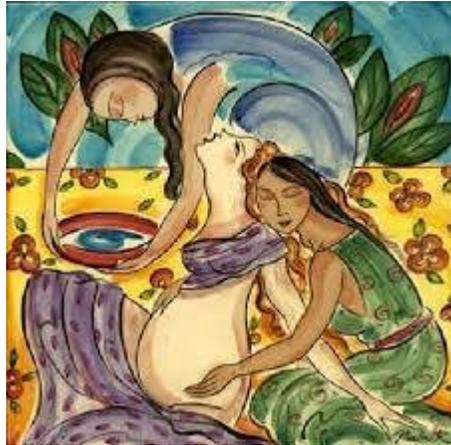


UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO



¿Cómo parimos?

De la violencia obstétrica al parto humanizado

M^a Alejandra Machado C.I: 2.854.176-5

TUTORA: Prof. Agda Lic. Alejandra López Gómez
(Instituto Psicología de la Salud)

Montevideo, Octubre 2014

Resumen

En éste trabajo intento profundizar acerca de la violencia obstétrica, entendiéndola como una de las formas de la violencia de género, ya que sercenan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a partir de la expropiación de sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción. Para ello realizaré un recorrido socio histórico para dar cuenta de los procesos que la sustentan.

Indagaré los dispositivos que transformaron el parto en un acontecimiento patológico a partir de su institucionalización cuando anteriormente era un fenómeno natural que transcurría en los tiempos y espacios familiares.

La metodología utilizada será la exploración bibliográfica de diferentes autores. Para abordar la temática me basé en las concepciones de Foucault que permiten pensar el fenómeno desde el análisis de los efectos del disciplinamiento y las relaciones entre poder y saber. En la profundización sobre el modelo asistencial en Uruguay me pareció oportuno incluir los datos surgidos de la tesis de Magnone, y los conceptos de medicalización de la sociedad de Illich.

El análisis de las prácticas en torno al parto permiten visibilizar el lugar que ocupa la mujer en la sociedad moderna, las reflexiones de Federici en su libro El Calibán y la Bruja me permitieron indagar sobre la temática y sus posibles aristas desde el enfoque de género.

Palabras Claves: Parto natural, Disciplinamiento, Violencia obstétrica

Introducción

Este trabajo de tipo monográfico se elaboró como producto final para la obtención del título de Lic. En Psicología de la Facultad de Psicología de la UDELAR.

El tema elegido surge a partir de la necesidad de conocer las políticas existentes en salud reproductiva, analizar en qué modelos y concepciones se sustentan y así dar visibilidad a las prácticas en el embarazo, parto y puerperio que se llevan adelante en Uruguay.

Si la violencia obstétrica es pensada como parte del poder patriarcal sobre los cuerpos de las

mujeres, canalizado desde el poder médico y desplegándose de forma exacerbada en el contexto socio histórico del capitalismo, deseamos con este trabajo realizar un análisis deconstructivo de cómo fue este proceso.

Magnone¹ (2010) a partir del análisis de dos procesos históricos, la Inquisición y la medicalización de la sociedad, reflexiona acerca de como el parto que era considerado hasta entonces un acontecimiento natural dentro del ciclo vital de las mujeres, a partir de la modernidad es *"concebido como un evento generalmente patológico que restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozarlo plena y autónomamente, configurando de ésta manera una de las formas de violencia estructural de género"*. (Magnone, 2010:1)

¿Cómo sucedió que las mujeres pasaran de parir en sus casas, rodeadas de su familia y de personas que implicaban un sostén afectivo y un saber hacer en torno al parto legitimado en la comunidad, a parir en un Hospital, en soledad, sin apoyo afectivo y con un fuerte intervencionismo médico en el parto?

Camacaro² (2013) plantea cómo las mujeres al parir, momento que implica fuertes procesos tanto a nivel físico como psicológico, a través del hacer profesional se transforman en objetos silenciosos, cuyos cuerpos y psiquismos son receptores de toda clase de procedimientos, normas y rituales que debe aceptar sumisamente. (Camacaro, 2013:186)

¿Cómo nos hemos transformado las mujeres en no partícipes, o en actores de reparto en el parto de nuestros hijos sin poder decidir cómo atravesar ese momento vital, con quién, de qué forma y en qué lugar?

El crecimiento de la Institución médica llevó a lo que varios autores denominan medicalización de la sociedad, es decir el desborde de la ciencia médica en todos los ámbitos de la vida cotidiana. (Barrán, 1993).

Illich plantea la generalización de la práctica medicamentosa con la consiguiente producción de dependencia frente al profesional de la salud. (Illich, 1975)

Mediante este dispositivo las comunidades naturalizan la necesidad de ser intervenidos permanentemente por las prácticas de salud al entenderlas como conocimiento verdadero, como saber fundado necesario para tener una buena vida.

De esta forma las distintas etapas del desarrollo (evolutivos) así como los momentos singulares de la vida de las personas van a requerir de técnicas o tratamientos (nacer, crecer, casarse, enfermar,

1 Natalia Magnone Alemán realizó su tesis de Maestría en Sociología de la FCS de la UDELAR

2 Marbella Camacaro Cuevas. Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios de Género Universidad de Carabobo

sanar, trabajar, envejecer y morir).

A través de la medicalización el ser humano ha perdido la capacidad de autogestionar su salud, su vida y su cuerpo, quedando en un lugar pasivo frente a las vicisitudes de la vida y por tanto disminuidas sus capacidades para transformarla. (Illich, 1975:53)

En la actualidad se plantea la necesidad de modificar las prácticas en torno al parto y a partir de las instituciones de salud surgen recomendaciones que orientan a los profesionales hacia la humanización de sus prácticas.

¿Es posible humanizar la atención hacia las mujeres siendo que ésta se sostiene sobre la violencia institucionalizada hacia sus cuerpos en múltiples prácticas, entre ellas en el parto? ¿Qué significa humanizar una vez realizada una extensa y profunda domesticación del cuerpo, la sexualidad y la subjetividad de las mujeres a lo largo de los siglos?

A partir de la modernidad el disciplinamiento fue una tecnología funcional a las condiciones políticas y económicas del momento: del capitalismo y la producción fabril.

La necesidad de un cambio en el tipo de administración de los sujetos implicó la emergencia de diferentes dispositivos, entendidos como técnicas coordinadas cuyo objetivo es la modulación de los cuerpos y cuyos efectos son su propia perpetuación, siendo por tanto funcionales a las condiciones que los producen. Cuerpo entendido como todo aquello que es capaz de ser afectado y de afectar. (Foucault, 1985).

Siguiendo ésta línea podemos plantear que la violencia obstétrica es una práctica de la sociedad patriarcal cuyos efectos sobre las mujeres son la producción de subjetividad, el disciplinamiento y el control.

Silvia Federici plantea que *"las estrategias y la violencia por medio de las cuales los sistemas de explotación, centrados en los hombres, han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino [...] han constituido los principales objetivos –lugares privilegiados– para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder"*. (Federici, 2010:27)

En este trabajo deseamos reflexionar sobre estas prácticas, pensar críticamente sobre las políticas públicas en torno a ellas, las subjetividades que producen y reproducen, y los derechos sexuales que niega o efectivizan.

Nos interesa por tanto, centrar esta monografía en las prácticas en relación al parto desde una perspectiva histórica. Es decir ¿cómo fue posible la construcción de la violencia obstétrica

institucionalizada a través del parto hospitalario como modalidad hegemónica? ¿Qué concepciones de género hay atrás de dichas prácticas? ¿Qué subjetividad contribuyen a producir? ¿Efectivamente las prácticas llamadas de "parto humanizado" implican una ruptura con el modelo anterior?

La monografía se estructura en tres apartados. En el primero, se realiza el desarrollo de algunos conceptos que considero relevantes para la comprensión de lo que significa la violencia obstétrica. Este capítulo llamado "La expropiación del cuerpo de las mujeres" se centra en algunos hechos históricos fundamentales para entender la violencia obstétrica como una de las formas de violencia de género. Se realiza un recorrido a partir del lugar social que ocupó la mujer en la sociedad feudal y el proceso de la caza de brujas que significó la domesticación de la mujer a través de la represión de su sexualidad y la demonización de sus prácticas que hasta el momento habían implicado para ella un lugar de poder social.

En el siguiente apartado: "Disciplinamiento y medicalización" me centraré en el disciplinamiento del cuerpo y el lugar que ocupó la medicina como dispositivo normalizador en dicho proceso.

Finalmente, en el apartado "Hacia una definición de la violencia obstétrica" intento dar cuenta qué es la violencia obstétrica a partir de las prácticas y discursos que la sustentan, asimismo, presentaré las definiciones a nivel normativo que existen al respecto.

Por último indagaré cómo el modelo de asistencia hospitalario se ha hegemonizado en la sociedad occidental, transformándose para las mujeres uruguayas en la única opción para transitar el embarazo y parto dentro de nuestro sistema de salud.

En éste mismo apartado me referiré a la humanización del parto como un modelo de asistencia "alternativo" al modelo tecnocrático característico del parto hospitalario.

Desarrollo

1) *La expropiación del cuerpo de las mujeres*

"La caza de brujas expropió el cuerpo de las mujeres quedando libres de los obstáculos que les permitiera funcionar como máquinas para producir mano de obra".

(Federici,2010:283)

Brujas, parteras y sanadoras ...

En la época feudal muchas mujeres eran consideradas sabias, ocupaban un lugar de poder social por

ser sanadoras. Eran las encargadas de cuidar la salud de su comunidad a través de un profundo conocimiento sobre hierbas y plantas medicinales, conocimiento que se transmitía entre vecinas o de generación en generación. (Ehrenreich, B. & English, D,1981)

A la vez, se encontraba naturalizado que eran las más calificadas para acompañar a sus congéneres brindando su saber, las condiciones y apoyo afectivo necesario en lo que tenía que ver con la sexualidad y reproducción femenina. Eran parteras, podían controlar la fecundidad y provocar abortos, actuaban como consejeras y enfermeras.

"Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial [...] durante la Inquisición para las autoridades eran brujas o charlatanas. (Ehrenreich, et al,1981:4)

1.1) La caza de brujas...

" Fue una batalla contra las mujeres, en un intento coordinado de degradarlas, demonizarlas, y quitarles su poder social. [...]

Fue en las hogueras de las brujas donde se fundan los ideales burgueses de feminidad y domesticidad.

(Federici,2010:264)

Para el análisis de éstos capítulos me basaré en el libro de Silvia Federici "El Calibán y la Bruja" (2010) quién centra su investigación sobre las mujeres en la transición del Feudalismo al Capitalismo e intenta dar cuenta como la explotación económica y social de las mujeres tiene un lugar central en la producción y reproducción de la fuerza de trabajo capitalista.

Según la autora la diferencia de poder entre hombres y mujeres en el capitalismo se entiende *"como el efecto de un sistema que no reconoce la producción y reproducción del trabajo como actividad socio-económica, en cambio la mistifica como recurso natural o servicio personal, al tiempo que saca provecho de la condición no-asalariada del trabajo involucrado"* (Federici,2010:13).

Este planteo además permite comprender la genealogía del surgimiento del trabajo doméstico, la devaluación de la posición social de las mujeres y las construcciones de género de la modernidad.

Entiendo que la caza de brujas se puede visualizar como una especie de eslabón entre varios acontecimientos socio-históricos que fueron fundamentales en la construcción de la sociedad moderna.

El período de la caza de brujas en el continente europeo abarcó varios siglos, comenzando en el

feudalismo hasta entrada la modernidad.

Podemos ubicar el contexto de la caza de brujas con la colonización de América, la trata de esclavos, la privatización de tierras, la imposición de leyes contra campesinos pobres que al ser despojados de sus tierras se dedicaban a la limosna y el vagabundeo, las revueltas sociales campesinas que hicieron temblar el feudalismo, y el surgimiento del capitalismo. (Federici,2010:251)

La caza de brujas se caracterizó por la persecución violenta de mujeres campesinas, donde miles de ellas terminaron en la hoguera.

La autora plantea que ésta violencia sólo puede entenderse porque las brujas representaban una fuerte amenaza a nivel político, religioso y sexual tanto para el Estado como para la Iglesia. (Federici,2010:249)

Los años anteriores a la caza de brujas se caracterizaron por revueltas populares a partir de la expropiación de las tierras de los campesinos y los altos impuestos, los movimientos heréticos (en los cuales participaban fuertemente las mujeres) y las epidemias que implicaron una disminución demográfica importante.

Las mujeres en el feudalismo y dentro de los movimientos herejes tenían un lugar de poder que habían obtenido en virtud de su sexualidad, su control sobre la reproducción y su capacidad para curar. (Federici,2010:261)

Las mujeres fueron un puntal de resistencia frente a la expropiación de las tierras comunales y la difusión de las relaciones capitalistas. Por lo cual la campaña de terror lanzada contra las mujeres debilitó la capacidad de resistencia del campesinado ante la aristocracia en el momento que la comunidad campesina se desintegraba y aumentaba el control del Estado en todos los aspectos de la vida social. (Federici,2010:251)

Los mecanismos que direccionaron la caza de brujas dan cuenta de la necesidad de una fuerte organización y una administración oficial, demostrando así su carácter político, siendo la Iglesia quien dió el andamiaje metafísico e ideológico para ello.

1.2) La mujer domesticada...

" la caza de brujas en cierta parte fue un intento de criminalizar el control de la natalidad y poner el cuerpo femenino, el útero, al servicio del incremento de la población y la acumulación de la fuerza de trabajo".

(Federici,2010:281)

Dentro de la agitación social a comienzos de la caza de brujas podemos encontrar movimientos organizados que buscaban una vida comunal alternativa y que deasfiaban las normas sociales, religiosas, económicas y sexuales del momento, estableciendo relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres.

El movimiento hereje no creía en el clero (considerado corrupto) como vocero de Dios, no aprobaban la propiedad privada de la tierra y la acumulación de riquezas e intentaban redefinir su vida social (el trabajo, sexualidad y reproducción) planteando a todos los niveles la emancipación respecto al poder establecido.

Dada la situación social, con las restricciones de tierras e impuestos, el tener hijos no era deseable por lo cual los campesinos intentaban controlar la natalidad. Con la baja del crecimiento demográfico a causa de desnutrición y enfermedades el crecimiento poblacional pasó a ser centro del interés estatal. A partir de ese momento a los herejes se los acusaría de crímenes reproductivos, como la sodomía, el infanticidio y el aborto.

Aquí se encuentra el punto en común y al mismo tiempo la diferencia con los crímenes de brujería. La diferencia más importante entre la herejía y brujería era que esta última era considerada un crimen femenino. Las acusaciones de perversión sexual e infanticidio y la demonización de las prácticas anticonceptivas tuvieron un lugar central. (Federici,2010)

Las mujeres sabias pasaron a ser las brujas que debían ser quemadas, para ello era necesario eliminar formas comunes del comportamiento femenino que debían ser vistas como aberraciones por la sociedad. (Federici,2010:262)

Ya en la Edad Media la Iglesia veía el poder de las mujeres a través de sus "encantos" como fuente de perdición para los hombres, además por el lugar que ocupaban dentro de las comunidades como sabias, capaces de toda clase de hechizos y magias se transformaron en objeto de desconfianza por lo cual debían ser controladas.

Fueron perseguidas por ser quienes llevaban adelante las prácticas mágicas como curanderas, comadronas, hechiceras o adivinatoras. Su reivindicación del poder de la magia debilitaba el poder estatal dando confianza a los pobres acerca de su capacidad para controlar el mundo natural y social, y así también poder cambiar el orden existente. (Federici,2010:269)

Así comenzó una persecución desenfrenada contra las brujas acusadas de entregarse a los poderes

diabólicos.

Una de las pruebas que las autoridades planteaban de la unión de la bruja con el diablo eran los aquelarres, que consistían en reuniones de la comunidad campesina que significaba un espacio de interacción social e intercambio de saberes. Las autoridades los describe como reunión política constituida por la sublevación de clase y la transgresión sexual. (Federici,2010:272)

Federici (2010) tomando a Parinetto concluye que el aquelarre nocturno *"constituye una demonización de la utopía encarnada en la rebelión contra los amos y el colapso de los roles sexuales, y también representa un uso del espacio y el tiempo contrario a la disciplina del trabajo capitalista"* (Federici,2010:274)

Había que domesticar a "las salvajes", pues todos/as estaban en peligro. Una a una las prácticas de las mujeres-brujas fueron demonizadas, pasando a ser acusadas de diferentes crímenes:

- No respetaban la propiedad privada, robando todo lo que se encontraba a su paso provocando intranquilidad.

Muchas mujeres, en su mayoría viudas, al expropiarse las tierras comunes perdieron su fuente de sustento, por lo cual vagaban por las ciudades robando comida o pidiendo limosna.

- Eran capaces de dañar cosas como animales y personas con sus pócimas y hechicería. Esto está en vinculación con su capacidad de curar, se consideraba que así como podían hacer el bien, también tenían el saber para dañar. También puede existir un punto de conexión con el surgimiento de la ciencia moderna centrada en la razón para lo cual el mundo mágico constituía un obstáculo.

- Se las consideraba promiscuas y pervertidas. Copulaban con el diablo. Se las acusaba de su capacidad para hechizar a los hombres, incluso se creía que podían dejarlos impotentes, esteriles o castrarlos.

De ésta forma se estimuló el miedo de los hombres hacia las mujeres, ya que ellas eran capaces de destruir su masculinidad. Se introduce una nueva forma de relacionamiento entre hombres y mujeres que profundiza las diferencias. El vínculo de la mujer con el diablo cambia, diferenciándose de la época medieval. La mujer era vista como sirvienta y esclava del diablo (único y masculino) quien era al mismo tiempo *"su amo, poxeneta y marido"* [...] *Se puede ver como prefiguración del destino matrimonial de las mujeres"*. (Federici,2010:292)

- La bruja era la mujer libertina y promiscua (prostituta y adúltera) sexualmente activa, teniendo relaciones sexuales por fuera del matrimonio y sin la finalidad de la procreación. También era *"la mujer rebelde, constetataria, que discutía e insultaba y no lloraba bajo tortura"*. Describe una personalidad femenina que se había desarrollado en los movimientos de sublevación contra el poder feudal actuando en los movimientos heréticos. *"Eran las mujeres que estaban*

listas para tomar la iniciativa, tan agresivas y vigorosas como los hombres, que usaban ropa masculina y podían andar montadas sobre la espalda de su marido con un látigo en la mano". (Federici,2010:284)

- Causaban la muerte de niños o los entregaban al diablo, por tanto las comadronas eran peligrosas.

Se las culpaba de la mortalidad infantil, en la época a causa de la desnutrición y las enfermedades morían muchos niños al nacer o poco tiempo después. A lo anterior se suma el saber de las brujas acerca del control reproductivo (práctica de abortos y la utilización de hierbas para evitar embarazos) lo cual iba en contra de la necesidad del Estado de aumentar la población. La transgresión religiosa y social fue redefinida como crimen reproductivo.

El Malleus (libro utilizado por la Inquisición) les dedicó un capítulo a las comadronas que eran las depositarias tradicionales del saber y control reproductivo. Se sostenía que eran las peores brujas porque ayudaban a la madre a destruir el fruto de su vientre lo cual era facilitado por la exclusión de los hombres de la habitación donde las mujeres parían. En tal sentido recomendaron no dejar a ninguna mujer practicar este arte si no podía probarse su fe católica. Lo que ocurrió es que fueron muy pocas las mujeres que siguieron dedicándose a ésta práctica. En el siglo XVII comenzaron a aparecer los primeros hombres parteros y en un siglo la obstetricia comenzó a estar en manos del poder estatal. (Federici,2010)

La caza de brujas implicó la domesticación del cuerpo de la mujer para someterla a la producción y reproducción de la fuerza de trabajo capitalista a través de la criminalización de su sexualidad y su reproducción. Asimismo, fomentó la profundización de diferencias sociales y de género, siendo funcional a la construcción del nuevo patriarcado. Las prácticas que fueron castigadas en la casa de brujas fueron las mismas que pasaron a estar prohibidas en las nuevas leyes del Estado moderno, las cuales apuntaban a regular la propiedad, la vida familiar y las relaciones de género.

La domesticación de la mujer implicó una degradación de su imagen, *"su debilidad de cuerpo y mente, propensa a caer en brazos del demonio"* justificaban el control masculino sobre la mujer en el nuevo orden patriarcal. (Federici,2010:287)

Era necesario reprimir la sexualidad femenina, "centro de distracción" para los hombres y que contrariaba el sentido de responsabilidad y autocontrol necesarios para "el nuevo trabajador". Al reprimir a las mujeres, "la clase dominante sometía de forma más eficaz a todo el proletariado". (Federici,2010:294)

La magia se transformaba en un obstáculo para controlar el mundo natural y social. El capitalismo exigía la transformación del hombre/mujer en individuos responsables y racionales. Era una época en que se comenzaba a adorar la razón y a dissociar lo humano de lo córporeo y lo humano de la

naturaleza.

Por tanto el surgimiento de la ciencia moderna también tuvo sus efectos en la caza de brujas. El ataque a las curanderas implicó la expropiación de un saber empírico acunado por años y de generación en generación lo cual facilitó el despliegue de la medicina profesional.

Federici (2010) tomando a Carolin Merchant en "The Death of nature" (1980) considera que el nuevo paradigma científico cambió la cosmovisión orgánica del mundo, donde la naturaleza, la mujer y la tierra eran la representación de las "madres protectoras" del universo. El pensamiento cartesiano caracterizado por una visión mecanicista del mundo entendía a la naturaleza como recurso a ser explotado. La naturaleza y la mujer eran la imagen de lo misterioso e incontrolable del universo, por tanto la naturaleza y mujer salvaje debían ser domesticadas, controladas y explotadas ya que se contraponían a la nueva ciencia.

"Los aportes de ésta autora conectan la explotación capitalista con la explotación de la naturaleza y de la mujer. Desafía el supuesto que el racionalismo científico fue un vehículo de progreso y pone la atención sobre la alienación causada por la ciencia moderna entre los seres humanos y la naturaleza". (Federici, 2010:313)

"La caza de brujas destruyó todo un mundo de prácticas, creencias y sujetos sociales cuya existencia no era compatible con la disciplina del trabajo capitalista, redefiniendo así los principales elementos de la reproducción social." (Federici,2010:252)

2) *Disciplinamiento y Medicalización*

Para lograr comprender las prácticas de asistencia al parto es necesario indagar las relaciones de poder que las sustentan. Para ello me centraré en el contexto socio histórico del surgimiento de la modernidad que implicó la necesidad de disciplinar el cuerpo social para someterlo a la producción capitalista y el lugar que tuvo la medicina en dicho proceso.

2.1) *El cuerpo objetivado...*

Le Breton reproduce un fragmento de la tercera de las Meditaciones filosóficas de Descartes:

"Ahora cerraré los ojos, me taparé las orejas, eliminaré todos mis sentidos,

incluso borraré de mi pensamiento todas las imágenes de las cosas corporales o, al menos, porque apenas puedo hacerlo, las consideraré vanas o falsas” .

(Le Breton,1995:73)

Le Breton (1995) plantea que en la Modernidad, entre los siglos XVI y XVII, con el pensamiento cartesiano surge un nuevo hombre: el individuo. Este nuevo hombre se caracteriza por la fragmentación, la división entre individuo-mundo y la fragmentación del individuo en sí mismo. Mente, cuerpo y espíritu pasan a corresponder a entidades separadas, sin relación una con la otra.

La distinción ontológica entre “poseer un cuerpo” y “ser el cuerpo” termina con la correspondencia entre “la carne del hombre” y “la carne del mundo”.La construcción de individuo despoja al cuerpo de su capacidad de representar una colectividad humana.

A la vez el pensamiento pasa a ocupar un lugar superior, la razón se eleva y el cuerpo se denigra. La razón y la ciencia nos dirán cual es la realidad del mundo, extraerán su verdad.

El hombre se transforma en un ser desintegrado de sí mismo (razón-cuerpo) de los otros y del universo.

El hombre transformado así en individuo cuyas fronteras están dadas por su cuerpo se transforma en objeto de conocimiento. (Le Breton,1995.pp.57-60)

El autor plantea que con la filosofía cartesiana surge una nueva visión del mundo a través del modelo de cuerpo-máquina. El cuerpo al igual que la naturaleza es susceptible de ser descompuesta en sus partes.

Este modelo compartido por los grupos dominantes se sustenta en nuevas *“prácticas sociales que la burguesía, el capitalismo naciente y su sed de conquista inauguran”* (Le Breton,1995:75). El capitalismo necesita de un hombre-máquina que utilice su cuerpo para producir. (Le Breton en Morales,2010)

El cuerpo objeto convertido en objeto de conocimiento se vuelve objeto de intervención.

Dicho cuerpo es apropiado por la biomedicina *“la cual erige su prestigio en torno a una especialización cada vez mayor sobre él”*. (Morales,2010)

2.2) El cuerpo disciplinado...

“Pero el cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo

fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos".

(Foucault, 1985:32)

En éste capítulo me centraré en las conceptualizaciones de Foucault acerca del concepto de cuerpo, relaciones de poder y disciplinamiento.

A partir de la modernidad el disciplinamiento fue una tecnología funcional a las condiciones políticas y económicas del momento: del capitalismo y la producción fabril.

Se necesitaba un sujeto racional acorde a la norma, castigando a los que desviaran de ella (así surgen instituciones como la cárcel, el manicomio, la escuela, etc). El control y castigo se tornan más sutiles y sofisticados abandonando los castigos directos sobre el cuerpo infractor se pasa a intentar encausar las conductas. (Foucault, 1985)

La necesidad de un cambio en el tipo de administración de los sujetos implicó la emergencia de diferentes dispositivos de control y vigilancia. Los dispositivos son técnicas coordinadas a partir de ciertos discursos, cuyo objetivo es la modulación de los cuerpos y cuyos efectos son su propia perpetuación, siendo por tanto funcionales a las condiciones que los producen.

Para Foucault el concepto de cuerpo y poder se encuentran en íntima relación. Cuerpo entendido como todo aquello que es capaz de ser afectado y de afectar a través del poder ejercido.

Un cuerpo se relaciona con otros cuerpos a través de lo que llama relaciones de poder. El cuerpo se encuentra sumergido en dichas relaciones, es atravesado, marcado, hablado y construido por ellas. No puede escapar de las relaciones de poder y actúa a través de ellas. Por tanto el poder no se constituye en algo que se encuentre en el exterior sino que forma parte constituyente de la persona. (Foucault, 1996)

El poder circula en las relaciones, a partir y a través de los discursos y de las prácticas. En éste sentido Foucault plantea la relación entre el saber, el poder y las prácticas, entendiendo que dichos elementos se retroalimentan entre sí: el saber produce ciertas relaciones de poder que van a producir determinadas prácticas que generarán más saber.

Foucault utilizando el modelo arquitectónico del Panóptico, típico de las instituciones carcelarias, plantea que no sólo opera en ese espacio para observar los movimientos de los presos desde cualquier ángulo, sino que fundamentalmente el panoptismo es una arquitectura de control social que se reproduce no solo en la planta de producción sino en una progresiva cuadrícula y compartimentación de los espacios sociales. (Foucault, 1996)

Todas las instituciones sociales fueron construídas siguiendo el modelo de panóptico, las fábricas, las escuelas, los manicomios y los hospitales. En éste sentido el panoptismo ha sido una técnica de disciplinamiento del cuerpo social, cuyos efectos son interiorizados y reproducidos por el cuerpo al que se aplica.

El disciplinamiento implicó la producción de determinada subjetividad, la naturalización de prácticas y discursos que ejrecen cierto efecto en nuestras formas de pensar, sentir y actuar en el mundo.

El cuerpo ha sido utilizado como objeto y blanco de poder, en el sentido que ha sido valorado como instrumento productivo y ha sido blanco de sumisión y dominio. En la modernidad debió ser limitado, controlado, organizado y demarcado, en un área, espacio y territorio determinado.

“La disciplina es ante todo un análisis del espacio; es la individualización por el espacio, la colocación de los cuerpos en un espacio individualizado que permita la clasificación y las combinaciones. La disciplina no ejerce su control sobre el resultado de una acción sino sobre su desenvolvimiento”.
(Foucault, 1996:114)

2.3) El cuerpo medicalizado...

En éste capítulo me basaré principalmente en dos autores: Foucault e Illich.

Antiguamente la medicina era la disciplina encargada de intervenir sobre la enfermedad. Dicha intervención dependía de la demanda del sujeto. Las personas de forma individual definían su estado de salud o enfermedad, demandando la asistencia médica si lo consideraban necesario.

A partir del siglo XVIII la salud pasó a ser un problema social, la salud y la enfermedad dejan de ser una cuestión perteneciente a lo individual, siendo el Estado el encargado de garantizar la salud de la población.

El Estado se encargaría de asegurar la salud física de la sociedad con el fin de garantizar la producción y la capacidad de trabajo, así como la responsabilidad de generar cuerpos fuertes para la defensa y ataques militares. (Foucault, 1996)

El derecho a enfermarse implica el ingreso de la salud en la macroeconomía, ya que el Estado debe generar la posibilidades de solventar los déficit por la pérdida de salud del cuerpo trabajador. Así la salud, la enfermedad y el cuerpo se transforman en objetos fundamentales para el Estado. En la modernidad la medicina también se vinculará a la economía por otro camino. La medicina será capaz

de producir riqueza en cuanto se convierte en objeto de consumo para unos y fuente de lucro para otros. (Foucault,1996)

Cuando la medicina deja de encargarse solamente de la enfermedad abordando temas que con anterioridad eran considerados externos a la disciplina se transforma en el saber con autoridad para intervenir sobre el individuo enfermo como sano. Uno de los ejemplos que Foucault plantea al respecto es lo relativo a los comportamientos sexuales. Las desviaciones sexuales son capturadas por la medicina a través del dispositivo disciplinar. (Foucault,1996)

Los procesos que caracterizaron la medicina del siglo XVIII y que implicaron su crecimiento como institución normalizadora fueron: la aparición de la autoridad médica no únicamente como autoridad de saber sino como autoridad social en el sentido de que comienza a tomar decisiones en cuestiones que se consideraban exteriores a lo médico (el aire, el agua, las construcciones, una institución o un reglamento) y el surgimiento del hospital como fenómeno de medicalización colectiva. (Foucault,1996:77)

Foucault plantea que a partir de finales del siglo XIX y el siglo XX el crecimiento de la medicina fue tal que no quedaron campos de intervención externos a ella.

El desborde de la ciencia médica en todos los ámbitos de la vida cotidiana es lo que varios autores llaman medicalización de la sociedad. (Barrán,1993)

Illich (1975) plantea la generalización de la práctica medicamentosa con la consiguiente producción de dependencia frente al profesional de la salud.

Da cuenta cómo mediante este dispositivo las comunidades naturalizan la necesidad de ser intervenidos permanentemente por las prácticas de salud por entenderlas como conocimiento verdadero, como saber fundado necesario para tener una buena vida.

De esta forma las distintas etapas del desarrollo así como los momentos singulares de la vida de las personas van a requerir de técnicas o tratamientos.

A través de la medicalización el ser humano ha perdido la capacidad de autogestionar su salud, su vida y su cuerpo, quedando en un lugar pasivo frente a las vicisitudes de la vida y por tanto disminuidas sus capacidades para transformarla. (Illich,1975:53)

En la modernidad *“la ideología médica ve en todo hombre un enfermo al que hay que prevenir o curar: un hombre sano es un enfermo que se ignora”*. (Le Breton,1995:176)

3) Hacia una definición de Violencia Obstétrica

3.1) De que hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica...

“En la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia”

(Federici, 2010:29)

Más allá de las definiciones anteriores, la violencia obstétrica se puede observar en toda la batería de técnicas aplicadas al parto y en el cuerpo de las mujeres las cuales son llevadas a cabo de forma rutinaria sin respetar la singularidad de cada proceso.

Según Arguedas la violencia obstétrica es *“un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto”*. (Arguedas, 2014:146).

Magnone tomando las palabras de Medina (2008) plantea que la violencia obstétrica es *“toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”*. (Magnone,2010:6)

Este conjunto de prácticas son entendidas por varios autores como una forma de poder disciplinario dentro del sistema patriarcal. La violencia obstétrica es parte de la violencia de género y opera a través de varios dispositivos como forma de control de la sexualidad, produciendo cierta subjetividad y construcción de cuerpos dóciles. (Arguedas,2014)

Magnone y Mott (2002) creen que *“es posible analizar el proceso de parto y nacimiento como un evento que da cuenta de los valores y lógicas de la cultura que lo enmarcan. El modelo de atención legitimado es un analizador de las relaciones de poder de una sociedad en un cierto momento histórico”*. (Magnone,2010:2)

Durante los procesos de brujería surgió una alianza entre la ciencia médica, la Iglesia y el Estado. El

médico era el que poseía el saber para dirimir acerca de los males que podían ser consecuencia directa de prácticas mágicas, de su asesoramiento dependía el juzgamiento de una mujer como bruja. (Ehrenreich,B, et al, 1981)

Magnone tomando a Fernández (1994) plantea que en la Inquisición se sientan las bases para la separación de las dos medicinas, la que caracteriza a occidente, masculina, de cristianos cultos unida a ley de Dios, y otra femenina surgida de la hechizería, la magia y la superstición. En este momento histórico se entendía que sólo el hombre producto de Dios (hecho a su imagen y semejanza) tenía alma, era un ser racional capaz de controlar sus instintos, mientras la mujer representaba lo incontrolable, salvaje e irracional capaz de alejar al hombre de su destino divino. (Magnone, 2010)

La caza de brujas implicó una fuerte desvalorización de las mujeres sanadoras, facilitando la entrada de la medicina profesional y más tarde el de la obstetricia en manos de varones y cirujanos. Luego de la implementación de la medicina como profesión, con la exigencia de formación universitaria se logró la exclusión de las mujeres de su práctica. (Ehrenreich, et al, 1981)

Durante los siglos XIX y XX, la Revolución Industrial implicó grandes transformaciones a nivel tecnológico, político y económico que modeló las prácticas sociales, en especial las médicas. Uno de los cambios surgidos en la época fue el traslado del parto al hospital.

La institucionalización del parto era explicado por la ciencia médica ante la necesidad de brindar mayor seguridad en los casos patológicos, lo cual no explica la institucionalización del parto en todos los casos, cuando tanto la madre, el feto y el proceso de embarazo transcurren de forma saludable.

El centro del hospital era el abordaje de la enfermedad, por lo cual el traslado del parto a dicha institución implica una patologización del proceso de parir, constituyendo una de las características fundamentales de la violencia obstétrica, cuyo centro se encuentra en la lo que plantea Ehrenreich (1993) como colonización del útero y cuerpo de las mujeres. De esta forma hemos naturalizado, internalizado la patologización de un proceso biológico natural. (Ehrenreich,N, en Arguedas,2014).

Arguedas tomando los aportes de Ehrenreich (1993) en su artículo "The colonization of the womb" ofrece una mirada acerca de las prácticas de gobierno sobre el parto donde los poderes médicos y jurídicos actúan sobre y a través del cuerpo de las mujeres: marcándolos, creándolos e imprimiendo sus discursos. (Arguedas,2014)

En la cultura occidental el parto se entiende en términos de actos médicos en relación con un útero, la

mujer que está pariendo queda al margen de dicha relación.

Ello explica por qué en varias investigaciones surge la afirmación que las interrogantes o manifestaciones de resistencia ante las instrucciones médicas por parte de las mujeres durante el parto son percibidas por el cuerpo médico como irresponsabilidad, ignorancia o desviación psicológica. (Arguedas,2014:153)

Durante los últimos 300 años la opinión médica ha favorecido el cambio a la posición de decúbito, práctica iniciada por los cirujanos en el Siglo XVI, que ha sido implementado de forma rutinaria sin aval de evidencia científica, obedeciendo simplemente a que implica mayor comodidad para el médico en caso de surgir complicaciones. (Arguedas,2014)

Asimismo, existe evidencia disponible que la postura vertical no es dañina para la mujer, ni para el feto ni para el proceso de parto, e incluso se recomienda que las mujeres deberían tener la libertad de adoptar la postura que encuentran más comfortable. (Arguedas,2014)

La inmovilidad durante el trabajo de parto, que llega incluso al punto de sujetar a la mujer durante la labor, se tornó una práctica común; más aún con el uso de drogas anestésicas, a partir de la primera mitad del siglo XX. (Arguedas,2014).

Sin embargo, en la mayoría de sociedades no occidentales la mujer es libre de elegir la posición que desee o le resulte más cómoda de acuerdo a sus necesidades, y ésto refiere no sólo al momento del parto en sí sino en todo el proceso. Las parteras o acompañantes de la mujer muchas veces las aconsejan a cambiar de posición o estimulan la realización de diferentes movimientos que resultan favorecedores y preparadores del período siguiente, la expulsión del bebé. En éstas sociedades la posición supino es inusual.

El momento de parir es un hecho único, dinámico y cambiante, tanto como cantidad de mujeres que atraviesan por dicha experiencia, por tanto no existe una única práctica de atención al parto.

La mujer que va a parir es quién tiene el mayor conocimiento acerca de los procesos fisiológicos y psicológicos puestos de manifiesto en ese momento. Sin embargo su saber es excluído por el personal de salud por considerarlo un saber ingenuo, insuficiente, acientífico. De ésta forma el micropoder médico no toma en cuenta la demanda de las mujeres en el momento de parir. Al no poseer el conocimiento científico no se las ubica en una situación de igualdad respecto al profesional, no hay lugar para entablar un diálogo sino solamente una relación de poder. (Arguedas,2014)

Siguiendo el pensamiento de Foucault (1996) el cuerpo embarazado de la mujer es asimilable al cuerpo del anormal, del enfermo, del loco, es un cuerpo alterado que se debe normalizar a través de un disciplinamiento que permita su conocimiento y control. Este control, al igual que en una cárcel, se despliega a partir de una extrema y permanente vigilancia de los movimientos, los ritmos y los tiempos de la mujer embarazada. Quienes tienen el poder/saber son los capacitados para decidir, por lo cual todo debe ser autorizado, quien contaría dicho poder/saber será castigado.

La información que se transmite por el dolor, por los cambios corporales, las sensaciones y percepciones que solo la mujer en labor de parto puede percibir, se transforman en datos inexistentes hasta no ser validados por quien ejerce la autoridad dentro del escenario clínico. (Arguedas,2014:164)

Arguedas tomando el análisis de Foucault acerca de las categorías de sexo/género y los diferentes estudios de movimientos feministas plantea que el lugar social de la mujer responde a los modos en que la sociedad occidental ordena jerárquicamente los cuerpos en base al sexo, la capacidad reproductiva y el rol de género asignado desde el nacimiento. (Arguedas,2014)

De acuerdo a lo planteado anteriormente la mujer se transforma en espectadora de los fenómenos que suceden en su propio cuerpo, sin derecho a ser informada sobre las intervenciones que se realizarán, siendo anulada su capacidad de interrogar y decidir. Su voluntad no es tenida en cuenta, de ella se espera aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda. (Arguedas,2014)

Magnone en su tesis plantea que además de las intervenciones innecesarias la mujer al momento de parir se encuentra con otros aspectos de la violencia obstétrica, que son la violencia institucional y los malos tratos. Algunos de éstos aspectos se encuentran conformados por dificultades en el traslado de las mujeres, esperas prolongadas en espacios no adecuados, no respeto a la libertad de movimiento en el parto y parto, sometimiento al proceso de aprendizaje de estudiantes de medicina y partería, así como violencia verbal. (Magnone,2010:3)

“El objetivo o función de utilidad del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos. Esto solo es posible si el embarazo y el parto se construyen subjetivamente como

procesos de alteración y desorden que deben ser vigilados con minuciosidad para que no causen caos. De ahí que la mujer embarazada haya terminado transformada en una persona discapacitada o enferma". (Arguedas,2014:156)

3.2) Concepto de violencia obstétrica a nivel institucional...

Desde hace unos años a nivel mundial se viene debatiendo e intercambiando acerca de cuales deben ser las prácticas en relación al embarazo, parto y puerperio.

Para ubicar un punto de partida de dicho debate nos centraremos en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y algunas normativas existentes en América Latina y nuestro país.

En el año 1985 en Fortaleza Brasil la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas, realizaron una serie de recomendaciones acerca de las prácticas más apropiadas en relación al parto.

En las últimas décadas se ha observado una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas diseñadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos/as. (OMS,1996:2)

En la mayoría de los países se destaca que la presencia de éste fuerte intervencionismo médico a partir de prácticas inoportunas o innecesarias, que la mayoría de las veces son aplicadas sin consentimiento de la mujer, constituyen un riesgo para la salud de ella y de su futuro/a hijo/a.

El término violencia obstétrica surgió hace poco tiempo entre los grupos feministas que reclaman a los derechos sexuales y reproductivos como Derechos Humanos fundamentales.

Como plantea Arguedas (2014) el primer reconocimiento institucional de este concepto se dio en Venezuela, con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el año 2006.

Este concepto fue acogido más tarde en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género.

En algunos estados de México se introdujo este concepto en 2008 y en Argentina en 2009, al votarse afirmativamente la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) apoyó de cerca el proceso de construcción del proyecto de ley en Venezuela y después, incluyó el término en sus documentos oficiales y recomendaciones generales a los países. (UNFPA, 2007, en Arguedas,2014)

Según la legislación Venezolana se entiende por *"violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de 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.* (Ley Venezuela, 2006:30)

En su artículo 51 de la Ley Orgánica de Venezuela sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. establece que:

"Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 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 del 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 aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Arguedas, 2014:158)

Asimismo, en la legislación argentina se define la violencia obstétrica como:

"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 25.929". (Arguedas, 2014:159)

El objetivo fundamental del planteo realizado por la OMS es que los Estados generen políticas que se basen en una atención adecuada e integral que tome en cuenta los factores físicos, psicológicos, sociales y culturales de las mujeres, respetando su derecho a participar activamente en todo el proceso de parto, debiendo poder elegir el tipo de parto que prefiera.

Para ello se plantea la necesidad de la coherencia dentro de los sistemas sanitarios y la evaluación permanente de las tecnologías aplicadas.

Del encuentro realizado en el año 1985 en Fortaleza Brasil, surge el análisis de aquellas prácticas que se ha comprobado su ineficacia, que resultan perjudiciales y por tanto deberían eliminarse; aquellas que deben ser promovidas y las que no existen resultados que comprueben su utilidad y por tanto debieran realizarse con cautela. (OMS, 1996:2)

Magnone (2010) plantea que a pesar de estas recomendaciones que surgen de un consenso general, se sigue observando a nivel mundial y nacional la utilización de prácticas dañinas e ineficaces que no respetan los derechos reproductivos de las mujeres.

3.3) Como parimos? ...

“Para cambiar el mundo es preciso cambiar la forma de nacer”

Michel Odent

La forma en que parimos y nacemos dan cuenta de la cultura en la que se encuentran enmarcados.

Teniendo en cuenta a varios autores podemos decir que en nuestro país la forma de asistir el embarazo y parto se encuentran dentro del modelo tecnocrático de atención.

Magnone tomando las investigaciones de Davis Floyd (2004) plantea que el modelo tecnocrático de atención emerge del paradigma científico moderno basado en el modelo mecanicista de la realidad. Lo define básicamente a partir de los siguientes principios:

“Separación mente cuerpo; considerar el cuerpo como máquina; ver al paciente como un objeto; distanciamiento del médico; diagnóstico y tratamiento desde afuera hacia adentro (reparando disfunciones); organización jerárquica y estandarización del cuidado; autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente; sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología; intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo -la muerte como derrota - sistema guiado por las ganancias; intolerancia a otras modalidades de atención”. (Magnone,2010:11)

Tomando las recomendaciones de la OMS para la atención al parto, se observa un incremento cada vez mayor de prácticas consideradas ineficientes o dañinas tanto para la madre como para el bebé, lo cual ya no encuentra justificación en la mortalidad materno infantil, ya que ésta a venido disminuyendo desde el siglo pasado. (Magnone,2010)

¿Cuáles son éstas prácticas que son reconocidas por la OMS y otras instituciones médicas como ineficientes o dañinas? Se refiere a ciertos rituales médicos centrales: el monitoreo fetal electrónico, la oxitocina (provoca la aceleración de las contracciones) y la episiotomía, así como el enema y rasurado que si bien han disminuído se sigue realizando. Davis Floyd (2004) plantea que dichos rituales producen la subjetividad de entender que el cuerpo (máquina) de la mujer es defectuoso y por tanto se crea la necesidad de aplicar tecnologías que corrijan éstas deficiencias y mejoren su funcionamiento. (Magnone,2010)

La OMS afirma que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10 y un 15% de cesáreas. En el total de partos del Uruguay en el 2008 hubo un promedio nacional del 34,43% de cesáreas, en donde si discriminamos por tipo de prestadora de servicios tenemos que en las mutualistas se realizaron 44% mientras que en los servicios públicos se realizaron el 21%.

En términos de calidad de prácticas obstétricas un estudio realizado en el 2004 en 12 hospitales uruguayos señala que: el acompañamiento durante el parto de una persona calificada y el manejo activo del alumbramiento tuvo tasas muy inferiores al 35%.

La episiotomía y el rasurado perineal demostraron tasas de utilización superiores al 50%, cuando según la OMS la episiotomía estaría indicada sólo en un 15 a 20% de partos. Destaca que en todos los hospitales encuestados el uso de la episiotomía en primerizas fue superior al 80%. (Magnone, 2010:2)

¿Cuál es el propósito de asistencia al parto a través de la utilización rutinaria de alta tecnología cuando no es necesario? Varias autoras afirman que el modelo de atención responde al miedo del profesional de no poder controlar un evento natural llevado adelante “en el y por el cuerpo” de las mujeres, de ésta forma se naturaliza la creencia social de que se puede controlar la vida, la enfermedad y la muerte y por otro lado, el cuerpo médico confirma y asume ese poder. (Magnone,2010)

Otra de las características del modelo actual de atención es el enfoque de riesgo que implica la posibilidad de complicación de todo proceso. Se basa en intervenir para prevenir un mal desenlace, generando un fuerte intervencionismo aplicado a los procesos de parto, donde una necesidad crea una nueva necesidad y así sucesivamente, lo cual interfiere con el desarrollo natural de un proceso fisiológico. En éstas bases se sostienen la realización de la mayoría de las intervenciones que culminan con césarea. (Magnone,2010)

Lo planteado anteriormente se encuentra enlazado con la *“medicina defensiva, que refiere a un*

ejercicio profesional en donde el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente". (Magnone,2010:12).

De ésta forma el médico realiza un sin número de intervenciones cuya finalidad es generar pruebas de su actuación como profesional que le sirvan de garantía frente a cualquier complicación que pudiera surgir. Varios autores plantean que dicha conducta es cuestionable por razones éticas, ya que la mujer se transforma así en rehén y depositaria de intervenciones que no respetan sus procesos naturales, a la vez que generan importantes costos a los sistemas de salud. Algunos ejemplos de éstas prácticas es la utilización del monitor electrónico, que impide el libre movimiento de la mujer teniendo que permanecer acostada y la episotomía que puede traer importantes consecuencias en su futura sexualidad. Ambas intervenciones deberían realizarse cuando exista un motivo justificado para ello y no ser empleadas de forma rutinaria. (OMS,1996)

"Buscando generar modelos y protocolos la medicina pretende la homogeneización del tiempo y los procesos; el tiempo dicta cuando un trabajo de parto y un parto son normales o se transforman en patológicos, cuando en realidad no existe un parto igual al otro, en donde la diversidad está asentada en la propia diversidad de las mujeres y sus formas de vida". (Magnone,2010:12)

3.4) Hacia el parto humanizado...

*"Yo al momento de parir necesitaba sentirme la persona más poderosa del mundo...
Y fue lo que sucedió, fue algo mágico, con una amiga le decimos:
el síndrome de la superniña, porque sentís que nada te va a pasar en el mundo"*

(Fragmento de entrevista a una mujer que parió en su casa. Magnone,2011:87)

Como crítica al modelo tecnocrático viene creciendo en el mundo un Movimiento por la Humanización del Parto y Nacimiento donde la mujer sea el centro de la atención, que sus necesidades sean tenidas en cuenta por los servicios de atención.

"Una mujer con un embarazo de bajo riesgo en general no necesita de intervenciones médicas para lograr resultados perinatales satisfactorios. Sin embargo, si es asistida en una lógica preparada para encarar patologías será sometida a intervenciones innecesarias que obstaculizan el desenlace "natural" del proceso". (Magnone,2011:81)

Existen varios estudios que plantean que la mejora de los resultados obstétricos se basan en una variedad de factores relacionados con pautas de higiene, la salud de las mujeres, las posibilidades de

controlar los embarazos a través de diferentes estudios y no a la atención hospitalaria en sí. Comparando los resultados obstétricos en hospitales de los realizados en las casas de las mujeres, se puede observar que en los partos de bajo riesgo no existen mejores resultados en los primeros. (Magnone,2010:10)

Sin embargo, los partos en casa son considerados por la mayoría de la sociedad y profesionales de la salud como signo de ignorancia, irresponsabilidad o de pobreza. A la vez, la figura de la partera es un signo de lo rural, de lo pre-moderno, contrario a lo citadino y lo civilizado. (Arguedas,2014:157)

Según la OMS los profesionales autorizados para asistir partos son los ginecólogos/as y las parteras/os. Se entiende que el ginecólogo es el profesional más capacitado para la atención de partos de alto riesgo o partos en los que surgen complicaciones, mientras que el personal más idóneo para asistir los partos de bajo riesgo que transitan de forma normal serían las parteras. (OMS,1996)

En Uruguay lo que se observa es que en los servicios de salud privados los partos sólo son atendidos por ginecólogos/as, y a nivel público la mayoría de los partos son atendidos por ginecólogos/as y sólo en un pequeño porcentaje son atendidos por parteras/os. (Magnone,2011:82)

Existe acuerdo que los partos de alto riesgo deben ser atendidos en unidades con mayor especialización equipadas por la tecnología necesaria. La contradicción frente a lo planteado por la OMS se encuentra en el resto de los partos considerados de bajo riesgo o normales. (Magnone,2011)

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, realizada en año 2000 en Fortaleza-Brasil, se definió que el parto humanizado implica que *“el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional)”*. (Magnone,2010:9)

Es fundamental que los profesionales y actores que intervienen en el parto tengan una buena disposición y el conocimiento suficiente para acompañar a la mujer en todo el proceso. Para ello se hace necesario que las instituciones faciliten la libertad del personal interviniente para generar una asistencia acorde a las necesidades de cada mujer y de cada parto. (Arguedas,2014)

Existe una postura crítica frente al modelo hospitalario ya que las intervenciones implican muchas veces consecuencias dañinas para las mujeres y sus bebés desde el punto de vista de los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres. (Magnone,2011)

Magnone plantea que la forma en que nos reproducimos se ha trastocado en los últimos 250 años, con anterioridad el modelo de asistencia era homogéneo en todo el mundo: las mujeres parían en sus casas acompañadas de otras mujeres con quién tenían un vínculo afectivo y las prácticas respecto al parto permitían el libre movimiento de las mujeres. (Magnone,2011)

Actualmente, en la mayoría de los países se encuentra institucionalizado un modelo de asistencia hospitalario centrado en la tecnología, si bien existen países y sociedades que contemplan otros modos de asistencia: el humanista y el holístico.

Como plantea Davis Floyd (2001) cada modelo se organiza en base a las concepciones de cuerpo-mente.

“El modelo tecnocrático jerarquiza la separación entre mente y cuerpo y piensa al cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico plantea la unidad de cuerpo, mente y espíritu y concibe el cuerpo como un campo de energía en interacción constante con otros campos de energía”. (Magnone, 2011:80)

El pensamiento cartesiano separa a la mente del cuerpo y visualiza al cuerpo como una máquina, dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad. Por tanto, el cuerpo máquina separado de la mente (que lo trasciende) se puede dividir, estudiar y reparar. (Davis Floyd, 2004)

Magnone (2011) a través de las entrevistas realizadas en su investigación plantea como el principio cartesiano en el modelo hospitalario hace que la percepción sensorial de las mujeres que están en trabajo de parto y sus necesidades de movilidad corporal no sean tenidas en cuenta. *“El poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva sobre qué tipo de posiciones las favorecería en el trabajo de parto y durante el parto”.* (Magnone,2011)

Cita algunos ejemplos en los cuáles el cuerpo médico reprime al cuerpo de la mujer y controla sus expresiones a través de *“la prohibición de “gritar”, cuando está comprobado el beneficio de emitir sonidos vocales que ayudan a la dilatación del cuello del útero [...] la prohibición común de no pujar, tanto para poder ser trasladadas a salas de parto, o porque el médico no llega, o porque no hay lugar en la sala de parto”.* (Magnone,2011:83)

La metáfora del cuerpo como máquina tiene distinción de género. Mientras el cuerpo masculino es tomado como ideal, el cuerpo femenino fue concebido históricamente como una máquina defectuosa, en consecuencia el parto pasó a ser visto como un proceso mecánico inherentemente imperfecto y poco fiable, por lo cual es necesario intervenir sobre él. (Magnone,2011:84).

Ésta visión del parto unido al enfoque de riesgo obstétrico, (para prevenir patologías) se traduce en un cúmulo de intervenciones destinadas a “regularizar” desde afuera los tiempos internos de cada parto y cada cuerpo. De ésta forma *“se realizan roturas tempranas del saco amniótico, exploraciones vaginales demasiado frecuentes, se inyecta a las mujeres oxitocina sintética para acelerar las contracciones y se practica la episiotomía de forma rutinaria en el período expulsivo”*. (Magnone,2011:84)

Davis Floyd (2001) plantea que la mayoría de las mujeres al creer que sus cuerpos necesitan alta tecnología para poder parir aceptan y naturalizan el alto nivel de intervencionismo en sus partos, desconociendo que éstas intervenciones alteran el equilibrio entre las distintas hormonas que actúan en el proceso fisiológico. (Magnone,2011)

Las parteras definen el parto como un *“conjunto de hormonas en acción, en donde cualquier intervención modifica este equilibrio y altera el resultado [...] Cuando las personas estamos en tensión (bajo amenazas físicas, con ruidos o luces brillantes) segregamos la hormona adrenalina que, cuando está sobrerrepresentada en el parto, impide la producción de las hormonas oxitocinas (que producen las contracciones y por tanto la dilatación del cuello del útero) y endorfinas (responsable de la anestesia natural). Para favorecer el desarrollo de la mejor combinación hormonal, las mujeres deberían estar tranquilas, confiadas, en ambientes de poca luz y en silencio”*.(Magnone,2011:85)

En el análisis del modo de asistencia al parto se evidencian distintas expresiones del sistema patriarcal. Magnone tomando a Lerner (1990) analiza como el patriarcado organiza la dominación de la sexualidad de las mujeres mediante la represión de sus cuerpos. El cuerpo de la mujer está bajo el dominio de otros *“obligándolas a parir de forma horizontal, debiendo acostarse para la revisión del cuello del útero y en la mayoría de los casos siendo obligadas a parir acostadas y con las piernas levantadas [...] Esto último se sigue practicando aunque ya existen investigaciones que afirman que el parto vertical mejora los resultados obstétricos”*. (Magnone,2011:86)

En Uruguay existen profesionales que plantean una forma distinta de parir, apuestan a que cada mujer se reencuentre con su capacidad instintiva de dar a luz y tome la conducción activa del parto.

Fomentan que tanto la familia, las instituciones de salud y la sociedad apoyen el derecho de la mujer y del bebé a tener el mejor nacimiento posible, en un medio amoroso y seguro. (Magnone,2011)

La humanización del parto demanda que las mujeres se transformen en las verdaderas protagonistas del nacimiento de sus hijos/as, pudiendo vivir su parto de forma placentera, en un entorno tranquilo e íntimo y rodeada por sus vínculos afectivos.

En Uruguay la casi totalidad de los partos se asisten en hospitales siendo muy pocos los asistidos en las casas de las mujeres, lo cual contradice las recomendaciones realizadas por la OMS: “... una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia inferior capaz de asegurar un manejo correcto del parto. Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se centren en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura” (Magnone,2011:81)

En éste sentido se vuelve necesario que nuestro sistema de salud brinde posibilidades de elección en cuanto al parto que cada mujer desee tener. Para ello es necesario que se respeten los derechos de las mujeres a elegir cómo, dónde y con quién quieren parir.

“La forma en que las mujeres transitan un parto depende de la situaciones psico-afectivas en que se encuentren, de cuán acompañadas y contenidas estén; de cómo se les propicia o no las condiciones para liberarse en el parto (ejercicio de la movilidad, mínimo de intervenciones, aliento, amor); de acciones naturales para disminuir el dolor (masajes, hierbas naturales, música, concentración, ambiente íntimo y respetado, entre otros); de confianza en quien la está asistiendo; y de cuán preparadas estén para afrontar uno de los momentos más fuertes de la vida”. (Magnone,2010:14)

Algunas reflexiones

Teniendo en cuenta la forma en que históricamente hemos atravesado el embarazo y parto y las recomendaciones que desde los organismos sanitarios internacionales se vienen realizando desde hace décadas, se torna necesario cuestionar hasta que momento se mantendrán las dificultades para que las mujeres puedan hacer valer su derecho a parir como deseen.

Si bien considero que éste trabajo implicó un primer acercamiento al problema urge en primer término que los profesionales de la salud piensen críticamente en torno a su hacer profesional, revisando los cimientos de su propia formación para posibilitar los cambios necesarios para construir otra forma de atención del embarazo y parto en Uruguay.

Al comienzo de éste trabajo me interrogaba acerca de si era posible humanizar la atención al parto luego de una larga domesticación del cuerpo de las mujeres, al llegar a éste momento en la profundización de la temática creo que muchas interrogantes se mantienen, a la vez que me surgen nuevas.

¿ Por qué en Uruguay teniendo profesionales formados y un sistema de salud a nivel nacional que tiene en su base la atención en el primer nivel, y la promoción de salud como prioridad, no consigue brindar a las mujeres opciones para atravesar uno de los momentos más movilizantes de sus vidas? Lejos de encontrar una respuesta acabada a dicha pregunta, mi primer interrogante se ha transformado en una posible respuesta.

Quizás las dificultades radiquen en que si bien lograr la humanización del embarazo y parto implicarían un avance, y muy importante para las mujeres, se hace necesario generar cambios sociales a varios y distintos niveles.

La lucha política para hacer frente a colonización patriarcal del cuerpo de las mujeres no se encuentra solamente en el modelo de asistencia al parto sino en otras expresiones basadas en las diferencias de género.

En términos de Foucault, es necesario trazar la topografía de la resistencia al poder allí mismo donde es ejercido. La lucha política es des-cosificar el cuerpo de las mujeres y volver a apropiarnos de nuestro propio cuerpo en la sala de partos, pero también en la calle, en el mundo privado, en nuestra propia sexualidad, en el mundo académico, etc.

Para finalizar, creo que la temática contiene varias líneas posibles de análisis, algunas de ellas no tuvieron lugar en ésta exploración, no porque carecieran de relevancia, sino que su profundización implicarían una investigación a futuro. Considero que es necesario indagar acerca de los factores afectivos y psicológicos que se despliegan en el proceso de parto y reflexionar acerca de la importancia que implica el rol del acompañante de la mujer en dicho proceso, ya sea su compañero, la partera, un familiar o una doula.

Referencias

- Arguedas, Gabriela (2014): La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. Vol. 11(1), pp.145-169. Costa Rica.
- Barrán, J.P. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Nordan, Montevideo.
- Camacaro, Marbella (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. Vol. 18 (40), pp.185-192. Venezuela.
- Davis Floyd (2001). Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. *Revista International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 75(1), pp. 5-23.
- Ehrenreich, Barbara; Deirdre English (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Edición Española Ed. La Sal, Barcelona.
- Federici, Silvia (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. 1a. Ed. Tinta Limón. Bs. As.
- Davis Floyd, Robbie (2004). *Del Médico al Sanador*. Editorial Creavida, Buenos Aires.
- Foucault, M. (1985). *Vigilar y castigar*. México, siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. 1a. Edición. Caronte Ensayos. Ed. Altamira, España.
- Illich, Ivan (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.
- Magnone, Natalia (2010). *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Fac. De Cs. Soc., UDELAR. Montevideo.

- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Cs. Soc., UDELAR. Montevideo.

- Morales, N. (2010). *El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: apuntes históricos sobre la medicalización*. Reseña bibliográfica de Le Breton, David (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, N° 2.

- MSP (2007). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Cap: Normas de atención a la mujer embarazada*. Dirección General de la Salud. Programa Nacional Prioritario de Salud de la Mujer y Género. Uruguay.

- OMS (1985). *Recomendaciones sobre el nacimiento*. Declaración de Fortaleza.

- OMS (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra.