la renuncia a la maternidad, en cuanto que obstáculo al desarrollo de la mujer como individuo, se consideró la única alternativa por parte de muchas feministas de los setenta. (Imaz, E, 2001: 106-107).

Estas interpretaciones dejan de lado que la maternidad pueda ser también entendida como “fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos” (Imaz, E, 2001: 107). Resalto nuevamente la importancia del respeto por la autonomía y la no intromisión, entender las maternidades como considero que debieran ser entendidas, promovidas e, incluso garantizadas como una elección autónoma, como un proyecto de vida que no debiera ser juzgado ni promovido bajo el concepto de nadie más sino a quien directamente interesa y concierne.

⁵⁰ Aunque este trabajo se nutre del feminismo desde aspectos metodológicos y teóricos sobre las relaciones entre salud, género y feminismo, la revisión del debate sobre la maternidad sería materia de otro trabajo. En este sentido, tomo para el análisis solamente aquello que resulta relevante para la atención obstétrica.

3.3 “Aguante un poquito, toca ser valiente, es que ser mamita duele”. Discursos de maternidad y prácticas obs-tétricas

En la representación de la maternidad doliente y sacrificada, donde la experiencia femenina solamente adquiere sentido en el ser y existir para el otro, el cuerpo en embarazo simboliza más que nunca el cuerpo para el otro (Imaz, E. 2001), el cuerpo que ya no es un individuo sino que es dos, el cuerpo que lo entrega todo, incluso, si es necesario, la propia vida. Esta entrega y existencia en función del otro tiene importantes consecuencias en la atención del embarazo-parto-puerperio. Preguntémosnos entonces: ¿Hasta qué punto debería llegar el sacrificio y la entrega de una madre?, ¿Un parto sin dolor y sacrificio es valorado en nuestro contexto?

A mí me hicieron cesárea, pero ojo, alcancé a pasar por doce horas de trabajo de parto, yo en ese punto ya decía: ¿cesárea? No, ¿después de todo por lo que he pasado ahora cesárea? (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015)

Mira, yo pase por el trabajo de parto, por los dolores, y luego por las dos cesáreas, o sea, a mí me tocó pasarlo todo, por todos los dolores, experimentarlos todos, sufrirlos todos (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo 2015)

Cuando hacemos hincapié en los dolores soportados durante el parto, encontramos la manera como éste da sentido a la experiencia de la maternidad doliente con la expectativa de que así sea valorada. Si bien el embarazo nos prepara para el devenir madre, el parto es el rito de paso que marca y configura ese devenir. Así, con la invocación del castigo del génesis, en el cual cada parturienta debe lavar la culpa de Eva, normalizamos el dolor en el parto como el primero de los sacrificios y dolores asociados a la maternidad, porque “toca ser valiente, es que ser mamita duele” (Autoetnografía).

Así, “la mujer se convierte en madre a través del sufrimiento del parto y éste se extiende a lo largo de su vida, concebida ésta como un continuo sacrificio hacia sus hijos”. (Imaz, E. 2001:101). El dolor en el parto es entonces un valor de maternidad, por lo cual la analgesia

y anestesia han sido tema de múltiples debates, experimentos y fobias y diversos han sido los métodos aplicados para su alivio o eliminación.⁵¹ La iglesia y la llamada ginecología cristiana, se opusieron por largo tiempo a la utilización de método anestésico o analgésico alguno, entendiéndose que el castigo de Eva debía ser cumplido por toda parturiente, haciendo honor a los diversos pasajes de la biblia donde se hace referencia a la “normalidad” del dolor de parto. “Multiplicaré los trabajos de tus preñeces”, “parirás con dolor tus hijos”, “In dolore paries filios” (Génesis 3, 16).

La ginecología cristiana aceptaría en 1956 el método psicofiláctico llamado método natural de parto sin dolor, sin analgesia ni anestesia, cuyos pioneros, como el doctor Lamaze en París y el doctor Read en Norte América, aseguraban conseguir partos sin dolor por medio de la preparación de la madre, ya que se entendía que el dolor correspondía a reflejos condicionados por “erróneos complejos psicológicos y afectivos” (Goodrich, F. 1966: 253).

Además de los juicios de la ginecología cristiana, muchos obstetras de mediados del siglo pasado consideraban que si una mujer no pasaba por los dolores del parto o no los soportaba, carecía de la abnegación necesaria para convertirse en una buena madre (Hutter, R. 2010; Imaz, E. 2001). Esto porque precisamente por estas fechas, y bajo la influencia de algunos movimientos feministas, muchas mujeres empezaron a concebir la idea de elegir la manera de dar a luz, a lo que muchos afamados obstetras como el doctor Charles Meigs respondieron: “su cerebro es demasiado pequeño para albergar un intelecto; su tamaño solo les alcanza para sentir amor o el doctor Albert Barnes, quien afirmó que las mujeres embarazadas atravesaban un estado de desequilibrio nervioso por lo que no tenían plena posesión de la capacidad de razonamiento”. (Hutter, R. 2010: 94)

⁵¹ Hay muchos métodos para el alivio del dolor del parto, desde naturales como hierbas utilizadas por las parteras, hasta medicamentos como los cocteles de barbitúricos que se le suministraron a muchas parturientas en el mal llamado parto sin dolor del sueño crepuscular o “dammerschlaf”. Este método consistía en inducir amnesia a través del consumo de barbitúricos, por lo que la madre pasaba por todos los dolores sin recordar nada de su experiencia. Muchas mujeres consideraron este método una fortuna, que hacía del parto una experiencia nada dolorosa, sin embargo, luego se conocería que las mujeres eran amarradas a las camas mientras se retorcían de dolor y daban a luz y que los barbitúricos hacían que lxs niñxs nacieran con dificultades respiratorias y sufrieran fuertes alucinaciones (Hutter, R. 2010).

En este contexto, una ideología que valora el dolor y subestima la inteligencia y la capacidad de raciocinio de una mujer embarazada, primero bajo el discurso del tamaño del cerebro en la antigüedad y ahora bajo el dominio de las hormonas, pone en paréntesis la capacidad de elección de las mujeres sobre sus partos, naturaliza todavía hoy la dependencia de la embarazada de la decisión de curas, obstetras, psiquiatras, pediatras, etc.

Así mismo, valorándose el sacrificio de la madre, y entendiéndose su cuerpo como un cuerpo para el otro se espera, en muchos casos, que **la gestante priorice la vida de su hijo en sacrificio de la suya propia**. Estas asociaciones manipulan a las gestantes y hacen que todos sus miedos y sus dudas sean acallados y silenciados con un “piense en su bebé”. Cualquier preocupación por su vida, su salud o su seguridad son interpretados como un gesto “egoísta” que anula la valoración maternal del sacrificio de la maternidad doliente y sufriente.

Cuando me dijeron que me tenían que hacer cesárea porque había sufrimiento fetal, yo estaba aterrada, cagada del susto, yo no me quería morir. Entonces me dijeron, “toca hacer cesárea, ahora tienes que pensar en tu hijo y no solamente en ti (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo 2015)

Es peligroso, puede haber sufrimiento fetal, nuestro concepto es que accedan a la cesárea, es lo mejor para el bebé y para ti, si no lo hacemos no podemos asegurar que todo salga bien (auto etnografía).

Desde la primera consulta me dijeron, piense en su bebito, a partir de ahora todo lo que usted hace, si fuma, toma, come mal... todo está afectando al bebé (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo 2015)

Existe en la actualidad una verdadera “bebología”, un interés renovado y creciente por lxs niñxs, que hace que la atención a las maternas se centre en el niño o la niña, dejando de lado a la madre. En este sentido, la gestante es una incubadora, un útero con patas, la mera portadora de quien verdaderamente importa, su hijx. Todos los cuidados se concentran en el vientre materno, ignorando, desplazando e invisibilizando a la mujer (Imaz, E. 2001).

En contraste, ayudaría entender que toda gestante, además de desear lo mejor para su hijx, también desea salir ilesa de la experiencia de gestar y parir, y que la preocupación y el

miedo por su vida propia no es una manifestación “anti maternal” de egoísmo, sino una respuesta humana-social-animal-instintiva de supervivencia.

Sin embargo, aparecen juicios de valor de índole moral “la bondad y la maldad”, la culpa y la responsabilidad:

... desde un principio le están diciendo a uno como debe comportarse, porque si uno no está de acuerdo mejor dicho... lo que va a hacer ahí es ponerse en riesgo yo y poner en riesgo a la niña. Entonces que es responsabilidad de uno por no hacer caso. En ese sentido pues uno coge miedo y entonces uno termina haciendo TODO lo que a uno le están diciendo, a sabiendas que a lo mejor no es lo mejor, que va en contra de lo que uno siente como madre o como persona, a lo mejor uno siente que no es el momento, que uno puede esperar más, pero si va en contra del sistema o en contra de ellos uno es el **malo**, entonces a uno le da **miedo**, no hay de otra, así uno tenga dudas, toca hacerlo así, porque si no uno es el **malo** (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015 énfasis añadido).

Invocar al miedo es la fórmula de la manipulación: “Usted verá, yo cumplí con informarle” (Paloma), “estos son los riesgos, si usted se opone, después no diga que no se le advirtió” (Virginia), “voy a apuntar en la historia clínica que usted se resistió al procedimiento a sabiendas de los riesgos” (Autoetnografía). Adicionalmente, se amenaza con la patología, y aparece el juicio sobre la bondad y la maldad, si consiento soy **buena**, una paciente **juiciosa** y, “si no, uno es el **malo**” (Virginia, énfasis añadido).

La maternidad impotente también tiene importantes consecuencias en la atención del embarazo-parto-puerperio. El entendimiento de la necesidad del seguimiento irrestricto de controles, análisis, exámenes, ordenes, etc., hacen del proceso de gestar-parir-lactar-nutrir-criar, una experiencia de sujeciones y de dependencias. En este modelo, se espera que la gestante cumpla a rajatabla con lo establecido, lleve su cartilla al día, se ponga sus vacunas, acuda cumplidamente a sus citas, participe activamente en el proceso acudiendo a los cursos psico profilácticos para ser *des-informada*, lea literatura experta y extrañada sobre su proceso, coma lo que se le dice y en las cantidades que se le dice, tome los medicamentos que se le ordena, viva su sexualidad en un mar de restricciones, sienta y actúe conforme a la normatividad, entre otras. No hay espacio entonces para la autonomía, para la decisión, puesto que ya no solamente se trata de un individuo en quien se deposita la posibilidad y

condición de autonomía, sino que se trata de dos. De esta manera, a la gestante no se le permite cuestionar, intervenir, evadir ya que se entiende que su cuerpo no le pertenece solamente a ella, es un cuerpo para el otro. Vemos esclarecida la manera como se funden las dos nociones de maternidad, la doliente y sacrificada y la impotente enajenada:

En las condiciones emocionales en las que yo me encontraba buscaron la autorización de mi compañero, quien, convencido ante la retórica médica, firmó el consentimiento informado mientras yo era preparada a las carreras para cirugía, porque solamente tenían disponibilidad de una hora en el quirófano (Autoetnografía).

Entendiéndose los hijxs, producto de la intervención de dos individuos, la gestante no tiene la potestad de decisión sobre aquello que acontece en su cuerpo, por lo que de negarse a una intervención, el personal podrá solicitar la autorización del padre de la criatura, quien podrá decidir, él sí, de manera autónoma.

Capítulo 4. Colonizando el embarazo: cursos, controles prenatales, cartillas y exámenes diagnósticos

Para mí era muy raro, es como que el bebé crece y se desarrolla allí adentro y yo no tengo que hacer nada, todo como que pasa solo y uno pues espera. Lo único que uno puede hacer y hace es como eso, esperar, cuidarse, ir al médico, hacerse los exámenes. (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

Cuando una mujer está embarazada se dice que está esperando, cualidad pasiva y anclada a la interpretación cultural sobre la reproducción, donde se describe y entiende al óvulo como un agente inmóvil y dependiente de la intervención de unos espermatozoides heroicos y competitivos que llegan a fertilizarlo. Entonces, así como el óvulo espera su espermatozoide, Rapunzel espera en su torre a su príncipe quien, con su espada, atravesará peligrosos obstáculos para salvarla y, la gestante espera a su heroico/a obstetra que, con bisturí en mano, acudirá en su ayuda para despojarla de su “riesgoso” estado “embarazoso”. Los estudios feministas de la ciencia muestran cómo el lenguaje médico y biológico reproduce los estereotipos de género cultural e históricamente construidos (Martin, E. 1991; Tovar, P. 2004; Rubio, E. 2009) por ello, “... en los textos médicos la concepción se presenta no como un evento en el que interactúan mutuamente un óvulo y un espermatozoide, sino como la conquista por parte de un agente activo y agresivo, que penetra, perfora y lucha después de una competencia y un peligroso recorrido hasta “invadir” o “colonizar” una célula que está esperando ese momento pasivamente” (Tovar, P. 2004: 258). El análisis del discurso de estos textos nos muestra también cómo la menopausia y la menstruación son vistas como procesos improductivos, y el “trabajo”⁵² de parto, desde su carácter productivo, ligado no sólo a la función orgánica uterina, sino también a la función social que se espera de las mujeres (Tovar, P. 2006).

En este capítulo abordo una serie de discursos, prácticas y mecanismos que se despliegan a lo largo del embarazo. Si bien la atención del parto está institucionalizada, el embarazo, salvo algunos casos, se maneja de manera ambulatoria, es decir, las embarazadas acuden a los controles prenatales, exámenes diagnósticos y cursos psicoprofilácticos interiorizando medidas de control, así como una serie de complejos de sospecha, carencia, deficiencia,

⁵² El parto es denominado trabajo o labor de parto mostrando su interpretación productiva, y el resto de etapas, ciclos y procesos son evaluados como pérdidas (Tovar, P. 2006).

desconfianza e inestabilidad que las despojan progresivamente de su rol protagónico, haciendo el embarazo y el parto procesos irreconocibles, inaprensibles e impredecibles para las gestantes (Montes, M. 2008), convirtiéndose en mecanismos poderosos de desautorización de las gestantes/parturientas (Sadler, M. 2002).

He denominado al grupo de medidas biomédicas aplicadas al embarazo como dispositivos de manejo del embarazo, incluyendo controles médicos, exámenes diagnósticos, cartillas prenatales y cursos psico profilácticos. El concepto “dispositivo” lo utilizo en el sentido foucaultiano – como el conjunto y ensamblaje de discursos y tramas del saber-poder que producen subjetividades e incentivan, promueven y dan sentido a ciertas prácticas (Foucault, M. 2009; Ortiz, N. 2010). Estos dispositivos son entendidos como requisitos fundamentales por los que deben pasar las embarazadas, y son de importancia vital en este análisis, ya que en ellos se expresa el biopoder y las anatomopolíticas aplicadas para el control y vigilancia de las gestantes al naturalizar las intervenciones biomédicas y las relaciones jerárquicas.

El diseño de estos dispositivos pretende controlar de manera pormenorizada cada aspecto de la vida privada de la gestante, la fecha de su última regla, la fecha probable de parto, su vida y prácticas sexuales, los antecedentes familiares, la historia clínica, sus hábitos y sus secretos más íntimos. Incluso las cartillas contienen el carné materno con los datos que le permiten a cualquier profesional hacerse una idea rápida de aquellas minucias que afectan o no el estado de embarazo. Además, estas cartillas, que se deben presentar sin falta en cada uno de los controles prenatales, indican el nivel de compromiso y cumplimiento de la gestante con aquellas tareas y controles que les son asignados mes a mes, ya que en ellas se registra el cumplimiento a tiempo de citas, procedimientos y exámenes diagnósticos.

Si bien todos estos dispositivos hacen del tiempo del embarazo y el parto una experiencia llena de sujeciones y controles, también moviliza muchas estrategias de resistencia cuestionamientos y críticas en las dueñas⁵³ del embarazo y parto, lo que puede convertirse en importantes líneas de fuga y movilización hacia gestares y parires más respetados. Como podrá ver el lector o la lectora, las citas que se incluyen en este trabajo son críticas, burlas, cuestionamientos, quejas y análisis que las dueñas del embarazo/parto hacen del sistema

⁵³ El concepto de *dueñas del embarazo* lo tomo prestado de Elixabet Imaz (2001).

médico, sus dispositivos, reglas y practicantes, evidenciando profundas grietas por las que se cuele la crítica y nacen maneras de resistir.

4.1 Cartillas para el embarazo

Las cartillas para el embarazo son repartidas a las gestantes en la primera visita a la entidad prestadora de servicios de salud, por lo que son la primera fuente de información sobre la medicina preventiva en el embarazo. Haré uso en mi análisis particularmente de aquellas que me fueron entregadas para mis dos embarazos por la Organización Sanitas Internacional.

La cartilla consta de 8 capítulos: 1- control prenatal, 2- el cuidado de los dientes, 3- recomendaciones nutricionales para gestantes, 4- ejercicios durante el embarazo, 5- la atención del parto, 6- la lactancia materna, 7- la planificación familiar y 8- el recién nacido.

Tras un breve párrafo de felicitación para los futuros padres, la cartilla introduce el fundamento de la intervención científica y médica y la dependencia de la gestante en la misma, es decir, el discurso de riesgos que se moviliza a través de la administración del miedo: “Recuerde que el seguimiento y cuidado de la gestación busca proporcionar, de manera preventiva, diversas estrategias para prevenir los **riesgos que corren** tanto la madre como el niño”. (Organización Sanitas Internacional. 2007:2 énfasis añadido). Como podemos notar, el riesgo no es una eventualidad, ni se percibe como un acontecimiento raro, sino que se perfila como una realidad presente e “inminente”.

Tras esta advertencia, la cartilla se define como: “una herramienta diseñada para **informar y educar** a la pareja gestante sobre los diferentes aspectos relacionados con el embarazo, el feto, y el recién nacido... (Organización Sanitas Internacional. 2007:4 énfasis añadido).

En este sentido, la cartilla “informa” y “educa”, a la vez que hace parte de los mecanismos de seguimiento y control del embarazo, ya que en un complejo cuadro en su interior, son consignados todos los datos que conciernen al embarazo, así como el seguimiento y cumplimiento por parte de las gestantes de los protocolos asignados por las entidades y el sistema de salud.

El primer capítulo, denominado “control prenatal” lo define como: “el conjunto de actividades y acciones que **se le realizan a la mujer** en embarazo o en estado de gestación, con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y de promover un parto y nacimiento en óptimas condiciones” (Organización Sanitas Internacional. 2007:3 énfasis añadido).

Como podemos notar, las intervenciones recaen sobre las gestantes, fomentando su rol pasivo y dependiente. Así, la gestante no hace “nada” por el “normal” desarrollo de su embarazo, sino que las acciones recaen sobre ella como elemento pasivo de la relación. De esta manera, el objetivo de conseguir un embarazo/parto “normales” concierne al sistema médico, el cual ejerce el rol activo.

Así mismo, la cartilla informa sobre los objetivos principales de los controles prenatales, los cuales son:

1. “Determinar y prevenir oportunamente el **riesgo** materno y fetal”.
2. “Prevenir y diagnosticar las **complicaciones** del embarazo y en consecuencia, orientar el tratamiento adecuado de las mismas”.
3. “Educar y preparar a la pareja para el embarazo, al mantenimiento de la salud materna y fetal, el nacimiento y la vida de su hijo. (Organización Sanitas Internacional. 2007:4 énfasis añadido).

Como vemos, el acoso de la patología, como llama Camacaro (2009) al discurso de riesgos, aparece desde el inicio, fundamentando la necesidad *auténtica* de las gestantes y sus hijxs de la intervención médica y tecno-científica, si desean conseguir un embarazo/parto seguros. Por ello, en esta sección y de entrada, son enumerados los 15 signos de alarma:

Aumento de peso de 2 o más kilos por semana, visión alterada, disminución de la cantidad de orina, ardor al orinar u orina fétida, vómito incontrolable, dolor de cabeza intenso y persistente, dolor intenso en la boca del estómago, disminución o ausencia de los movimientos fetales, hemorragia vaginal, expulsión de líquido por la vagina, contracciones del útero antes de la semana 36, flujo vaginal fétido y pruriginoso (que rasque) o en cantidad mayor de lo normal, fiebre, si llega la fecha probable de parto y éste no ha iniciado (Organización Sanitas Internacional. 2007: 4).

Todo este ir y venir de advertencias patológicas se producen en las primeras cuatro páginas de la cartilla anunciando, por si hubiera alguna duda, que el embarazo y el parto son acontecimientos de cuyo riesgo no conviene dudar.

Los capítulos dos, tres y cuatro contienen recomendaciones para cuidar la dentadura, claro está, por los riesgos de afectar al feto por enfermedad periodontal, ejercicios para las maternas donde se pide disciplina y las recomendaciones o, mejor, restricciones alimentarias que deben ser seguidas durante el embarazo.

Así, llegamos al capítulo cinco, que da las recomendaciones para el parto: “una vez su médico le indique que se aproxima la fecha del parto, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones (...) Cumpla la cita que le den en la clínica y siga las instrucciones que le sean impartidas en esta institución” (Organización Sanitas Internacional. 2007:20) ¿Acaso esto suena a recomendación?, sin duda, las “sugerencias” en el contenido de la cartilla prenatal son, o abiertas órdenes de “obligatorio” cumplimiento como la anterior, o veladas tras un “tu vida o la de tu hijx dependen de ello”, tras un “nosotros sí sabemos lo que es mejor para su salud y la de su hijx”.

Por esto resultan contradictorios condicionales como: “si **usted decide** tener un parto natural, es importante que aprenda a respirar” (Organización Sanitas Internacional. 2007:21 énfasis añadido). Acaso, ¿esta es una decisión que le concierne enteramente a quien gesta y pare?, ¿puede una parturienta decidir tener un parto “natural”?, ¿Qué entenderán en las instituciones por parto “natural”?

Considero que la cartilla prenatal sería un instrumento idóneo para informar a quien gesta sobre los pros y contras de cada intervención, para que de esta manera durante o previo al parto, ella pueda tomar decisiones verdaderamente informadas sobre aquellos procedimientos que le convienen. Esto evitaría que la información circulara en las salas de parto bajo la administración del miedo por desconocimiento y conocimiento autoritativo.

Más adelante me referiré al papel que cumple la homogenización de las gestantes/parturientas y su conversión en “pacientes” para la administración de estos embarazos/partos, sin embargo, es interesante analizar en este punto las imágenes expuestas en la cartilla para gestantes. En ella, podemos observar dibujos de varias mujeres sin rostro,

pero con barriga prominente, ataviadas con las clásicas batas hospitalarias o con el torso desnudo y sujetando entre sus brazos a su hijx que lacta. Además de sugerir imágenes de la Virgen María que alza a Jesucristo entre sus brazos, y que nos conecta con la maternidad doliente y sacrificada antes analizada, también nos induce la importancia que para el sistema tiene la eliminación de las diferencias y la individualidad, lo que posibilita la práctica generalizada de intervenciones protocolarias y rutinarias. Así mismo, la eliminación de la cara y la exhibición de vientres prominentes anuncian la visibilidad otorgada a la criatura gestada, en detrimento de la importancia de la dueña del embarazo/parto.



Figura # 1: Imágenes extraídas de: (Organización Sanitas Internacional 2007.) Nótese la ausencia de cara y las prominentes barrigas.

4.2 Controles prenatales y exámenes diagnósticos

A través de éste y otros recursos tecnológicos, la mujer se convierte en espectadora de su propio embarazo; el vientre se escinde del cuerpo y toda la información que sobre él acopia es recibida a través de terceros, fundamentalmente, el médico. El feto individuo es una curiosa forma de vida exterior instalada en el cuerpo de la mujer, pero ajena a ella. Y como ajena e individualizable, revestida de sus propios derechos: derecho a la salud (no fumar, no beber, no medicarse, evitar alimentos y actividades), esperando que nada lo altere en su proceso (una vida armoniosa que no trastorne al bebé). La embarazada se percibe como un vientre que debe amoldarse a las necesidades de ese habitante interior Elixabete Imaz (2001: 108).

Foucault (2002) analiza la conexión existente entre el examen y el ejercicio del poder que se desprende de un saber. Así, el control disciplinario demarca quién no tiene el saber, y quién es un interlocutor/a, observador/a, evaluador/a, preparado/a y autorizado/a. De esta manera, obran los mecanismos de exclusión de quién sabe y quién no, por lo que es común que, aunque una mujer haya tenido varios embarazos y partos, se la siga considerando una interlocutora no válida, en tanto su saber empírico no goza de la misma legitimidad que el saber experto.

El control médico prenatal, así como los exámenes diagnósticos, posibilitan que la gestante se considere y sienta constantemente vigilada, examinada, intervenida; ella, bajo estos supuestos, no posee los conocimientos que le posibiliten auto examinarse y/o auto evaluarse, lo que justifica su dependencia del examen y el control médico.

Como hemos visto, el modelo biomédico requiere del fomento de una relación de dependencia de los/las pacientes con sus médicos/as tratantes, para de esta manera conseguir la restitución de la salud o la “normalidad”. Particularmente, en el tema que nos convoca, el cuerpo gestante es un cuerpo imaginado y representado como cuerpo “sospechoso” del cual se desconfía de manera constante, sospechándose que pueda presentar problemas y patologías que la madre no puede detectar, lo que hace que las gestantes dependan de la vigilancia médica (Montes, M. 2008). En este sentido, los exámenes de sangre, frotis vaginales, ecografías y tamizajes se perfilan como dispositivos

de seguimiento y control que posibilitan la acción normalizadora de la medicina, ya que por medio de éstos se califica la “normalidad” y/o “anormalidad” del embarazo.

Es interesante observar que, aunque se establezca un embarazo como “normal”, ciertas funciones corporales, como por ejemplo, el ritmo cardíaco cambian, por lo que el cuerpo embarazado es siempre conceptualizado en un estado liminal, no es ni “normal” ni “anormal”, simplemente su estado es “embarazoso”. Un ejemplo de esto es el seguimiento por medio de los exámenes de sangre, ya que, aunque ciertos grados de anemia están descritos como “normales” en el embarazo, las gestantes son medicadas con complejos vitamínicos que no necesariamente previenen dicho estado, pero sí permiten la interiorización de discursos como el del cuerpo carente y/o deficiente de la producción de las vitaminas, minerales y nutrientes necesarios para el “normal” desarrollo del feto (Montes, M: 2008).

Por otra parte, como vemos en la cita con la que empiezo este aparte, las tecnologías diagnósticas que han posibilitado ver al feto o bebé en el útero materno han fomentado toda una transformación de la concepción del embarazo. Ahora, y en la “bebología” a la cual asistimos, el bebé es convertido en individuo con pleno derecho que habita en la madre (Imaz, E. 2001), y ésta a su vez es invisibilizada por los esfuerzos colectivos de “perfeccionamiento” de esta nueva vida.

La sobrevaloración de la tecnología, el examen diagnóstico y el control médico convierten a las gestantes en espectadoras de su embarazo/parto – no en actrices de los mismos. Además, nos encontramos ante un escenario donde los resultados de los exámenes y las tecnologías asociadas al embarazo/parto son consideradas más relevantes y exactas que la clínica de un embarazo. Así, el personal de salud ya no interactúa con las gestantes, sino que extrae la mayoría de los datos más relevantes de sus exámenes diagnósticos (Davis-Floyd, R. 1993).

Me hicieron una ecografía una semana antes del nacimiento, no sé si el ecógrafo se equivocó o mi hijo tenía el fémur muy largo, pero midieron y calcularon mal el peso, por lo que me adelantaron diez días el parto. Entonces el criterio de adelantarlo fue que el bebé ya pesaba más de tres kilos, y resultó que cuando me lo sacaron pesó mucho menos de tres kilos, por ese error me lo sacaron casi prematuro” (auto etnografía).

Como me calificaron el embarazo de alto riesgo, me hacían más ecografías de las que se suelen hacer, todo el tiempo me decían “la niña viene pequeña, la niña viene chiquita” y pues yo súper preocupada... claro, eso me hacía sentir muy preocupada porque yo fumé al principio del embarazo entonces me sentía culpable... y luego todo bien, lo que pasa es que el papá no es muy alto y pues yo tampoco, entonces sí, la niña no iba a ser gigante si los padres son los dos bajitos, pero eso ellos ni lo miran (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

Esta prioridad dada a los datos obtenidos de los exámenes tecnocientíficos pone en una posición secundaria o desestima aquello que la gestante manifiesta. Es por esta razón que se establecen cálculos de acuerdo al tamaño del fémur y otros indicativos para calcular el peso del feto, sin tener en cuenta los datos familiares y relatos que puede aportar la madre.

Durante el parto, el mecanismo de ignorar a las madres y priorizar los resultados de los exámenes y tecnologías médicas aplicadas al parto es particularmente evidente, ya que el personal pasa constantemente a tomar las lecturas de los monitores sin siquiera interactuar con la “paciente” (Davis-Floyd, R. 1993). De esta manera, hemos eliminado la relación intersubjetiva médicxs-pacientes, enfermerxs-pacientes, desviando la atención a aquello que la tecnociencia ha posibilitado.

En el parto de mi hermana, que tuve el privilegio de presenciar, hubo un momento en que el obstetra, quien solamente había pasado en pocas ocasiones y durante lapsos de tiempo muy cortos, se sentó a mi lado. Yo pensé que tal vez quería hablar o conocer un poco más sobre su paciente, pero no medió palabra durante todo el tiempo que permaneció allí, sino que se mantuvo atento al monitoreo fetal, comprobó que el ritmo cardíaco de mi sobrina estaba estable, y abandonó la habitación con un tranquilizador “todo está bien”. Recuerdo lo incómodo del silencio, las miradas entre mi hermana y yo sin saber qué decir, de qué hablar – lo cierto es que él no esperaba ninguna comunicación, solamente quería interactuar con los datos que el monitor le arrojaba.

De esta manera, las diferentes tecnologías aplicadas al embarazo y al parto hacen invisible a quien gesta y pare, puesto que sus pensamientos, sensaciones e intuiciones sobre su embarazo o parto son irrelevantes, ya que todos los datos pueden ser extraídos de sus exámenes diagnósticos, tamizajes, ecografías y monitoreos fetales.

Para mi primer parto, recuerdo que la enfermera me decía “ahí estás teniendo una contracción”, antes de que yo pudiera sentir el dolor, o la contracción del útero, ella lo decía sin siquiera mirarme a la cara o tocarme ni nada, solo miraba el monitoreo del útero. Así, ella no tenía que preguntarme cada cuanto tenía las contracciones, si eran regulares, ni si eran fuertes o no, ya que todos estos datos le eran proporcionados por estas tecnologías.

Habría entonces que preguntarse sobre los efectos de estas tecnologías, cuál es el papel de la gestante y/o parturienta cuando todas sus funciones están siendo interpretadas y comunicadas por complejas máquinas, cuando su relato, sus sensaciones, sus percepciones, intuiciones, conocimientos, etc., no son relevantes, sino entendidos como meros contaminantes del proceso de atención de su parto. Tal contaminación, definida por Sadler (2004) como el entendimiento de la parturienta como contaminante y/o “estorbo” para la atención cómoda y el trabajo del personal de salud, se cristaliza bajo la simple supresión de la antigua e inevitable relación intersubjetiva entre “pacientes” / médicos y enfermeras.

4.3 Cursos Psicoprofilácticos

Los cursos psicoprofilácticos son de obligatoria asistencia en el transcurso del embarazo, ya que se considera que preparan a los futuros padres para la atención de la gestación y del recién nacido. Por ejemplo la E.P.S Sanitas, contempla los siguientes cursos: ejercicios durante el embarazo, nutrición durante el embarazo, higiene y salud oral, ejercicios II, durante el embarazo, familia y afecto, lactancia materna, recién nacido y trabajo de parto.

Todos estos talleres o cursos se presentan nuevamente bajo los supuestos de “ignorancia” de las maternas sobre el cuidado de sí y de los otros reforzando el discurso de la ignorancia, cuyos alcances ya he analizado. En este punto ya no solamente se trata de aquello que se sabe o se ignora, sino incluso de aquellas funciones orgánicas que se desencadenan y desarrollan según funciones orgánicas y fisiológicas del parto, como respirar, pujar y contener el pujo.

En el curso/taller de trabajo de parto las gestantes son aleccionadas en la manera como deben pujar, siempre bajo la instrucción médica (pujo dirigido), y la manera como los pujos

“naturales”, llamados pujos espontáneos, deben ser contenidos y aguantados mediante la respiración.

a mí me decía la del curso, “usted, cuando le diga el médico, puja fuerte, como si fuera a hacer de cuerpo, pero solamente puja si ya le dicen que es el momento, antes no, así tenga muchas ganas (auto etnografía).

Vea, a uno le dicen como que “a usted todavía le falta mucho, no vaya a pujar, respire como le enseñaron, ¿si fue al curso?”, y yo tenía muchas ganas de pujar... y cuando sentí era que el bebé ya estaba saliendo. Entonces yo grite y vino una y me regañó que por no haber avisado antes, que por haberme puesto a pujar sin que me dijeran, que se podía haber caído el niño de la camilla, que yo tan irresponsable (Historia de embarazo/parto de Rosa entrevistada el 11 de noviembre 2015).

Enseñar a respirar, contener o pujar de manera dirigida y señalar que el pujo debe ser el mismo utilizado cuando se hace de cuerpo son muestras de la inadecuación de las instrucciones con las funciones orgánicas del proceso de parto, así como del desconocimiento de la anatomía del embarazo, ya que los músculos vaginales y los músculos del recto no son los mismos, y el pujo para hacer de cuerpo puede producir hemorroides, lesiones bastante comunes en mujeres que han parido siguiendo estas instrucciones. Así mismo, quienes han pasado por partos manifiestan la imposibilidad de controlar y contener el pujo espontáneo. Una doula y partera manifiesta al respecto “cuando la mujer le está diciendo “es que tengo como ganas de pujar” ella ya está pujando, eso no se puede contener, es algo espontáneo, del cuerpo y el proceso del parto, eso que dicen que la mujer debe pujar cuando le dicen y contener el pujo no es tan así” (Fragmento del diario de campo curso Doula Caribe Internacional, enero 2015).

Así mismo, nótese en el relato de Rosa el regañó del cual es objeto por no poder contener una función espontánea de la fisiología del parto, situación que se repite cuando las mujeres se orinan, vomitan o se hacen de cuerpo sin avisar, por lo que deben ser aseadas por el personal de enfermería.

Le enseñan un montón de vainas, que como tiene que respirar con las contracciones y toda esa vaina pero usted en ese momento que se va a acordar de respirar como le dijeron, con el dolor uno respira a duras penas como Dios le da a entender (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

El no saber respirar o pujar (funciones que se producen espontáneamente) en la gestante/parturienta se traducen en su infantilización y subestimación. Los cursos donde las

gestantes y sus acompañantes “juegan” con muñecos, les cambian pañales, los visten y desvisten, los bañan y “alimentan” cumplen con las funciones de infantilización y contribuyen a la interiorización de los discursos de “ignorancia” de las maternas sobre gestar, parir, nutrir, cuidar, criar, lactar. Por ejemplo, el taller sobre lactancia, “informa” a las futuras madres lactantes las maneras “adecuadas” e “inadecuadas” para lactar, haciendo que la lactancia se convierta en una “teoría difícil” de asimilar. Al respecto una doula manifiesta: “desde que le metieron ciencia a la lactancia la volvieron difícil, cuando eso era algo que hacían las madres sin ningún misterio. (Fragmento diario de campo curso Doula Caribe Internacional, enero 2015).

Que si se coge el niño así, que con la otra mano en C, yo no me acuerdo pero créeme que a mí me empezó a ir mejor con la lactancia cuando le quité tanta vaina y empecé a meterle como más de mi experiencia, como yo y la niña nos sentíamos cómodas y mejor (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

El arrastre al pecho consiste en poner al o la recién nacidx en el vientre o entre los senos de la madre para que él o la bebé, guiadx por el olor del líquido amniótico, se arrastra solx hasta al seno materno. Esta es una práctica aconsejada ya que fomenta el vínculo inmediato madre hijx, la lactancia temprana y, por medio de las patadas que da el o la bebé al vientre de la madre, hace un masaje uterino que puede prevenir hemorragias y ayudar en la expulsión de la placenta⁵⁴. Aunque la O.M.S, la UNICEF, las parteras y doulas lo recomiendan ampliamente, en los partos institucionalizados se opta por la separación de madres e hijxs para la revisión médica del recién nacidx y para que el personal termine de suturar a las madres de cesáreas y episiotomías.

Entonces, si la lactancia es un proceso que puede desarrollarse de manera autónoma entre madres e hijxs, ¿por qué también hay que enseñar a hacerlo?

Mira esto es tenaz porque le dicen a uno que ni de fundas le vaya a dar tetero al bebé porque se le tira la lactancia (...) yo estaba en sala de recuperación y una enfermera me quita a mi hija y le empieza a dar leche sin pedirme permiso ni nada. Además más o menos te dicen que uno tiene obligatoriamente que lactar al bebé, le guste o no toca, si usted es una buena mamita es obligatorio (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

⁵⁴ Para más información ver: Arrastre al pecho UNICEF, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wIOOUfyI4vM> consultado el 21/01/2016

Así, la lactancia se ha convertido en una ciencia propia de la “bebología” (Imaz, E. 2001) y su práctica es fomentada como de obligatoriedad para “todos” los casos, haciendo que aquellas gestantes, madres, que por cualquier motivo no pudieran o quisieran amamantar sus hijos, sean juzgadas bajo juicios de valor moral como “malas madres” (Monroy, S. 2012).

El método de la psicoprofilaxis obstétrica del doctor Lamaze, precursor del parto sin dolor, consistía precisamente en proporcionar herramientas informativas sobre la fisiología del parto a las maternas, de manera que en el momento del alumbramiento, éstas contasen con la seguridad y el conocimiento que disiparían el miedo y el dolor. Hoy, en Colombia, los cursos psicoprofilácticos distan de estos objetivos, contribuyendo más a la naturalización de las intervenciones y a la manipulación del miedo, que a la circulación de información que le permita a las gestantes empoderarse de su parto con seguridad y sin miedo.

Como analizaré más adelante, los cursos psicoprofilácticos son, conjuntamente con los controles prenatales, escenarios idóneos para la socialización de las intervenciones protocolarias durante el parto (Monroy S. 2012). En ellos se informa de manera superficial, y como si se tratara de necesidades médicas auténticas y *obligatorias*, las diferentes intervenciones que se realizan en el parto, por lo que constituyen una pieza clave en la naturalización de las rutinas y prácticas protocolarias.

4.4. Discursos y prácticas fomentadas en los dispositivos de control del embarazo (cartillas, controles, exámenes y cursos)

A. Gestantes sospechosas

En este sentido y, para la detección de riesgos, se controlan aspectos de la vida personal justificado esto por su posible influencia en la evolución del embarazo. El nivel de estudios, la religión, el estado civil o la situación laboral de la mujer o pareja son aspectos que, junto con la aceptación inicial de la gestación, las conductas sexuales de riesgo o hábitos dietéticos, entre otros, le dan una carga de control moral-normativo. Este modelo multicasual se traducirá en una mayor necesidad de intervenciones y controles físicos, o de discursos punitivos, con el

objetivo de educar a las personas en prácticas socialmente estándares que hoy se consideran favorables para el mantenimiento de la salud. Las mujeres según los ítems, van adquiriendo diferentes grados de riesgo que necesitan de la intensificación de los controles para su re-conducción, bien a través de las intervenciones médicas o de la educación sanitaria. María Jesús Montes (1997: 96)

El discurso de cuerpo sospechoso, descrito por Montes (2008), se caracteriza por poner en entredicho constantemente la “normalidad” de un embarazo. Como ya se ha descrito, el factor principal, que fomenta el manejo, control y colonización del embarazo por parte del sistema biomédico es el discurso de los riesgos. De esta manera, las gestantes son calificadas desde la primera consulta médica como embarazos de bajo, mediano, alto o muy alto riesgo (Montes, M. 2007), calificación que obedece a elementos como la edad, el peso, el nivel socioeconómico, factores de herencia, problemas en embarazos anteriores, etc., y anclados a factores biológicos individuales, lo que los deshistoriza y des-socializa, es decir, deja de lado construcciones e interpretaciones sociales, culturales y políticas que de estos factores se derivan.

Así mismo, la interiorización del discurso de sospecha hace que las gestantes naturalicen la dependencia del sistema biomédico, sus controles y exámenes, a la vez que justifica cualquier intervención:

Por edad, porque era el primer embarazo con una edad avanzada, por eso me decían que era un embarazo de alto riesgo, toman esa precaución de monitorear más, me decían que puede haber más riesgos. Entonces le hacen a uno más controles, porque no saben qué pueda pasar, por si hay algún problema detectarlo a tiempo. Dicen que con la edad hay también más riesgos de que el bebé tenga problemas, entonces toca hacer un seguimiento más exhaustivo (...) pero afortunadamente y con todo eso del embarazo que era de alto riesgo, mi embarazo siempre fue normal, nunca en las ecografías o los exámenes ni en nada salió nada malo, pero siempre eso pues lo preocupa a uno mucho, porque si de entrada te dicen que tu embarazo es de alto riesgo pues uno siempre tiene miedo de que algo pueda salir mal, entonces uno hace todo lo que le dicen”. (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

Existen elementos que se derivan más de condicionamientos y juicios de valor moral (Monroy, S. 2012; Montes, M. 1997), socialmente construidos normalizados y normatizantes, como por ejemplo, si la gestante es casada o soltera, si es heterosexual, si la

edad del embarazo es considerada “adecuada”⁵⁵, la cantidad de embarazos y partos anteriores, su nivel socioeconómico, si ha tenido abortos provocados, los intervalos entre hijos, etc.:

Cuando volví con mi otro hijo, a tener mi otro hijo me dijeron: “pero le quedó gustando, ¿entonces va a venir cada año?” esa fue una frase también dura, comentario muy feo de la enfermera (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

Es muy diferente cuando uno es joven y está embarazada a cuando uno está casada y la gente piensa que uno ya tiene una edad adecuada para tener familia. Es muy diferente porque ellos lo ven como: si usted es una niña y tiene un hijo es un error. O sea no sé, la sociedad ya lo tiene como que es algo que no debió haber pasado, entonces **vamos a castigarla**, encima de todo, porque como usted es una niña y no tiene un esposo y la embarró y se equivocó, entonces **tenemos el derecho de juzgarla y de hacerla sentir mal**. (...) si difiere mucho y si se nota mucho porque yo he hablado también con amigas que jóvenes y sin esposo tuvieron hijos y el trato es diferente que cuando a uno lo ven ehh... claro cuando ellos ven un hogar bien definido de hecho una mujer ya con cierta edad ya el trato es totalmente diferente porque no le están castigando nada. (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015 énfasis añadido).

Como vimos, los valores normativos están presentes y son determinantes en el trato que se le ofrece a las maternas y existe incluso un consenso social en el cual se “permite” la irrupción y opinión del personal de salud en aspectos de la vida personal de la gestante, escudados tras la dependencia por el cuerpo sospechoso. Esta normatividad o su transgresión ponen de manifiesto la violencia simbólica ejercida en la atención a las gestantes, ya que se permiten regaños y castigos que, en otros contextos, serían inaceptables.

B. Infantilizar, vigilar, desconfiar y gobernar

Era un trato como si yo fuera una niña “mamita”... era un trato así como una niña, una bobita no sé. “Ay mamita mire que...” era un poco no se (risas), a mí no me

⁵⁵ Aunque el cuerpo esté preparado para el embarazo y el parto, la edad para devenir madre está sancionada y delimitada por consensos culturales. Así, la adolescencia no es considerada una etapa apta para la reproducción, así como una edad “avanzada”.

agradaba ese tipo de trato. (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

Durante los controles, se despliegan discursos y dispositivos que fomentan la dependencia y la vigilancia de terceros, en quienes se apoya el personal de salud, para el seguimiento de la obediencia sobre sus instrucciones (Montes, M. 2008).

Vigile que se tome las vitaminas, acuérdele para que no se le olvide tomárselas (auto etnografía).

Le decía a mi esposo: “no la deje comer tanto, primero porque se engorda y segundo porque luego eso le puede traer problemas, sobre todo al final del embarazo y en el parto (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo 2015).

Esto infantiliza a la gestante, percibida como un ser desprovisto del juicio, la cordura y la responsabilidad adecuados para la toma de decisiones de manera autónoma e independiente e invita la intervención de terceros con el fin de vigilar y extender el control médico fuera de sus ámbitos de actuación. De esta manera, el sistema se asegura que las gestantes, aunque no estén hospitalizadas ni confinadas en instituciones, sigan y cumplan con las normatividades sancionadas por el sistema.

Por otra parte, los datos que arrojan los exámenes diagnósticos y las citas de control prenatal, son considerados de dominio exclusivo profesional, por lo que no les son informados a las pacientes. En este sentido, ignorar las preguntas de las gestantes y/o omitir información relevante sobre su embarazo hace parte de los dispositivos de poder que las infantilizan, permitiéndole al sistema sanitario la colonización del embarazo: “La información sobre las mujeres y sus hijos por nacer le pertenece al personal médico, por lo tanto las mujeres no deberían siquiera preguntar sobre algo, que si no se les informa deben dar por sentado que no necesitan saberlo” (Monroy, S. 2012:52).

Lo que se dice, generalmente instrucciones médicas, y aquello que no se dice o lo que se omite y calla, hace parte de los dispositivos del saber poder, los cuales fomentan la posición de superioridad de lxs médicxs y la falta de autonomía y dependencia de quien no posee el saber y, por ende, el poder: “A mí esto me da como pena y ellas allá se reían... si, las enfermeras se reían porque yo pensaba que el doctor me había quitado el dispositivo intrauterino, pero resulta que no, que yo

todavía lo tenía puesto. Entonces eso a ellas les causaba mucha risa, que yo no supiera... y yo claro... me sentía como una boba” (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

Así mismo, las relaciones entre médicxs y pacientes refuerzan las construcciones binarias y los estereotipos de género. De esta manera, la posición del médico es la de la figura paterna, asociada a la fuerza, y su labor es la de educar, controlar y en algunos casos castigar, mientras que la del paciente, y en este caso las pacientes (consentidas y débiles), es la de acatar, aprender y cumplir la orden médica: “Cuando llegué al consultorio... había un médico joven que me dijo: “bueno la voy a remitir a un doctor que es un doctor fuerte para que usted tenga más carácter y aprenda más” (...) usted se ve como muy consentida... entonces le voy a dar un doctor que es un doctor estricto, un doctor fuerte, pues que la va a hacer aprender más” (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

Esta infantilización⁵⁶ se consigue mediante varios dispositivos como la agrupación del colectivo bajo términos de “gorditas”, “mamitas”, “lindas”, “bonitas”, “chiquitas”, entre otros; el rasurado obligatorio genital, el ordenamiento de conductas y protocolos de obligatorio cumplimiento y el acompañamiento y vigilancia de quienes componen el círculo social inmediato de la gestante. Así, compañerxs, padres, madres, hermanxs y amigxs se convierten en el brazo largo del sistema de control médico y sanitario

Así mismo, se hace énfasis en las dudas que rodean el actuar y criterio de las gestantes, por lo que se piden las pruebas que certifiquen el seguimiento de las instrucciones proferidas por las instituciones de salud.

Recuerdo que en la primera cita, en la que le dan a uno la cartilla y la charla informativa, la enfermera que la dictó dijo que había que pasar, antes de irse, por el puesto de vacunación que estaba ahí mismo. Dijo que era obligatorio ponerse la vacuna contra el tétano y que eso quedaba registrado en la cartilla. Como mi madre me había advertido que no me dejara poner nada, yo les dije que me había vacunado hacía sólo dos meses y por eso me salvé, pero al resto a todas las pincharon. Aunque no me la pusieron me advirtieron que en la próxima consulta tenía que llevar el certificado de vacunación que demostrara que me la había puesto (Autoetnografía).

Así, aunque la embarazada manifieste haberse puesto una vacuna o haberse tomado las

⁵⁶ El documental de Jorge Caballero (2013) “Nacer, diario de maternidad” muestra estas relaciones en las salas de parto de Colombia y resulta muy interesante para contrastar varios elementos analizados en este trabajo, por ejemplo la infantilización de una mujer a la que se le está suturando un desgarro o una episiotomía (sin anestesia), y mientras ella grita, llora y se muerde los labios de dolor, la obstetra le dice: “con pataleta de niñita y todo” además de un sinfín de reclamos por llorar de dolor y no aguantar en silencio el procedimiento.

vitaminas y los medicamentos ordenados, se tiende una sombra de duda sobre la veracidad de sus afirmaciones, por lo que se solicita alguna certificación que lo corrobore,⁵⁷ información también contenida en el carné materno de la cartilla, o la afirmación de algún acompañante que, como analicé más arriba, extiende el control sanitario más allá de sus fronteras.

Por otra parte, la delgadez reglamentaria y la “lipofobia” de nuestro contexto hace que se le aconsejen unas normas dietéticas a las mujeres que, si bien pueden ser importantes en el cuidado del embarazo para evitar la diabetes gestacional, no solamente se rigen por tales preocupaciones:

Tienes que cuidarte porque subiste mucho de peso en este mes, si no te cuidas luego te engordas mucho y tu marido queda todo buen mozo y tú toda gorda (auto etnografía)

Yo me acuerdo que pensaba en eso de que le decían a uno que debe subir solamente diez kilos más o menos durante todo el embarazo y que la mayoría están entre el bebé, el líquido y la placenta, a mí me daba mucho susto como que saliera del embarazo y me quedara con un resto de kilos de más (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

El médico de mi segundo embarazo me decía: cuídate, mira que tú estás muy linda, tienes un cuerpo muy lindo, y uno ve a veces unas mujeres que comen por dos, como creían antes que debían comer las embarazadas, y luego se engordan mucho y les cuesta mucho trabajo bajar de peso (Autoetnografía).

En el curso me acuerdo que nos mostraron lo que teníamos que comer y la mayoría de las embarazadas decían como: “¡nos van a matar de hambre! (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Se presta entonces mucha atención a cuestiones estéticas de acuerdo a los prototipos de delgadez, dejando de lado las cuestiones que realmente puedan afectar positiva o negativamente un embarazo. Así mismo, en los cursos y los controles se dictaminan aquellos alimentos que deben ser privilegiados y aquellos que se deben restringir o eliminar, pero no se manifiesta la razón por la cual debe haber un cambio en la dieta. Esto refuerza la visión infantilizada con la que es entendida la gestante y la desinformación promovida durante todo el proceso, donde la gestante debe ceñirse a la recomendación dada sin pregunta, argumento o explicación alguna, ya que hace parte de las cuestiones que una

⁵⁷ Sonia Monroy (2012) describe la manera como las mujeres deben aportar las pruebas de embarazo o someterse a exámenes para que se evalúe la veracidad del estado de embarazo.

embarazada “no necesita saber”.

C. “Si le huele mal, como a pescado podrido, entonces vienen rápido porque puede ser una infección”: cuerpo contaminado y contaminante

Al ritual de la higiene de las manos y del instrumental, se une la desinfección de los genitales femeninos e incluso, sirviéndose de un espéculum, la vagina y el cuello del útero (...) Con ello deducimos que la mujer es percibida como agente contaminante, a quien además se impondrá el uso del enema para la limpieza rectal. María Jesús Montes. (2007:38)

En los textos de ginecología y obstetricia, y en el discurso de los/las médicos y personal de enfermería que atienden a las gestantes y dictan los cursos psico profilácticos, puede notarse la necesidad de implementación de medidas de asepsia y antisepsia, medidas que se extienden y acentúan en el momento del parto, cuando las parturientas son entendidas como autocontaminantes de sus propios partos (Montes, M. 2007; Monroy, S. 2012). Durante todo el embarazo se insta a las mujeres, e incluso a sus parejas, a atender al olor vaginal y, en ocasiones, a utilizar jabones con un pH especial que previene el mal olor y las infecciones.

El doctor se acercaba allí y me olía, o me hacía el tacto y se olía el guante, eso era muy incómodo, pero la tapa fue cuando le dijo a mi esposo que se acercara a olerme y le dijo después: “así tiene que oler, si le huele mal, como a pescado podrido entonces vienen rápido porque puede ser una infección y eso en el embarazo es grave”. ¡Imagínate, un pescado podrido, qué oso!” (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

El doctor me mandó a usar un jabón vaginal especial, tenía que llamar a pedirlo porque no se conseguía en las farmacias y era carísimo, entonces yo no lo compré pero le dije al doctor que si lo estaba usando. Cuando le pregunté para que servía, me dijo que el olor en las mujeres embarazadas era más fuerte por el pH de la vagina y que era más susceptible de sufrir infecciones (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

Lo cierto es que no solamente durante el embarazo las mujeres somos percibidas como agentes contaminados y contaminantes (Ortner, S. 1972). Si se atiende a los comerciales y campañas publicitarias, el/la lector/a encontrará la manera como la industria farmacológica se esfuerza por crear, promocionar y vender productos adecuados para “la higiene íntima” de las mujeres, bajo el discurso del cuidado especial que requieren estos innombrables

genitales⁵⁸. Para ello, recurre a unas supuestas condiciones especiales del pH vaginal, que hacen imperante la utilización de productos específicos que pretenden: “prevenir infecciones, irritación, comezón y malos olores⁵⁹”.

En el análisis del mercado de estos exitosos productos para la “higiene íntima”, se describe la importancia de su uso de la siguiente manera: “cada vez se hace más importante el uso de estos productos, ya que los cambios de estilo de vida llevan a la mujer de hoy a buscar acciones que permitan bienestar, comodidad y mantenerse libres de infecciones y de problemas de irritación de su zona íntima” (Vergara, C. 2010).⁶⁰ El discurso publicitario hace constante alusión a las especiales condiciones de la genitalia femenina y su susceptibilidad de contraer infecciones, irritaciones y despedir malos olores, aludiendo a la interpretación cultural de esta parte innombrable del cuerpo de la mujer, como un cuerpo impuro, consecuencia nuevamente de los dualismos que oponen los cuerpos también en términos de pureza e impureza, perfección-imperfección, completud-carencia.

Es lícito considero preguntarse si la genitalia masculina, que no ha sufrido la misma privatización que los órganos genitales femeninos, y que públicamente se expresa sin tapujos con referencias al “honorable miembro viril”, no tiene también unas condiciones especiales que requieran de la urgente e imperiosa necesidad de intervención higiénica para así evitar y prevenir la contaminación que se pretende atacar en las mujeres.⁶¹

⁵⁸ El lenguaje utilizado comúnmente en la publicidad para referirse a los genitales femeninos obedece y refleja los tabús sociales que sobre esta parte del cuerpo se han construido, por lo que se han privatizado obedeciendo al dualismo privado-público anclado en el imaginario simbólico de los géneros. Así, la genitalia femenina es descrita como: “La zona V”, “la zona íntima” o “tus zonas privadas”, y los procesos que tienen lugar según los discursos médicos, farmacológicos y publicitarios hacen uso constante de este lenguaje.

⁵⁹ Estos son los cuatro focos en los cuales pretenden intervenir estos productos, por lo se repiten en todos los comerciales dedicados a su comercialización.

⁶⁰ Para más información consultar: Vergara, Cristian (2010) Higiene femenina un mercado interesante. Julio 8 de 2010 Disponible en Revista publicidad y mercadeo. Disponible en: <http://www.revistapym.com.co/industria/higiene-femenina/higiene-femenina-mercado-interesante> (Revisado el 2/11/2015)

⁶¹ Estos discursos publicitarios que hacen énfasis en la contaminación y la impureza de los genitales femeninos se extiende también al proceso fisiológico de la menstruación, en cuyo caso se requiere de acciones de “higiene íntima” más detalladas y minuciosas, atravesadas por toda la tecnología moderna, entendiéndose como necesidades básicas de la mujer y la sociedad. Así, las toallas higiénicas, protectores diarios y tampones son diseñados con tecnologías de punta que encapsulan los malos olores que de ella pueden resultar. Los malos olores, y las partículas que corrompen el aire, el cuerpo femenino y la sociedad, son como los miasmas pútridos de las teorías miasmáticas de la enfermedad de los siglos XVII y XVIII que deben ser intervenidos de manera urgente por la mujer y la sociedad en su conjunto. Esta teoría miasmática de la enfermedad, que fue supuestamente sustituida por las teorías microbianas de la enfermedad, sufre realmente un ajuste entre

En este sentido, durante el “trabajo” de parto en algunas instituciones se protocoliza el uso de lavativas o enemas para limpiar el recto y los intestinos antes del parto, para que durante el expulsivo, el bebé, y quien tiene su cara y cuerpo frente al canal vaginal, a saber, el/la médico/a, no resulten contaminados. Ahora, aunque su uso todavía permanece en algunas instituciones, éste ha sido desaconsejado, ya que le produce dolores y molestias a la parturienta quien, aparte de las contracciones, tiene que lidiar con los dolores intestinales y la diarrea durante la labor de parto.⁶²

Aquellas parturientas a quienes no se les realiza este procedimiento han sido aleccionadas en los cursos psicoprofilácticos y en las citas de control prenatal para restringir su alimentación en cantidad y a solamente ingerir alimentos blandos antes del parto:

A mí en el curso me dijeron que tenía que comer todo blando y que comiera también poquito los días antes a que naciera mi bebé, decían que entre menos tuviera uno en los intestinos mejor para así no hacerse caca en el expulsivo (risas) me acuerdo que yo pensaba: “¡que oso uno cagarse en el doctor!” pero creo que eso debe ser como inevitable a veces, deben estar acostumbrados. (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

La doctora me dijo que era muy importante la comida blanda antes del parto, me mencionó dos motivos: el primero para que no me diera estreñimiento y me doliera con la episiotomía, y el segundo para que estuviera limpio el intestino de materia fecal (Auto etnografía).

Así mismo, a las gestantes se les solicita, como prerrequisito de atención de su parto, llegar rasuradas:

ambas teorías, encontrándose que en los genitales femeninos pueden pulular y reproducirse los temidos microbios por sus condiciones tan especiales de humedad y su pH, lo que a su vez facilita la aparición del temido mal olor.⁶¹ Todo esto me lleva a interpretar cómo las mujeres en el embarazo, la menstruación y en general en cualquier etapa de nuestra vida, somos percibidas como contaminadas y contaminantes. En un comercial, por ejemplo, una adolescente es rechazada por un compañero de estudios por su fétido olor vaginal: “quizás tú no lo notes pero un alto porcentaje de infecciones vaginales provocan mal olor, este es uno de los primeros síntomas y las personas que te rodean lo perciben. Si notas un olor inusual puede tratarse de una infección vaginal, un jabón no basta. Usa Lomecan (...) el de las niñas bien” Ver: Publicidad Lomecan Jabón Intimo. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=sV4dC5qGoOs> (Consultado el 25/01/2016). ¿Quiénes son las niñas bien? ¿Cuáles son sus prácticas higiénicas?, ¿a que huelen sus vaginas?, y por el contrario, ¿quiénes serían las niñas mal o las malas niñas que hacen o dejan de hacer para ser atacadas por los miasmas pútridos y los microbios que hacen que sus vaginas se infecten, huelan mal y afecten su salud y la de los demás?

⁶² Las parturientas son confinadas a la cama, por lo que se ven obligadas a hacer sus necesidades en patos, con las incomodidades que de ello resultan.

En el curso psico profiláctico nos dijeron a todas: “ese día me hacen el favor y llegan bien depiladitas, bien rasuraditas para que en la sala de parto no haya que rasurarlas. (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

Como se me acercaba a olerme (el obstetra), siempre se echaba su indirecta sobre los pelos. Se rascaba la nariz y decía: “es que los pelos me dan como alergia” (risas) y pues también en el curso le decían a uno que se tenía que afeitar, pero imagínese usted con esa barrigota, usted no se puede ver por allá para afeitarse” (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

A mí siempre me decían que me afeitara pero yo no llegué a ninguno de mis partos afeitada, llegue con la selva (risas), sin embargo mientras me organizaban y eso, una enfermera llegó y me afeitó ella”. (Triada del 4 de diciembre del 2015 intervención de Camila)

Es muy interesante observar que, aunque se ha afirmado que el rasurado genital aumenta el riesgo de infecciones por las micro lesiones cutáneas, se siga obligando a las parturientas a hacerlo. Entonces, más que una necesidad médica, es sin duda una cuestión estética y de administración del cuerpo gestante y parturiente, con unas implicaciones simbólicas importantes en cuanto a su infantilización. Así mismo, la eliminación del vello púbico tiene como fin la “limpieza” del área, lo que permite una visibilidad despejada de los genitales por parte del personal para su consecuente manipulación. Esta administración de los genitales femeninos gestantes y parturientes es un ejercicio del poder, el poder de mirar, el poder de tocar, el poder de decidir, ya que la mujer no puede ver o tocar por la supuesta autocontaminación (Montes, M. 2007; Monroy, S. 2012).

Perfumar, desodorizar, encapsular olores, desinfectar, descontaminar. La percepción de las mujeres como contaminadas y contaminantes de su propio parto presenta inconvenientes, no solo para las parturientas, sino también para sus hijos. En recientes investigaciones se están reconociendo los beneficios en cuanto a la colonización de los bebés con las bacterias y microorganismos de la vagina, así como de la piel de la madre en el apego inmediato tras el alumbramiento, para el desarrollo y maduración del sistema inmune y la prevención de diversas condiciones y problemas de salud.⁶³

⁶³ Para más información ver: “MicroBirth” (2014), documental de Toni Harman y Alex Wakeford.

D. Ser emocional, vulnerable y dependiente

También con los mismos objetivos se cuidará el estado emocional de las madres. Se les evitarán impresiones o sorpresas desagradables, y se aconseja no leer por considerar que las mujeres son fácilmente influenciables, ya que, por su inestabilidad emocional, corren el riesgo de identificarse con el relato. Pero esto que se asemeja a una debilidad femenina, tiene su contrapartida: la “potencia mental”, al conferir a la imaginación de la embarazada el poder de influir sobre el curso de su gestación y la formación del feto (María Jesús Montes (2007:37).

En el imaginario colectivo se establece una relación entre el estado anímico de la gestante y la salud del feto. Las embarazadas son constantemente aconsejadas sobre sus pensamientos, sobre la imperiosa necesidad de corrección emocional y el manejo y evitación de situaciones de stress:

Pues yo siempre supe que es necesario que uno trate de mantenerse tranquila, de manejar las emociones, porque si uno está estresado o angustiado eso puede afectar a tu bebé. (Triada del 4 de diciembre del 2015 intervención de Camila)

Yo trataba de estar tranquila, de que nada me afectara, para no perjudicar mi embarazo, pero lo cierto es que el papá de mi hija me hizo la vida imposible durante el embarazo (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo 2015).

En el curso psico profiláctico me acuerdo que nos decían: “traten de disfrutar del embarazo, vívanlo con tranquilidad, no trabajen demasiado, tómenselo con calma, traten de evitar las emociones fuertes” y toda esa carreta, porque eso puede afectar a su bebé (...) y uno como que sí, yo me lo tomo con calma pero dígaselo a mi jefe (risas) (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Todos estos correctivos emocionales que se despliegan sobre las gestantes hacen que el proceso se vivencie con una mayor ansiedad, puesto que muchas entienden que si algo afectara al feto, sería su entera responsabilidad. Más adelante analizaré el elemento de la culpabilización, sin embargo es importante mencionarlo, ya que establece un control y vigilancia que pone en tela de juicio el hacer o el no hacer, el sentir o el no sentir, culpabilizando a las gestantes y exonerando de su responsabilidad a otros actores importantes en su estado anímico, como su situación económica, los conflictos de pareja y/o familiares, sus condiciones laborales y económicas, entre otros.

Así mismo, entra en juego nuevamente la “bebología” (Imaz, E. 2001), donde expertxs y pseudo expertxs de todas las áreas hacen recomendaciones sobre cómo controlar, corregir y

manejar las emociones, así como el “adecuado” tipo de estimulación que debe recibir el/la bebé, como poner música en la barriga, conversar con la barriga, acariciar la barriga, etc.:

A mí sinceramente me molestaba mucho que todas las personas quisieran acariciarme la barriga, es chistoso que incluso los desconocidos, las personas a quienes acabas de conocer, lo primero que hacen es sobarte la barriga. ¿Cómo es que cuando uno no está en embarazo nadie te anda acariciando, en cambio si estás embarazada todos te pueden manosear?” (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Yo le ponía a la barriga música clásica, es que me decían que esa estimulación era muy buena e importante porque los hace más inteligentes (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

La concentración en la barriga de la gestante es, como ya he analizado más arriba, sinónimo de la importancia dada a criatura gestada, dejando a la gestante como mero objeto de todas las intervenciones que tienen lugar en su vientre (Imaz, E. 2001).

Por otra parte, las gestantes son siempre entendidas como seres cuyos niveles hormonales son similares al de los síndromes premenstruales y menstruales, así las quejas de una gestante son atribuidas a su estado hormonal, minimizando y restando importancia a las causas que intervienen en dichas inconformidades: “Es una mamera que a uno le dicen todo el tiempo: “es que está embarazada” es como que “entiéndala que como está embarazada está más sensible”, entonces como que si uno está de mal genio es por el embarazo, si uno está triste es por el embarazo” (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Esto convierte a la gestante en un ser dependiente, a quien hay que comprender por sus niveles hormonales, a quien hay que cuidar por su estado de riesgos, a quien hay que controlar para conseguir un bebé “perfecto”.

E. “Mamita, eso no se pregunta”, “de eso ninguna se salva”, obligatoriedad y naturalización de las intervenciones.

Durante los cursos psico profilácticos, en las cartillas y los controles prenatales las gestantes son aleccionadas no solamente en las maneras adecuadas de comer, hacer, pensar

y sentir, sino que también son informadas superficialmente de algunos procedimientos médicos que les serán realizados con o sin su consentimiento (Monroy, S. 2012). Esta información hace parecer cada intervención como obligatoria y, sobre todo, necesaria para el “normal” desarrollo del parto, convirtiéndola en la fórmula naturalizadora de las intervenciones:

...en el curso me dijeron que me comprara un cojín de esos que es como un flotador, con un hueco en el centro. Cuando otra señora les preguntó para qué era, le contestaron que para la herida de la episiotomía. Me acuerdo que después de que la enfermera explicó para que se hacía, otra señora dijo que a ella, cuando le preguntara el médico le iba a decir que a ella no se lo hiciera, que ella no quería, pero la vieja le contestó: **“mamita, eso no se pregunta”**, el médico le dice le voy a cortar y la corta, él no le va a preguntar si usted quiere o no, solamente le informa, o no, simplemente lo hace y ya (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015, énfasis añadido).

En el curso psico profiláctico nos estaban explicando los cuidados que hay que tener con la herida de la episiotomía, sobre el dolor y el ardor que era normal sentir y sobre la importancia de la dieta para no tener estreñimiento (...) la enfermera decía: “si no me hacen caso con lo de la comida y les da estreñimiento van a ver las estrellas de dolor”. Entonces otra señora preguntó: “pero esa episiotomía solamente se hace si es necesario, ¿cierto?” Y la enfermera le contestó en tono como de burla: “no mamá, todas acá van a salir con episiotomía, **de eso ninguna se salva**, a menos de que le toque una cesárea, en ese caso los cuidados de la herida quirúrgica son los mismos (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015, énfasis añadido).

Cuando no se hace explícita la obligatoriedad de algunos procedimientos durante los controles o los cursos, éstos muchas veces son practicados con el desconocimiento de la directamente afectada.

A mí no me preguntaron: “te podemos hacer...” nada, la hicieron y ya. De hecho hasta después me enteré porque sentí como que me estaban, pues dormida y todo, pero sentí que estaban cosiéndome. O sea no me dijeron si se podía, no se podía.... De hecho, me enteré después porque tenía la herida y los puntos pero yo no sabía que le hacían a uno eso, nadie me lo dijo. (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

Muchos procedimientos que se practican sobre el cuerpo de las parturientas sin que ellas sean informadas o consultadas (Monroy, S. 2012) lo que hace que a veces crean que las heridas son producto del desgarramiento en el parto y no de una práctica médica realizada a *“voluntad”*.

Sabes que no sé... eso de la episiotomía no sé si a mí me hicieron o no, yo sí tenía herida pero creo que fue porque yo me desgarré, no porque me hubiera cortado el doctor... no la verdad no te sabría decir” (Triada del 4 de diciembre del 2015 intervención de Camila).

Le dicen haga esto y uno lo hace, haga lo otro y uno va y lo hace. Todo lo hace uno como se lo están diciendo, es decir, ahí no hay opción a opinar ni a decir que sí o que no. Así es como es el protocolo y es como uno debe hacer las cosas (...) no da espacio a dudas, o sea uno tiene que hacer lo que le están diciendo porque eso es lo correcto y así se lo hacen ver a uno (...). O sea ya lo que toca, toca (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Aunque a veces se manifieste que son las gestantes quienes tienen la última palabra sobre los procedimientos, el mecanismo de la culpabilización, la administración del miedo, y el conocimiento autoritativo o saber poder, hace que las gestantes aprueban y consientan de manera “voluntaria”:

Pues ellos son los que saben que es lo que se tiene que hacer, además que tal que uno se ponga a decir que no a algo y luego algo salga mal, entonces luego es culpa de uno por no haberse dejado (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Pues yo me imagino que si le inducen a uno el parto ese día es por algo, porque ellos saben que es lo mejor, lo más seguro, si no, no creo que lo harían (Triada del 4 de diciembre del 2015 intervención de Camila).

Le dicen a uno todo el tiempo: “es que toca porque si no puede pasar esto”, “toca porque si no puede pasar lo otro” entonces pues, ¿uno que puede hacer?, pues dejarse porque qué más (auto etnografía).

F. Culpas, premios, castigos y miedo a las represalias

Así, podemos distinguir tres momentos en el tratamiento médico de la gestación: en el primero se identificó el embarazo como una enfermedad, y se medicalizó en cuanto que era considerado un fenómeno potencialmente patológico; más tarde, se consideró el embarazo como un proceso cuyo rasgo definitorio era el riesgo; hoy, sin embargo, a pesar de que el riesgo siga siendo el protagonista, se ha producido un desplazamiento en su localización y se considera que el riesgo le concierne al feto en sí, pensado individualmente. No es que la gestación sea peligrosa para la mujer, es el feto el que corre riesgos durante el embarazo, y ello a consecuencia, precisamente, de las malas costumbres de la madre. La embarazada no está en posición de decidir, pues es otro –el hijo– quien queda a merced de su falta de prudencia. De esta forma, la concepción del feto como otro independiente conecta

perfectamente con la maternidad impotente de la que hablaba anteriormente. La mujer encinta se convierte en la única responsable del sano desarrollo del feto: se habla de las consecuencias que sus malos hábitos pueden acarrear al futuro bebé, no destacando nunca otros factores ambientales igualmente perjudiciales tanto para el feto como para la mujer. (Elixabete Imaz (2001: 108-109)

La noción de la obligatoriedad de cada intervención es ampliamente fomentada por el discurso de la culpabilización de las gestantes (Sadler, M. 2004, Montes, M. 2007). Cualquier efecto adverso o problema que se presente durante el embarazo o el parto recae en la gestante, desplazando cualquier efecto adverso de la medicalización, o la responsabilidad en el accionar del personal de salud.

De esta manera, si una materna se niega, se resiste, o cuestiona alguna intervención, es aleccionada rápidamente sobre los riesgos y peligros que su decisión conlleva en cuanto a la salud de su bebé quien, convertido en el centro de atención, se convierte en la prioridad. Así, entre la “bebología” (Imaz, E. 2001) y la maternidad doliente, la madre “objeto”, “incubadora” o “útero con patas” deviene un peligro para su bebé. Sus hábitos, sus sentimientos, sus actividades, se convierten en potenciales amenazas para la criatura, lo que hace que se entienda que, durante el embarazo, todo esfuerzo por controlar a la “incubadora” es poco. La gestante es la contaminante de las acciones que se desarrollan en pro del “perfeccionamiento” del bebé.

La actitud de culpabilización del/la “paciente” por parte de la medicina y en general de la sociedad es un fenómeno que se desprende de una ideología ampliamente divulgada por la medicina preventiva, según la cual el mantenimiento de la salud y la evitación de la enfermedad son responsabilidad directa del paciente quien, para evitar esta etiqueta, producto de la enfermedad, debe atender a las recomendaciones, obligaciones y prescripciones de sus médicos. Las enfermedades son consecuencia de actitudes de riesgo que toman las personas, lo que facilita su condena moral al considerarse individuos “irresponsables” no solo por el descuido de su salud, sino también por los gastos a los que someten al sistema (Crawford, R. 1999). La ideología de culpabilización de la “víctima” de una enfermedad hace que estar enfermo sea hoy más que nunca un motivo de “condena” social, de “vergüenza”, con la consecuente pérdida de autonomía y del valor de la

productividad tan anhelado en el capitalismo. Esta condición, que exonera al sistema en los padecimientos y las enfermedades, ha sido denunciada por estudios críticos en sociología y antropología médica desde la década de 1970 (Clarke, J. 1999; Crawford, R. 1999; Zola, I. 1999; Martínez, A. 2011), así como la relación y la “complicidad” existente entre la medicina como institución de control social (Zola, I. 1999) y el disciplinamiento de los cuerpos para el funcionamiento del sistema capitalista. (Foucault, M. 2003; Turner, B. 1999).

Estos valores y asociaciones se mantienen en el embarazo y el parto, entendiéndose que los problemas que pueda presentar ese cuerpo sospechoso son consecuencia de los comportamientos de riesgo individuales de las gestantes. Las costumbres “malsanas” se convierten entonces en el foco del ataque – no fume, no beba, no coma tanto, no coma tan poco, no haga mucho ejercicio pero haga el ejercicio que se le prescribe, no tome medicamentos sin prescripción pero tómese cumplidamente aquellos que le han sido prescritos y, “Cumpla la cita que le den en la clínica y siga las instrucciones que le sean impartidas en esta institución” (Organización Sanitas Internacional. 2007:20)

Así, la trasgresión y resistencia son anuladas al ser susceptibles de juzgamiento moral y castigo. Una materna o cualquier “paciente” es fácilmente responsabilizado por su accionar, ya sea por acción o por omisión, lo que repercute en el ejercicio de la violencia simbólica y el consentimiento de la intromisión del personal que puede tomar la forma de juicios de valor de índole moral por transgresiones a la normatividad (si es soltera, muy joven o muy “vieja”, sus gustos y conductas sexuales, la cantidad de hijos directamente relacionada con el nivel socioeconómico, su nivel educativo, el intervalo entre hijxs, el cumplimiento de las citas, el silencio reglamentario, entre otros. En este modelo, las parturientas y embarazadas “(...) invisibilizan situaciones e interacciones donde han sido maltratadas en alguna forma, e incluso llegan a justificar esas prácticas por su propia actitud. Al introyectar la culpa, justifican los castigos que pueden recibir.” (Sadler 2004: 29):

Pues a mí me dolía mucho entonces sí, me decían que el doctor, el de la anestesia no había llegado, que estaba durmiendo y que había que dejarlo descansar, o algo así, pero yo no aguantaba más, entonces si estaba como muy intensa y llamaba a las enfermeras todo el tiempo. Yo creo que ellas también ya estaban desesperadas y por

eso era que no me trataban tan bien (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

Foucault (2002) define los castigos como aquellas acciones y omisiones que hacen sentir a los niños (o en este caso a las gestantes/parturientas/pacientes) las faltas que han cometido, y describe la frialdad, la indiferencia y la humillación como partes fundamentales de éstos:

... yo me porté bien, no me quejé nada, es que yo no quería que me trataran como a otra señora que estaba allí y que se quejaba mucho de dolor y gritaba mucho (...) si viera como la trataban, eso le decían “cállese vieja tal por cual, ya nos tiene mamados con esa gritadera, eso sí quien la manda, no haberse puesto en esas, si quiere que le demos algo entonces cállese”, incluso un médico le dijo: “¿acaso me llamó a pedirme ayuda cuando estaba haciendo al muchachito?” entonces, como yo ya había visto eso, cuando me empezó a doler mucho pues me aguanté todo lo que podía para que me trataran bien, ¿si me entiende? (Historia de embarazo/parto de Rosa entrevistada el 11 de noviembre de 2015).

... cuando me dio la mastitis me pusieron en la Mederi y cuando me iban a operar, me metieron en un cuarto pequeño, oscuro, frío, rodeada como de baldosines. Allí me tocó esperar como cuatro o cinco horas. Yo escuchaba cómo las mujeres gritaban de dolor pidiendo que les ayudaran y escuchaba a una enfermera que las mandaba a callar de una manera agresiva, les decía que solamente había un anesthesiólogo y que todavía no era su turno. Había una que pedía ayuda a gritos decía: “me duele mucho, por favor ayúdenme, denme algo para el dolor, no puedo más” ¡tenaz, pobrecita! la enfermera le decía así en plan de regaño como: “cállese, no es nuestra culpa, va a asustar a las demás, si no se calla la meto en un cuarto a usted sola (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

El castigo toma la forma de aislamiento por no seguir el comportamiento esperado en los/las pacientes⁶⁴, y uso de los medicamentos e intervenciones que tienen como fin aliviar el dolor. En este sentido, las parturientas que no siguieran con las órdenes y los comportamientos esperados, serían castigadas con demoras o ausencias en el uso de analgesia y anestesia (Sadler, M. 2003), o con el aislamiento para que sus gritos de ayuda no perturben ni a lxs demás pacientes ni al personal: “El poder del sistema médico es tal, que cualquier manipulación de la mujer durante el parto puede ser realizada en una forma punitiva, y las mujeres parturientas que no acatan las normas usualmente temen las represalias” (Sadler 2004: 16-17).

⁶⁴ A quien ostenta etiqueta de paciente le es asignado un rol y unos comportamientos específicos dentro de las relaciones sociales hospitalarias. La división de roles y tareas da por hecho que los pacientes tienen el rol de acatar y colaborar con el personal que hace su trabajo en las instituciones y mantener un comportamiento “adecuado” para las circunstancias (Strauss, A. et al., 1999).

Otros castigos incluyen amenazas y “desventajas” dentro del sistema:

...toca llegar súper puntual a las citas, imagínese que yo llegué como cinco minutos tarde, o tres minutos, no me acuerdo, pero fue muy poco, y entonces me dijeron que ya no me atendían y que, como esa cita era en la que le asignaban a uno un obstetra, entonces que me quedaba sin obstetra, que tenía que estar yendo a la Clínica Colombia todos los días o cada dos días cuando saliera de cuentas para que me atendiera el que estaba de turno (...) Bueno, yo posteriormente me entero que si uno no va a los cursos estos a uno incluso lo amenazan que dizque le pueden a uno hasta quitar el niño. No sé qué tan cierto o no sea eso pero me parecería terrible. En todo caso también a uno si no va a los... un ejemplo no sé si esto fue como una clase de castigo pero yo llegué tarde a uno de los controles y me quedé sin ginecólogo. Me tocó ir al ginecólogo de turno con las consecuencias de que me tocaba ver a un médico nuevo. Eso me pareció terrible porque cada vez que iba me tocaba un médico o una médico nueva y no me sentía cómoda al respecto (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Otra situación que puede ser vivenciada como castigo es la cesárea no programada, es decir, aquella que es practicada después de que la gestante ha estado varias horas en el proceso de parto y, aunque se le han realizado todas las maniobras y procedimientos para la aceleración del mismo, no ha conseguido dilatar y alumbrar a su hijx. Esta cesárea, por los tiempos impuestos por los protocolos para parir/nacer, es vivenciada muchas veces como un castigo al cuerpo inadecuado, que no ha conseguido funcionar de acuerdo a los estándares y parámetros de lxs especialistas y las instituciones:

Pude y todavía puedo sentir la culpa que me hicieron sentir por mi “trabajo inadecuado”, por mi incapacidad de dilatar a su ritmo, me hicieron sentir que era mi culpa, desplazaron su afán y sus inseguridades hacia mi cuerpo. Ahora sé que yo podía, pero que los modelos de atención no se adaptaron a mí y mis ritmos, sino que de manera violenta hicieron que mi proceso se adaptara a su sistema tecnocrático y productivo de la reproducción. Ahora que sé que mi primera cesárea fue innecesaria, y por ende la segunda también, creo que fui castigada por no dilatar en un día (auto etnografía)

En contraste, los premios hacen parte también del sistema ya que, si una gestante se comporta de acuerdo a la normatividad gestacional, o a la norma dictaminada para el comportamiento durante el embarazo/parto, recibe una atención rápida, más amable y diligente. Sonia Monroy (2012) encuentra que las mujeres en Colombia son infantilizadas frecuentemente por el personal de salud con frases como: “mamita, pórtese bien”, “como te has portado bien te vamos a atender rápido” y despojadas del poder, la autonomía y la capacidad de actuar.

Al otro día de mi segunda cesárea yo estaba muy adolorida, cuando llegó el doctor por la mañana para mi revisión me dijo: “al medio día tienes ya la salida”, en la primera cesárea me habían dejado hospitalizada tres días... yo no me sentía como para irme todavía pero él me dijo: “estás súper bien, te has portado muy **juiciosa**, te has levantado y caminado, eso ya es indicativo de que te puedes ir a la casita”. La verdad no sé si era un premio por juiciosa o un castigo por estar generando costos extras al sistema, porque esa noche tuve que regresar al hospital por un dolor punzante en el pecho que no me dejaba respirar. (Auto etnografía)

Así, aparte del elemento del premio al buen y obediente comportamiento, o al castigo por el desobedecimiento de la normatividad, se suma la imposición del estado de bienestar.

Otro dispositivo utilizado como castigo dentro de la atención de embarazo/parto/puerperio, tiene que ver con la indiferencia y la actitud corporal del personal médico y/o sanitario. Virginia, por ejemplo, le dijo a su médico durante un tacto de rutina: “me está haciendo daño” y lo que hizo el señor fue cruzarse de brazos y decir que yo estaba tensionada y que yo no le dejaba hacer bien su trabajo, entonces fue un señor que la verdad se comportó bastante grosero y pues no me hizo sentir nada bien. Incluso salí llorando ese día...” (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

En este caso el médico muestra el lugar que debe ocupar el/la paciente dentro de la división hospitalaria del trabajo, donde el médico opera (hace) y el paciente colabora (deja hacer), lo que no es valorado como trabajo aunque involucre muchos esfuerzos y dolores por parte del paciente (Strauss, A., et al. 1999). La actitud corporal de cruzar los brazos con arrogancia, ignorar el dolor de la paciente y tratarla con indiferencia hace parte de los mecanismos de poder que recaen sobre las gestantes, asumiendo posiciones de superioridad para lxs profesionales. En esta relación, la gestante es reducida a la posición de objeto del accionar médico (Monroy, S. 2012), y su oposición, o todo aquello que no sea consecuente con lo que se espera del paciente, podrá ser sancionado bajo los dispositivos de premio/castigo.

Bajo estas lógicas y en estos escenarios aparece el miedo a las represalias, la parturienta convertida en paciente y su hijx están expuestos, a merced de otrxs, por lo que “mi sentido común me indicó que debía hacer las paces con mi obstetra para que de esta manera no tomara represalias ni conmigo ni mi hijo durante la intervención. Empecé nuevamente entonces a comportarme amablemente y a obedecer a todas las indicaciones que se me hacían” (Autoetnografía).

Como he mostrado, aunque en los dispositivos y en el sistema mismo existen grietas expresadas en las críticas de las dueñas del embarazo/parto, éstas son muchas veces anuladas a través de la manipulación del miedo, la culpabilización y el sistema de premios y castigos. El miedo a las represalias, cuando tu salud y la salud de tu hijx se encuentran en manos de personas extrañas, a quien se pretende confrontar, anulan muchas veces la simple intención.

Capítulo 5. Así nos mandan a parir

Preguntémonos por un momento a quién se agradece tras el alumbramiento de un ser humano. Lo cierto es que, tras un nacimiento, hemos normalizado agradecer y llenar de laureles la heroica intervención médica (o divina, en el caso de los creyentes), siendo muy improbable que se agradezca a la parturienta o al ser que nace por su protagonismo en el parto. Cabe entonces preguntarse: ¿de quién es el parto?, ¿quién es su protagonista?, ¿cómo es que el protagonismo de una mujer que pare y su hijo que está naciendo es desplazado o ignorado?

Todo este modelo de atención que se va desplegando durante el embarazo hace que se interioricen discursos y normalicen las prácticas que, sumados al trabajo activo del personal de la salud, desplazan el protagonismo de la que gesta y pare y de quien nace, convirtiendo al sistema médico en el protagonista y artífice de la salud tanto materna como neonatal. Es importante considerar que la posición activa del personal de la salud, con amplia y completa visibilidad, facilitada por el rasurado reglamentario y la posición supina de la parturienta, quien no puede ver ni tocar porque se entiende que contamina, hace que ella misma considere que su participación durante el parto es nula o mínima (Monroy, S. 2012).

El entendimiento del embarazo-parto como una categoría riesgosa, inestable, susceptible de ser mejorada y potencialmente peligrosa hace que se considere que detrás de un alumbramiento exitoso está la tecnociencia, que lo ha “mejorado” y convertido en un suceso “seguro” y menos doloroso, y detrás de los posibles inconvenientes, hay un cuerpo materno “inadecuado”, siendo poco probable que se sospeche de negligencia o de iatrogenia por la sobreintervención médica. De esta manera, la culpa reaparece y recae sobre ese cuerpo “riesgoso”, “inestable”, “sospechoso”, “inadecuado”, eximiendo de cualquier responsabilidad a las instituciones, sus practicantes y las intervenciones protocolarias de posibles consecuencias iatrogénicas.

Así como en el embarazo, todas las intervenciones recaen sobre la barriga o el vientre materno, en el parto la gestante es también fragmentada, pero ahora aparece la vagina como protagonista de la intervención (Monroy, S. 2012). En este sentido, los genitales femeninos son afeitados, observados, hurgados, manipulados, dilatados, revisados, cortados... y entre

vientre y vagina la gestante desaparece, ahora es la dilatación del cuello de su útero lo que importa, y por ello el ir y venir de tactos y re tactos para dictaminar el “progreso” o no “progreso” del “trabajo” de parto, el resto lo proporcionan los monitores fetales que se instalan sobre el vientre materno.

Llega entonces el momento de la cuenta regresiva, el día más feliz de nuestra vida cuando, o el proceso de parto se desencadena solo, o la fecha probable de parto se convierte en un nacimiento inducido, programado, planeado y, muchas veces impuesto.

5.1 “Camine mamita la desembarazo”: la inducción del parto

En la consulta obstétrica de rutina, ya muy cercana a la fecha probable de parto, siendo un viernes por la tarde, el médico desliza en el fondo de la vagina durante el tacto de control, una pastilla de prostaglandina que desata las contracciones de manera descontrolada. El parto efectivamente comienza. El profesional se asegura el fin de semana libre. Las contracciones son demasiado dolorosas. Demasiado insoportables. Pedimos a gritos anestias. Todos esperamos terminar con este infierno lo más rápidamente posible. Por suerte, se termina pronto, generalmente con una buena cesárea. Calculada. Premeditada. Limpia. A horario. Creemos que le debemos la vida al médico que nos salvó, en realidad cumplimos con las reglas para vivir (...) ordenadas, puntuales, eficaces y sin desbordes. Laura Gutman (2007:72-73).

La fecha de la última menstruación (FUM) establece las bases sobre las cuales se realizan unas fórmulas matemáticas que se aplican para todas las gestantes. Estas fórmulas permiten al personal calcular la fecha probable de parto (FPP), que coincidirá aproximadamente con la semana 40 de embarazo (Monroy, S. 2012). Sin embargo, de acuerdo a las lógicas de riesgo manejadas por el sistema médico, las gestantes son “desembarazadas” por medio de la inducción del parto o el parto programado desde la semana 38 hasta la 40, siendo muy raro que se deje un embarazo discurrir después de la semana 40. Las nuevas tecnologías y medicamentos aplicados al embarazo y al parto posibilitan el control incluso del momento del nacimiento. Así vista, la fecha probable de parto se convierte en una especie de “fecha de vencimiento” (Monroy, S. 2012) del embarazo y, según las entrevistadas, y en mi

experiencia propia como dos veces gestante, los cálculos y la duración de un embarazo son un misterio o un enigma incomprensible para muchas gestantes.

A uno le hacen el cálculo pero a mí nunca me daban los nueve meses (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Yo nunca supe ni cuando fue mi última regla ni cuando me quedé embarazada, pero ellos hacen unos exámenes y le calculan esas cosas, no sé cómo pero así le dan a uno la fecha probable de parto (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Para ninguno de mis dos embarazos me dejaron llegar a término, es decir, a las cuarenta semanas, en la semana 38 me indujeron el primer parto que porque supuestamente el niño venía grande, cosa que era mentira, o un error del ecógrafo, y la segunda cesárea a la semana 38 me “desembarazaron”, que para evitar riesgos. El médico me dijo: “mamita, camine la desembarazo, le quito ese estado tan embarazoso...para que vamos a esperar más si ya está listo para salir, nos ponemos a esperar más y que tal que pase algo (...) mejor de una vez y así no nos exponemos innecesariamente (Autoetnografía).

Es importante entender que ni las fórmulas matemáticas cuando se tiene la fecha de la última menstruación, ni las ecografías tempranas para calcular la edad gestacional si no hay seguridad sobre la (fum), pueden ser exactas, ya que cada feto es diferente aunque tenga el mismo tiempo, así como el ciclo menstrual de cada mujer también difiere. (Monroy, S. 2012)

Lo que sustenta las inducciones y el control sobre estos nacimientos obedece nuevamente al discurso de los riesgos, el cual fomenta los mecanismos de obligatoriedad culpabilizante ya analizados. Así, el acoso de la patología (Camacaro, M. 2009) se adueña del actuar del sistema médico, provocando que los partos/nacimientos no sean eventos que se desencadenan espontáneamente, sino bajo la inducción, decisión y a veces imposición del personal experto. La mención al protocolo institucional, a las normativas nacionales, así como al posible acontecimiento patológico del embarazo, normalizan e institucionalizan estas prácticas:

...yo fui a la clínica en estos controles que me hacían cada dos días, ahí a urgencias y ya uno de los doctores me dijo que yo ya había llegado a la semana 41 creo, que estaba, y que en Colombia por protocolo a partir de la semana 40 inducían parto, para evitar posibles problemas con el bebé o con la madre (...) Me acuerdo que me dijo que podrían haber riesgos, entonces que por protocolo se hacía, que era una norma aquí en Colombia. Entonces me pasaron a un cuarto y me indujeron el parto

con Pitocin (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Esta inducción se hace bien por medio de un medicamento llamado oxitocina sintética o Pitocin que, diluido e inyectado en vena por goteo, desencadena y/o acelera el proceso de parto, o introduciendo por el canal vaginal medicamentos como prostaglandinas que, como podemos ver en el epígrafe se puede hacer sin la autorización o el conocimiento de la gestante (Gutman, L. 2007).

Aunque se supone que las inducciones del parto obedecen a causas médicas demostrables, como embarazos prologados después de la semana 41 o problemas en la salud de la madre o su hijx que requieran de la programación anticipada del parto/nacimiento, pueden responder más al acomodo de agendas por parte de los expertos que, como hemos visto, son fácilmente convertidas en necesidades auténticas por la amenaza de la patología.

Me citó la obstetra al otro día en la Santa Fe para la inducción, muy a las 6 de la mañana, como quien dice ella esperaba estar en casa ya a las 7 u 8 de la noche me imagino... y así fue porque me hizo la cesárea a las 7 y después pasó un segundo por la sala de recuperación ya arreglada y vestida para irse. La fecha probable de mi parto era el 17 de julio y mi hijo nació el 8, ella me dijo que era porque el niño venía grande, que ya pesaba más de tres kilos, obviamente no alcanzó a pesar eso, nació pequeño. Luego me enteré que ella tenía un congreso por las fechas de mi parto, por lo que me imagino que habrá adelantado el parto de varias para no tener sorpresas e inconvenientes que interrumpieran su congreso (auto etnografía).

Por todo lo anterior, la fecha del nacimiento, el cumpleaños de un individuo y, para quienes creen en ello, su horóscopo y carta astral, dependen más del o la obstetra, que de devenires “naturales” astrales y cósmicos. El parir/nacer como evento cuyo desencadenamiento⁶⁵ no se ha dilucidado ha dejado de estar sujeto a “voluntades” de la naturaleza, o de la madre que pare y su hijx que nace, para sujetarse, cada vez más, al accionar tecno-médico-científico, a los cupos dentro de las instituciones y a la disponibilidad en la agenda de los profesionales:

La fecha probable de mi parto, el 17 de julio, coincidía con el día del fallecimiento de mi padre, esta casualidad hacía que la fecha del nacimiento fuera significativa para mí y mi familia. Cuando la obstetra dictaminó el 8 de julio para mi parir y el

⁶⁵ El parto se desencadena por la producción de oxitocina, pero no se sabe la razón por la cual esto sucede en un momento determinado.

nacer de mi hijo, lo sentí como una imposición que convertía un evento mistificado, casi “sobrenatural” en un acontecimiento artificial. (Autoetnografía)

A mí me gustaba el día 23 de octubre para que naciera mi hija, porque me gusta ese número, me parece bonito, pero pues el 22 según el médico ya se habían cumplido las semanas, entonces que ya me inducía, que ya era tiempo (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Recientemente, unos estudiantes de enfermería rotando en obstetricia me comentaron que los partos se están programando e induciendo incluso desde la semana 38, obedeciendo muchas veces a cupos dentro de las instituciones hospitalarias. Así, se intentaría inducir el parto a las gestantes que ya se encuentren en la semana 38 o 39 si hubiera pocas parturientas en ese momento con el objeto de descongestionar las salas de parto en temporadas de alta natalidad.

Aunque la inducción y aceleración del parto/nacimiento es muy conveniente para el modelo tecnocrático del nacimiento (Davis-Floyd, R. 1993) o el modelo industrializado del parto (Gutman, L. 2007), así como para la agenda médica e institucional, recientemente se ha encontrado una relación entre el autismo y el parto inducido y acelerado con oxitocina sintética. Así, el aumento mundial de niños con autismo podría estar relacionado con la práctica ampliamente fomentada de inducir y/o acelerar el parto (Olza, I. et al 2011).

5.2 La conversión en pacientes, el papel de la homogenización

... ahí uno no está libre como diciendo “estoy bien”, “no pasa nada”, sino como que uno ya está como enfermo (risas). Lo tienen a uno ahí acostado, hasta uno se siente como ya... ya usted acostado ya está usted ahí conectado ya ahí...; “porque se puede marear, porque se puede caer”, mejor dicho ya empezó a padecer, desde que entró (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Para que los partos/nacimientos institucionales se desarrollen sin contratiempos y según la normatividad hospitalaria y las lógicas biomédicas se requiere, además de la interiorización de los discursos antes analizados y de la naturalización de los procedimientos y/o protocolos médicos, que la parturienta quede reducida a la categoría de paciente (Camacaro M. 2009). La conversión de quien pare en “paciente” permite su administración, su sujeción, en tanto el significado-significante de esta categoría o etiqueta es la de un

personaje temporalmente pasivo quien permite la intervención del personal médico y sanitario a quien le corresponde el rol activo de la relación. Esta etiqueta, que involucra la pasividad y el “dejar hacer”, ha sido fuertemente criticada, proponiéndose conceptos que permitan entender al paciente como actor social, “cliente”, “usuario” y “consumidor”, sin embargo ninguno de ellos denota el significado de “paciente” como actor social, inmerso en unas relaciones de poder-saber específicas y en un sistema simbólico cuyas relaciones y significados permiten y justifican su administración por la naturalización de su dependencia (Strauss, A. et al. 1999).

Para esta conversión de la parturienta (no patológica), en una paciente (patologizada) se hace uso del dispositivo simbólico de la homogenización (Sadler, M. 2004). Dentro de las dinámicas del parto hospitalario, esta homogenización de las parturientas se consigue a través de diversos dispositivos simbólicos:

Atuendo hospitalario de paciente: los uniformes de medicxs y enfermerxs permiten la identificación clara del personal, así como de su labor y lugar dentro de las jerarquías institucionales. Así mismo, las batas con las que son ataviadxs lxs pacientes, además de categorizar al individuo bajo la etiqueta fácilmente reconocible del paciente y su posición de subordinación, permiten la administración de sus cuerpos y el acceso fácil a las partes que “requieren” de intervención médica y normalización. Como ya he analizado, el vientre materno es el lugar privilegiado de la atención, por lo que la bata hospitalaria es vestida con la abertura hacia adelante, lo que permite un acceso fácil y rápido de las zonas corporales involucradas. Además de esta bata, se utilizan gorros y pantuflas de tela hospitalaria, lo que hace que todas las maternas se vean iguales, homogéneas.



Figura # 2. Foto de: Carlos García Rawlins/ Reuters. En Fotos: Así Nacen los Venezolanos. Noticias 24 Venezuela. 27 de octubre 2011.



Figura #3: Foto de: Carlos García Rawlins/ Reuters. En Fotos: Así Nacen los Venezolanos. Noticias 24 Venezuela. 27 de octubre 2011.

Desnudez: Tan revelador es aquello que se viste como aquello que es dejado al descubierto, en este sentido, lo único que viste una materna es el gorro, unas pantuflas de

tela hospitalaria que, como no se deja deambular a la materna, casi no son utilizadas, y la bata. El resto está al descubierto, desnudo, manipulable, administrable. La ropa interior está prohibida, permitiendo la visibilidad y el abordaje de los genitales. De esta manera, los genitales femeninos rasurados brillan por su visibilidad, adquieren mayor relevancia que el vientre materno, ellos están en permanente examen, verificación y observación. Tienen que dilatarse, expandirse, “trabajar”, a la par que el útero para dejar salir esta nueva vida.

Yo me quería dejar los cucos, (risas) o bueno, los calzones, pero me dijeron que no, que eso no se podía, que me los tenía que quitar, pues que ni de fundas, bueno uno entiende que por ahí nacen los niños y todo pero uno se los podría estar quitando y poniendo, para no sentirse uno tan expuesto, pero no, pedir eso es como un pecado, un despropósito, como si fuera algo ridículo aunque sea pedirlo. (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Madres sin nombre: Aunque el nombre de cada “paciente” se encuentra escrito en un papel o pizarra en la cabecera de la cama hospitalaria, lo que posibilitaría llamar a cada una por su nombre, todas son nominadas: “mamitas”, “mamás”, “gordas” y “gorditas”. Sadler (2004) encuentra que estas referencias reducen a las pacientes a su única función de parturientas, a la vez que las infantiliza, consiguiendo su conceptualización como seres poco racionales, cercanas a los niños y a los enfermos mentales.

Estos elementos posibilitan la conversión de las gestantes en pacientes a tratar bajo las lógicas homogéneas de los tratamientos y protocolos hospitalarios, por lo que “todas” las gestantes pasarán por los mismos “rituales”, protocolos e intervenciones. El sistema biomédico desarticula no solamente el cuerpo de la gestante (útero, vagina, etc.), sino que también desarticula a la parturienta de sus características personales e identitarias, elementos sociales e individuales percibidos como contaminantes (Sadler, M. 2004). Así, en el parto industrializado las gestantes son “mamitas”, “gorditas”, pacientes o parturientas, datos, historias clínicas, riesgos, lo que posibilita la repetición de protocolos rutinarios en cada una de ellas sin tener en cuenta la particularidad de cada caso y de cada parto y evita el entendimiento de la dueña del parto como un ser humano que requiere de empatía y cercanía.

Es un parto “aséptico”, sin la contaminación emocional y bacteriana de la que pare, ésta es eliminada, trascendida, neutralizada. Ya no es Virginia, ni Sol, ni María, ni Valeria, ni Camila..., ahora se puede atender cómodamente este parto.

5.3 “Ahí quietecita”: inmovilizaciones, retenciones involuntarias, posturas impuestas y silencio reglamentario

Una vez ataviadas y “disfrazadas” de pacientes, las gestantes “mamitas”, “gorditas”, próximas parturientas, son conectadas a diferentes aparatos tecnológicos que, como ya he analizado, las invisibilizan remplazando la información que pudieran proveer. Así, conectadas, serán inmovilizadas en una cama, camilla o silla de ruedas (según la disponibilidad y las condiciones de la institución hospitalaria), para esperar que el “trabajo” de parto siga su curso o se desencadene por la oxitocina. La venoclisis y los aparatos de monitoreo funcionan entonces como elementos que ayudan en la conversión simbólica de la parturienta en paciente, así como pueden ser vivenciados como obstáculos para el movimiento.

Pues imagínese, ese cinturón que le ponen a uno en la barriga que monitorea al bebé, que si uno se mueve le pierden el corazón, más el aparato que le ponen en el dedo a uno, más el suero, queda uno lleno de cables y cosas... ¿cómo diablos hace uno para moverse? (Historia de embarazo/parto de Sol entrevistada el 28 de Noviembre de 2015).

Le pregunté a la enfermera que si podía ir al baño, o moverme un poquito de la cama, ella me contestó que por nada del mundo, que me podía caer, o pegar o algo acto seguido, me subió las barandillas de la cama (Autoetnografía).



Figura # 4: Foto de mi primer parto, 8 de julio de 2008. Nótese las barandillas de la cama, la venoclisis y, debajo de la bata, los sensores de monitoreo fetal.

Aparte de la inmovilización propiciada por los “artilugios” tecnológicos, las parturientas deben ser protegidas de golpes y caídas dentro de las instituciones hospitalarias, lo que hace que se les prohíba deambular, caminar, agacharse, acurrucarse, ponerse en cuatro, etc., movimientos todos éstos que contribuyen a la dilatación y ayudan a hacer las contracciones más llevaderas. Así, la imposición de la quietud es entonces “inadecuada” para la fisiología del parto así como también la posición supina.

La posición supina (recostarse boca arriba sobre la espalda), como ya mencioné, fue implantada por la obstetricia para la manipulación del instrumental obs-tétrico, además de considerarse la más cómoda, no para la parturienta, sino para quien atiende ese parto. De otra manera, quien atiende el parto tendría que agacharse, ponerse debajo de la que pare, ensuciarse de líquido amniótico o sangre e incluso materia fecal, adoptar la postura que le obliga la parturienta... en pocas palabras, tendría que incomodarse y adaptarse, posiciones y comportamientos que por lo general están asociados a lxs pacientes y demás subalternos como enfermerxs, doulas y parteras, no a lxs profesionales en medicina.

Las posiciones del parto son entonces manifestaciones simbólicas del poder que se asume en la práctica de la obstetricia, ya que encima y de pie con un amplio campo de visibilidad está el o la obstetra, mientras que la que pare está acostada y, muchas veces, inmovilizada.

La inmovilización, como ya he mencionado, se hace por medio de la venoclisis, las barreras de la cama hospitalaria y los aparatos tecnológicos aplicados al parto, pero también se recurre a veces al amarrado de las piernas a los estribos en el parto vaginal y al amarrado de los brazos en la práctica de las cesáreas. Amarrar brazos o piernas es, a mi juicio, el signo más claro del “secuestro” momentáneo que hace el sistema biomédico con las parturientas, ya que en ningún otro procedimiento se recurre a amarrar de esta forma a lxs pacientes.⁶⁶ ¿Qué podría pasar si no nos amarran?, ¿acaso consideran que saldríamos corriendo?, en mi caso la respuesta hubiera sido afirmativa, de seguro habría salido huyendo.

Creo que atar las piernas en el parto vaginal es para que las parturientas no se muevan y, desde luego, y sin querer, golpeen al o la obstetra que trabaja entre sus piernas y amarrar los brazos en la cesárea es para que la cesareada no pueda moverse, perder la venoclisis, quitarse los aparatos de monitoreo... en resumen, para que no estorbe en la atención de su parto y deje trabajar cómodamente al personal de salud.

Sea la razón que fuere, amarrar es violentar a quien pare y es una práctica que, sin lugar a dudas, podría y debería ser abolida, eliminada, borrada, para hacer parte del embarazoso pasado de la obstetricia.

Cuando me mostraron a mi hijo yo quería tocarlo, abrazarlo y movía los brazos y las manos para alcanzarlo pero no podía porque estaba amarrada... eso es muy angustiante, tu ver que se lo están llevando sin tu siquiera haber podido tocarlo (Autoetnografía).

Mira, uno quiere tocarlos verlos, acariciarlos, estar desnudos y abrazados y uno ahí amarrado a esa camilla, de verdad, porque son así, deberían dárselos a uno mientras lo cosen a uno, y revisar a los bebés encima de uno... no sé Valeria eso pienso yo (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Paralelamente a las posturas impuestas, el silencio reglamentario es un asunto que merece la pena analizar críticamente. Al día siguiente de la cesárea me pasaron a un cuarto sola.

⁶⁶ Antiguamente se amarraba a los enfermos mentales y se les inmovilizaba por medio de camisas de fuerza, lo que por considerarse violento se reemplazó por la camisa de fuerza química.

Allá me dejaron con mi hijo encima del pecho y me dijeron que iban a traerme algo para el dolor. Tardaron más de una hora. Como estaba sola, porque mi compañero estaba en trámites administrativos, y no podía moverme para buscar el timbre, tuve que gritar para que alguien acudiera. Después de gritar por varios minutos apareció una enfermera y me dijo que en los hospitales no se podía gritar, que hiciera silencio y me aguantara el dolor... “es que ser mamita duele” (Autoetnografía).

5.4 De tactos, re-tactos y violaciones a la intimidad

...uno es como un pedazo de carne ahí tirado, no les importa lo que uno sienta, si tiene pena, si se siente mal, a ellos solo les preocupan las cosas médicas (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

El tacto hace parte de los protocolos hospitalarios y su práctica tiene como fin monitorear el estado de dilatación durante el proceso de parto. Si bien es un procedimiento que no tiene mucha utilidad, sí les permite a las autoridades médicas controlar y dirigir el proceso (Camacaro, M. 2009), ya que es a través de este procedimiento, como se dictamina “el progreso” o el “no-progreso” del “trabajo” de parto. Así, quien realiza el tacto dictamina “te falta mucho o poco”, “apenas tiene tres o más centímetros” o “ya casi tienes los diez centímetros” o “no dilataste nos vamos para cesárea”. Considero que este procedimiento es otra de las herramientas que hacen de las parturientas “pacientes” pasivas, sin ningún control sobre el proceso, mientras que quien dirige el parto, dictamina y controla el estado y el su “progreso”, definiendo el momento para la aplicación de anestesia, la rotura de bolsa, el pujo o el nacimiento mismo:

Pues entraron... no sé cuántos, pero además me lo hacían diferentes personas. Entraban y “plum” y me hacían el tacto, entraban y “plum” me hacían otro tacto. (...) Una de esas vino un señor y me hizo el tacto (risas), y fue cuando salió el agua y luego no sabían si había roto fuentes o no había roto fuente, bueno un enredo. Luego ya uno estaba como de turno y se fue, y entonces vino otro, o sea eso fue toque y toque. (...) todo el mundo metiéndole el dedo y mirando y es que además no era uno sino varios los que entraban ahí “cómo va” y levantaban la sábana y lo miraban a uno y uno pues..., se sentía uno como... no sé, no era agradable (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Aparte del mecanismo simbólico de desposesión del control del proceso de parto, el tacto resulta para las parturientas incómodo, molesto, doloroso y vergonzoso, puesto que se encuentra en posición supina, de espaldas acostada, con lo “privado” expuesto al público, para ser examinado, observado, tocado, manipulado... no solamente por una persona sino, en muchos casos, por varias. Así como relata Virginia, levantan las sábanas y, sin solicitar permiso alguno, introducen los dedos para verificar dilatación.

Ante mi molestia, ella buscó la ayuda de algunos colegas quienes procedieron nuevamente al tacto, de uno en uno en fila reafirmando la determinación de su colega (Autoetnografía).

El tacto era un poco incómodo porque es una persona que le está a uno metiendo el dedo y bueno hay unos que son más delicados que otros. Me tocó un doctor para nada delicado y me hizo bastante daño y yo le dije: “me está haciendo daño” y lo que hizo el señor fue cruzarse de brazos y decir que yo estaba tensionada y que yo no le dejaba hacer bien su trabajo, entonces fue un señor que la verdad se comportó bastante grosero y pues no me hizo sentir nada bien. Incluso salí llorando ese día (...) Como el señor me estaba haciendo daño, entonces yo me tensioné. Entonces el señor dijo que me tenía que relajar. Yo intentaba relajarme pero el señor me volvía a hacer daño entonces al final el señor se puso pues grosero conmigo y me empezó a decir que me relajara que no le estaba dejando hacer su trabajo. Entonces yo le dije: “que usted me está haciendo daño” y el señor volvió a meter los dedos con fuerza, volvió a hacerme daño y bueno la cosa terminó en que yo terminé callada llorando porque el tipo fue bastante miserable (Historia de embarazo/parto de Virginia entrevistada el 15 de marzo de 2015).

Este encuentro y tacto pre-parto termina con la embarazada llorando, con su cuerpo dócil tendido en la camilla en posición supina y dejando trabajar al médico, comportamiento esperado en lxs pacientes, bajo el supuesto de que cualquiera sea el examen y las molestias o dolores que deban pasar lxs pacientes, éstxs deben acatar una normativa comportamental que permita el accionar de lxs profesionales así, el o la paciente que se resiste a los procedimientos, será rodeada bajo una reputación de paciente “difícil”, juicio moral que permite a lxs profesionales un trato diferencial, prevenido y poco empático. (Strauss, A. et al., 1999).

Otro punto importante consiste en la “violación” de la intimidad, ya en el ámbito hospitalario el pudor y la vergüenza de las mujeres ante la exhibición de sus cuerpos y genitales desnudos no es tomada en consideración (Monroy, S 2012).

Estaba yo todavía con la anestesia por lo que no me podía mover y llega una enfermera y le da mi hijo a una amiga de mi esposo que pasaba por ahí, pero con la que no tengo ninguna confianza, y me quita la sábana que me cubría y se pone a examinarme, la verdad me dio mucha pena porque yo estaba completamente desnuda, de verdad deberían preguntarle a uno, decirle que lo van a destapar, tomar como no se... las prevenciones para que nadie lo vea a uno, eso como que no les importa para nada, por eso te digo que uno es como un pedazo de carne ahí tirado, no les importa lo que uno sienta, si tiene pena, si se siente mal, a ellos solo les preocupan las cosas médicas (Historia de embarazo/parto de Paloma entrevistada el 20 de mayo de 2015).

Lo único que lo separa a uno de las demás personas es una cortinita que siempre tiene alguna parte abierta, sobre todo cuando llegan los doctores la dejan abierta y se ponen a examinarlo a uno. En una de esas pasaban los visitantes de las otras mamás y lo miraban a uno en pelotas, con las piernas abiertas, eso es de verdad tenaz... (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).



Figura #5: Imagen extraída de: “La violencia obstétrica no existe. O eso quisiera decirte”. Disponible en: <http://www.elpartoestuestro.es/blog/2012/11/27/la-violencia-obstetrica-no-existe-o-eso-quisiera-decirte>. (Consultado el 24/01/2016)

De esta manera, tocar, retocar, mirar, observar, examinar, hurgar, oler... todo está “permitido” y naturalizado como “adecuado” en el contexto del parto hospitalario, percibiéndose un profundo desinterés por aspectos emocionales y psicosociales como el pudor de las parturientas.

El obstetra francés Michel Odent, uno de los más fervientes defensores del parto humanizado, ha recalcado la importancia que para todos los mamíferos tiene parir en

intimidad. Todas las hembras mamíferas interrumpen su parto ante la presencia de cualquier amenaza, esto por la segregación de adrenalina, contraria a la oxitocina, conocida como la hormona del amor, que es la que desencadena y hace que se desarrolle el parto. Este autor denuncia los efectos contradictorios que tienen las intervenciones durante el parto por lo que propone incluso no humanizar, sino animalizar o mamiferizar el parto. Por esto es muy común que aquellas parturientas que empiezan su parto de manera espontánea en casa, lo interrumpen al llegar al hospital por la secreción de adrenalina (hormona que se produce cuando se tiene miedo o se está alerta). Así, el miedo de las parturientas, encontrándose en un lugar extraño, frío, impersonal y bajo la mirada y manipulación de extraños, es por sí mismo un impedimento para el “normal” desarrollo del parto:

Llegué a la clínica ya de parto, pero entré, me pusieron la batica esa y hasta ahí me duraron las contracciones, ni más, como yo le había pedido a mi doctora que no me pusieran nada esperaron unas horas y después si ya me pusieron la oxitocina, dijeron que ya tocaba, ahí si empezó otra vez pero a doler como un demonio, después ya si yo, que había dicho que no me pusieran nada de nada, gritaba para que me pusieran la anestesia (Historia de embarazo/parto de Sol entrevistada el 28 de Noviembre de 2015).

La lógica bajo la cual el parto hospitalario se naturaliza como el más seguro y el menos doloroso por el uso de anestesia, resulta entonces en una gran contradicción, puesto que el uso de la anestesia responde muchas veces al uso de oxitocina como medio de apurar/producir el parto.

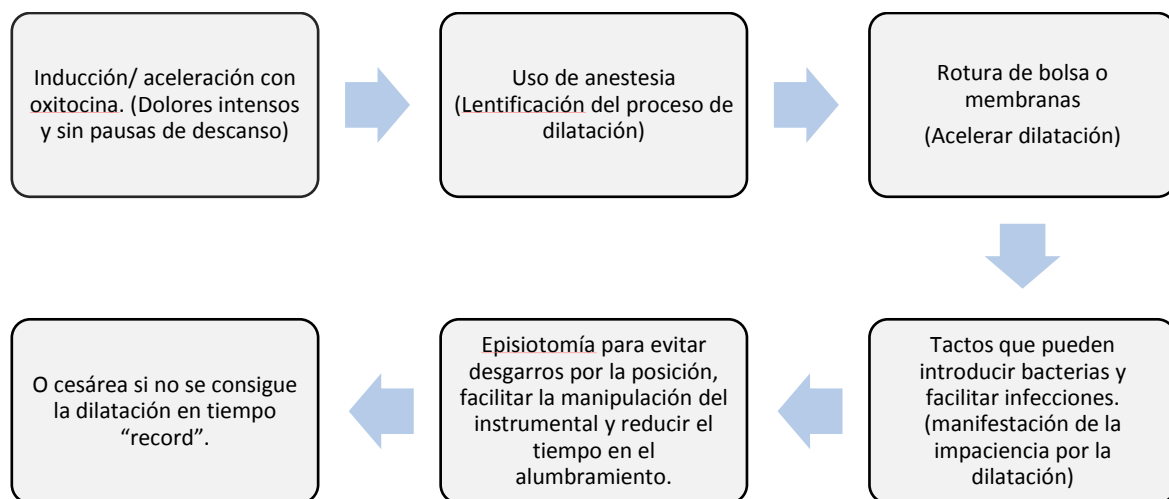
5.5. “Trabaje rapidito mamita”: procedimientos que aceleran el parto

...está vedado perder un tiempo contado por Dios y pagado por los hombres; el empleo del tiempo debía conjurar el peligro de derrocharlo, falta moral y falta de honradez económica (Foucault, M.2002: 157-158).

El cuerpo al que se pide ser dócil hasta en sus menores operaciones, opone y muestra las condiciones de funcionamiento propias de un organismo. El poder disciplinario tiene como correlato una individualidad no sólo analítica y “celular”, sino natural y “orgánica (Foucault, M. 2002: 160).

Como ya he analizado, el modelo tecnocrático del nacimiento o modelo industrializado del parto tiene como fin acelerar y conseguir un parto en el menor tiempo posible abaratando costos. Bajo estas lógicas, se ha naturalizado la idea de que el parto debe ser producido (si no se desencadena solo) y acelerado en “todos” los casos. Para la consecución de estos objetivos, los medicamentos y procedimientos rutinarios hacen su aparición fomentando un auténtico espiral de intervenciones, por lo que, como afirma una partera y doula “una vez que empiezan con las intervenciones éstas nunca terminan” (cita diario de campo curso Doula Caribe Internacional enero 2015). En este sentido, cuando se induce/acelera un parto por medio de oxitocina, lo más probable es que le sigan muchas más intervenciones, puesto que las contracciones son más frecuentes y dolorosas,⁶⁷ lo que obligará al uso de anestesia peridural, que retrasa el proceso de dilatación, por lo que seguirá la rotura artificial de bolsa y, finalmente, por riesgo de infección⁶⁸ o sufrimiento fetal, causado por las anteriores intervenciones, se terminará, probablemente, en quirófano para una cesárea.

Figura # 6: Cadena de intervenciones que apuran el parto en el modelo industrializado de parir/nacer.



Fuente: elaboración propia

⁶⁷ La oxitocina sintética hace más frecuentes las contracciones, por lo que las pausas de descanso se hacen muy cortas, además de aumentar la intensidad y duración de las mismas.

⁶⁸ La infección muchas veces es causada por los tactos vaginales, ya que se introducen las bacterias de la vagina en el útero materno.

Cuando me referí a los procedimientos que se efectúan sobre el cuerpo parturiento y gestante por medio del discurso de la obligatoriedad, me referí específicamente a la episiotomía, pero es necesario problematizar también la rotura artificial de la bolsa o membranas. Romper la membrana acelera la dilatación y el “trabajo” de parto, sin embargo aumenta el riesgo de infecciones, y el sufrimiento fetal y hace que se tienda a la cesárea si la dilatación no se consigue en un tiempo determinado. Este procedimiento es realizado muchas veces sin que las parturientas sean informadas sobre sus riesgos o sean consultadas antes de su realización.

A las 12 del mediodía, en uno de los tantos, repetitivos y dolorosos tactos vaginales que no tienen ninguna utilidad real, pero que sí les permiten a los médicos controlar y manejar el proceso, dictaminó que no había dilatado tanto como se esperaba para el tiempo transcurrido, por lo que la obstetra decidió, sin consulta alguna, romper la membrana. Este procedimiento me hizo llorar de dolor y angustia ante la posibilidad de que mi hijo se quedara sin el líquido que había sido su medio durante el tiempo que fuimos uno (Auto etnografía).

Por otra parte, seguir órdenes hace parte del proceso de parir hospitalario: “acuéstese”, “levántese”, “abra las piernas”, “relájese”, “puje”, “respire”. “Lista, ahora puje, no, así no, puje duro, eso así puje, puje, puje, uno, dos tres cuatro, pare, descanse, respire... otra vez, puje uno, dos, tres, ya viene, listo, ya salió la cabeza, ahora no vaya a pujar, no puje, cuando yo le diga... algo así es como lo recuerdo” (Historia de embarazo/parto de María entrevistada el 19 de mayo de 2015).

Aunque existe un modelo de pujos que no obedece al seguimiento del pujo dirigido por parte de los o las obstetras, llamado el pujo espontáneo, provocado por la presión que ejerce el bebé en el suelo pélvico (Monroy, S. 2012), éste es poco utilizado en del parto hospitalario, fomentándose más bien que la mujer puje cuando le es ordenado y se aguante el pujo espontáneo.

Todo esto nos deja un panorama en el cual se refuerza aquel modelo donde el/la profesional es el/la protagonista, es quien ve, toca, corta, engancha, emite la orden, extrae el niño o la niña, tira del cordón, masajea, extrae la placenta, sutura, se lava las manos y culmina su trabajo. Así, el/la profesional no espera el pujo espontáneo, el descenso del bebé y la dilatación progresiva, sino que dirige el pujo, obliga al descenso mediante la maniobra de

Kristeller⁶⁹ y amplía el canal vaginal con una episiotomía. La parturienta trabaja entonces a tiempo, de acuerdo a la agenda prevista para su parto y bajo la instrucción e intervención de quienes la atienden.

Todas estas intervenciones “industriales”, que tienen como fin acelerar el parto y reducir los costos, tienen como correlato que cada parturienta y cada parto son diferentes, no homogéneos como pretendiera el sistema en el modelo capitalista de parir y que el proceso del parto tiene un ritmo y un proceso, por lo que el tiempo cronometrado y estandarizado es siempre una contradicción con la fisiología del parto. Todo esto termina con el entendimiento del cuerpo gestante/parturiente como “inadecuado”, “imperfecto” e “inadaptado”, lo que se traduce en una cadena de intervenciones entendidas como “ayudas” para el perfeccionamiento o la adecuación del parto al modelo industrializado del parir/nacer.

5.6. El uso y abuso de la cesárea en Colombia

Particular atención y análisis merece la altísima tasa de cesárea primaria (84.9%) y su tendencia a aumentar. Si esta tendencia continúa al ritmo actual, que es 4% anual, la atención del parto vaginal en primigrávidas estaría para desaparecer en 4 años más (Cobo, E. 1998: 58)

El día 12 de abril de 2015, el diario El Espectador publicó un artículo llamado “La cesárea solo debe realizarse por razones médicas: O.M.S.”⁷⁰, [y añade:] “Esta es la recomendación de la organización Mundial de la Salud frente a la epidemia de cesáreas que afecta a casi todo el mundo”. [Este artículo muestra la elevada tasa de cesáreas en el mundo entero y

⁶⁹ La maniobra de Kristeller consiste en empujar al o la bebé ejerciendo presión descendente en el vientre materno. Aunque es uno de los muchos procedimientos que se entienden bajo la lógica de “ayuda” para la que pare, produce mucho dolor además de la posibilidad de lesionar gravemente a la madre y a su hijx.

⁷⁰ “La cesárea sólo debe realizarse por razones médicas: OMS” El Espectador. 12 de abril de 2015. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/cesarea-solo-debe-realizarse-razones-medicas-oms-articulo-554580> (consultado el 22/01/2016).

sitúa a Brasil como el país con el mayor número de cesáreas:] “donde cerca de la mitad de los bebés nacen por ese método” (El Espectador 12 de abril de 2015).

Solo un día después, el 13 de abril del 2015, el mismo diario publica: “Epidemia de cesáreas”: “Aunque según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, sólo entre el 10% y el 15% de los nacimientos debería resolverse con ayuda de este método, hay países como Colombia donde casi la mitad de los partos (el 46% para el 2013) se dan por cesárea y no de forma natural” [Es decir, en Colombia las cifras de cesáreas en algunos departamentos del país sobrepasan a Brasil, líder en “la cultura de la cesárea”]: “El caso de Colombia resulta alarmante para gremios médicos como la Federación Nacional de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Mientras en 1998 la tasa de cesáreas del país llegaba a 24,9% hoy uno de cada dos niños nace por cesárea, y en algunas regiones, como en departamentos del Caribe, este porcentaje se dispara a 75%” (El Espectador 13 de abril de 2015).

Figura #7: Proporción de cesáreas en Colombia en el 2013.



Fuente: Rubio, J et al (2014).

En el mapa anterior consta que el porcentaje de cesáreas en todos los departamentos de Colombia supera con creces la recomendación de la O.M.S del 10 o 15 % y que en la costa Caribe el porcentaje está por encima del 70%. Para Bogotá, la cifra se establece en 42%:

Con base en estas consideraciones, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen) consideran pertinente concientizar a los médicos, al personal de salud y a la comunidad en general sobre las tasas elevadas de utilización de la operación cesárea como vía del nacimiento, los riesgos maternos y perinatales asociados a esta vía del parto, la necesidad de clasificar las indicaciones de la operación cesárea identificando los posibles factores o determinantes médicos, sociales, legales y económicos que llevan a su incremento en nuestro país (Rubio, J. et al 2014:141).⁷¹

El incremento en el número de nacimientos por cesárea obedece a diversos factores entre los que no se encuentran las necesidades establecidas en base a criterios médicos como primer determinante (Cobo, E. 1998). Diagnósticos de distocia antes del parto que no puede determinarse antes del expulsivo, cesáreas por cesárea previa, existiendo todas las condiciones para conseguir un parto vaginal tras cesárea, y cesáreas sin motivos médicos consignadas como electivas por lxs médicxs y voluntarias por las madres, contribuyen a que "la cultura de la cesárea" se fortalezca.

...la falacia de los diagnósticos que se invocan para justificar la intervención quirúrgica innecesaria tienden una sombra de duda sobre la fundamentación ética de tal proceder. Es inexplicable que diagnósticos de fácil confirmación, a la luz de la buena obstetricia y de la tecnología disponible, muestren cifras más altas que las de los países desarrollados, y que las que existían en Colombia hace menos de una década (Cobo, E. 1998: 58. énfasis añadido)

Motivaciones médicas, sociales y económicas hacen que se haya naturalizado que la cesárea es un método más "seguro", "eficaz" y rápido, que prevendría emergencias, efectos adversos y el temido dolor de parto inducido por la tocofobia social. Lo que sí constituye una sorpresa es que en muchas publicaciones de prensa aparece como causa principal del fenómeno el miedo al dolor o la moda sobre este procedimiento, que hace que muchas mujeres la soliciten en preferencia al parto.⁷² Estas explicaciones que hacen parecer este

⁷¹ Para ver estos factores ver: Rubio, J. et al 2014, Cobo, E. 2008; Rizo, A 2009.

⁷² Véase por ejemplo: El Espectador. (2011) ¿Por qué tantas cesáreas? 8 de enero; Semana. (2001) Epidemia de cesáreas. 6 de Agosto; Una nueva y silenciosa epidemia. Colombia tercer país del mundo en porcentaje de cesáreas; Ospina, N. (2014) 36% de los partos en Medellín, por cesárea. El Colombiano 22 de enero.

procedimiento como una opción “voluntaria” exoneran a las instituciones y lxs profesionales de su responsabilidad en dichos incrementos.

Sin duda, las cifras de cesáreas son alarmantes y existe preocupación por lo que le cuesta al sistema su aumento (alrededor de 75 millones de dólares Rizo, A. 2009), así como los riesgos propios de la intervención, pero no se presta mucha atención a las secuelas emocionales que ésta deja en las directamente afectadas.

Por ello, me doy a la tarea de relatar mi experiencia personal como madre con dos cesáreas, la vivencia que esta inversión de 75 millones de dólares ha tenido y tiene en mi vida. Cargar con dos cesáreas, ambas innecesarias, implicó exponerse dos veces a una serie de peligros para la madre y para sus hijos - la muerte de uno o ambos, pasando por histerectomías, hemorragias, infecciones y problemas para concebir a futuro, entre muchos otros.

Cada cesárea, al igual que cada parto y nacimiento es única, la mía, y particularmente la primera fue, como ya he descrito, resultado de la manipulación de la confianza en el conocimiento autoritativo de lxs médicxs, o el saber poder, no sólo de mi obstetra, sino de sus colegas que la acompañaban reafirmando su decisión: “estás trabajando muy lento”, “no estás dilatando”, “ya deberías haber dilatado más”, “ya pasó mucho tiempo y sólo dilataste cuatro centímetros”, sentencias que se tradujeron en una sensación de inadecuación de mi cuerpo para llevar mi “trabajo” de parto a feliz término. Adecuar el "trabajo" de parto a los altos estándares tecno-médico-científicos, donde rigen lógicas tecnocráticas de optimización de tiempo, personal y recursos, no es sencillo, especialmente si tenemos en cuenta que un “trabajo” de parto puede prolongarse a veces hasta dos o incluso tres días.

En mi caso, la inducción del parto con oxitocina sintética por conveniencia en la agenda de mi obstetra, las “amenazas” sobre el dolor para que accediera a ponerme la epidural y la rotura de membrana llevaron a que se hiciera “necesaria” una cesárea. Así, mi primera cesárea fue innecesaria y la segunda respondió a un protocolo aprendido e incuestionado de proceder tras cesárea previa. Hoy en día sé que existen pruebas para comprobar la seguridad de un parto tras cesárea, y que la indicación de una cesárea por cesárea previa,

sin las pruebas de parto tras cesárea, responden o a un conocimiento desactualizado ("ginecosaurio"⁷³) o a la comodidad que la programación de una cesárea supone para el modelo industrializado de parir/nacer.

Lo cierto es que aunque hoy en día existe una confianza casi ciega en la seguridad de la operación cesárea, lo que hace que muchos médicos y algunas mujeres la prefieran, la proporción de mortalidad de la cesárea es 7 veces mayor que la del parto vaginal (Cobo, E. 1998). Por otra parte, el tiempo de recuperación es bastante superior por lo que muchas veces, la mayoría, las puérperas de cesárea no se encuentran en condiciones de moverse, lactar y atender al recién nacido sin la ayuda de algún círculo de apoyo. Esto nos sitúa en una posición de completa dependencia en un momento vital en el que se requiere contar con condiciones mínimamente aceptables de funcionalidad. Las múltiples tareas y funciones que desempeñan las mujeres madres hacen que las indicaciones médicas de reposo y cuidado resulten insostenibles. En mi caso, la recuperación en la segunda cesárea fue particularmente complicada por la demanda de atención que requería mi hijo mayor, que tenía solamente 4 años. Las madres, o ninguna que yo conozca, pueden permanecer al cuidado exclusivo de su salud y recuperación durante cuarenta días y, muchas veces salen a trabajar o a ocuparse de las labores domésticas y funciones cotidianas "con los puntos de la cesárea".

Estos elementos, que como mencioné no están presentes en las preocupaciones médicas y económicas de la "epidemia de cesáreas" no son tenidos en cuenta a la hora de la toma de decisiones sobre las intervenciones. En ninguna de las publicaciones consultadas las obstetras o economistas se cuestionan por las consecuencias derivadas para las puérperas con cesárea, más allá de consecuencias médicas de infertilidad asociadas a cesáreas, la probabilidad de cesárea a futuro por cesárea previa o los costos asociados a la intervención.

Así mismo, y consecuentemente con el interés de "producir" individuos perfectos y "perfeccionar" el parto, nuevas investigaciones muestran resultados preocupantes en la

⁷³ El concepto "ginecosaurio" lo tomo de: "Ginecosaurios: ¿una especie en vía de extinción?" En: Revista digital para padres, disponible en <http://sientemecrianza.com/2014/08/21/ginecosaurios-una-especie-en-peligro-de-extincion/> (Consultado el 23/01/2016) y hace referencia a aquellos gineco obstetras que, aunque se ha demostrado que muchas de sus prácticas son adversas para la gestante y sus hijxs, reproducen saberes y prácticas muchas veces desactualizadas.

salud de los niños y niñas que han nacido por cesárea, ya que, al no pasar por el canal vaginal, no se colonizan con las bacterias de la vagina de la madre, condición necesaria para el desarrollo y maduración de su sistema inmune, contribuyendo en el aumento de asma infantil, ciertos tipos de cáncer, enfermedades autoinmunes, diabetes tipo 1, obesidad infantil, entre otros.⁷⁴

Antiguamente el protocolo de cuidado hospitalario tras la cesárea era de 2 a 3 días, pero para mi segunda cesárea, en el 2012, fui dada de alta al día siguiente, aduciendo riesgos de infección hospitalarios. Así, programar, inducir y acelerar los partos, programar cesáreas aduciendo razones médicas de dudosa credibilidad y la disminución del tiempo de recuperación de la cesárea dentro de las instituciones hospitalarias, ilustra las lógicas tecnocráticas de la atención del parto – una optimización del tiempo y los recursos, una disminución de los gastos por tiempo de hospitalización y un aumento de las ganancias de acuerdo a la intervención quirúrgica, en resumen, un negocio redondo.

⁷⁴ Para más información ver: Toni Harman y Alex Wakeford. (2014) “MicroBirth”.

Expulsivo.

El afecto es una fuerza en constante formación, inacabada por naturaleza, abierta, exterior, inestable. Integra la consolidación de los biopoderes y las formas de control social que los imponen, tanto como las estrategias de resistencia que los desafían. El afecto se mueve entonces entre los extremos del control y el exceso. Construye una fuerza a la vez constructora y deconstructora, cohesiva y dispersante, un punto ciego de la racionalidad moderna y una de sus más nítidas líneas de fuga. Mabel Moraña (2012:323-324).

El expulsivo es la última fase del parto pero nunca es realmente el final, puesto que representa siempre un inicio. En un parto nace una nueva vida, pero también nace una madre, un padre, unxs hermanxs, unxs abuelos, unxs tíxs, etc. En este sentido, no he querido hablar de conclusiones, puesto que a estas alturas tengo más preguntas que respuestas y espero que este proceso no culmine ni concluya así, sino que aquí se gesten algunas transformaciones que permitan un parir/nacer respetado como debiera ser promovido y garantizado.

Mi anhelo ha sido desnaturalizar ciertas representaciones socioculturales de la maternidad y discursos que se traducen en prácticas médicas que reproducen prejuicios y tratos violentos que recaen sobre las gestantes, las parturientas y sus hijxs.

La violencia obs-tétrica se manifiesta, según mi percepción, en tres grandes grupos,

1. Subvaloración del proceso del embarazo parto por parte del sistema biomédico del cual se desprenden las lógicas de “perfeccionamiento” de tal proceso por medio de procedimientos instaurados como protocolos y naturalizados como “ayudas” a la madre y a su hijx, sin los cuales se entiende que ella no podría parir. Aquí caben nociones de sospecha, carencia, fragilidad, dependencia, infantilización, etc., que se traducen en prácticas con consecuencias psicológicas, sociales y de salud para las maternas y sus hijxs.
2. Los castigos expresados en violencia verbal, simbólica y, a veces física, producto de los juicios morales del personal de la salud hacia las mujeres que por cualquier

motivo no reproducen la normatividad (estado civil, cantidad de hijos directamente relacionado con la clase social, edad, etc.) y/o aquellas cuyo comportamiento no se adecúa al esperado como convención social para la categoría del paciente (aquellas que se resisten, gritan, lloran o, simplemente se niegan a algún procedimiento).

3. Las lógicas capitalistas de atención en salud que han convertido el parto en un modelo tecnocrático e industrializado del parir/nacer, lo que se traduce en una cadena de producción de la reproducción, optimizando tiempos y abaratando costos.

Cuando las mujeres embarazadas y parturientas elegimos el tipo de atención que deseamos para nuestro proceso de embarazo y parto, lo hacemos en función de lo que socialmente se ha configurado como la opción científica entendida como la más segura. Esta elección no es entonces tan libre y “voluntaria” como se esperaría, sino que hace parte de una serie de discursos hegemónicos que normalizan la patologización del embarazo, justificando la intervención médica, y que son interiorizados por las mujeres, haciéndonos sentir que es un proceso, que si bien es “natural”, no está exento de riesgos y peligros, y que para cuyo afrontamiento y detección son necesarias la ciencia y la tecnología.

El parto no es un trabajo como se derivaría de la expresión “trabajo o labor de parto”, estas conceptualizaciones hacen que se nos entienda como cuerpos-máquina alienados en un sistema productivo que pretende sacar el mejor provecho en tiempos estandarizados; y las mujeres, cuando manifestamos nuestras dudas o recelos ante los procedimientos, no somos pacientes difíciles, ni histéricas dominadas por las hormonas del embarazo, sino agentes que nos resistimos a las decisiones extrañadas sobre nuestros cuerpos y nuestra vida.

En un escenario donde la que pare no ve por la posición supina impuesta, o las sábanas que se instalan de manera que el campo visual sea privilegio del personal de atención del parto (ya sea parto vaginal o cesárea), donde tampoco se le permite tocar por las nociones de autocontaminación de la madre al campo aséptico médico (Montes, M 2007; Monroy, S. 2012), y donde todas sus percepciones son remplazadas e interpretadas por complejas maquinarias, es difícil entender a la parturienta, o que ella misma se entienda como la dueña del parto, pero es así como debiera ser entendida; porque bajo el panorama actual, la mujer que pare es entendida como un “estorbo” para el adecuado discurrir del protocolo médico e institucional.

La tocofobia o miedo al parto socialmente instaurada por el miedo al dolor, las lógicas que sitúan el modelo presente como el más seguro ante el discurso de riesgos y el acoso de la patología asociada al embarazo/parto (Camacaro, M. 2009; Montes, M. 2012), así como la dicha que experimentan quienes han parido y sus familiares, hace que se minimicen aquellos elementos y efectos obs- tétricos que tiene este modelo de parir/nacer. La violencia es entonces minimizada bajo supuestos como “luego se le va a olvidar”, o “de qué se queja si sus hijxs y usted están bien” o “antes agradezca porque gracias a ellos usted y sus hijxs están vivos”.

El sistema de salud y sus profesionales son entendidos en nuestro contexto como quienes reparan el mal que ocasiona la violencia, pero nunca como perpetuadores de violencias (Monroy, S. 2012), resultando en otro mecanismo que invisibiliza la violencia obstétrica y, en general, la violencia en el acto médico e institucional. Todas estas lógicas hacen que el ejercicio de poner en cuestionamiento al sistema médico constituya toda una transgresión.

Paralelamente, la ideología cristiana normaliza el sufrimiento de las madres en el parto bajo la recompensa del gozo del alumbramiento, así, Jesucristo les dice a los apóstoles el día antes de su muerte: “la mujer cuando pare siente tristeza, porque llega su hora. Pero cuando ha dado a luz un hijo, ya no se acuerda de la tribulación por el gozo que tiene de haber venido al mundo un hombre” (10, 16, 21) (Pío XII citado en Goodrich, F. 1966). Aparte del sexismo implícito en esta frase, vemos normalizada la idea de que cualquiera sea el sufrimiento que experimente una madre en el parto, éste será olvidado y justificado. Bajo este orden de ideas, justificamos el dolor, el sufrimiento, la soledad, los gritos, los insultos, las intervenciones, el maltrato y el miedo. Recuerdo que me decían “cuando tenga a su bebé en los brazos todo se le va a olvidar, ya no va a sentir dolor, le va a parecer que todo valió la pena”; si bien es cierto que la dicha de ver y sostener a lxs hijxs puede disipar momentáneamente el miedo, el dolor y la angustia, las dueñas del embarazo/parto no sufrimos de amnesia – recordamos las palabras, los tratos, los dolores, las ausencias, la indiferencia, la soledad y el terror.

Para el personal de la salud cada parto es uno más entre muchos, hace parte de la rutina de cada día, pero para una mujer que pare y para sus familiares el parto es un acontecimiento vital, único, extraordinario, no todos los días se pare o nace. En este sentido, se debería

garantizar un escenario en el que se le permita a la dueña del parto y a quien nace tener y disfrutar el verdadero día más feliz de su vida.

Considero que promulgar leyes e imponer sanciones y castigos no es el método más eficaz para cambiar el modelo, ya que esto produce una actitud prevenida, miedo e inseguridad en el personal de salud y las instituciones, lo que desemboca en un blindaje en los protocolos de atención institucionales, produciendo cierta sensación de seguridad en el personal de la salud, y protegiéndolos de la temida demanda. Más bien, los esfuerzos deberían concentrarse en: 1- un cambio en los modelos de formación de los profesionales de la salud, 2- una transformación en los objetivos de la preparación de las gestantes durante el embarazo y 3- en cambios urgentes en el modelo y las instituciones de salud.

- 1- Analizar críticamente la manera en que son formados los profesionales en medicina y enfermería es una tarea de vital importancia para cambiar el modelo de atención en salud para que las violencias en el acto médico y sanitario desaparezcan o al menos sean cuestionadas y desnaturalizadas. En este sentido, la objetivación de los y las pacientes, su entendimiento como objeto de tratamiento y normalización, la sobre patologización del embarazo, la competitividad, la distancia entre pacientes y profesionales, la mistificación de sus prácticas y la reproducción de prejuicios sociales, culturales e históricos que se traducen en juicios de valor de índole moral, deberían hacer parte del programa o, al menos, de una comprometida discusión.
- 2- El modelo actual de educación de la gestante naturaliza los procedimientos, intervenciones y protocolos como auténticas necesidades médicas y de obligatorio cumplimiento, lo que implica la imposibilidad de negociar de las dueñas del embarazo/parto con los profesionales e instituciones. Mi propuesta para la transformación de este modelo es procurar una información clara, veraz y suficiente durante el embarazo, de esta manera, quien pare podría realizar un plan de parto, tomar decisiones verdaderamente informadas sobre aquellas intervenciones que consiente y aquellas que no, esto durante el tiempo de la gestación y no durante el parto, ya que la premura del tiempo y las lógicas tecnocráticas de atención de muchos pacientes facilitan la manipulación del miedo.
- 3- Así mismo, aunque parezca utópico en nuestro sistema económico, es necesario

analizar las condiciones, los horarios de trabajo y las recargas laborales de lxs profesionales de la salud, cuyo trabajo requiere de paciencia, descanso, tranquilidad y una muy alta responsabilidad. Un/a profesional extenuado/a, con una sala de partos llena y el acoso de la patología en mente, responde sin paciencia ante el llanto y los gritos de dolor, es un profesional asustado ante la eventualidad de la patología y la amenaza de la demanda, e inseguro ante sus procedimientos y actuaciones. En estas circunstancias, el personal de la salud tiene tanto miedo como las parturientas, pero también un poder que puede traducirse en una experiencia obs-tétrica o en el mejor día de la vida de otro ser humano.

Lo que quiero enfatizar es que la violencia obs-tétrica es una más de las violencias que genera el sistema capitalista, con modelos industrializados y tecnocráticos del parto, donde se saca provecho económico de las mujeres, sus hijxs y partos, pero también donde se extrae el valor del trabajo de lxs profesionales de la salud.

Resistir en estos escenarios es una tarea compleja si tenemos en cuenta que la dueña del parto se encuentra en un territorio ajeno, extraño, sola, donde existen unas reglas, unas jerarquías y unas convenciones sociales difíciles de cuestionar. Los protocolos y reglamentos respaldan a lxs profesionales y éstos se respaldan entre ellxs, todxs se conocen, son compañeros, no se sienten solxs ni están vulnerables, quienes juegan en casa tienen evidentemente cierta ventaja.

Bajo un sistema ideológico en el cual entendemos que el parto es un suceso susceptible de ser mejorado, por ende “defectuoso”, estamos subestimando el poder de la humanidad para reproducirse, y de las mujeres para parir. Esta subestimación construida social e históricamente alrededor del parir repercute sobre las prácticas que se han naturalizado como necesarias y que conllevan numerosos efectos adversos físicos y psicológicos sobre la madre que pare y sus hijxs que nacen.

Considero que un parto institucionalizado puede ser un parto humanizado, siempre y cuando la relación que se establezca entre lxs profesionales/instituciones y parturientas/familiares sea de respeto mutuo. Tener en cuenta el estado de vulnerabilidad, no cómo una condición que propicie el uso y a veces abuso de poder, sino como un estado

en el cual se requiere, no de la distancia que produce la mistificación del campo médico, sino de la cercanía de la humanidad compartida, del miedo humano al dolor, a la muerte, a la pérdida, a la soledad...

En este sentido, constituiría toda una transformación hacia la atención respetuosa del embarazo/parto si se renunciara a la distancia, supuesta garante de objetividad de las ciencias, permitiendo los vínculos afectivos, sin que estos sean entendidos como “contaminantes” de la racionalidad. Esta transformación permitiría a lxs profesionales de la salud obtener la cercanía e identificación necesaria para desnaturalizar condiciones como la objetivación de lxs⁷⁵ pacientes, los juicios de valor de índole moral que se traducen muchas veces en insultos e intromisiones innecesarias y la indiferencia ante el dolor, el miedo y la vulnerabilidad.

En este sentido, insisto en que el afecto es un importante motor de transformación para una atención diferente y respetuosa.

A la espera de que este cambio afectivo se produzca en las ciencias de la salud, deseo visibilizar algunas de las condiciones que se deben garantizar para una atención respetuosa del parto institucional. Un parto respetado es respetar las decisiones, la privacidad, la intimidad, los deseos de quien pare, entender que cada parto es diferente y, por ello, las medidas de atención deben acomodarse y adaptarse más a quien pare, y menos a los requerimientos institucionales y profesionales. Así mismo, se debe permitir el vínculo temprano madre/hijx inmediatamente tras el parto/nacimiento, si las condiciones de salud de madre y/o hijx son adecuadas, inclusive durante la cesárea. Permitir y garantizar el movimiento y las posturas que desee asumir la dueña del parto, procurar durante el embarazo una información veraz, clara y suficiente que le permita tomar decisiones informadas durante el parto, consultar y solicitar el permiso de la dueña del parto ante cada examen e intervención. Respetar sus tiempos, espacios, miedos, pudor e intimidad. Evitar cualquier referencia o juicio de índole moral que pueda intervenir en el trato dado a la dueña del parto, ya sea por edad, clase social, cantidad de hijxs, creencias, origen, estado civil, etc., si una mujer se encuentra pariendo, cualesquiera que sean sus circunstancias, y

⁷⁵ Utilizo **los** y **las** pacientes en lugar de **sus** pacientes entendiendo que existe cierta apropiación y objetivación en estos artículos posesivos.

ha buscado atención médica institucional, requiere de una amistosa empatía, no de opinión “especializada”, ni crítica “experta”.

He aprendido que un trato respetuoso y cariñoso no es decir “mamita”, ni “gordita”, ni “amorcito”, ni “princesa”, ni “reina”, sino precisamente lo contrario, es respetar la individualidad, la diferencia de cada persona y de cada parto, acomodar los procedimientos a las necesidades de cada una sin homogenizar los protocolos. Aprender a escuchar y respetar un “no” como respuesta, informar sin manipular por miedo y, en una palabra, dejar parir.

Fuera de este análisis quedan numerosos elementos de importante consideración y visibilización, entre los que se encuentran la desnaturalización de la “necesidad” de institucionalización del parto, las intervenciones realizadas a lxs recién nacidxs que obstaculizan en contacto precoz al cual deberían tener derecho madres e hijxs y la soledad experimentada por las parturientas dentro de las instituciones que contribuye a la sensación de vulnerabilidad.

Aunque en principio tenía como hipótesis que la violencia obs-tétrica estaba tan naturalizada que las mujeres embarazadas y parturientas no poseíamos las herramientas para cuestionar el modelo, he encontrado que todas las mujeres que participamos en esta investigación cuestionamos el modelo y criticamos los tratos recibidos y las intervenciones que nos fueron realizadas. En este sentido, las embarazadas/parturientas, en adelante, debemos entendernos y ser entendidas como las dueñas de nuestros embarazos/partos, ya que de esta manera podremos abrir las grietas en los dispositivos, afectando y “contaminando” con nuestra presencia “embarazosa”, el “descontaminado” y “aséptico” campo médico e institucional.

Referencias citadas

Alzate, Daniel; Abadía, César; Oviedo, Diana; Velosa, Lydia. (2013). “*Derecho lucro-destructivo: vivencias de la ideología posneoliberal en salud*”. En: César Abadía; Andrés Góngora; Marco Melo; Claudia Platarrueda (eds.), *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Pp.: 233-275. Bogotá. Editorial Universidad del Rosario.

Ardila, Dolly Constanza. (2013) *Entre reproducción y sexualidad: representaciones del sistema reproductor humano en textos escolares de ciencias naturales (1967-2007)*. Bogotá. Ediciones Uniandes.

Blázquez, Norma (2011) *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. México. CIICH.

Camacaro, Marbella. (2009) “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica”. En *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Enero/Junio 2009, Vol. 14. No 32. Pp. 147-162.

Carrillo, Abelardo (2007) “Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década”. *Revista. Ciencia. Salud*. 5 (2) Julio-Septiembre de 2007. Pp. 72-85.

Clarke, Juanne (1999) “*Un enfoque multiparadigmático de la sociología de la medicina, la salud y la enfermedad*”. En: Carmen de la Cuesta (ed.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Pp.: 2-22 Medellín. Editorial Universidad de Antioquia.

Cobo, Edgard. (1998) Tasas de cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili: ¿Es posible reducirlas? *Colombia Médica*, Vol. 29, Núm. 3, 1998, pp. 54-61.

Cortés, Daniel (2010) Mortalidad materna y salud pública: décadas perdidas. *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 58 Núm. 3 Julio-Septiembre 2010. Pp.: 167-171.

Crawford, Robert. (1999). “*Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima*”. En: Carmen de la Cuesta (ed.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Pp. 47-77. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia.

Davis-Floyd, Robby (1993) “*The technocratic model of birth.*” En: Susan Tower Hollis, Linda Pershing; M. Jane Young (eds.), *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Pp. 297-326. Illinois. U. of Illinois Press.

Diaz-Bone, Rainer; Buhrmann, Andrea; Gutierrez Encarnación; Schneider, Werner; Kendall, Gavin; Tirado Francisco (2007). El campo de análisis del discurso foucaultiano. Características desarrollos y perspectivas. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, V. 8, No 2, may 2007. (sp)

Ehrenreich, B; **English**, D. (2010). *Por tu Propio Bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid. Editorial Capitán Swing.

Esteban, Mari Luz. (2004) Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC* Núm. 12, Junio 2004. Pp. 1-21.

_____ (1996) “*Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico*” En: Teresa Ortiz; Gloria Becerra (eds.), *Mujeres de ciencias: Mujeres, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*. Pp. 143-184. Granada. Instituto de estudios de la mujer.

_____ (2006) El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*. Vol. 2, Núm. 1. Enero- abril 2006. Pp. 9-20.

Facundo, Ángela. (2006). “*Los Padres y las madres de la patria. Representaciones médicas de las mujeres en Bogotá a comienzos del siglo veinte.*” En: Mara Viveros; Claudia Rivera; Manuela Rodríguez (eds.), *De Mujeres, Hombres y otras Ficciones. Género y sexualidad en América Latina*. Pp. 77- 96. Bogotá. Tm Editores.

Federici, Silvia (2004) *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid. Traficantes de sueños.

Foucault, Michel. (1998) El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. 50, No. 3. (Jul. – Sep) pp. 3-20.

_____ (2002) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Buenos Aires.

_____ (2007) *Los Anormales*. Buenos Aires Argentina. Fondo de cultura económica.

_____ (2009) *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*. México Siglo XXI editores.

García, Dailys; Díaz, Zoe. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 36, Núm. 4. Pp.: 330-336.

García, Magda (2006) Síndrome premenstrual (SPM) aproximación crítica. *Revista de antropología Iberoamericana*. Vol. 1, Núm. 1 Enero-febrero 2006. Pp.: 80-102

Goodrich, Frederick. (1966) *Maternidad sin dolor*. Madrid-Barcelona-México. Ediciones Daimon.

Gutiérrez, María Fernanda (2015) Disminuir la mortalidad materna, meta sin cumplir en 2015. *Pesquisa. Informe especia salud*. Junio-Agosto 2015 Pp. 10-12

Gutman, Laura. (2007) *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina*. Buenos Aires. Editorial del Nuevo Extremo.

Hernández, David, et al. (2008) Cultura y Salud en Urabá: Retos para la reducción de la mortalidad materna. En: Castro María Dolores; Virginia Camacho; Gladis Adriana Vélez (eds.), *Gobernación de Antioquia*. Medellín

Hill-Collins, Patricia. (2012) “*Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro*”. En:

Mercedes Jabardo (ed.), *Feminismo negro una antología* Pp. 99-134. Madrid. Traficantes de sueños.

Hutter, Randi (2010) *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid. Editorial Turner Noema.

Illich, Ivan (1975) *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona. Barral Editores.

Imaz, Elixabete. (2001) Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Universidad del País Vasco Política y Sociedad*, 36. Madrid. Pp. 97-111

Keller, Evelyn (1985) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons el Magnanim.

Kerner, Ina. (2009) Más allá de la unidimensionalidad: Conceptualizando la relación entre el racismo y el sexismo. *Signos filosóficos*. Vol. 11; no 21; México enero/junio 2009. Pp. 187-205

Lagarde, Marcela (2003). “*Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*”. En: *Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado*. s.l. Emakunde. Pp.157-160

La Parra, Daniel; Tortosa, José María (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social* No131 (2003) Pp. 57-72.

Martin, Emily. (1991) The Egg and the Sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female Roles. *Signs*, 16 no 3. Spring 1991. Pp. 485-501

Martínez, Adriana. (2013) “*¿Calidad de la atención en salud o contención de costos? El neoliberalismo en el sistema de salud colombiano*.” En: César Abadía; Andrés Góngora; Marco Melo; Claudia Platarrueda (eds.), *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Pp. 277.298. Bogotá. Editorial Universidad del Rosario.

Mies, Maria. (1998) “*Nuevas tecnologías de reproducción: sus implicaciones sexistas y racistas*”. En: María Mies y Vandana Shiva (ed.), *La praxis del ecofeminismo. Biotecnología consumo y reproducción*. Barcelona. Icaria editorial. Pp.: 27-86.

Montes, María Jesús (2007). Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis para optar al título de doctora en antropología social y cultural. Facultad de letras. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.

_____ (2008). Cuerpos gestantes y orden social: Discursos y prácticas en el embarazo. *Revista Index enfermería* Vol. 17 No1. Granada ene-mar 2008. Pp.: 25-29.

_____ (2012) La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña España. *Investigación y educación en enfermería*. Vol. 30 núm. 2, mayo-agosto 2012. Pp. 198 – 207.

Monroy, Sonia (2012) *El continuo ginecobs-tétrico: Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá*. Tesis. Facultad de ciencias humanas. Escuela de estudios de género. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Mora, Ana Sabrina. (2009) “*El Cuerpo investigador el cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio.*” *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 45 (I) Ene – jun 2009, Pp.: 11-37.

Moraña Mabel. (2012) “*PostScript. El afecto en la caja de herramientas.*” En: Mabel Moraña; Ignacio Sánchez (eds.), *El lenguaje de las emociones. Afecto y cultura en América Latina*. Pp. 313-338. Madrid. Iberoamericana.

Negri, Antonio (1999) “Value and affect”. En *Boundary* Vol. 26; No. 2, Sumer. Pp. 77-88.

Ortiz, Natalia (2010) “*Amistades inmanentes, apuntes sobre flujos, resistencias y nomadismos en Gilles Deleuze, Felix Guattari y Michel Foucault*”. En: María Elena Sierra Castillo (ed.), *Biopolítica. Reflexiones sobre la gobernabilidad del individuo*. Madrid S&S editores.

Ortner, Sherry. (1972) “*¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?*” En: Olivia Harris y Kate Young (Eds.). *Antropología y feminismo*. Barcelona. Editorial Anagrama. Pp. 109-131

Olza, Ibone; Marín Miguel Ángel, López Francisco; Malalana, Ana María (2011) *Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo?* *Revista de psiquiatría y salud mental*. Vol. 4, No 1, Enero-marzo 2011. Pp. 38-41

Ovejero, Anastasio; Pastor Juan (2001). *La dialéctica saber/poder en Michel Foucault: un instrumento de reflexión crítica sobre la escuela*. *Revista Aula Abierta* No: 77. Pp. 99-107.

Palacios, Irene. (2003). *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil de la primera mitad del siglo XX*. Valencia. Editorial Universitat de Valencia.

Pedraza, Zandra. (2009) En *Clave Corporal. Conocimiento experiencia y condición humana*. *Revista Colombiana de Antropología*. Vol. 45 (I) Ene – jun 2009. Pp. 147-168.

Rizo, Alberto. (2009) *Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005*. *Revista EAN* 67. Septiembre-Diciembre 2009. Pp.59-74.

Rocamora, Luisa. (1967). *El Libro de la mujer*. Barcelona. Ediciones Danae.

Rubio, Esther (2009) *El rescate del citoplasma: La intersección de la ciencia y la política de las mujeres*. *Revista todo sobre la madre*. No: 62. Verano 2009. (sp.)

Rubio, Jorge; Fonseca-Pérez, Javier; Molina, Saulo Buitrago, Marcela; Zuleta, John Jairo; Ángel-Müller, Edith. (2014) *Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación*

Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014 (2014) *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* vol.65 no.2 Bogotá Abril/Junio 2014. Pp. 139-151.

Sadler, Michelle. (2003) “*Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto*”. Trabajo de grado. Universidad de Chile, facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología. Santiago de Chile.

_____ (2004) “*Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto*”. En: Sadler, Acuña y Obach (eds.), *Nacer, Educar Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66.

Sibilia, Paula. (2010). *El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires. Fondo de cultura económica.

Strauss, Anselm; Fagerhaugh, Shizuko; Suczek, Barbara; Wiener, Carolyn. (1999). “*El trabajo que realizan los pacientes hospitalizados*”. En: Carmen de la Cuesta (ed.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Pp.: 248-275. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia.

Tovar, Patricia. (2004) El Cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica. *Revista Colombiana de Antropología* Vol. 40 ene-dic 2004. Pp. 253-282.

Tovar, Patricia (2006) “*De historias, histerias e histerectomías. La construcción de los discursos médicos y los imaginarios sobre la reproducción femenina*”. En: Mara Viveros Vigoya (ed.), *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá. Tercer Mundo editores.

Turner, Bryan. (1999) “*Profesiones, conocimiento y poder*”. En: Carmen de la Cuesta (ed.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Pp. 187-222. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia.

Valls-Llobet, Carme. (2009) *Mujeres, salud y Poder*. Madrid. Ediciones Cátedra.

Viveros, Mara. (1995) *Saberes y Dolores Secretos. Mujeres salud e identidad*. En: Luz Gabriela Arango; Magdalena León; Mara Viveros (eds.), *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Pp.: 149-168. Bogotá. Ediciones Uniandes.

Wall, Sarah. (2008) Easier Said than Done: Writing an autoethnography. *International journal of qualitative methods*. Vol. 7. Núm. 1. Pp. 38-53

Zola, Irving. (1999) “*La medicina como institución de control social*”. En: Carmen de la Cuesta (ed.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Pp. 23-46. Medellín. Editorial Universidad de Antioquia.

Fuentes primarias.

Arrastre al pecho UNICEF, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wIOOUfyI4vM> consultado el 21/01/2016

Colombia libre de violencia obstétrica. Disponible en: <http://www.muysfacil.org/co/> Consultado el 24/01/2016.

Consejo General de Enfermería. “Dossier de prensa: La verdad sobre las doulas”. En: <http://www.informedoulas.com/documents/dossier-prensa-informe-doulas-2015.pdf> (Consultado el 24/01/2016).

“Doulas”, un peligro para la salud de las embarazadas y sus bebés. En: <https://www.youtube.com/watch?v=IWOOKfIf0ew> (Consultado el 24/01/2016)

En Fotos: Así Nacen los Venezolanos. Noticias 24 Venezuela. 27 de octubre 2011 Disponible en: <http://www.noticias24.com/venezuela/noticia/6435/en-fotos-asi-nacen-los-venezolanos-en-la-maternidad-santa-ana/> (Consultado el 24/01/2016).

“Ginecosaurios: ¿una especie en vía de extinción?” En: Revista digital para padres, disponible en <http://sientemecrianza.com/2014/08/21/ginecosaurios-una-especie-en-peligro-de-extincion/> (Consultado el 23/01/2016)

Gonzales, Carlos (sf) El perro el gato y la gallina Extraído de <https://www.youtube.com/watch?v=uXfbU8xWv3Y> (Consultado el 24 de enero de 2016).

Incrementa el número de cesáreas por solicitud materna en nuestro país. ABC bebe.com. <http://www.abcdelbebe.com/incrementa-el-numero-de-cesareas-por-solicitud-materna-en-nuestro-pais>. (Consultado el 20/11/2015)

Ley de Protección Integral a las Mujeres. Ley 26.485. (2009) Argentina. Disponible en: <https://docs.google.com/document/edit?id=1DK7cQLD5jTHo7g2mIOVgY4Xa5-DbQcAngBMINSn88Jg&hl=es&pref=2&pli=1> (Consultado el 24/01/2016)

México tipifica la violencia obstétrica. El parto es nuestro. Disponible en: <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/06/16/mexico-tipifica-la-violencia-obstetrica>(Consultado el 24/01/2016).

Ministerio de protección social. (2004) República de Colombia. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Disponible en <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.2.pdf> (Consultado el 24/01/2016)

“La violencia obstétrica no existe. O eso quisiera decirte”. Disponible en: <http://www.elpartoestrueno.es/blog/2012/11/27/la-violencia-obstetrica-no-existe-o-eso-quisiera-decirte>. (Consultado el 24/01/2016)

Naciones Unidas (2015) Objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2015. Disponible en http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf. (Consultado el 24/01/2016)

Organización Mundial de la Salud. (2014) “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf (Consultado el 24/01/2016)

Organización Sanitas Internacional. (2007) El embarazo y el recién nacido.

Ospina, N. (2014) 36% de los partos en Medellín, por cesárea. El Colombiano 22 de enero. En: [http://www.elcolombiano.com/historico/36 de los partos en medellin por cesarea-LAEC_278982](http://www.elcolombiano.com/historico/36%_de_los_partos_en_medellin_por_cesarea-LAEC_278982) (Consultado el 24/01/2016).

Parto Humanizado. Ley Nacional 25.929. (2004) Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf (Consultado el 24/01/2016).

Proyecto de ley para penalizar la violencia obstétrica. Revista carrusel. 3 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.revistacarrusel.cl/proyecto-de-ley-para-penalizar-la-violencia-obstetrica/> (consultado el 25/01/2016)

Proyecto fotográfico contra la violencia obstétrica. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=z3S-Ic4UOKM> (Consultado el 24/01/2016).

Publicidad Lomecan Jabón Íntimo. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=sV4dC5qGoOs> (Consultado el 25/01/2016)

República Bolivariana de Venezuela; Instituto Nacional de la Mujer; UNFPA “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” Disponible en http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf (Consultado el 24/01/2016)

Serrano, Nathalie (2014) Violencia obstétrica, un abuso invisible. *Revista Plataforma*. 21 de noviembre de 2014. Bucaramanga.

Test de violencia obstétrica. Marco Legal: Ley Nacional N°26485, Ley Nacional N°25929
Disponible en: <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf>
(Consultado el 24/01/2016).

Una nueva y silenciosa epidemia. Colombia tercer país del mundo en porcentaje de cesáreas.
Disponible en: http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/boletines_Pedianet/pedianet_044/La_Sociedad_informa_044b.html (Revisado el 2/11/2015)

Vergara, Cristian (2010) Higiene femenina un mercado interesante. Julio 8 de 2010
Disponible en Revista publicidad y mercadeo. Disponible en: <http://www.revistapym.com.co/industria/higiene-femenina/higiene-femenina-mercado-interesante> (Revisado el 2/11/2015)

Violencia obstétrica la herida invisible del parto. DiarioUChile. 6 de octubre 2014.
Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>. Consultado el 24/01/2016.

Periódicos y revistas.

El Espectador. (2011) ¿Por qué tantas cesáreas? 8 de Enero.

_____ (2013) Violencia Ginecológica. 13 de agosto.

_____ (2015) “La cesárea sólo debe realizarse por razones médicas: OMS” 12 de abril.

_____ (2015) Epidemia de cesáreas. 13 de abril.

Semana. (2001) Epidemia de cesáreas. 6 de Agosto

Películas, videos, cortos y documentales.

Bollain, Iciar. (2004) Por tu bien. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Hf69zR0xri8> (Consultado el 24/01/2016).

Caballero Jorge (2013) “Nacer, diario de maternidad”.

Cavia, Sonia y Díaz, Eduardo. (2001) “Cállate y puja” Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=uTOffUVOIVo> (Consultado el 22/12/2015).

Cherri, Agustina. (2015) “Historias de género: violencia obstétrica”. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=iaJZmZm1S88> (Consultado el 22/12/2015).

De Maistre, Gilles. (2006) “El primer grito”. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JzYDq-nUblw> (Consultado el 24/01/2016)

Gondard, Fernando. (2007) Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos en Argentina sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HWJf5seZfEg> (Consultado el 24/01/2016)

Hinojosa, Ángeles (2014) Violencia obstétrica en el nacimiento. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=FRHLbiVfHIM>. (Consultado el 24/01/2016)

Mujica, Florencia. (2012) “Voces contra la violencia obstétrica”. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=BzkvugKCSHl> (Consultado el 22/12/2015).

Pichot, Malena. (2014) “Cualca-Violencia obstétrica”. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LF2Dp0Nlxps> (Consultado el 24/01/2016)

Toni Harman y Alex Wakeford. (2014) “MicroBirth”.