

La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica

Silvia Bellón Sánchez

Universidad de Granada/ Utrecht University

silvibesa@gmail.com

Obstetric Violence from the Contributions of Feminist Criticism and Biopolitics

RESUMEN: Desde 2007 varios países del contexto latinoamericano han adoptado leyes en contra de la violencia obstétrica. Poco a poco, este término ha sido también promovido por movimientos sociales en diversas partes del mundo para denunciar lo que muchas mujeres entienden como prácticas irrespetuosas y violentas ejercidas por el personal médico durante la atención de sus partos. El presente artículo tiene por objetivo ofrecer un marco teórico que contribuya a entender la complejidad del fenómeno bautizado como "violencia obstétrica", desde los aportes hechos por la crítica biopolítica y feminista. A partir de los conceptos de "género", "biopoder" y "conocimiento autorizado" se desvelarán algunas de las tensiones que las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica en el parto generan en la obstetricia moderna, impactando negativamente en la vida de mujeres, fetos y bebés.

ABSTRACT: Since 2007 several Latin American countries have adopted legal regulations against obstetric violence. Progressively, this term has also been promoted by social movements in various parts of the world in order to denounce what many women understand as disrespectful and violent practices exercised by healthcare personnel during childbirth assistance. This article aims to provide a theoretical framework to help in understanding the complexity of the phenomenon called "obstetric violence" through the lens of biopolitics and feminist criticism. Through the concepts of "gender", "biopower" and "authoritative knowledge" the goal is to shed light on some of the tensions that the struggles for the possession of legitimized knowledge and the control of medical care in childbirth generate in modern obstetrics, negatively impacting on the lives of women, fetuses and babies.

PALABRAS-CLAVE: Violencia obstétrica, género, parto respetado, medicalización, biopoder, feminismo

KEYWORDS: Obstetric violence, gender, respected childbirth, medicalization, biopower, feminism

1. Introducción

Venezuela fue el primer país del mundo en el emplear el término "violencia obstétrica" en 2007, dentro de "La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia", seguida por Argentina en 2009 y los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas, en 2007, 2008, 2010 y 2012 respectivamente. En abril de 2014 el senado nacional de México también aprobó modificaciones en varias leyes sobre violencia contra las mujeres para incluir la violencia obstétrica como una práctica punible (Bellón, 2014, 51-59).

De acuerdo con estas leyes, la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en género que implica "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"¹.



Algunas de las denuncias más comunes definidas como violencia obstétrica recogidas por algunos colectivos por el parto respetado, incluyen:

- a) la negación de información a las mujeres usuarias sobre los procedimientos médicos empleados durante el proceso de parto.
- b) prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades expresadas por las mujeres atendidas (trato infantilizador, aislamiento durante la espera al inicio del parto, privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con la salud de la mujer embarazada, etc.)
- c) la realización de cesáreas innecesarias y otras intervenciones consideradas de riesgo como la maniobra de Kristeller².
- d) rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres, fetos y niños/as, como: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomias³, o la posición supina obligatoria para las mujeres en el momento de parto.

Tal como se describe en las leyes vigentes sobre violencia obstétrica, este tipo de actuaciones incurren en la patologización del cuerpo de las mujeres embarazadas, la medicalización de sus procesos reproductivos y en tratos deshumanizados y en contra de su integridad. Frente a esta problemática, en la última década, activistas por el parto respetado y algunos trabajos académicos en distintas partes del mundo han empezado a usar el concepto de "violencia obstétrica" como una forma de denunciar, no sólo protocolos hospitalarios que incumplen algunas de las recomendaciones de salud vigentes, sino también la violencia que hay implícita en muchas de estas actuaciones. Cabe aclarar que la crítica en torno a las problemáticas de la asistencia al parto tiene una trayectoria mucho mayor que la legislación en torno a la violencia obstétrica y su reivindicación retórica en el activismo actual. Desde 1960 existe un notable activismo por parte de movimientos por el parto respetado y movimientos por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva, que lograron avances importantes en la década de 1980 (Burt, 1978). Algunos de los más destacables son las convenciones internacionales sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SRHR) en las que se establece la salud reproductiva como un aspecto esencial para el bienestar humano y la consecución de la igualdad de género, pero sobre todo, podemos destacar las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* (WHO,

1985) publicadas por la OMS en 1985. Éstas, conocidas como las recomendaciones de Fortaleza, establecen como puntos cruciales el derecho a la información de las usuarias de los servicios de obstetricia y la desmedicalización del parto, constituyendo hoy en día uno de los documentos más citados por el activismo en torno al parto.

El hecho de que hoy, países como Venezuela, Argentina y México definan la violencia obstétrica como un delito revela cómo las fórmulas de atención al parto contemporáneas generan todavía importantes tensiones en varios lugares del contexto latino-americano, y tal como la investigación en la que se apoya este artículo demuestra, también fuera de las fronteras del continente. En el contexto europeo, por ejemplo, las mujeres españolas vienen denunciando de forma numerosa experiencias negativas en la atención al parto⁴, que varias organizaciones describen como casos de violencia obstétrica. Muchos de los casos denunciados apuntan a problemáticas relacionadas con dinámicas de medicalización, abuso de autoridad y sexismo dentro de las instituciones médicas. En este trabajo se defiende que estas dinámicas son fruto de una intersección de relaciones de poder ligadas a las jerarquías de género, saberes y clase que entran en conflicto en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica del parto. Con tal de argumentar esta hipótesis, el presente artículo se aproxima a la problemática de la violencia obstétrica desde el análisis de género y biopolítico, la historia de la atención al parto y la antropología de la reproducción.

2. La relación entre género y violencia obstétrica

Debido al variado uso que el concepto de género conlleva, esta sección comienza clarificando cómo y porqué es importante emplear el análisis de género en una investigación sobre violencia obstétrica.

En las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada. Debido a la directa relación entre la especialidad médica de la obstetricia y la sexualidad y potencial reproductivo de las mujeres, los y las profesionales de este campo – matronas/es, obstetras y ginecólogos/as – pueden convertirse en agentes clave para el respeto de la autonomía y agencia de las mujeres respecto a su cuerpo y el de sus bebés, o

por lo contrario, en profesionales con gran poder para ejercer control y vulnerar sus derechos. Varios estudios acerca de este tipo de violencia mencionan la existencia de actitudes misóginas reproducidas por el personal de salud acerca de la sexualidad y potencial reproductivo de las mujeres (Belli, 2013; Campero et al., 1998; Camarco, 2009; Castro, 2000, 2010; Chiaroti et al., 2003; d'Oliveira et al., 2002; Erviti, 2010, 2012 y Magnone, 2011).

Analizar el impacto que los estereotipos de género juegan en la práctica obstétrica, y la atención médica en general, se convierte entonces, en un aspecto crucial para comprender las razones que se esconden tras el ejercicio de prácticas denunciadas como violencia obstétrica. En nuestra sociedad, el parto y la maternidad han sido vistos durante siglos como la tarea principal de las mujeres y el aspecto esencial que define la feminidad. En contraposición el disfrute de su sexualidad es, en mayor o menor medida, un tabú y un motivo de marginación y control social de las mujeres en casi todo el mundo. En este contexto la visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres, y a sacrificarse por ello, y la idea de que el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio -como por ejemplo: un parto doloroso-, mantiene prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres, fetos y bebés durante el proceso de embarazo y parto (Chiaroti et al., 2003, 27). Frases pronunciadas por personal médico como "Bien que cuando cogiste no gritabas. Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo" (Ídem) denunciada en México, o el testimonio de una mujer española a quién practicaron una inadecuada sutura posparto: "empequeñecieron artificialmente la abertura vaginal cosiendo de más para "dejarme virgen", como explicó la ginecóloga a mi marido con un guiño" (Fernández, 2003), lo que le provocó largos periodos de dolor en sus relaciones sexuales, son ejemplos de cómo los estereotipos machistas pueden tener un fuerte impacto en el campo de la obstetricia.

En este trabajo el concepto de género se usará, por tanto, como una categoría de análisis para entender las implicaciones que la etiqueta "masculino" o "femenino" tiene en el caso de estudio y para arrojar luz sobre el rol que juegan las relaciones de poder basadas en nuestro sistema de género.

3. El sexismo y el androcentrismo en la medicina

Uno de los problemas principales que encontramos cuando miramos a la medicina occidental a través del análisis de género es la percepción generalizada de que la medicina es una institución objetiva y homogénea lejos de las contingencias sociales y biológicas. La medicina occidental, igual que otros campos de la ciencia, conlleva valores, que pueden ser beneficiosos, pero que pueden también, provocar la exclusión y discriminación de una asistencia de calidad a determinados colectivos. Mirar a la medicina como un sistema afectado por valores sociales y personales, influenciada por la política y la economía, no pretende devaluar el trabajo diario del personal de salud, sino llamar la atención sobre un sistema que demasiado a menudo es visto como una autoridad incuestionable, bloqueando las posibilidades que la crítica puede brindar (Davis-Floyd y Sargent, 1997; Foucault, 1975; Illich, 1975; Jordan, 1993 y Starr, 1982).

La medicina, hoy en día catalogada por la academia occidental como una de las subdisciplinas de las ciencias de la salud, comparte con otras categorías científicas un método de investigación, conocido como el método científico, que tiene por objetivo conseguir un conocimiento que entendemos como fiable. "La ciencia" implica procedimientos como: "observación sistemática, mediciones, experimentos, y la formulación, comprobación y modificación de hipótesis" (traducción propia, On-line Oxford Dictionary, 2014). Sin embargo, mientras la medicina trata de establecer su práctica bajo el influjo de la teoría científica, pretendidamente neutral y basada en la evidencia, está altamente condicionada por aspectos sociales como el género, la posición económica y los valores e ideologías de sus profesionales.

La crítica a la conceptualización de la ciencia como una práctica neutral y objetiva ha sido ampliamente desarrollada por académicas feministas (Haraway, 1988, 1991, 1993; Harding, 1987, 1992, 1993 y Schiebinger, 2000), quienes argumentan que la visión de la ciencia como "objetiva" legitima proyectos científicos que perpetúan la existencia de poderes sociales hegemónicos, que bloquean y excluyen a todos aquellos sectores de población exentos de poder, es decir, en muchos casos: mujeres, personas con sexualidades no normativas, con pocos recursos económicos o discriminadas por razón de raza. Ejemplos de ello, los podemos encontrar en los análisis históricos de la medicina, que se convierte, entre otras cosas, en una historia impregnada de visiones androcéntricas de la salud humana. Las primeras

aproximaciones científicas a la naturaleza del cuerpo humano de las que tenemos constancia, por ejemplo las de Hipócrates y Aristóteles, influenciaron fuertemente el desarrollo de la medicina institucional de la Edad Media, y también de la Modernidad. En ellas, el cuerpo femenino era generalmente visto como un actor pasivo, cuya función principal era portar nuevos seres (Valls-Llobet, 2009, 56).

Hasta el Renacimiento en la medicina institucional occidental, creada y protagonizada por hombres, los genitales femeninos eran vistos como la forma invertida de los genitales del cuerpo masculino. Se trataba de un isomorfismo que enfatizaba la idea de un modelo universal basado en el cuerpo masculino. A pesar de que a partir del Renacimiento cuerpos masculinos y femeninos se vieron como diferentes, esta nueva visión no cambió la idea de que la reproducción biológica es la función primordial del cuerpo femenino (Schiebinger 1989; Laqueur, 1994 y Bolufer 1997 en Ortiz, 2002, 35). En palabras de Teresa Ortiz: "La idea de la inferioridad del cuerpo de la mujer y la idea del cuerpo único, isomorfo, eran resultado de incorporar expectativas sociales en las representaciones de la naturaleza. Con ello, la ciencia naturalizaba y legitimaba las creencias y prácticas culturales dominantes, proceso que ha sido denominado como parte del sistema sexo/género y que perdura hasta la actualidad" (Ortiz, 2002, 34-35).

El androcentrismo prevalece todavía en la ciencia médica, tal como el famoso artículo "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles" (1991) de Emily Martin argumenta. En éste se muestra cómo la actual narrativa científica sigue aplicando roles de género tradicionales cuando explica los procesos reproductivos:

"el óvulo es visto como grande y pasivo. No se "mueve" o "viaja", sino que es pasivamente "transportado", "arrastrado", o incluso "fluye" a lo largo de las trompas de Falopio. En contraste total, los espermatozoides son pequeños, "eficientes" e invariablemente activos. "Entregan" sus genes al óvulo, "activando el programa de desarrollo del óvulo", y poseen una "velocidad" que es a menudo remarcada" (traducción propia, Martin, 1991, 489).

En contra de estas descripciones, otros estudios muestran como la fuerza mecánica del espermatozoide es demasiado débil para penetrar el óvulo sin las moléculas adhesivas que tanto el espermatozoide como el óvulo poseen (ibíd., 490). Esto constituye tan sólo un ejemplo de la permeabilidad de la ciencia a las creencias culturales, pero nos sirve para ilustrar cómo la tendencia al androcentrismo en la

medicina se hace patente hoy en día, contribuyendo a reforzar estereotipos que minusvaloran y patologizan el cuerpo de la mujeres.

4. Las relaciones de poder en la asistencia al parto: biopoder y conocimiento autorizado

Tal como se ha argumentado en la sección previa, y como Foucault acertadamente concluyó, la medicina no es un campo de conocimiento puro y universal, sino que está condicionado y visto por los ojos del momento histórico, y los sistemas económicos y políticos en los que se inscribe (Foucault, 1975). Dado que en las sociedades occidentales contemporáneas la ciencia está concebida como el discurso de la verdad, la medicina y sus profesionales aparecen como una de las autoridades más importantes de nuestro tiempo (Foucault, 1996, 87). Esto tiene consecuencias de vital importancia puesto que el discurso médico tiene el poder institucional y la legitimidad social para administrar y regular la vida. La medicina institucional asume una posición privilegiada como campo de la ciencia encargado de definir cuándo comienza la enfermedad. Es decir, establece qué es lo sano, qué es lo enfermo, y qué se considera normal y qué no (ibíd., 21), dictando cuáles son los individuos aptos y cuáles no.

“El biopoder”, tal como fue formulado por Foucault, es un mecanismo de poder aplicado por los estados capitalistas modernos para controlar a las multitudes (2007). El control no se ejerce ya por un soberano individual con poder para matar a sus súbditos, sino por otras formas más sutiles de coerción. Foucault argumenta que a través de distintos mecanismos de biopoder, el control de la población puede administrarse como algo racional y acordado por consenso. Sólo para nombrar algunos aspectos, el estado moderno es capaz de controlar los hábitos de salud de la población, sus prácticas de reproducción, los comportamientos sexuales y también define los parámetros del bienestar. En este contexto, los hospitales se convierten, utilizando el léxico de Foucault, en una de las más importantes “instituciones disciplinarias” desde donde el biopoder es administrado (Foucault, 1975).

En el campo médico la antropología de la reproducción encuentra varios ejemplos de la íntima relación entre tecnologías disciplinarias y medicina. María Isabel Blázquez (2005), en su revisión sobre estudios antropológicos relacionados con el

embarazo, parto y posparto, señala la conexión existente entre el capitalismo y el modelo biomédico de asistencia sanitaria desarrollada en los trabajos de Menéndez (1978), Martín (1987), Tabet (1985) y Narotzky (1995). Éstos sostienen que el parto en instituciones hospitalarias está regulado por estándares industriales de productividad, en los que los cuerpos de las mujeres son tratados como obreros que deben ser controlados y disciplinados; existe una estricta división del trabajo y el tiempo es estrechamente regulado para producir el resultado esperado: un/a bebé saludable. De esta fórmula se critica que el resultado final es el objetivo mayor, descuidando el proceso vital que lo lidera.

Tal como Pujol describe, los altos niveles de control médico durante el embarazo y el parto, tienen lugar sobre todo en sociedades donde existen unas tasas de natalidad bajas, con el objetivo de proteger la continuidad de la sociedad y la fuerza de trabajo (en Blázquez, 2005, 10). Esta situación provoca sentimientos de explotación en algunas mujeres, quienes no sienten tener ninguna oportunidad de elegir el ritmo y las condiciones del parto impuestas por las rutinas y políticas hospitalarias (Tablet en Blázquez, 2005, 11). Bajo este punto de vista, medicalización y tecnología se convierten en aspectos claves en el control de la reproducción biológica, pero también como una forma de reforzar discursos sobre la maternidad y paternidad que perpetúan en orden social (Blázquez, 2005, 4). Las madres deben permanecer obedientes y sumisas al control y actuaciones médicas, mientras los padres permanecen excluidos de contribuir en los primeros cuidados, siendo remplazados por el personal médico. El poder disciplinario logrado por el discurso médico hegemónico se mantiene gracias a la legitimidad social que éste ha logrado, promocionada por estructuras económicas y políticas que tienen el poder para reproducir algunos discursos en detrimento de otros, a veces haciéndolos accesibles y atractivos y en otras ocasiones, haciéndolos complicados y oscuros a ciertos sectores de la sociedad (Foucault, 1971).

Respecto a la construcción de la autoridad del discurso médico, en el campo de la historia y sociología de la medicina merece la pena mencionar a dos autores: Paul Starr (1982) y Brigitte Jordan (1978). En su libro *The social transformation of American Medicine* (1982), Paul Starr define la autoridad como "la posesión de un cierto estatus, cualidad, o reclamo que compele confianza u obediencia" gracias a "dos fuentes de control efectivo: legitimación y dependencia" (traducción propia, 1982, 9). En la mayoría de países occidentales, la biomedicina actúa como el único conocimiento autorizado en materia de salud. Para conseguir eso los médicos de la

época moderna tuvieron que ganar autoridad sobre curanderos, matronas y doctores no occidentales, quienes en otros tiempos eran también considerados fuentes fiables de conocimiento en materia de salud (Jordan, 1997, 57). Starr argumenta que parte de la legitimidad de la medicina moderna proviene del establecimiento de un sistema de formación universitaria, por el cual los médicos eran organizados y formados como grupo profesional (Starr, 1982, 12). Esto les dotó de un sentido de comunidad que validada su competencia y les daba la fuerza para deslegitimar otros tipos de conocimiento, como el de las matronas o curanderos tradicionales. A principios del siglo XX, los hombres de clase media y alta dominaban el mundo de la profesión médica en la mayoría de los países europeos y sus colonias. El control que los médicos consiguieron en el campo de la medicina en general, y el campo de la obstetricia en particular, ha tenido consecuencias de gran alcance en las condiciones en las que actualmente la mayoría de mujeres dan a luz (Jordan, 1997).

Uno de los aspectos recurrentes que la antropóloga Brigitte Jordan (1997) ha observado durante sus investigaciones sobre partos hospitalarios, ha sido que la mayoría de mujeres afirman que lo que contaban sobre lo que ocurría en sus cuerpos no era tomado en cuenta hasta que el o la especialista que las atendía confirmaba que esos síntomas eran "reales". Incluso cuando algunas mujeres expresaban que estaban preparadas para iniciar el parto y pujar, el proceso no se iniciaba oficialmente hasta que el o la médico daba su consentimiento. Por ejemplo, la autora lo ilustra a través de un caso real en que el médico dijo "puede empujar" dirigiéndose no a la mujer de parto, sino al equipo médico (Jordan, 1997, 66). Jordan declara que "el poder del conocimiento autorizado no es porque es el correcto, sino porque es el que cuenta" (traducción propia, 58). La autora también señala el rol que la accesibilidad a la tecnología tiene para reforzar la idea de que existe un sólo conocimiento autorizado. El acceso al manejo de la tecnología empleada en el proceso de parto "define y demuestra quién debe ser reconocido como el poseedor del conocimiento autorizado y en consecuencia como el poseedor del poder de decisión" (ibíd., 65).

Jordan explica que la tecnología tiene un significado social que implica un estatus de experticia y propiedad que contribuye a generar jerarquías en las interacciones sociales entre las personas (Idem). En el caso de la asistencia al parto, en algunas situaciones la información generada por las máquinas es usada para legitimar las reacciones de las mujeres, o lo contrario, "para negar y redefinir las experiencias de las mujeres" (traducción propia, ibíd, 69). La descripción que Jordan ofrece

sobre las jerarquías en las relaciones entre médicos y mujeres embarazadas, y entre personal médico de distintos niveles, son factores que refuerzan la idea de que existe un sólo conocimiento autorizado que recae en manos de los médicos (ibíd., 71). En palabras de Brigitte Jordan "(...) en la sala de parto coexisten varios tipos distintos de conocimiento, pero el único que cuenta es el conocimiento proporcionado por el médico. Este conocimiento desciende por la estructura jerárquica, donde la mujer es el miembro más lejano" (traducción propia, ibíd., 72). La autoridad cultural que la medicina ha ganado provoca que en la mayoría de casos, el conocimiento proporcionado por sus profesionales sea aceptado como natural y solamente basado en la razón, aunque ello tenga consecuencias negativas para el bienestar de las mujeres, cuyo conocimiento es a menudo suprimido y deslegitimado (ibíd., 57).

Estas explicaciones sobre el biopoder y el conocimiento autorizado tratan de contribuir a la comprensión de las complejas razones que envuelven el papel actual de la medicina en occidente. Sin embargo, ello no implica que los y las usuarias del sistema de salud sean siempre víctimas pasivas de éste, ni que los y las profesionales de la salud ignoren y acepten las dinámicas nocivas producidas por el autoritarismo y lobby profesional. Existen, y cada vez se hacen más visibles, movimientos que reclaman una nueva forma de entender la asistencia médica y las relaciones entre profesionales y usuarios/as.

5. Historia de la asistencia al parto: género y competencia profesional

Los médicos no son los únicos miembros de la sociedad que han gozado a lo largo de la historia de la autoridad para asistir partos. Antes del siglo XIX, las matronas eran los actores más importantes en la asistencia al parto en Europa y sus colonias. Eran además autoridades importantes en otras áreas de la salud infantil y de mujeres, y normalmente jugaban también un papel social relevante en sus comunidades (Ortiz, 1996, 113). Tal como la compilación de estudios sobre matronas en la Europa de la Modernidad temprana, editada por Hilary Marland (1993) muestra, las matronas eran un colectivo muy heterogéneo en sus prácticas, condiciones de trabajo, personas a quienes atendían, estatus y contexto social de origen (Marland, 1993, 2). No obstante, a pesar de la complejidad

y variedad de condiciones que afectaban a las matronas europeas, existió un cambio general en la hegemonía profesional de las matronas, que comenzó a declinar durante el siglo XIX (ibíd., 8).

Este cambio, complejo y lento, benefició la emergencia del grupo profesional masculino de los médicos, quienes progresivamente ganaron la autoridad como asistentes del parto (Green, 2008). Durante la Edad Media, la práctica obstétrica se convirtió en parte de la formación médica en las universidades europeas, lo que conllevó, en palabras de Mónica Green “una transformación social e intelectual en el cuidado de los cuerpos de las mujeres” (traducción propia, ibíd., 12). Las mujeres quedaron excluidas de la comunidad científica dominada por hombres, hecho que contribuyó a limitar su acceso al conocimiento intelectual legitimado. Las matronas y mujeres con experticia fueron empleadas como intermediarias “para practicar las tareas visuales y manuales que los médicos o cirujanos no podían o no harían” (traducción propia, ibíd, 74), resolviendo los problemas morales que los obstetras tenían al trabajar en un campo tan cercano a la sexualidad de las mujeres (ibíd., 74).

Asimismo, la creciente tendencia de las instancias gubernamentales a requerir titulaciones proporcionadas para practicar cuidados médicos, favoreció en muchos casos la expansión masculina en la atención al parto, debido a que las mujeres quedan mayoritariamente excluidas del acceso a la educación. Como ejemplo de esta tendencia, podemos ver cómo, entre los siglos XII y XX en la mayoría de países europeos, aparecieron distintas leyes sobre licencias (Marland, 1993). En algunos casos contribuyeron a asegurar el rol de las matronas, como sucedió en Holanda (ibíd., 192-213), pero en otros, estas regulaciones colocaron a las matronas en posiciones subalternas en relación a los médicos. En España durante el siglo XVI a las matronas, como otros grupos de especialistas en salud, no se les permitió pasar el examen para obtener la licencia de práctica, lo que significó que sólo podían trabajar bajo la supervisión de un médico (Ortiz, 1993, 98). Sin embargo, tal como la compilación de Hilary Marland (1993) y el trabajo de Monica Green en ginecología pre-moderna (2008) demuestran, la progresión el monopolio masculino en el campo de la asistencia al parto fue lento y no exento de dificultades. Muchas matronas no actuaron como víctimas pasivas de estos acontecimientos, sino que lucharon por mantener y mejorar su estatus como profesionales del parto y la salud de las mujeres (Marland, 1993, 8) y hubo incluso mujeres que apelaron a las autoridades para mantener su derecho de trabajar de forma autónoma (Ortiz, 1993, 105)⁵. Sin

embargo, el establecimiento de la Ilustración trajo consigo la expansión del sistema universitario y la medicina como la ciencia autorizada de la salud, que junto con el incremento del control gubernamental a través de las licencias, obstaculizó el reconocimiento profesional de las matronas. La pérdida de su autonomía se convirtió en una realidad, que como retrata Monica Green tuvo importantes repercusiones:

“La madurez de la ginecología como una disciplina de especialización intelectual puede ser llamada un “nacimiento masculino”, no sólo porque ésta se convirtió en un campo dominado por (y literalmente, habitado por) hombres, sino también en el sentido más baconiano puesto que esto ocurrió en gran medida sin la contribución de mujeres y, de hecho sin ninguna preocupación por involucrarlas excepto en su papel como subordinadas matronas o asistentes manuales, y, por supuesto dóciles pacientes [...]. El problema, por tanto, no es la universal exclusión de las mujeres de la producción y recepción de la medicina de mujeres, sino de su exclusión de la producción del conocimiento autorizado en el campo que era, en su sentido más esencial, el suyo” (traducción propia, Green, 2008, 291)

Esta cita alumbró una vez más el rol central que las relaciones de género juegan en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado en el área de la obstetricia, en la que hasta hace pocos años, las mujeres han ocupado posiciones subalternas en relación al médico obstetra. En la siguiente sección atenderemos a los debates contemporáneos generados por las visiones contrapuestas surgidas en torno a qué es el parto y cuáles son las prácticas legitimadas para atenderlo.

6. “Parto natural” vs. “parto tecno-medicalizado”

Robbie Davis-Floyd, una antropóloga médica especializada en reproducción, acuñó el término “parto tecnocrático” (1993), para referirse a la práctica obstétrica moderna, en contraposición a las posturas cercanas al “parto natural”, las cuales se sitúan más cerca de la matronería tradicional u otras fórmulas no-occidentales de atender el parto. El concepto de “violencia obstétrica” y su crítica al modelo de asistencia obstétrica predominante van acompañadas de las tensiones que estas dos visiones sobre el parto conllevan.

Durante el siglo XX en la mayor parte de Europa, América del Norte y sus colonias se experimentaron cambios que comportaron que el cuidado del parto pasara de manos de las matronas, a manos de los obstetras, y que el parto dejase de tener lugar en las casas para tenerlo en el hospital. El momento en que se produjo

esta transición difiere dependiendo del lugar geográfico y el contexto cultural y económico de sus protagonistas. En España en la década de 1950 las matronas seguían atendiendo partos en las zonas rurales. Sin embargo, esta práctica se fue viendo progresivamente como peligrosa y atrasada (The Boston Women's Health Collective, 2000, 487). Esta transición también implicó un cambio en la forma de entender el parto, que poco a poco se fue viendo como un acontecimiento peligroso necesitado de intervención médica (Macdonald, 2006). Paralelamente, "Ideales de género que veían a las mujeres como frágiles y dependientes- y por tanto incapaces de dar a luz o atender partos sin ayuda de expertos masculinos- también florecieron durante este tiempo [mitad del siglo XIX], especialmente entre las clases medias y altas" (traducción propia, James-Cheatelet, 1989, 421 y Mitchenson, 1991 en Macdonald, 2006, 237).

Esta narrativa tuvo un potente efecto: de una parte aseguró la posición de los médicos como los profesionales requeridos, y de otra parte, reforzó los estereotipos de género sobre la ineficacia y debilidad de los cuerpos femeninos (Szurek en Davis-Floyd y Sargent, 1997, 307). Estas ideas, junto con otros acontecimientos sociales, como la extensión de los servicios públicos de salud, facilitó que en la década de 1950, el parto se trasladara de las casas a los hospitales en la mayoría de países europeos. Previamente parir en los hospitales o instituciones de beneficencia, era sólo una opción que contemplaban mujeres pobres en riesgo de muerte o aquellas mujeres que llevaban el embarazo en secreto por razones morales. Los hospitales no eran un lugar muy seguro debido a la falta de recursos, exceso de pacientes, y también por el hecho de que era el lugar de práctica para médicos aprendices, que no siempre eran cuidadosos o estaban bien supervisados (Cházaro, 2004, 31). No obstante, con el paso del tiempo, la reputación y dotaciones de los hospitales mejoraron, convirtiéndose paulatinamente en el lugar de referencia para dar a luz, en lugar de la excepción.

Los hospitales se convirtieron en el lugar donde los valores de la obstetricia moderna se pusieron en práctica. Ello implicó el uso de tecnología y medicinas en el parto con el objetivo de minimizar los riesgos potenciales para la salud, y con ello el tiempo que mujeres, bebés y personal médico dedicaban al proceso de parto. De la mano de este cambio, el incremento de burocratización y estandarización de la asistencia también tuvo lugar en los grandes hospitales. Muchos activistas por el parto respetado y la salud de las mujeres, matronas, doulas y movimientos

naturistas denuncian que las prácticas promocionadas por la obstetricia moderna en los hospitales contemporáneos no son siempre las más convenientes para el bienestar de las mujeres y sus bebés. Críticas importantes a la despersonalización y actitudes autoritarias por parte del personal de salud son también un aspecto recurrente en las quejas de estos movimientos (Bellón, 2014, 63-93).

En la década de 1970, como alternativa al parto hospitalario, estos colectivos comenzaron a divulgar los beneficios del "parto natural". Tal como la antropóloga Margaret Macdonald (2006) explica "el ideal del parto natural se ha usado como una estrategia retórica de éxito en populares estudios académicos feministas sobre el parto para responder y criticar al predominante modelo biomédico o tecnocrático del cuerpo embarazado o del parto como inherentemente problemático y potencialmente peligroso para el feto" (traducción propia, Macdonald, 2006, 253). También la narrativa del parto natural "sitúa a las mujeres como naturalmente capaces y fuertes, y a sus cuerpos como perfectamente diseñados para portar un feto y dar a luz con éxito sin estar bajo la estrecha vigilancia de la alta tecnología y las intervenciones de los médicos en un establecimiento hospitalario"⁶ (traducción propia, ibíd, 253). Uno de los objetivos principales defendidos por las posturas cercanas al parto natural, en contraposición a la tendencia de la medicina moderna, centrada en observar y resolver síntomas físicos, es prestar atención al bienestar emocional de las mujeres embarazadas y dejar que sean ellas quienes guíen el proceso de parto, por ejemplo eligiendo la postura en la que quieren parir.

Actualmente, uno de los más influyentes científicos trabajando bajo el enfoque del "parto natural", es Michel Odent, quien fue el director de la unidad de Cirugía y maternidad del hospital francés, Phitivers, entre 1962-1985. Odent, en línea con las aportaciones del obstetra Frederik Leboyer, escritor de uno de los primeros libros críticos con el parto tecno-medicalizado *Nacimiento sin violencia* (1975), fue el primer médico en escribir acerca del parto acuático y el parto en casa en la literatura médica. En 1987 fundó *The Primal Health Research Center* en Londres, que se convirtió en la primera institución explícitamente dedicada a la investigación y divulgación de estudios acerca de "las correlaciones entre lo que nos pasa al principio de la vida y lo que pasará después en términos de salud y rasgos de personalidad" (traducción propia, Primal Health Research Databank, 2014). Odent, argumenta que la atmósfera del parto es crucial para garantizar la secreción hormonal (especialmente oxitocina) por parte de las mujeres, lo

que permite un parto y posparto menos problemático. También considera que una asistencia despersonalizada, monitoreada tecnológicamente y con falta de privacidad, son factores clave que obstaculizan la relajación necesaria para liberar las hormonas. También defiende que las intervenciones médicas y tecnológicas pueden tener consecuencias a largo término en el desarrollo personal del recién nacido, afectando su sociabilidad e incrementando las posibilidades de desarrollar comportamientos agresivos o suicidas (Odent, 2011, 2009, 2000). Estas dos ideas, una defendida por el modelo biomédico hegemónico, y la otra por un grupo alternativo de profesionales y activistas, reflejan visiones encontradas acerca de qué es un parto y qué factores son importantes para que éste sea exitoso. Aspectos de carácter antropológico que, implícitos en las demandas relacionadas con los movimientos en contra de la violencia obstétrica, hacen reconsiderar el paradigma del modelo biomédico actual. Por ello, debemos ser conscientes que tras las demandas por el parto respetado, no sólo la calidad de la atención al parto es puesta en cuestión sino también los cimientos teóricos en los que se basa.

7. Conclusión

Esta aproximación teórica, apoyada en una investigación más amplia acerca del concepto de violencia obstétrica y su uso en el activismo en torno al parto en el contexto del estado español (Bellón, 2014), pretende arrojar luz sobre algunas de las razones que explican la medicalización del parto y los abusos y la falta de información denunciadas por usuarias de servicios de obstetricia en varios lugares del mundo. No obstante, éstas hunden sus raíces en un complejo entramado de circunstancias, imposibles de abarcar en su totalidad. Centrándonos en los aportes hechos por la biopolítica y la crítica feminista, hemos visto como la medicina, como cualquier campo del saber, traduce en su práctica y en sus enseñanzas, las jerarquías, intereses y creencias que existen en la sociedad. El sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica médica sin apenas ser advertidas o criticadas.

La medicina posee lo que Brigitte Jordan (1997) define como “conocimiento autorizado”, lo que además le confiere el poder de regular la vida de los seres humanos desde el momento del nacimiento. La disciplina médica, tal como advirtió Foucault (1975), define qué cuerpos están necesitados de cuidados médicos y qué situaciones y personas pueden considerarse normales. Desde esa posición, la obstetricia occidental durante el siglo XX ha divulgado la idea de que el parto es en todos los casos un evento médico, necesitado de monitorización continua, administración de medicamentos e intervención profesional (lo que conocemos como medicalización). Distintos aspectos relacionados con los efectos negativos de esta tendencia han sido objeto de denuncia desde la segunda mitad del siglo XX por activistas y profesionales, llegando a surgir grupos de activistas específicamente orientados al proceso que rodea al parto. El hecho de que hoy en día haya aparecido un concepto como el de “violencia obstétrica” y existan leyes específicas dedicadas a minimizar el impacto de la medicalización de los cuerpos de mujeres y bebés en el momento del parto, nos hablan de la necesidad de indagar en las causas y soluciones a esta realidad, mucho más compleja de lo aparente.

Bibliografía

- Akrich, Madeleine; Leane, Maire; Roberts, Celia; Arriscado, João (2012), “Practising childbirth activism: a politics of evidence” en *CSI Working Papers Series*, Mines Paristech, Centre de Sociologie de l’Innovation
- Belli, Laura F. (2013), “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Redbioética/UNESCO*, 4, 1 (7): 25-34
- Bellón Sánchez, Silvia (2014), “Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?”, *Tesis de máster*, Países Bajos, Utrecht Universiteit
- Blázquez Rodríguez, María Isabel (2005), “Aproximación a la antropología de la reproducción”, en *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana Ed. Electrónica*, 42, 1-25. En línea, acceso 20 de mayo, 2014: http://www.itson.mx/micrositios/equidad-genero/Documents/antropologia_de_la_reproduccion.pdf
- Burt Ruzek, Sheryl (1978), *The Women’s Health Movement: feminist alternatives to medical control*, New York, Praeger
- Butler, Judith (1990), *Gender trouble: Feminism or the subversion of identity*, New York, Routledge
- Camaraco Cuevas, Marbella (2009), “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica”, en *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14 (32): 147-162
- Campero Lourdes; García, Cecilia; Díaz Carmen; Ortiz, Olivia; Reynoso, Sofía y Langer, Ana (1998),

- "Alone I wouldn't have known what to do': a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico", en *Social science and medicine*, 47(3): 395-403
- Castro, Roberto (2000), "Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos", en *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, Stern C. y Echárri C. (eds.), 33-66, México, El Colegio de México
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2003), "Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico", en *Health and human rights*, 7(1): 91-110
- _____ (2003), "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", en *Hacia una política de salud con enfoque de género*, Rico B., López MP. y Espinoza G. (eds.), 245-63, México: SSA-UNIFEM
- Castro, Roberto y López Gómez, Alejandra (eds.) (2010), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Montevideo, Universidad de la República
- Cházaro, Laura (2004), "Pariendo instrumentos médicos: los forceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México", en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Rlw.* 2004, 24, 27-51, en línea, acceso 20 marzo, 2014: <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/113907/142067>
- Chiarotti, Susana; García Jurado, Mariana; Auciá, Analía y Armichiardi, Susana (2003), *Con Todo al Aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*, Buenos Aires, INSGENAR y CLADEM eds.
- Davis-Floyd, Robbie E. y Sargent, Carolyn, (eds.) (1997), *Childbirth and Authoritative Knowledge*, Berkeley: University of California Press
- Davis-Floyd, Robbie E. (1993), "The technocratic model of birth", en *Feminist Theory in the Study of Folcklore*, Tower Hollins, Susan; Persing, Linda y Young, M. Jane (eds.), 297-326. Urbana, University of Illinois
- Emily Martin (1991), "The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles", en *Signs*, Vol. 16 (3):485-501, en línea, acceso 20 mayo, 2014: <http://www.jstor.org/stable/3174586>
- Erviti, Joaquina (2010), "Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos", en *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Castro Roberto y López Alejandra (eds.), 101-22, Montevideo, UdeLaR/CRIMUNAM
- _____ (2012), "Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva", en *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, Agoff C., Casique L. y Castro R. (eds.), 119-143, Cuernavaca, CRIM-UNAM
- Fausto-Sterling, Anne (2000), *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*, New York, Basic Books
- Foucault, Michel, [1971] (1987), *El orden del discurso*, Buenos Aires, Tusquets
- _____ [1975] (1986), *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI Editores
- _____ (1996), *La vida de los hombres infames*, La Plata, Altamira
- _____ (2007), *Nacimiento de la Biopolítica*, Buenos Aires, FCE
- Fernández Guillén, Francisca (2003), "Cosas que pueden ocurrir en el hospital", en *Mujeres y Salud*, Dossier 11, en línea, acceso 20 de mayo, 2014: http://mys.matriz.net/mys-1112/dossier/doss_1112_05.html

- GIRE (El Grupo de Información en Reproducción Elegida) (2003), *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*, en línea, acceso 14 de abril, 2014: <http://informe.gire.org.mx/>
- González Minguzza, José Antonio (2010), "Reflejo jurisprudencial de la responsabilidad penal del médico (En las últimas resoluciones jurídicas dictadas por la Audiencia Provincial Madrid)", en *Biomedicina y Derecho Sanitario*, vol. 3, 261-270, ADEMÁS comunicación s.l.
- Green, Monica H. (2008), *Making Women's Medicine Masculine The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology*, Oxford University Press
- Haraway, Donna (1988), "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective", en *Feminist Studies* 14 (3): 575-599
- Haraway, Donna (1993), "Modest witness @ Second Millennium", en *Modest witness @ Second Millennium. The FemaleMan© meets OncoMouse*, 23-40, London, Routledge.
- Haraway, Donna (1991), *Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women's lives*, Ithaca, Cornell University Press
- Harding, Sandra (1993), "Rethinking Standpoint Epistemology: What Is 'Strong Objectivity'?", en *Feminist Epistemologies*, L. Alcoff y E. Potter (eds.), 49-82, New York, Routledge
- Harding, Sandra (1992), "After the Neutrality Ideal: Science, Politics, and "Strong Objectivity", en *Social Research*, 59 (3): 567-587
- Harding, Sandra (1987), "Is There a Feminist Method?", Sandra Harding (ed.) *Feminism and Methodology*, Bloomington/ Indianapolis, Indiana University
- Illich, Ivan (1975), *Medical Nemesis. The exploration of health*, London, Calder&Boyars
- Jordan, Brigitte [1978] (1993): *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Waveland Press.
- _____ (1997), "Authoritative knowledge", en *Childbirth and Authoritative Knowledge*, Davis-Floyd, Robbie y Sargent, Carolyn (eds.), Berkeley, University of California Press
- Laqueur, Thomas W. (1990), *Making sex: body and gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Harvard University Press
- Leboyer, Frederick [1975] (2011), *Nacimiento sin violencia*, Ed. Gaia
- Macdonald, Margaret (2006), "Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada", en *Medical Anthropology Quarterly*, 20 (2):235-256
- Magnone Alemán, Natalia (2010), "Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica", Montevideo, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR
- On-line Oxford Dictionary (2014), Oxford University Press, en línea, acceso 13 de abril, 2014: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/scientific-method?q=scientific+method>
- Odent, Michel (2011), *El nacimiento en la era del plástico*, Ob Stare
- _____ (2009), *El bebé es un mamífero*, Ob Stare
- _____ (2008), *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la Humanidad*, Ob Stare
- d'Oliveira, Ana Flávia, Diniz, Simone y Schraiber, Lilia (2002), "Violence against women in health care institutions: an emerging problem", en *The Lancet*, 359: 1681-1685
- Ortiz Gómez, Teresa (1992), "Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada", en *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Rlw.* 1992 (12): 323-346
- _____ (1993), "From hegemony to subordination: midwives in early modern Spain", Hilary Marland (ed.), *The art of midwifery. Early modern midwives in Europe*, 95-114, London, Routledge

- _____ (2002), "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer", Elvira Ramos (ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*, 29-42, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer
- Primal Health Research Databank (2014), "History of a concept", en línea, acceso 14 abril, 2014: <http://www.primalhealthresearch.com/introduction.php>
- Schiebinger, Londa (2000), *Has Feminism Changed Science?*, Chicago, Chicago University Press.
- Starr, Paul (1982), *The social transformation of American Medicine*, New York, Basic Books
- The Boston Women's Health Collective (2000), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona, Plaza & Janés
- Valls-Llobet, Carme (2009), *Mujeres, Salud y Poder*, Madrid, Ediciones Cátedra
- Villarmea Requejo, Stella (2012), "Innovación conceptual y activismo: a propósito del parto y del nacimiento normal", en *Revista Ob Stare*, n. 20.
- WHO (World Health Organization) (1985), "Declaration of Fortaleza: appropriate technology for delivery", en *The Lancet*, 2:436-437

Notas

1. "Ley orgánica de 19 de marzo de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia", Gaceta Oficial. n.38, 647 (19 mayo, 2007). En línea, acceso 20 de mayo, 2014: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
2. Maniobra practicada durante el parto que consiste en presionar en la parte superior del útero durante las contracciones de la mujer. Se practica usualmente cuando el proceso de parto parece durar demasiado. Tiene potenciales efectos peligrosos como la rotura uterina, daños en el perineo, hematomas y contusiones en el abdomen de la mujer y el cuerpo del/la bebé.
3. Intervención quirúrgica en el perineo y paredes vaginales practicada durante el parto para ensanchar el canal de parto; se hace bajo anestesia local.
4. De acuerdo con datos recogidos en la publicación española *Biomedicina y Derecho Sanitario* (2010), tras traumatología y cirugía ortopédica, obstetricia y ginecología es la especialización médica con más denuncias realizadas por usuarios/as en el área de Madrid entre 2002 y 2007 (González Minguzeza, 2010, 268).
5. Uno de los casos más famosos, es el de Luisa Rosado, una matrona que inició en 1770 un proceso legal para lograr el permiso para anunciar su experticia. Su demanda fue denegada por las autoridades médicas del Reino de España, varias veces, argumentando que las matronas no estaban lo suficientemente formadas. Luisa Rosado, totalmente segura de la suficiencia de sus conocimientos, continuó insistiendo hasta el punto de escribir al Rey, ofreciéndose para ocupar la posición de matrona real (Ortiz, 1992).
6. En relación es esta idea se han generado algunos debates dentro del feminismo, al criticar que este tipo de narrativas asumen la existencia de "una esencia femenina universal" y "una concepción esencializada del cuerpo femenino como fuera de la historia y la cultura" (Murphy-Lawless, 1998 y Halfon, 2010 en Akrich et al. 2012), que podría contribuir a estereotipar y uniformar las experiencias y cuerpos de las mujeres alrededor de la maternidad. Vid. el trabajo de Stella Villarmea (2012) sobre las estrategias discursivas en torno al concepto de "parto natural" que el activismo va generando a la luz de los cambios de significados asociados a los términos relacionados con el parto.