



LA OBSTETRICIA DEVELADA

Otra mirada desde el género

Marbella Camacaro Cuevas

COLECCIÓN *La sociedad y sus discursos*



LA OBSTETRICIA DEVELADA

Otra mirada desde el género

Autora: Marbella Camacaro Cuevas

Copyright 2010

Dirección de Medios y Publicaciones UC

Hecho el Depósito de Ley

Depósito Legal: If55320106101834

ISBN: 978-980-233-505-3



**Unidad de Investigación y Estudios de Género
“Bellacarla Jirón Camacaro”**

**Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua
Universidad de Carabobo**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)
No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la
distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra
original.

DEDICATORIA:

A mi madre y a mi hija hacedoras/tejedoras de las voluntades y creencias que sostienen mi vida.

A Carlos, Gabriel y Gustavito por fortalecer mi cotidianidad con sus sonrisas.

A Gustavo quien rehace con hilos de amor y paciencia los huequitos de mi espíritu

A Anita la hija que me prestó la vida.

INDICE

	PAG
PRÓLOGO	5
CAPÍTULO I ACERCAMIENTO A LA REALIDAD	
El horizonte de la mirada	9
Otras aristas de un mismo horizonte	15
Precisando la mirada	20
Otro propósito de la misma mirada	20
Pertinencia de la mirada	21
CAPITULO II LA MIRADA TEÓRICA	
Otras precisiones de la misma mirada	27
Otras categorías obligatorias	32
Y... ¿Quiénes son las mujeres?	35
Y... en el discurso médico ¿Quiénes son las mujeres?	42
Una mirada desde el género	49
La misoginia oculta en la historia hegemónica	55
Petroglifos, estatuillas... el principio femenino unidad abstrusa suprema	57
Ritual de la Covada... ¿Envidia del útero?	62
Papiros y papeles... el inexorable desvanecimiento de lo femenino	66
De brujas a criaturas irracionales. Creaciones simbólicas. De la religión a la ciencia	71
Los poderes político, económico y religioso, imponen su saber y poder someten a las comadronas	74
Luz en lo público, oscuridad en la casa	78
El darwinismo, y otros ismos posan sus anatemas en la “ciencia de la mujer	81
CAPITULO III LA MIRADA TEÓRICA/METODOLÓGICA	
Precisiones metodológicas	89
Lugares del encuentro dialógico	94
Grupo humano sujeto de estudio	97
Técnicas participativas-entrevistas enfocadas	98
Punto de saturación del conocimiento	100
Construcción de eventos/núcleos críticos	101

PAG

CAPITULO IV DECONSTRUYENDO LOS SIMULACROS HEGEMÓNICOS

La institución médica impone la estilística de la existencia de la parturienta	103
Deconstruyendo el simulacro de parir	111
Parir/nacer en las casas de la muerte	125
Dos sentencias masculinas: Parirás con dolor..., Parirás acostada	135
Patologizando lo natural...Naturalizando lo patológico	147
Naciendo allá abajo...donde habita lo extraño...Y extraña a la conocida	157
La profesión médica, en castizo la clase médica, es la profesión por Antonomasia	163

EPILOGO: CON EL SUEÑO DE SUGERIR. PARA NO RECOMENDAR NI CONCLUIR	174
---	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178
---	------------

PRÓLOGO

En las últimas décadas, Marbella Camacaro Cuevas viene investigando sin descanso sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos. Durante los últimos tres años se ha dedicado a recolectar e interpretar datos obtenidos mediante un trabajo de campo que la ha llevado a observar la forma en que se trata a las mujeres embarazadas y parturientas, sobre todo en los hospitales públicos.

Uno de los aspectos más importantes de su trabajo se refiere a la medicalización excesiva de un proceso: el embarazo, y un acto, el parto, de los cuales se ha venido cada vez más desposeyendo a las mujeres, privándolas de su capacidad de decidir y convirtiendo algo tan natural en una especie de enfermedad, de modo que la mujer gestante y parturienta, acaba siendo una paciente sometida absolutamente a los dictámenes, casi nunca naturales, de médicos/as y enfermeras.

Muy particularmente, Marbella Camacaro se detiene en su investigación, a reflexionar sobre la violencia obstétrica, concepto que hasta hace poco era mencionado básicamente por las investigadoras y militantes feministas, pero que adquirió en definitiva “carta de ciudadanía” en nuestro país, gracias a la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, en la cual, este tipo de agresión contra las mujeres, está tipificada como delito. Durante siglos, en el momento de mayor indefensión en la vida de una mujer adulta, y en este caso nos referimos específicamente al parto, las mujeres han sido víctimas de las agresiones más terribles contra su cuerpo, con toda clase de “justificaciones”, ninguna de ellas defendible.

Por primera vez en Venezuela, un trabajo de esta naturaleza se plantea, y se plantea desde la única perspectiva posible: la mirada feminista a través de la metodología de género. Y decimos la única perspectiva posible, porque obviamente, desde la profesión médica, un discurso y un análisis de esta naturaleza serían poco menos que imposibles, siendo la institución médica una de las más cerradas a toda crítica o autocrítica, lo cual rodea todos sus actos casi de una conspiración de silencio que nadie se atreve a romper. Por eso este libro es tan importante, puesto que desmonta un discurso, el de la medicina obstétrica en este caso, y nos obliga a ver de frente algo que la mayoría prefiere soslayar.

Y muy acertadamente sostiene nuestra autora, que el poder del que disfrutaban los médicos/as, en este caso la rama de la obstetricia, se asienta y hace posible gracias al patriarcado, donde no sólo se establece una diferencia entre los géneros, sino que en esa diferencia se otorga todo el poder al varón y se desvaloriza a la mujer en la misma medida. De esta suerte, al hombre se le toma como modelo de lo humano, y a la mujer se la mide comparándola con ese modelo. Por otra parte, en la episteme patriarcal, sólo el varón puede hablar con lógica y autoridad, y el estudio del cuerpo femenino y de sus procesos es cosa de hombres, que se adueñan del saber absoluto sobre lo que ocurre en dichos procesos, exclusivos del cuerpo de la mujer: el embarazo, el parto, el puerperio. De la experiencia de la mujer y de su conocimiento auténtico sobre lo que sucede en su cuerpo, la medicina oficial, patriarcal, hace caso omiso, puesto que a las mujeres sólo se les concede la palabra en este terreno, si son médicas, y si repiten a pies juntillas el discurso único autorizado.

Por otra parte, nos dice nuestra autora, desde la mirada científicista y organicista del discurso médico obstétrico, las mujeres son vistas fundamentalmente desde una perspectiva biologicista como seres fundamentalmente sexuados, cuya función principal en este mundo, consiste en concebir y parir. Una mujer puede no tener pareja o compañero de ninguna clase, puede ser una gran política, científica, intelectual, lo que se quiera, pero si no tiene al menos un/a hijo/a, parece ser que su vida no tiene sentido. No ha cumplido con la “sagrada” función de la maternidad. Claro está que para quienes así piensan, queda la posibilidad de la maternidad “espiritual”, pues en toda mujer ven oculta una madre.

Puesto que la medicina en general y la obstétrica en particular, no articulan a las personas con su medio social, sólo culpan de la enfermedad al propio cuerpo que soporta el problema por el que se acude a la consulta. Jamás, por otra parte, la práctica médica se reconoce culpable de problemas causados a los/as pacientes. En el caso de las mujeres nunca el cuerpo médico reconoce que, en numerosos casos, las complicaciones que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, o en todo caso, durante la solicitud de atención ginecológica, son consecuencia de intervenciones, tratamientos no necesarios, omisiones o diagnósticos incorrectos o agresivos.

Por otra parte, y si bien es cierto que los/as médicos/as en general, se consideran dotados de una autoridad absoluta que derivaría de su saber, razón por la que se sienten superiores a sus pacientes, y con derecho a tratarlos/as, con altanería, groseramente a veces, o como si fuesen infantes, esto se agrava en el caso de la relación entre el/la médico/a y la mujer, que particularmente durante el embarazo, y sobre todo en el parto, se encuentra en una situación de absoluta vulnerabilidad. Todas conocemos historias de mujeres que han sido maltratadas verbalmente por su médico/a cuando no han sido agredidas incluso físicamente.

Por eso uno de los puntos clave del presente trabajo, es lo que la Doctora Camacaro llama: nudo crítico, y la citamos: “queremos rastrear en las mentalidades de obstetras, residentes y pasantes, lo subjetivo subyacente sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva, construido a través de la praxis obstétrica pautada para la atención de embarazadas de bajo riesgo en el modelo hospitalario.”

Y además de ello, nuestra autora muestra los avances que en materia legal ha habido en nuestro país, a pesar de los cuales, la situación de las mujeres en general, y muy en especial en el caso que nos ocupa, no ha cambiado mucho, porque, además de que por múltiples razones las leyes o normas no se cumplen, por falta de medios, por desinterés, o por desconocimiento, en el campo de la atención obstétrica es preciso vencer siglos de comportamientos anquilosados, y deshacerse de una ideología patriarcal que ve a las mujeres como objetos pasivos de un discurso omnisciente, el de la medicina, que según sus detentores no amerita ningún cambio ni corrección. Por eso, uno de los principales méritos de este trabajo, es que antes de enfrentarnos a los resultados obtenidos al realizar la investigación de campo en hospitales públicos, que nos pone frente a la realidad del comportamiento de médicos/as enfermeras/os y del sufrimiento y humillación de las mujeres, nos presenta un cuerpo teórico y metodológico sin los cuales los testimonios recogidos no pasarían de ser casos anecdóticos.

Efectivamente, la mirada teórica que nuestra autora apuntala muy bien desde el principio de su investigación, nos ubica en la teoría feminista, y en el interior de ésta, en la metodología de género. A partir de estas precisiones Marbella Camacaro va explicitando y fundamentando las categorías a partir de las cuales reflexiona. Mostrando cómo el patriarcado ha interpretado la diferencia sexual, reduciendo a la mujer a su ser biológico, y cómo es

preciso que las propias mujeres, en búsqueda de la propia identidad, realicen estudios críticos como éste, transgrediendo las normas establecidas por el “sacrosanto” poder masculino. Todo ello se hace para lograr, como expresa muy bien nuestra autora, “que lo masculino y lo femenino, siendo indefectiblemente diferentes, encuentren un espacio social posible para la equidad entre mujeres y hombres” Pág. 45-46.

Un punto culminante de la propuesta teórica de Camacaro es el que se refiere a la construcción socio-histórica de la identidad femenina por parte del discurso médico, académico y oficial. Particularmente la obstetricia ha sido levantada sobre el control “de un acto, que sólo ocurre en la biología –reproductiva, social y psíquica de las mujeres”. Haciendo un recorrido histórico, nuestra autora nos muestra cómo a mediados del siglo XIX, la atención del embarazo, del parto y del puerperio, les fue arrebatada a las mujeres para convertirla en un acto medicalizado, que debe ocurrir dentro de la institución hospitalaria y bajo un control médico homogéneo, donde la mujer es además desposeída de su cuerpo y de su dignidad como persona. En este punto de su trabajo, se acerca a las diferentes etapas de la historia de la obstetricia, con el fin de romper de una vez por todas con la identificación de la mujer con la maternidad y la naturaleza.

Destaca al final, para cerrar este capítulo teórico, cómo desde la consciencia adquirida a partir de la Teoría feminista, las mujeres investigadoras de estos temas, hacen un verdadero trabajo militante, al mostrar cómo en cada período histórico, apoyándose en la religión, o en la ciencia o en ambas, de lo que se ha tratado es de convencer a las mujeres de que son seres débiles, inferiores, destinadas a soportar la carga de la reproducción de la especie, y que además, deben estar agradecidas cuando las instituciones médico-hospitalarias, se apropian de sus cuerpos y de los de sus hijos/as, so pretexto de ayudarlas a llevar adelante eficazmente sus embarazos y partos, por el mejor bien de la humanidad, que es el señuelo con el cual elevan a la función maternal a un sitio en el cual ninguna humana real puede estar mucho tiempo.

En un capítulo de excepcional importancia, nuestra autora aborda, mediante una mirada teórico-metodológica, una rendición de cuentas de la metodología de género empleada por ella para de-construir el orden simbólico a partir del cual opera la ciencia en la sociedad patriarcal, mostrando la concepción de la mujer y de la ciencia “que subyace en la mentalidad de las/os especialistas en obstetricia (adjuntos y residentes) así como de las/os pasantes de obstetricia” pág.107 En este apartado también delimita con rigor, los lugares en que se produce el encuentro dialógico de la investigación, la selección del grupo sujeto de estudio y los demás métodos y técnicas de obtención y procesamiento de la información.

El punto álgido se alcanza finalmente en el capítulo titulado: “Deconstruyendo los simulacros hegemónicos”, en el cual nuestra autora muestra y demuestra lo que constituye el punto central de su investigación: la forma en que la medicalización excesiva de la vida humana, y particularmente de los procesos de las vidas reproductivas de las mujeres, que no sufren de ninguna patología (menopausia, menstruación, embarazo, parto, lactancia), las somete a procedimientos y tratamientos que traen consigo secuelas negativas para su salud, debido a los tratamientos en sí mismos, pero también porque, al tratarlas como enfermas, las mujeres ven reducidas sus posibilidades “de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica, y hasta cotidiana.” Pág.126

A partir de allí Camacaro va desgranando la terrible letanía de las entrevistas a obstetras, residentes y pasantes, que muestran cómo, en los hospitales públicos, las mujeres,

desde que llegan a parir, son atrapadas en un protocolo en el cual son tratadas como meros cuerpos que son manejados y manipulados siguiendo unas normas estrictas. En ellas, poco cuenta la identidad de la persona, sus necesidades, su propio proceso en el acto de parir, y su derecho a no sufrir tratamientos o prácticas innecesarias, en medio de los cuales, además, las mujeres no pueden ni siquiera ver a sus hijos/as una vez nacidos/as, y mucho menos sentir su calor y darles el suyo. Aunque en cantidad son menos, los testimonios de las mujeres son prácticamente todos horripilantes, corroborando de una manera terrible, porque lo han sufrido en carne propia, los testimonios del cuerpo médico de los que ya hemos hablado. Con respecto a dichos testimonios, deja en claro nuestra autora, que la fuerza de la razón tecnocientífica en este campo es tan grande, “que logra anular en ellos/as, la posibilidad de contestación, de considerar críticamente su actitud, mediante el afianzamiento de una mentalidad que califica como impropio del hacer científico el reconocimiento de todo aquello que no se haya inscrito en ese saber/hacer.”

Por otra parte, leemos de boca de dos informantes clave, como los denomina la autora, una reflexión crítica sobre lo que como obstetras han aprendido en los manuales y escuelas oficiales, y su acercamiento a otras propuestas como las de Robbie Davis, que les permiten comprender las ventajas y posibilidades del parto vertical.

En la última parte de este capítulo, recoge nuestra autora las quejas, rechazo e incompreensión de la gente médica (médicos/as, pasantes, residentes) con respecto a la nueva *Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, que incluye por primera vez la violencia obstétrica, como ya hemos señalado. En estas protestas queda ejemplificada la actitud prepotente e intolerante del cuerpo médico en general, frente a cualquier situación en la cual su práctica médica sea sometida a evaluación.

En las conclusiones, nuestra autora no hace recomendaciones ni concluye de forma definitiva, puesto que este trabajo de investigación es parte de una lucha que tiene que seguirse desarrollando. Con el apoyo de la nueva *Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, es mucho lo que aún falta por hacer para que las mujeres se empoderen, para que las embarazadas no sean vulnerables y tomen conciencia de sus derechos frente al poder patriarcal y médico en particular, y para que la institución médica sea capaz de reconocer a las mujeres como sujetas y dueñas de sus vidas, de sus cuerpos y deseos, y pongan sus conocimientos en diálogo con los suyos, para proporcionarles una verdadera calidad de vida. Esto es todavía algo muy utópico, pero no cabe duda de que si no empezamos ya a luchar y a continuar las luchas que se han ido dando, nunca llegaremos “a la tierra prometida”, que debería estar ya al alcance de nuestras manos y de nuestros pasos. A todo ello, contribuye y con creces, este trabajo pionero de Marbella Camacaro, de cuya lectura todo es aprovechable, y que además, cosa rara en este tipo de trabajo, se lee con agrado, e incluso con pasión.

DRA. GLORIA COMESAÑA SANTALICES

**Profesora Titular de la Universidad del Zulia
Doctora en Filosofía (Universidad de Paris I, Panteón-Sorbona)**

CAPÍTULO I

ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

El horizonte de la mirada

Nuestro cuerpo no puede prescindir de sus caracteres naturales, sobre esta realidad ha sido fabricada la subordinación de la mujer. Las dificultades para expresarse y ser reconocida como persona, miembro participe de la vida social, han estado ligadas esencialmente a su ser mujer, a su funcionamiento natural, y por ende al cuerpo.
Franca Basaglia.

Acercarnos a la discusión del discurso y la praxis de la atención obstétrica, pautada en el modelo hegemónico hospitalario del país, pone en el tapete las más recias contradicciones entre lo natural y cultural; maternidad como destino o decisión de vida; producción y reproducción; salud y enfermedad; saber de las mujeres y saber científico; maternidad biológica y maternidad social, en fin, es una discusión que entraña las más controversiales posturas sociales. En virtud de ello, es importante ir aportando algunas acotaciones como huellas del camino teórico desde donde abordamos esta investigación.

Aun cuando los procesos reproductivos pueden y han sido considerados naturales desde la perspectiva fisiológica y anatómica del cuerpo femenino, los mismos están indefectiblemente atravesados por la cultura, vivenciándose de manera diferente en las diversas sociedades, donde son pautados por los intereses políticos, ideológicos, económicos, y, en última instancia, históricos.

Podríamos decir entonces que el modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, el cual es uno de los epicentros de esta investigación, se sustenta en una

lógica ideológica que impregna de significados los distintos sucesos como el embarazo, parto y puerperio, conteniendo y reproduciendo a su vez, una concepción social de la reproducción y de la maternidad. Todo este andamiaje es soportado y soporta, sin ningún espacio para la duda, una manera de pensar, mirar, concebir a la mujer en ese espacio social en que anida la hegemonía del discurso médico occidental.

Al respecto señala Michelle Sadler que:

“La constitución del conocimiento autorizado es un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad. Y llega a ocurrir que los participantes ven el orden social así construido como el orden natural de las cosas. De este modo, se puede decir que el conocimiento autorizado es persuasivo porque parece natural, razonable y construido consensualmente, por tanto, su poder radica no en que sea el conocimiento correcto, sino el que cuenta”. (2003: 6)

En las sociedades occidentales, en un momento histórico determinado, el cual será tratado con mayor profundidad en el marco teórico, el poder se apropia del control de la reproducción, por ello, la atención medico-obstétrica trastoca los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud, y cambiando el escenario y la escena, pues se traslada del hogar a los hospitales, concebidos éstos como el espacio que garantiza seguridad para las madres y los/as recién nacidos/as, gracias a la *indiscutible verdad* de la ciencia y el saber médico.

Si queremos hacer visibles los rincones ocultos del proceso microsociedad de la atención obstétrica, hemos de remitirnos al entretejido de postulados y enunciados que soportan una organización social, más que eso, hemos de dar cuenta de la deuda histórica que tiene, sin pagar, el patriarcado con las mujeres, quienes han sido el objeto de sus desmanes. Por ello, no

deja de tener razón Michelle Crampe-Casnabet, cuando teoriza sobre los discursos masculinos que han dado cimiento a la cultura occidental, aproximaciones teóricas en las que queda endeudado el discurso médico obstétrico, señalando que:

“... se establece, para ambas mitades desiguales del género humano, una doble manera de decir, de escribir, de definir. Los discursos masculinos que tienen por objeto la mujer emplean siempre la primera persona del plural: nosotros. “Nosotros” es el conjunto de hombres que se proponen instaurar una teoría de la otra mitad. Hay todo un enjambre de ejemplos que ilustran este centro no neutro de la palabra viril. Al “nosotros” que designa la comunidad masculina se opone el “la suya” que designa la femenina. Nuestro sexo, nuestras virtudes, nuestras costumbres, nuestro papel, no son los suyos”. (2000:348).

El discurso médico hegemónico nace, crece y se perpetua nutrido por la episteme patriarcal, de modo que si dirigimos la mirada hacía el discurso que habla de la sexualidad y reproducción del cuerpo femenino, constataremos que los índices de supervivencia del patriarcado son óptimos. La medicina fue construyendo una apreciación de la anatomía y la fisiología de la mujer, tomando como patrón de referencia al hombre. Los sujetos masculinos se adueñaron de la tarea de hablar del cuerpo femenino, de sus procesos, centraron la atención en aquello que les era ajeno a su cuerpo, como el útero, las menstruaciones, el embarazo.

Silvia Tubert teórica crítica de psicoanálisis desde el feminismo, es una referencia obligada en éste planteo teórico, palabras más palabras menos, sustenta que los médicos retoman, durante la época de Las Luces, en lo que respecta a la mujer, un determinismo biológico, que no deja de remitir al finalismo, principio fundado en siglos anteriores, pero revivido para pensar sobre las mujeres en el iluminismo. Así nos dice:

“La enciclopedia Diderot y D'Alembert destaca los signos anatómicos, como la pelvis ancha, revelan la predisposición a la maternidad, y concluyen: todos estos hechos prueban que el destino de la mujer es tener hijos y alimentarlos. Todos los futuros descubrimientos se interpretarían de manera que confirmen esta conclusión. Del hecho de que la mujer tiene la capacidad de ser madre, el finalismo de la época deduce que *debe* serlo, e incluso que no debe *ser más que madre*. (1991:36)

Siendo los varones el modelo, el paradigma que pautaba la construcción socio-cultural de las mujeres, lo que no se parecía a ellos, es decir, lo diferente, siempre fue considerado inferior. Allí se encuentra uno de los nudos históricos que explican por qué la diferencia entre hombres y mujeres se expresa como desigualdad en el mundo de la sociedad y la cultura.

Ir desanudando los rigores históricos que han construido una concepción de mujer, es una tarea política que nos remite a pensadoras como Simone de Beauvoir. Es imprescindible aquí recordar la celebre afirmación:

“No se nace mujer; llega una a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado, al que se califica como femenino. Solo la mediación de un ajeno, puede constituir a un individuo en otro”. (1977: 13)

A propósito de este merecido reconocimiento a una autora cuya obra sigue siendo imprescindible, y estrechando lazos con lo lúdico del acto de investigar, consideramos válido y oportuno comentar un suceso de la cotidianidad, que viene a poner en evidencia que el patriarcado vive plétorico de salud, hasta en los ámbitos “académicos” del siglo XXI. En repetidas ocasiones, en conversaciones sostenidas sobre nuestros temas de investigación, durante jornadas o cualquier tipo de encuentro académico, nos sugerían, para nuestro bien

académico, que no apoyásemos los planteamientos en aportes de Beauvoir, porque ella representaba un feminismo atrasado, fuera de moda. Lo patético del caso es que muchos de quienes nos aconsejaban, en sus trabajos, ni siquiera hablan por sí mismos, sino que son portadores de una hemorragia de citas de autores del siglo XIX, cuyas voces, en tanto masculinas, parecieran ser verdades vigentes por los siglos de los siglos.

Elaborar este desmontaje del imaginario colectivo sobre lo femenino, no solo como condición natural, genética, biológica, sino como construcciones socio-culturales moldeadas por la lógica del poder dominante de una organización patriarcal, es ir dando cuenta del compromiso teórico de asumir la perspectiva de género como categoría que atraviesa, en todas sus dimensiones, este trabajo.

Hilvanando ideas con párrafos anteriores, retomaremos las acotaciones sobre el cambio de protagonistas y de escenarios que impuso la lógica médica en la atención obstétrica. Podemos decir que estos cambios vienen a marcar con tinta indeleble la vida reproductiva y la sexualidad de las mujeres, quienes además de responder a lo que la sociedad espera de ellas, deben dar cuenta en sus cuerpos sexuados de las exigencias de profesionales e instituciones de salud. En 1996, Robbie Davis-Floy, (citada por María Isabel Blázquez), nos dice:

“... la historia de la obstetricia es la de la separación entre la procreación y la sexualidad, la mujer y la madre, el feto y la madre. Esta fragmentación se visibiliza en la alineación de la mujer que sólo es considerada desde una visión reduccionista, que prima al feto/embrión, a lo que sucede en sus órganos reproductores, con un enfoque organicista y científico sin tener en cuenta otras dimensiones que definen las formas de enfermar o de vivenciar estos procesos por las mujeres.” (2005: 9)

La visión organicista y científica deja por fuera la relación protagónica de y entre las

mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. El saber de las mujeres es descalificado por la autoridad del saber médico, solo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y fundamentalmente controlar a la parturienta: el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica. A través del tacto técnico el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstétrica...”Señora está lista”, ...”te faltan tantos centímetros”, ...”espera hasta que te diga que pujes”..... A diferencia de esto, y en palabras de Blanca Pelcastre, la relación de la parturienta con la partera connota significados muy importantes en la subjetividad que entrañan los momentos vividos durante el parto:

“Uno de ellos está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en estas últimas ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados”. (2005: 376)

El trato que reciben las mujeres en los espacios destinados para la atención obstétrica en los centros públicos ha sido preocupación de algunas investigadoras en el país, entre ellas es meritorio mencionar a Gloria Comesaña Santalices, quien acota que:

“Especial mención merece el trato que se da a las mujeres marginales en los hospitales y centros públicos de maternidad. Recibidas y atendidas en una infraestructura material subdotada, por un personal escaso, y en general poco calificado, compuesto por personas irritadas y deshumanizadas por el ambiente y la fatiga, pagan con el dolor de sus cuerpos el pertenecer a las clases desposeídas de un país subdesarrollado”. (1991: 123)

La permanencia en el hogar, la acogida entre mujeres, y la presencia familiar frente a la primacía del hospital como lugar idóneo para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva, conlleva a una encrucijada dramática frente a esta mentira que se empodera como verdad social; no podemos conformarnos con conocer la mentira, nos es preciso escudriñar su posibilidad de consolidación como realidad.

Esta última acotación nos remite a Michel Foucault quien dedica muchas líneas de disertación sobre el significado-significante de esa institución, al decir que:

“el hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es en segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger la enfermedad, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito”. (1978: 39)

¿Cómo han podido consolidarse y circular, entre lo individual y lo colectivo, las representaciones sobre el hospital como el espacio posible para la atención obstétrica? Allí, se dan, sin ninguna contestación social, partos normales junto a emergencias obstétricas sépticas, clasificados así por la propia academia obstétrica, nacimientos de niños/as sanos/as a corta distancia de heridos por violencia callejera, mujeres desnudas con las piernas abiertas expuestas a quienes se desplazan a sus alrededores, por mencionar solo algunas escenas que se viven en salas de parto hospitalarias.

Otras aristas de un mismo horizonte

Encaminando la fundamentación teórica del trabajo, precisamos pincelar otras

aristas imbricadas en la constitución supuestamente científica del discurso médico. Nos referimos a la lógica-formal positivista desde donde esta ciencia nutre su concepción de salud y enfermedad. Como ciencia postulada en la modernidad se inscribe en el paradigma de la *objetividad, neutralidad, verdad*, lo que conlleva a su legitimación en la organización social como lo bueno, lo adecuado, debiendo exorcizarse a quienes lo adversan. Dice Rigoberto Lanz:

“La “neutralidad” (en la vida cotidiana, en la política, en la ciencia, etc.) es un prototipo de “cosa justa” alimentada por todos los medios de que dispone la hegemonía ideológica. Esta “objetividad” como estado terminal o como declaración de fe; las opiniones, hechos, relaciones o personas que son percibidas como “imparciales”, reciben automáticamente una valoración positiva. Como contrapartida las personas, relaciones, hechos u opiniones que son captadas como “comprometidas” entran inmediatamente en una región sospechosa.” (1988: 81).

La ciencia médica “es un conocimiento cerrado, eminentemente biologicista, individualista y ahistórico. Un modelo patriarcal de poder, con categoría de dogma ya que el médico es el único que sabe y la intervención tecnológica es lo único que puede curar” (María González, 2005: 27).

La concepción biologicista del discurso privilegia la biología del cuerpo, además de una visión mecanicista de la relación de éste con el entorno, disimulando los acontecimientos sociales como determinantes de la salud y la enfermedad. Reconoce como determinantes de la enfermedad lo que ocurre en los organismos individuales, el cuerpo humano se coloca como objeto de esos males. La dimensión social de la vida, para el discurso médico hegemónico, carece de primacía como proceso determinante en la salud y la enfermedad.

Dentro de la rigurosidad del método científico sobrevive la exigencia de aportar datos, especialmente estadísticos, los cuales deben expresar la magnitud del problema a investigar, o expresan la “verdad” obtenida a través del método, por ejemplo en el caso de la salud, en los datos se soportan los levantamientos de los perfiles epidemiológicos, en relación a éstos podemos señalar que:

Precisamente los datos epidemiológicos, que circulan sobre la salud reproductiva de las mujeres, nos permitirán evidenciar cómo se obvia, entre otros aspectos, la referencia de la atención médica como posible causa de morbi-mortalidad, interpretando los datos de enfermedad como problemas que ocurren en el cuerpo de las mujeres, encubriendo así la responsabilidad que el tipo de organización social, la institución hospitalaria, la práctica médica, entre otras, puedan tener. (Camacaro, Marbella 2008:103)

Quiere decir entonces que lo que la ciencia médica enuncie como salud y enfermedad queda como un dato incuestionable, inobjetable, porque aquella dota a éste, de pretensiones de científicidad, dada su objetividad, neutralidad, veracidad. Citamos de nuevo a Rigoberto Lanz, quien señala:

“La científicidad constituye una determinada reglamentación gnoseológica que se corresponde con la propia esencia del modo de producción del conocimiento dominante. Ésta legalidad científica se expresa en un discurso específico, un modo de recortar los procesos reales, un particular régimen de verdad; un Método, unos conceptos y categorías, una singular clasificatoria”. (1988: 74).

Un fenómeno que desborda dramatismo y expresa fehacientemente lo tratado anteriormente, viene a ser los índices de las causas de muerte materna. Antes señalaremos que desde lo epidemiológico, dichas causas se clasifican en causas obstétricas directas e indirectas. Las indirectas se refieren a enfermedades previas al embarazo, las cuales se agravan con el

embarazo mismo y/o el parto. Como este trabajo versa sobre la praxis obstétrica, son de especial interés las causas directas de muertes maternas, es decir, aquellas asociadas a complicaciones del embarazo, del parto, y del puerperio, **que se producen por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o por eventos por estos ocasionados**, por lo que se estima que en su mayoría podrían ser controladas, y constituyen una proporción mayor del 90% del total de las defunciones maternas, en América latina.

El aborto, por ejemplo, se encuentra entre las primeras causas directas de muertes maternas en mujeres jóvenes, lo que significa que estas muertes pueden prevenirse. Sin embargo, las cifras indicadoras de esta mortalidad se pasean frente al colectivo social sin que haya ninguna contestación. Nos referimos específicamente al aborto porque hoy es la discusión que tiene prioridad en la agenda de los asuntos relacionados con la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres.

Los determinantes de la salud y la enfermedad materna son expresados a través de las ocurrencias orgánicas, por ejemplo: porcentajes de hemorragias, toxemias, infecciones, abortos, entre algunos. En el mejor de los casos se hace referencia, como problemas que inciden en la salud y la enfermedad a: la cobertura de la atención, la calidad de los servicios, el costo de los mismos, por nombrar los más tomados en cuenta. Ahora bien, la relación medico/a-parturienta, las normas pautas de las salas de parto, la rutina médico-obstétrica, no son variables tomadas en cuenta en el diseño de los perfiles epidemiológicos oficiales.

Sin embargo, investigaciones cualitativas que han rastreado las voces de las mujeres, que son las que han experimentado el sufrimiento de la atención obstétrica en las salas de parto hospitalarias, refieren dramáticos eventos vinculados con la rutina médica aplicada en dichas salas, los cuales, sin ningún lugar a dudas, determinan la vida, la psiquis y la salud

sexual y reproductiva de dichas mujeres. Expondremos solo dos fragmentos discursivos para develar el impacto que tiene en la salud de las parturientas la dinámica obstétrica, (Marbella Camacaro, 2000:109)

“...Se me dilataron los vasitos de la cara, por el esfuerzo que hice, el médico me apuraba y decía: “puja, pues, que tengo un montón de mujeres esperando ¿no vas a pujar? ¡apúrate!”, prácticamente el esfuerzo lo hice en contra de mí misma. Me dejaron más de una hora en los ganchos, él se fue y me dejó ahí, nadie me dijo bájese, no me atrevía a bajarme porque tenía la placenta guindando, a la hora o más vino y me dijo: “bueno, ¿qué haces tú ahí”, esperando que me extraigan la placenta, “¡ay!, verdad”, me contestó el médico, me presionó el vientre y me sacó la placenta y me hizo la limpieza, como la niña me desgarró, cosió ahí sin anestesia...”

“... parí a las 10 pm, de los ganchos me bajaron a la una de la madrugada, porque la placenta la tenía pegada, no salía, la doctora me dijo: “te voy a dejar porque tengo otro parto, puja varias veces y si sientes que sale algo, me llamas”, no salía nada, ella venía y me metía la mano y me daba para que saliera la placenta, a la 1 a.m., cuando me pasaron a la camilla, me desmayé, no sentía las piernas, me desperté con un suero en la vena, con la niña entre las piernas en la camilla,...”

Los propios riesgos que señalan los datos oficiales como causas de morbi-mortalidad materna, tales como: las hemorragias, septicemias, toxemias, complicaciones del puerperio, son consecuencia en la mayoría de los casos del tipo de intervención y práctica médica, más que de las condiciones de vida y del estado de salud de la madre, o de acceso a los centros de salud y a las nuevas tecnologías, disponibilidad de tratamiento, etc. Tanto es así, que el agotamiento materno, que es un indicador señalado como determinante de salud-enfermedad, lo relacionan con estrés físico y psicológico debido a las condiciones de vida de la mujer, pero no se habla del agotamiento materno causado por las largas horas que las dejan en las mesas ginecológicas, las horas y días que se quedan sin comer y sin beber agua en la sala de partos

del hospital, las largas horas que pasan acostadas con un suero en vena sin poder caminar, ni moverse.

Buscar otros caminos de abordaje, más allá del número, sin menospreciar la importancia de sus aportes, es aproximarse al compromiso de develar que la enfermedad y/o muerte de una mujer por motivos asociados a la maternidad, debe ser entendida como expresión de la enorme desventaja que experimentan las mujeres en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de su sexualidad y de la maternidad deseada.

Precisando la mirada

Aquí llegamos a uno de los puntos de tensión de este trabajo, ya que el nudo a desatar estuvo vinculado con el discurso y la praxis de la atención obstétrica. Para aproximarnos al desenlace de ese nudo crítico: requerimos rastrear en las mentalidades de obstetras, residentes y pasantes, lo subjetivo/subyacente sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva, construido a través de la praxis obstétrica pautada para la atención de embarazadas de bajo riesgo en el modelo hospitalario.

Los testimonios de ese grupo humano involucrado en la atención obstétrica, fueron entonces las piezas del rompecabezas que nos des-armaran ese imaginario, esa mentalización, esa conciencia social.

Otros propósitos de la misma mirada

Uno de los nortes de esta investigación fue inferir los determinantes de salud y enfermedad vinculados a la vida de las mujeres y ocultos en los discursos médicos dominantes. Para ello, desmontamos quienes somos las mujeres para la ciencia médica y su

disciplina obstétrica, lo que develó los criterios del paradigma biomédico sobre salud y enfermedad, relativos a los procesos reproductivos de las mujeres, entendiendo a la vez que la ciencia médica, en el plano de la disciplina obstétrica, se deja habitar por la lógica de organización social patriarcal, que ubica a las mujeres desde la perspectiva de la visión del sujeto masculino sobre el mundo.

Nos propusimos deconstruir una consciencia social para irrumpir en el orden simbólico, hacer visible el sentido de las designaciones, de los valores que han operado desde la lógica del poder dominante de la ciencia y de la sociedad patriarcal, como únicas y “naturales” legitimaciones de la opresión específica que sufren las mujeres.

Pertinencia de la mirada

Esta línea de investigación se inscribe como uno de los debates prioritarios de la agenda, nacional e internacional, sobre la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres.

Venezuela ha firmado convenios internacionales vinculados con los derechos de las mujeres, entre ellos, podemos mencionar:

- ▣ Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)
- ▣ Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)
- ▣ Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993)
- ▣ Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Naciones Unidas (1994)
- ▣ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la

Mujer. Convención de Belem Do Pará (1994)

▣ IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (1994)

▣ IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing (1995)

▣ Mujer 2000: Equidad de Géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI

De esos tratados los que más han dado impulso a la protección y promoción de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva han sido los firmados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (1994) realizada en el Cairo, y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995). Estas dos conferencias condujeron al reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres es un asunto de justicia social, y que el logro de la salud tiene como vía el mejoramiento de la aplicación de los derechos humanos contenidos en las Constituciones nacionales existentes y en los tratados regionales e internacionales de los derechos humanos.

Venezuela cuenta con una Constitución, y con algunas leyes y normas que fortalecen la lucha por el cumplimiento de los derechos a la salud sexual y reproductiva. Dichos instrumentos se han consolidado gracias, entre otras razones, a la presión de los movimientos de mujeres y de algunos hombres comprometidos pertenecientes a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como al trabajo de mujeres académicas.

Dentro de los acuerdos nacionales que se han materializado para dar cumplimiento a los compromisos asumidos por el Estado Venezolano, encontramos:

▣ La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993)

▣ La Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996)

- ▣ La Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente (1998)
- ▣ La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)
- ▣ El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002)
- ▣ Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. (2003)
- ▣ Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (2007).

Dada la realidad a la que deseamos acercarnos en nuestra investigación, nos parece pertinente hacer énfasis en algunos aspectos de los nuevos marcos regulatorios nacionales. Entre ellos, vale la pena mencionar que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela le otorgó a la salud rango de derecho social, tanto individual como colectivo, exigible y justificable, que trasciende el reduccionista campo de la enfermedad y de los servicios sanitarios, para colocarse en el campo de las políticas de calidad de vida, de carácter social y económico. Por otro lado, el imperativo ético de la Política de Salud se sustenta en identificar y disminuir el déficit de atención de las necesidades sociales y cerrar las brechas de inequidad por género, condición socioeconómica, pertenencia étnica, ciclo de vida y territorios. Entendemos que cerrar las brechas de género es dar respuestas de salud diferenciales a las necesidades reales de hombres y mujeres, a través de un marco regulatorio en salud, el cual estatuye la transversalización del Enfoque de Género en las políticas, estrategias y acciones que garantice equidad en las condiciones de calidad de vida y salud de todas las mujeres y hombres del país.

De los instrumentos legales que versan especialmente sobre asuntos vinculantes con esta investigación, nos interesa resaltar la *Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva*, aprobada en Noviembre de 2003, y la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* aprobada el 15 de Marzo de 2007.

La *Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva*, contempla en su marco conceptual aspectos fundamentales de mención obligatoria en este trabajo, entre ellos debemos destacar que dicha norma conceptualiza la cultura como un determinante que incide en la visión y desarrollo de la sexualidad, porque moldea los comportamientos esperados de mujeres y hombres en cada sociedad. Por ello, el enfoque de género es tomado en cuenta en los principios filosóficos que fundamentan la norma. Podemos evidenciar que esta norma asoma una postura que toma distancia de las concepciones dominantes del discurso médico, pues se acerca a postulados menos reduccionistas al mirar la salud sexual y reproductiva, más allá de lo biológico, tomando en cuenta los diferenciales de género y la posición subordinada de la mujer en lo social. Podríamos decir que la norma produce una ruptura con el paradigma que atravesó, durante décadas, la única política de salud dirigida a la mujer: el enfoque materno-infantil. La *Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva* expresa:

“el modelo Médico tradicional,-como paradigma dominante de conocimiento de los procesos de salud enfermedad-, ha incorporado las concepciones del patriarcado para abordar la sexualidad y la reproducción. No puede ser de otra manera dado que la medicina es un conocimiento y una práctica social que se desarrolla en un contexto social e histórico y es expresión de las construcciones sociales: de allí proviene el enfoque materno infantil en la salud pública. El mismo implica un abordaje integrado del binomio madre-hijo, focalizado en los procesos de embarazo, parto, puerperio y el crecimiento y desarrollo del producto: el hijo e hija.” (2003:57)

Podemos observar una diferencia abismal entre los principios que sostienen esta norma, con respecto a lo que tradicionalmente ha sido la visión sobre la salud, la sexualidad y los derechos reproductivos de las mujeres en las políticas de salud de décadas pasadas.

Precisamente la norma se consolida porque entiende la necesidad de un instrumento regulatorio que visibilice los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos.

La *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, es el instrumento más nuevo, relativo a los derechos de las mujeres, que se ha producido en materia legal en el país. Dicha Ley merece una mención obligatoria en esta investigación, porque el capítulo III versa sobre las definiciones y formas de violencia contra las mujeres, y en su artículo 15 contempla la definición de violencia obstétrica, la cual reza textualmente:

“Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el 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”

Así mismo, en el Capítulo VI de los delitos, en el artículo 51, se considera 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 las mujeres 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/a y amamantarlo/a 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.

Este acercamiento a los marcos regulatorios que norman las conductas profesionales en

el área de la salud, y especialmente en la salud sexual y reproductiva, da cuenta del aval legal y de la importancia de investigaciones que pretendan acercarse a develar los discursos y las prácticas dominantes que han cercenado la vida de las mujeres, en nombre de un saber y un poder construido desde la visión androcéntrica.

CAPÍTULO II

LA MIRADA TEÓRICA

Otras precisiones de la misma mirada

*Nunca imaginé que lo natural de mi diferencia biológica
pudiese atentar contra mi autonomía y contra mi propia vida.
Testimonio de vida de una mujer latinoamericana
(Inédito)*

Hemos venido trazando huellas que nos han permitido sugerir el camino teórico de la investigación y el horizonte que queremos vislumbrar, pero dados los deslices epistemológicos que se generan por y en las tensiones sociales, se hace necesario ir puntualizando nuestras coincidencias y suscripción a los planteamientos de algunas investigadoras/es. Comenzaremos con los planteamientos de Gloria Comesaña, quien expone textualmente:

“...no ha sido la “perspectiva de género”, sino el feminismo y las feministas concretas y reales quienes, sobre todo en nuestro siglo, han abierto el debate y proporcionado los recursos necesarios a todos los niveles de actividad, para que se comprenda que la problemática de la mujer tiene un carácter político que engloba todos los aspectos de la vida, y que debe analizarse en términos de opresión, subordinación, explotación, y poder” (1995:104).

Cuando en el contexto del trabajo enunciamos la adscripción a la perspectiva de género, nos enmarcamos en la teoría feminista. Entendemos por feminismo una teoría y una epistemología, que hacen suya la contestación crítica y cuestionadora a las estructuras del poder patriarcal, porque despiertan la conciencia de que las mujeres somos un colectivo humano, discriminado, subordinado, oprimido por la otra mitad de ese colectivo humano: los

hombres. Dicha opresión ha sido una herencia histórica, no biológica, ni divina. La cultura patriarcal ha definido a la mujer, como lo que no debe ser el hombre, y viceversa, es decir, que masculinidad y feminidad, son construcciones opuestas y excluyentes. Y como quien define: el hombre, lo hace desde un lugar de poder, *ese otro* definido: la mujer, a quien se le niega el poder para definirse, pasa a ser lo desigual, lo opuesto, el otro.

En palabras de Fernando Mires:

“El patriarcado no es una realidad localizable, ni en un determinado espacio, ni en un determinado tiempo y, por eso, sus formas de existir son múltiples. (...) No es solo un orden económico, pero también lo es; no es solo una cultura, pero también lo es. Es mucho a la vez. Y eso quiere decir que no solo es microfísico, sino también multidimensional, y por eso, en palabras de Kate Millet: *es una de las ideologías más penetrantes de nuestra cultura* (...)” (1996:54).

Las incertidumbres identitarias de hoy, son innegables, ya no se pueden ocultar, y la aparición de un nuevo deseo, por parte de la mujer, de buscar una identidad propia, es uno de los sucesos, desde nuestra perspectiva, de los más radicales que fundan la emergencia de esas incertidumbres, en tanto, que ocasionan una alteración, sin precedentes, de modo que en el paradigma de realidad en que vivimos, se ha empezado a desmembrar el orden establecido de los signos.

Irrumpir, despojar de verdad lo establecido-dominante durante tantos siglos, es transgresor, pero de eso se trata, de transgredir. Para ello debemos desmontar el propio término y entender que transgredir no es dañar al prójimo, ni a sí misma/o, sino perder el miedo a destronar una lógica que ha nutrido la multiplicación y perpetuación de formas malignas de relacionarnos los seres humanos, un mal histórico que corroee la vida de las mujeres y también la de los hombres, en tanto seres humanos.

Nuestro trabajo se inscribe en esa circunstancia de pensamiento, más que de momento histórico, en el cual transgredimos lo establecido para encontrar el sendero de búsqueda de una identidad, de una realidad, de una constitución propia de la mujer. Ese deseo es un “desorden” que desarma el orden en el cual anida como realidad la ausencia de ser de la mujer. Es una ida hacia lo desconocido, es un tránsito que no da cuenta de una verdad absoluta, porque faltan letras por añadir a la historia, y palabras para articular el discurso, sólo abundan las dudas y sospechas, sólo persiste la sed de nuevos conocimientos contruidos desde la ruptura del silencio y del orden, desde la subjetividad de lo vivido; allí encuentra sentido este trabajo, estrechando las manos con otras investigaciones que vienen minando los fundamentos patriarcales en las sociedades.

Una vez abierta la discusión sobre el patriarcado, se hace necesario ir precisando algunos aspectos, que permitan avanzar y categorizar otros enunciados, inmersos en la misma discusión, pero puntuales para esta investigación. Así pues, expresamos la toma de distancia y la denuncia de lo androcéntrico de las definiciones relacionadas con patriarcado, patriarca y patriarcal, tal como son formuladas en el Diccionario de la Real Academia Española. Allí leemos:

Patriarcado. m. Dignidad de patriarca// (...) // 5.Sociol. Organización social, primitiva en que la autoridad es ejercida por un varón jefe de cada familia, extendiéndose este poder a los parientes aun lejanos de un mismo linaje. *Patriarcal*. *adj.* (...)// 2. Dicho de la autoridad o del gobierno ejercido con sencillez y benevolencia (...).*Patriarca*. m. Persona que por su edad o sabiduría ejerce autoridad de una familia o colectividad// 3.Dignidad de los obispos de algunas iglesias, (...)// 4.Título de dignidad concedido por el Papa a algunos preladados (...)// Para ponderar las comodidades de algunas personas.

Podemos observar en este Diccionario que ordena y pauta nuestra lengua, que las voces relativas al orden patriarcal son vinculadas con sabiduría, dignidad, poder, benevolencia, y que es mudo en referencia a otros sentidos que a lo largo de la historia se han dado al patriarcado y sus vinculantes, desde distintas disciplinas de las ciencias sociales, y desde el movimiento feminista, el cual fue el principal generador e impulsor de los debates sobre los contenidos de este término.

Lo importante es resaltar que esos debates, obviamente no acordaron una redefinición unánime, pero si coincidieron en algunos asuntos, por ejemplo: que el término no debe obviar la referencia a la dominación masculina y a las relaciones de poder a través de las cuales los hombres dominan a las mujeres; la introducción de la idea de una opresión específica de las mujeres; y señalar a la familia como la institución básica del patriarcado.

Tomando distancia del DRAE, compartiremos la noción de patriarcado expuesta por Alda Facio (1995:42-43):

“Es un término que se utiliza de distintas maneras para definir la ideología y estructuras institucionales que mantienen la opresión de las mujeres. Es un sistema que se origina en la familia dominada por el padre, estructura reproducida en todo el orden social y mantenida por el conjunto de instituciones de la sociedad política y civil, orientadas hacia la promoción del consenso en torno a un orden social, económico, cultural , religioso, y político, que determina que el grupo, casta o clase compuesto por mujeres, siempre está subordinado al grupo casta o clase compuesto por hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder como las reinas y primeras ministras, o que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder como lo es el poder que ejercen las madres sobre los/as hijos/as.

Las instituciones por medio de las cuáles el patriarcado se mantiene en sus distintas manifestaciones históricas, son múltiples y muy variadas pero tienen en común el hecho de que contribuyen al mantenimiento de las estructuras de género que oprimen a todas las mujeres. Entre estas instituciones están: la familia patriarcal, la

maternidad forzada, la educación androcéntrica, las religiones, la historia robada, el trabajo sexuado, el derecho monosexista, la ciencia ginope, etc.”

Así mismo, compartimos las coincidencias teóricas que existen entre algunas pares investigadoras, señaladas como puntos de acuerdo por Teresita De Barbieri, a quien citamos a continuación:

“...los acuerdos están centrados en tres puntos fundamentales: *a*) acabar con lo que se ha llamado más recientemente la “ceguera de género” en la investigación social; *b*) producir conocimientos que den cuenta de las condiciones de vida específicas de las mujeres; *c*) producir una teoría o los conocimientos necesarios para liquidar la desigualdad y subordinación de las mujeres, es decir, que tengan referente (más o menos inmediato) para la acción política feminista (cualquiera que sea el sentido de la misma)”. (2002:105).

Parafraseando a esta misma autora, acotamos que los treinta años de debates en Ciencias Sociales (de los cuales algunos estudiosos no se han enterado), en torno a las mujeres y el feminismo, no han sido tiempo perdido. Existe un lado positivo del cual enorgullecerse:

“la creación, a partir de malestares propios y colectivos y demandas políticas, de un objeto de estudios nuevo. Este no es otro que una dimensión de la desigualdad social, específica, que no se subsume en el espacio económico (clase, estrato), ampliamente estudiado y reconocido en la tradición de la sociología, la ciencia política y las ciencias sociales en general. Y tampoco se subsume en otro eje fundamental de la desigualdad, el de las etnias y razas. Esto significa que –desde el punto de vista analítico- las desigualdades en torno a los cuerpos humanos sexuados tienen un ámbito específico, así como dinámicas propias de construcción y reproducción. Los problemas de género y de diferencia sexual corresponden a un espacio de las relaciones sociales y deben ser estudiados y explicados dentro del mismo”. (De Barbieri 2002:126).

La discusión que venimos exponiendo deja claro que el feminismo, además de una teoría, es un movimiento socio-político de mujeres y por supuesto de algunos hombres comprometidos; que parte del cuestionamiento de todas las estructuras de poder; que aspira, pretende y asume con su práctica una nueva trascendencia que avanza, sin pausa, hacia procesos liberadores en lo social, cultural, y político, hasta subvertir las relaciones humanas. Para ello es preciso, no sólo desestabilizar las referencias dominantes hombre – mujer, sino despojar de ropaje y corona al rey.

Otras categorías obligatorias

La sexualidad de la mujer ha sido escindida entre el saber del hombre –en función del deseo de su propia sexualidad- y la ignorancia de ese hombre –en función de lo que escapa a su representación de las posibilidades sexuales-; entre el poder del hombre que ordena la sexualidad y la posibilidad de desorden de un deseo diferencial.
José Lorite

La teoría feminista sustenta que la ineludible diferencia sexual entre mujeres y hombres, ha sido la realidad de la que más se ha nutrido el patriarcado, pues a partir de esta diferencia, el orden patriarcal construyó una arbitraria lógica dicotómica de los roles sexuales, jerarquizada, legitimándose una vida social donde los hombres (genérico, no individual), son el sujeto universal, el referente único de lo humano, en un orden cultural que transita casi todos los espacios sociales.

En esta investigación la cuestión de la diferencia sexual de la mujer respecto al hombre, es una de las obligatorias encrucijadas teóricas donde debemos detener la mirada y escudriñar lo oculto de los discursos dominantes sobre el cuerpo de la mujer. Y es así, porque las aproximaciones a donde proponemos asomarnos, entrañan precisamente la discusión del

cuerpo, la sexualidad, la maternidad, contracepción, aborto, es decir, eventos de vida-muerte que sólo las mujeres experimentan en sus cuerpos, psiquis y vida cotidiana. Experiencias que son vividas con el peso de la impronta de un sistema socio-simbólico que hace del cuerpo de la mujer su propia cárcel. Un cuerpo sexuado con una sexualidad significada por OTROS, un cuerpo sobre el que deciden las leyes, la religión, la ciencia, discursos dominantes pensados y hablados por los ilustres hombres *sobre* las mujeres, *a propósito* de las mujeres, en *relación* a las mujeres; constructos de significados donde la mujer se ignora, donde su realidad es la propia penumbra de su irrealidad.

La diferencia sexual es expresión ineludible de la naturaleza, viene a ser la más indiscutible, inequívoca, e inexorable realidad de la diferencia entre las/os humanas/os. Pero es a la vez una construcción innegable de la historia de la cultura, en tanto interpretación arbitraria de esa diferencia. Ahora bien, esa diferencia sexual, en nuestros planteamientos, no constituye el alter ego que une a las mujeres en un clan para la construcción de la sujeta femenina y del nuevo orden histórico.

Sostenemos que la diferencia sexual, la diversidad del cuerpo de la mujer respecto al hombre, ha sido un dato natural que ha tenido una lectura social masculina, con una consecuencia histórica de opresión de la mujer por parte del hombre, y que es la realidad histórica la que une a todas las mujeres del mundo, pues el control sobre el cuerpo de la mujer puede variar en grados de expresión y dramatismo, pero todas lo hemos sufrido como colectivo y como individuales.

Justo en este aparte del texto y contexto del trabajo, con la intención de enfatizar este punto clave de la discusión, vamos a traer, con inmenso placer y respeto intelectual, las disertaciones de Franca Basaglia, quien con suprema claridad teórica sostiene que el punto

central de la cuestión femenina es el cuerpo, con el cual la mujer – en su diversidad natural respecto al hombre y en su estrecha ligazón con la naturaleza- ha sido identificada, disertaciones que dan cuenta del andamiaje sustentador desde donde miramos el referente diferencia sexual.

Franca Basaglia aporta que:

“Es natural la diversidad del cuerpo de la mujer en relación con el hombre; es natural que esta diversidad exista en función de la procreación; es fisiológica la necesidad sexual de ambos sexos (...) si la mujer es una persona-el ser humano hembra y no la hembra del hombre como más fácilmente se la ha definido- estos elementos naturales deberían comportar siempre una reciprocidad. La diversidad de su cuerpo respecto al hombre vale tanto como la diversidad del cuerpo del hombre respecto a la mujer (pero Aristóteles dice: “la mujer es como un hombre estéril. La hembra es de hecho específicamente una impotencia”); la procreación es una función específica de la mujer que, sin embargo, en el momento en que se realiza, sigue siendo una persona con exigencias y necesidades, deseos y aspiraciones que van más allá de la procreación, (pero Nietzsche sostiene: “todo en la mujer es un enigma, y todo en la mujer tiene una solución: ésta se llama gravidez. El hombre es un medio para que la mujer: el fin es siempre un hijo); si la mujer es una persona, el placer sexual que el hombre extrae de su cuerpo es el mismo placer que la mujer extrae del cuerpo del hombre, (Pero Rousseau agrega: “...la mujer está hecha especialmente para el placer del hombre; si el hombre debe, a su vez, placerle, la necesidad es menos fundamental...”). (...) la diversidad natural del cuerpo de la mujer ha sido traducida –culturalmente- en desigualdad histórica; identificándola con aquel cuerpo distinto, para más fácilmente poder privarla de las necesidades subjetivas que hubieran impuesto un mínimo de reciprocidad”. (1978: 72)

La discusión del cuerpo de la mujer y su condición reproductiva es la punta del enmarañado ovillo de la cuestión de la opresión y control social de la mujer; su diversidad natural en relación al cuerpo del hombre, fue interpretada por él como lo opuesto, desigual, inferior, expresándose esto en la vida social con el control y la opresión sobre el cuerpo y la

vida de la mujer. Y léase bien, que en este momento decimos mujer y no mujeres, porque es vital acotar que, desde nuestro enfoque, y en sintonía teórica con Franca Basaglia, este enunciado de que es el cuerpo femenino y su condición reproductora, lo que da cuenta de la razón de su opresión en la construcción patriarcal de la sociedad, va a ser lo que reúne a todas las mujeres en una única categoría, cualquiera que sea la clase, raza, religión, etc., porque el control sobre ella está imbricado en el hecho de que todas las mujeres coinciden en todas las derivaciones que se le imponen por la diferencia sexual, sin dejar de reconocer que ese control que se ejerce sobre la mujer puede variar, en mayor o menor grado, según la clase, a la que pertenezca

Y... ¿Quiénes son las mujeres?

Bueno, en un ejercicio intelectual culturalmente aséptico, desde lo genético, desde lo biológico, podríamos decir que el sexo hembra es el sexo de base en todos los mamíferos; la programación embrionaria de base está dirigida a producir hembras (XX). La función de la Y es desviar la programación espontánea de la gónada embrionaria indiferenciada a formar un ovario, para producir un testículo, cuyas células producirán la testosterona, hormona que dirigirá la diferenciación sexual masculina.

Elizabeth Badinter, filósofa e historiadora, ha dedicado un buen tiempo a esta discusión, y junto a otras/os investigadoras/es mencionan los trabajos del científico Alfred Jost, quien demostró eventos importantes sobre la diferenciación sexual embrionaria, los cuales hasta ahora no han sido rebatidos, la autora señala:

”... castrando quirúrgicamente fetos de conejo antes de iniciarse la

diferenciación sexual: todos los fetos castrados se desarrollaron como hembras, cualquiera que fuera su sexo genético. (...) El macho se forma contra la feminidad primaria del embrión. (...) Durante las primeras semanas, los embriones XX y XY son anatómicamente idénticos, y están dotados de conductos masculinos y femeninos. Son sexualmente bipotenciales. En el feto masculino la diferenciación empieza hacia el cuadragésimo día, mientras que el feto femenino no se inicia sino hasta después del segundo mes, como si la programación femenina básica tuviera que ser contrarrestada en un estadio precoz en el caso de los machos: la presencia del cromosoma Y impone una masculinización rápida del esbozo, sin la cual éste evolucionaría hacia el tipo ovarial". (1994:73)

Las investigaciones han demostrado que podemos vivir con un solo cromosoma X, o con tres X. De la misma manera, que existen seres humanos masculinos con XYY ó XXY. Lo que no se ha dado nunca, es un ser humano dotado de uno ó varios cromosomas Y, que no estén acompañados de un X. La X pareciera representar el elemento humano básico, sin la X no hay ser humano posible. Así mismo, es innegable que la formación del individuo del sexo masculino y femenino está posibilitada por un hecho natural, universal, por ahora insustituible: el origen materno.

Ahora bien, como al referirnos a la evolución de la especie humana no podemos ser totalmente asépticas/os, ni escépticas/os, a la socialización ni a la cultura, precisamente por ser humanas/os, cabe la siguiente aseveración: esta inmanente realidad del origen de los sexos de la especie humana, tal vez sea la razón por la cual, el sistema patriarcal se ha fundado precisamente en la diferencia de roles e identidades sexuales.

Así pues, la diferencia sexual es un dato que trasciende lo natural-biológico, parafraseando a Gloria Comesaña, podemos decir que es el producto de la construcción histórica, social, política y cultural patriarcal, que ha tenido una repercusión radical en la historia de la humanidad, en detrimento, obviamente, de las mujeres.

La mujer reproduce la especie, y contradictoriamente en nuestras sociedades, y en casi todas las culturas, ocupa un lugar no privilegiado. Antes de continuar con el tópico, debemos aclarar que tomamos distancia de las posiciones que utilizan la innegable y comprobada realidad biológica de la diferenciación de los sexos, acotada en líneas anteriores, como dato que deba colocar, en el espacio social, en primacía a la mujer sobre el hombre; lo mencionamos precisamente para develar que el lugar invisible que ha ocupado la mujer en la sociedad, responde a una construcción socio-cultural y no natural. Otra de nuestras intenciones al realizar este desmontaje, es hacer nuevamente visible la falacia de la neutralidad de la ciencia, ya que es a través de sus propios métodos “científicos” como se comprueba la -ley biológica- del primer lugar de la mujer en la especie, y sin embargo, ha sido un dato soslayado en la academia oficial.

Producir conocimiento desde estos fundamentos ignorados en los discursos dominantes, es una búsqueda subversiva de la mujer, quien se escindió de la cultura patriarcal, y desea reconocerse a sí misma, encontrarse. Quiere que su deseo de *ser*, deje de ser el deseo que el hombre inventó sobre *su ser*, para que sea un deseo de *ser* con otras posibilidades. Dentro de esos posibles, está el lograr que lo femenino y masculino, siendo indefectiblemente diferentes, encuentren un espacio social posible para la equidad entre mujeres y hombres.

Entonces ¿quiénes son las mujeres, en la realidad histórica-social? Ellas han sido la mitad invisible de la humanidad, seres a quienes se les ha asignado un lugar social, que no ha sido diseñado, ni escogido por ellas, un lugar donde sus cuerpos, cuyo sexo biológico tiene la potencialidad de engendrar, parir, lactar, ha sido convertido en prisión, y esa potencialidad- posibilidad natural ha tenido una interpretación social, tan poco fundamentada, que se contradice por todos los intersticios, llegando a formar parte de comportamientos

inconscientes. Se trata de una trampa epistemológica que socializa lo natural como si fuese un dogma, con la concomitante construcción de una feminidad social, una maternidad social, una sexualidad social, “naturales”; en fin, una mujer que no es sujeto, porque no se ha definido a si misma, sino que ha sido designada por otros: los varones.

Alda Facio protesta porque quienes trabajan sobre la condición femenina han de demostrar siempre hasta el cansancio la discriminación, soportando hasta el absurdo la carga de la prueba... Así, escribe:

“...no quiero caer en la trampa patriarcal de que cada vez que las mujeres tratamos de profundizar y teorizar sobre nuestra condición y posición en esta sociedad, se nos pide que empecemos con la demostración de que realmente existe esta discriminación, opresión y subordinación de TODAS las mujeres, de la clase, etnia, preferencia sexual, edad, nacionalidad que sea –exigencia con la cual muchas tratamos de cumplir constantemente- para luego acusarnos de no “entender” o no “teorizar” sobre las causas de esta opresión.”
(1995:23)

Comprobando lo justificado de la protesta de Facio, la experiencia de las investigadoras en un medio académico misógino, ha marcado profundos surcos en el camino de producción de conocimiento, y tal vez por ello, les cuesta infinitos esfuerzos deslastrarse de esa trampa patriarcal, así que, asumiendo la no superación del trauma, de la trampa, es preciso ilustrar con hechos, la interrogante: ¿y quienes somos las mujeres? Innumerables sucesos vienen a la mente, pero para no caer en la pasión que entraña la interrogante y la neurosis de la justificación, solo mencionaremos dos hechos, uno cercano a nuestros pueblos y otro perteneciente a otra cultura, pero ambos vinculados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, dado el interés del tema para este trabajo.

Durante muchos periodos históricos, la vida, la salud sexual y reproductiva de las mujeres ha estado sometida, entre otros controles sociales, a las directrices e intereses de los Estados, por ejemplo, a través de las políticas de población, expresadas en el control de natalidad. Obviamente la mayoría de estas directrices enfocan su mirada en los pueblos pobres del mundo. Un inciso: es muy importante mencionar que en estas últimas décadas, especialmente en América Latina, se deslizan otros mecanismos, no tan explícitos como las políticas de población, pero igualmente basados en la apropiación del cuerpo de la mujer, los cuales facilitan el tráfico de niñas y jóvenes nacidas en esos mismos pueblos pobres, para que paren hijas/os en los países más ricos, donde la pirámide de población está invertida, y en el peor de los casos para que trabajen en la prostitución.

El caso más evidente de lo que veníamos mencionando, antes del inciso, es el de la década de los 70 en el pasado siglo, cuando se implementó el control de la natalidad, lo que trajo un aumento en el uso, por parte de la población femenina, de métodos anticonceptivos. Pero este aumento de la demanda de anticonceptivos, no se acompañó de una disminución de las tasas de mortalidad materna en América Latina, éstas siguieron manteniéndose, y siguen ocasionando un problema de salud pública, que todavía hoy ocupa uno de los primeros lugares entre las causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva. Este ejemplo permite demostrar que las políticas de población, centradas en el control de la natalidad, a través de programas de planificación familiar promoviendo la anticoncepción, fueron diseñadas desde una visión biologicista y androcéntrica de la mujer como ser únicamente reproductor, que se concentraron solo en el cuerpo y razón reproductiva de las mujeres, pero no fueron acompañadas de programas que mejoraran la cobertura y calidad de los servicios de salud, mucho menos tomaron en cuenta la

responsabilidad de los hombres en esa planificación familiar, y ni hablar de políticas que abordaran el tipo de atención obstétrica institucional.

La mayoría de estas mujeres, en la vida concreta y cotidiana, son quienes cargan con el peso de la crianza de sus hijos/as, quienes sostienen a su familia con trabajos inseguros, informales, mal pagados, y siguen teniendo sobre sus espaldas la responsabilidad de toda la familia, los problemas cotidianos de la comunidad; miles de ellas sobreviven a la violencia doméstica. Esas mujeres cargan agua, hacen la comida, cuidan la salud de las/os hijas/os, ancianas/os, y todo aquel que se anexe al núcleo familiar. En ellas recae entonces, la atención primaria de la salud, sin que el Estado lo retribuya, y sin que el colectivo social lo valore. Y cuando llegan a un centro de salud a buscar atención obstétrica, por mencionar un dato que interesa a este trabajo, son aisladas, sometidas a una norma coercitiva sobre sus cuerpos, -no camine, no coma, acuéstese, abra las piernas para hacerle tacto- los centímetros de la dilatación de sus úteros, darán la medida del aprendizaje de los/as internos/as. En el caso de que busquen atención por aborto son humilladas, son sometidas a comentarios irónicos y enjuiciadores, y lo más terrible es que la norma de rutina obliga a que sean atendidas en último lugar en la jornada diaria obstétrica. En una investigación realizada por Marbella Camacaro en algunas salas de parto públicas del país, se obtuvo, entre algunos testimonios, el siguiente:

“...el trato con las mujeres que llegan por aborto es el peor, siempre existe la sospecha de que es provocado, eso hace que la mayoría del personal tenga una actitud inquisidora, (...), ellas se sienten acusadas, tensas, son las últimas en ser atendidas, muchas veces llegan al mediodía y son las 2 a.m. de la madrugada y no han sido atendidas, la prioridad es la que llega por parto...” (2006: 66)

Las mujeres han sido, según el período histórico, la mercancía de los hombres, bien sea

para obtener usufructos en tierras, dotes, honor, placer, hijos... Han cambiado las formas de obtención de esos usufructos, pero la mujer ha sido el principal objeto de intercambio. Hoy la empresa médica, cosmetológica y estética sustenta su emporio en el cuerpo femenino: sin tetas no hay paraíso.

También las mujeres son aquellas a quienes en otras latitudes, apenas despuntan de la infancia se les practica la clitoridectomía (eliminación del clítoris), la infibulación (cosido y cerramiento casi total de los labios mayores y menores con diversos materiales, fibras vegetales, alambre, hilo de pescar...); o la circuncisión faraónica (extirpación del clítoris, labios, parte del útero y cosido de parte de la vagina); prácticas cruentas en las cuales se utilizan aparatos cortopunzantes, como cuchillas y pedazos de vidrio, y sin anestesia. Todas estas prácticas han sido producto de la creación e inventiva de los hombres, en su persecución histórica, por controlar la sexualidad femenina, mediante la eliminación de su sensación de placer y la vigilancia de su virginidad. Todo ello a pesar de que sus efectos pueden ser mortales, y quienes las han sufrido arrastran toda la vida secuelas físicas que van desde hemorragias e infecciones hasta infertilidad o quistes, además de que su vida sexual y la vivencia del parto se convierten en actos terribles, sin contar con las huellas psíquicas de un maltrato y una humillación sin precedentes. Esto, todavía en el siglo XXI, sigue siendo tema de conferencias, convenios, tratados, acerca de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, y está muy lejos de ser resuelto.

Iremos cerrando este aparte con un fragmento de José Lorite Mena:

“Nuestra época tantea su realidad ante las posibilidades de un desorden –quizás el más profundo que haya enfrentado nuestra especie–: la mujer se piensa. Esta auto-constitución desencadena una alteración sin precedentes en la noción-de-realidad de lo humano: una

bifurcación inédita del pensamiento y de la realidad. El punto de disyunción –una situación del pensamiento frente a la realidad– está caracterizado por la emergencia de un nuevo deseo: el del pensamiento de la mujer que busca una identidad propia”. (1987:11)

¡Ah! pero también en esa trama de poder opresivo, valga la redundancia, se cuele la contestación más radical de la historia contemporánea. Para expresarlo en pocas palabras: la mujer sospecha que su identidad es prestada, e intenta construir un ethos, donde se de la posibilidad de constituirse como sujeto. Así pues, *las mujeres son* un grupo humano que decidió interpelar todas las formas de relación en las sociedades y luchar por obtener lo que les ha sido negado.

Y...En el discurso médico
¿Quiénes son las mujeres?

La construcción socio-histórica de la mujer en el discurso médico, académico y oficial ha sido un asunto bastante tratado por estudiosas/os de la condición femenina. Obviamente en este trabajo es de obligatoria referencia, porque, por un lado se hace necesario denunciar el mito de la objetividad de la ciencia, y señalarla como un producto histórico y cultural, lo que explica su carácter ideológico, pero por otro lado, es preciso desmontar la forma en que esa ideología ha mirado y definido a las mujeres. Desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, sin dejar de tomar en cuenta las tensiones sociales que abren brechas y contestaciones durante los avatares históricos, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, y el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y cómo deben ser tratados sus cuerpos...sus vidas.

Hoy el desarrollo tecnológico, máxima expresión de progreso en nuestras sociedades, y

apoyo indiscutible de la ciencia médica, ha tenido un avance enorme a nivel de las tecnologías reproductivas, las cuales en los momentos actuales funcionan a partir de la ideología patriarcal sobre el cuerpo de la mujer, por ello, no es gratuito que los máximos avances a nivel de estas tecnologías, han sido en el campo de la reproducción femenina, no en la masculina. Todo ello se sustenta en la valoración de la mujer como madre, el discurso por el que transita la tecnología reproductiva es el de la maternidad social, en tanto que la esterilidad es vista como un des-orden biológico que requiere la intervención médica para salvar a las mujeres de su cuerpo fallido que les impide la maternidad.

Desandando el tiempo, señalaremos que el nacimiento de la medicina como saber académico no fue construido por las propias mujeres, porque se las excluyó. Señala Jacques Attli, que:

“la autonomía del saber médico en Occidente se afirma a principios del siglo XIII en la clase burguesa de las ciudades y su arte suele ser hereditario, quedaban excluidos de este saber los judíos, hijos de verdugos, bastardos y las mujeres. En el siglo XVIII, fecha en que la medicina moderna fija su nacimiento, los temas que se proponían para las tesis requeridas para obtener el diploma de médico, eran de este tipo: “La Mujer ¿es una obra imperfecta de la naturaleza?, “¿Tienen los bastardos más carácter que los hijos legítimos?”, etc. (1981:105)

Es importante recordar que el saber médico en Occidente estuvo enclaustrado en los conventos durante diez siglos y que la religión construyó históricamente una mirada de desconfianza hacia la mujer, sosteniendo, con profunda convicción, que las mujeres no tenían alma y podían ser fácilmente habitadas por el demonio, razones suficientes para mantenerlas recluidas y protegidas para que alcanzaran la pureza. El discurso sobre el cuerpo de la mujer y sus enfermedades fue pronunciado por los hombres de la Iglesia hasta el siglo XI. La religión

puso un sello imborrable en la concepción de la inferioridad de la mujer, dejando esa nefasta herencia ideológica al saber médico impartido en las universidades. El clero durante la Edad Media tuvo el monopolio de las fuentes de este saber que determinó la formación de los estudiantes en dichas universidades. El cristianismo y el saber médico hicieron un pacto histórico y se confabularon mutuamente.

En ese mismo orden de ideas, señala Mabel Burín,

“A partir del siglo XIII la medicina comenzó a tener un carácter exclusivamente académico y para los sectores sociales superiores y solo para varones, (...) las mujeres que tenían conocimiento de hierbas, ungüentos, jarabes, de traumatología, de ginecología, comenzaron a ser acusadas de que su saber provenía de pactos con el demonio, y fueron perseguidas sistemáticamente. A partir de aquí se establece una clara distinción entre una medicina académica y masculina, y la magia y hechicería “femenina”, encarnadas por las brujas, condenadas por criterios a medias religiosos (como criaturas demoníacas) y científicos (como criaturas irracionales “locas”) (1993:316)

Entonces, ese privilegio del saber-poder reservado para los hombres de la élite social, fue lo que arraigó en la cultura de la profesión médica como símbolo de poder y estatus. En esa época en algunos lugares a las mujeres les fue permitido el ejercicio médico, se conoce de médicas que impartían clases, pero siempre como una concesión de los hombres, además sólo participaban en aspectos relacionados con obstetricia, cuidado del niño, es decir, en “tareas de las mujeres”. Esos espacios eran permitidos, no por valorizar con equidad la destreza intelectual de la mujer, sino porque para la Iglesia era “pecaminoso”, atentaba contra el “pudor” femenino que los hombres trataran asuntos vinculados con la sexualidad de la mujer, y para la ciencia era de poco prestigio que un médico se ocupara de asuntos femeninos.

A título de entretenimiento histórico y para reflejar cómo por siglos esa misoginia ha sido heredada, dedicaremos unas líneas a la narración de las vicisitudes que vivieron las mujeres que se atrevieron a exigir el derecho a los estudios superiores en medicina, comentado en la tesis doctoral de Pilar Iglesias (2003):

Elizabeth **Garrett**, luchadora por la educación superior de las mujeres, solicitó ser aceptada como alumna de la Escuela de Medicina del Middlesex Hospital de Londres, lo que le fue denegado. Sin embargo, se le permitió que pagara tasas para asistir a algunos ciclos de conferencias y clases prácticas, **por lo que debió firmar el juramento de comportarse como un caballero**, al igual que el resto de los alumnos. En junio de 1861, Elizabeth consiguió mención de honor en todas las materias cursadas, ante lo que el profesor, al enviarle los resultados obtenidos, le hizo esta sugerencia: “*¿Le puedo rogar que tenga la máxima precaución de mantener esto como un secreto ante los estudiantes?*” Se había aceptado el capricho original de una dama de adquirir nociones de medicina, pero que pudiera demostrar una capacidad no ya igual, sino superior a la de los estudiantes hombres, no sería tolerado. Durante una visita médica, Elizabeth fue la única capaz de contestar una pregunta del profesor. Ello provocó que un grupo de cuarenta y tres alumnos dirigiesen un escrito al Comité Rector de la Escuela de Medicina, solicitando su expulsión. Las razones aducidas por este grupo de alumnos recogen algunos de los prejuicios repetidamente esgrimidos contra la educación médica de las mujeres. (...) dentro de los argumentos del escrito estaba que: *Que la presencia de jóvenes mujeres como espectadoras pasivas en el quirófano es un ultraje a nuestros instintos naturales.*
(http://webs.uvigo.es/pmayobre/colaboraciones.htm#pilar_iglesias_aparicio)

Volviendo a desandar el tiempo, en el siglo XVIII, como ya señalamos, la medicina moderna fija su nacimiento, y va a estar marcada por las huellas indelebles del corpus hipocrático. Para la medicina hipocrática la salud dependía del equilibrio entre los cuatro humores: sangre, bilis, agua, flema. Las mujeres con sus menstruaciones eran centro de atención para los médicos, quienes buscaban explicación a las enfermedades en las variaciones

de los flujos. La mujer era un ser extraño con un cuerpo diferente al de ellos, con un cuerpo húmedo de secreciones. El embarazo y la maternidad se comenzaron a considerar necesarios para la buena salud, en tanto aumentan la capacidad del cuerpo femenino para desprenderse de fluidos. En el tratado *Sobre Enfermedades de las Mujeres* Hipócrates afirma:

“Dormirá con su marido en las épocas oportunas, porque si recibe el semen y queda encinta, se purgarán al dar a luz, y con esta purgación se eliminarán las materias que estaban retenidas: de esta manera recuperara la salud”. (Citado en Tuber, 1991:29)

La lectura explícita e implícita, de este texto, niega el placer de la mujer y sólo la concibe como reproductora, a la vez de asociar su salud con su función reproductora. Esa imborrable herencia cultural, se arrastra hasta nuestros días, no en vano la mayor demanda de atención en salud por parte de la mujer está centrada en lo ginecológico, así como también está arraigado en el colectivo, que una mujer sin hijos/as no esta realizada como ser humano, representación social construida sobre estas ruinas históricas.

Para la autora antes mencionada, de quien hemos tomado varias referencias de los aportes que hicieron los pensadores griegos a la construcción de la medicina moderna, Platón coincide con Hipócrates y los antiguos al analizar las enfermedades provocadas por el útero:

“...en las hembras, lo que se llama la matriz o útero es como un ser vivo poseído del deseo de hacer niños. Cuando durante mucho tiempo y a pesar de la estación favorable, la matriz permanece estéril, se irrita peligrosamente; se agita en todos los sentidos en el cuerpo, obstruye los pasajes del aire,... coloca al cuerpo en las peores angustias y le ocasiona otras enfermedades de toda clase...” (1991:29)

Aristóteles siguió las ideas de Platón, pero explicó de manera más sistemática la diferencia entre lo masculino y lo femenino, y su episteme ha perdurado irremediabilmente en

el pensamiento occidental. Para desentrañar esta influencia, nos remitiremos a Evangelina García donde la autora señala que:

“Aristóteles tomó de Platón la idea que los hombres eran el género humano, el elemento generador de la especie, pero además sustenta que en un momento determinado degeneró el principio de lo masculino-humano; hombre-varón esa degeneración produjo el apareamiento del genos mujer-femenino, -salto atrás de la especie humana- aparecidas las mujeres no le queda más remedio a la humanidad que cargar con esa cruz de las mujeres. La filosofía griega aristotélica legitima la diferencia como inferioridad, surge la concepción del género que ha prevalecido en Occidente hasta el presente”.¹ (1993:10)

En este contexto no podemos dejar de lado a Galeno (130-200 C), quien ha trascendido en el paso del tiempo como paradigma de los/as médicos/as de hoy, tanto es así que se hacen llamar “galenos” como símbolo de poseer el más excelso conocimiento médico. Sin embargo, para este notable hombre la mujer es un receptáculo:

“La función del útero será la de recibir el esperma. La razón de su imperfección radica en que es más fría y húmeda que el hombre: Así como entre todos los animales, el hombre es el más perfecto, igualmente en la especie humana el hombre es más perfecto que la mujer”. (Citado en Tubert, 1991:43)

La medicina moderna entonces nace y se sustenta en esa producción intelectual de filósofos y médicos griegos, este anclaje ha marcado un hito en la cultura occidental hasta nuestros días. Con ello, queda al desnudo el carácter ideológico del discurso médico-científico.

La herencia de la tradición de la medicina griega fue generando una anatomía y

¹ El subrayado es nuestro.

fisiología de la mujer, cuyo patrón de referencia para la comparación fue el hombre. Ellos, estos varones que tenían en su poder la tarea de hablar del cuerpo femenino, de sus procesos, centraron su atención en aquello que les era ajeno a su cuerpo, como: el útero, las menstruaciones, el embarazo, quizás hicieron un esfuerzo por comprender las diferencias entre los sexos, pero lo hicieron en términos jerárquicos: la mujer es más pequeña, el cerebro es más pequeño, sus tejidos más húmedos, esas medidas fueron tomadas en relación al hombre.

Con el correr del tiempo, los asuntos relacionados con los aspectos reproductivos de la mujer, se convirtieron en los temas más candentes entre los médicos, como por ejemplo: el parto, el aborto terapéutico, el aborto provocado, la cesárea. Fue perdiendo privilegio el pensamiento platónico que sostenía que el útero era un animal que poseía las entrañas de la mujer, rigiendo su cuerpo, su psiquis, y su ubicación en la especie humana. Una vez que se enteran de que el útero era un órgano que puede ser controlado, pasó a ser de interés de la ciencia médica, pero no cambio de sentido, el útero como órgano siguió siendo la razón de la patología de la mujer.

Las huellas históricas han sugerido la construcción del discurso médico, deviniendo este proceso en una praxis médica de tal envergadura, que han llegado a invertirse los términos. La intervención médica ha despojado a la mujer de su papel activo, en tanto que ellos saben y controlan el proceso de embarazo, parto, y puerperio. El papel de la mujer queda reducido al de paciente. Hoy, la salud reproductiva de la mujer esta intervenida por el poder médico, la práctica médica ha enajenado el cuerpo de la mujer, lo que ha traído como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia, marcando un hito de profundas repercusiones negativas en la vida de las mujeres.

Una mirada desde el Género.

La discusión sobre la perspectiva de género ha logrado deslizarse con cierta facilidad en los ámbitos académicos, institucionales, organismos internacionales y especialmente en los financiadores de investigación. Esta “generosa” apertura, provoca en quienes nos proponemos trabajar con la categoría de género, que coloquemos este fenómeno en los sombríos límites de la “sospecha”. Más veces de las deseadas, observamos por ejemplo, que el género se remite sólo a las mujeres, lo que trae, en el mejor de los casos, concesiones a éstas, dentro de una intencional óptica reduccionista, que no va más allá de tomarlas en cuenta, hablar de ellas, y gastar recursos en ellas. Quedan soslayadas las razones culturales, económicas y políticas, que subyacen en la subordinación de esas mujeres objetos de esas concesiones. Esta es una de las tantas maneras, que hacen que el enfoque género sea amputado de su posibilidad emancipadora, política, ética, convirtiéndose en un término inocuo que sirve para que los intereses políticos y económicos justifiquen su aparente compromiso con las mujeres.

Para ilustrar, desde la cotidianidad, nuestra sospecha ante la aceptación del enfoque de género, en los ámbitos institucionalizados, comentaremos que en una página Web, muy visitada por las/os estudiantes y profesionales de medicina, navegan “artículos científicos” asociados a la discusión de género; entre ellos, deseamos destacar uno titulado: *¿Medicina de Género? Diferencias de Género que ameritan ser estudiadas*. Dicho artículo versa sobre las diferencias entre hombres y mujeres, pero siempre medidas en relación a las diferencias hormonales, tamaño corporal, orgánicas, entre otras. Señalan que:

“Un grupo de expertos se reunió recientemente en la Universidad de Hannover precisamente para discutir la importancia de las diferencias

orgánicas entre los géneros, y sus eventuales repercusiones en los tratamientos médicos. (...) "Debemos alejarnos de una vez por todas del modelo corporal masculino dominante", señala Brigitte Lohff, historiadora de la Medicina de la Universidad de Hannover. Es cierto que deben cambiarse actitudes; pero finalmente, sólo los estudios clínicos podrán esclarecer hasta dónde debe llegar la futura "medicina de género", tanto en su estudio como en sus aplicaciones". (www.intramed.net/actualidad/Noticia=45076),

En las líneas anteriores, podemos leer, sin ningún disimulo, que los dueños del saber, los científicos y clínicos, no están dispuestos a perder su dominio, solo ellos se reconocen el poder de definir los límites de la discusión de género y medicina. También queda explícito allí, que el género es interpretado a partir de una óptica reduccionista biologicista-tecnocrática, que va a dar cuenta de las diferencias orgánicas para que la terapéutica se acople a esas diferencias. Lo que no está explícito en las líneas de ese texto, pero no por ello significa que no exista, es el interés de las empresas médico-farmacéuticas, financiadoras de miles de proyectos en centros de investigación y en universidades, que dirigen todo lo que deben o no deben decir, sus financiados, según sus intereses económicos, en relación a las nuevas tendencias de afrontar la salud de mujeres y hombres.

Para volver al cauce teórico de nuestra investigación, señalaremos que a través de la historia, el trabajo científico, filosófico, político, de mujeres y algunos hombres comprometidas/os con la tarea emancipadora femenina, han trastocado críticamente teorías, discursos, instituciones. Un ejemplo de ello, que atañe al interés de este trabajo y lo hemos venido desmenuzando, es el desmontaje del reino intocable de la neutralidad de la ciencia dominante, evidenciando que la producción de conocimiento de la misma, ha ocultado la subordinación de las mujeres, y cuando la ha referido ha sido enmascarando los intereses del

poder, intereses que precisamente designan el lugar social de ellas.

Al respecto Gloria Comesaña quien escribe:

“...la minuciosidad y rigor de la crítica feminista, alcanzaron también al paradigma científico, desmontando sus ilusiones de neutralidad y universalidad, y mostrando que detrás de esas ilusiones se ocultaba precisamente el varón, el ser humano masculino que pretendía representar, neutralmente, como sujeto absoluto, a la especie toda. (2004:25).

Otra acotación interesante de señalar es de Diana Mafia, quien señala:

El modo en que la ciencia ha descrito a las mujeres, lo femenino, la sexualidad, no tiene desperdicio. Sobre todo las ciencias biomédicas nos han dicho cómo ser, cómo gozar, cómo parir, cómo sentir, cómo (no) pensar, cómo enfermar y cómo morir. Todavía hoy nos cuesta vincularnos con nuestro cuerpo sin su mediación. (2001:408).

Los estudios feministas han dejado al descubierto a la ciencia como un producto humano, inscrita en un contexto patriarcal de producción de conocimiento, en el cual no aparecen las mujeres reconocidas como sujetos de conocimiento. Dichos estudios feministas han dado una pelea muy férrea por la búsqueda de otra forma de conocer y de hacer ciencia. De la misma manera, han incidido de manera concreta, en la dinámica social, dando cuenta de las necesidades específicas de las mujeres. Estas luchas han logrado visibilizar la condición de las mujeres, y se han materializado en convenios internacionales que comprometen a los estados a enrumbar sus políticas en respuesta a la realidad social de las mujeres, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de éstas como derechos humanos, declarando la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, por nombrar algunas de las conquistas alcanzadas.

Dados estos tímidos, pero innegables cambios históricos, y retomando las dudas y sospechas en relación a la bondadosa aceptación del concepto de género, cabría preguntarse; ¿no será que los intereses de poder han hecho suyo el enfoque de género, aprovechando su consolidación teórica en ciencias, para atenuar la evidencia de la discriminación femenina e institucionalizar la discusión, y en nombre del género, ofrecer mezquinas dádivas que no tocan las estructuras de poder, pero sirven para simular un compromiso con una realidad, que ya no puede ser ocultada? Por las diatribas que circulan sobre el enfoque de género, la falta de comprensión, el manejo confuso del tema, las enemistades epistemológicas, hemos estimado necesario enfatizar y exponer nuestras coincidencias con otras estudiosas de la temática, asumiendo el enunciado de Gloria Comesaña quien sustenta que:

“en realidad cuando hablamos del sistema sexo-género, se hace referencia por igual a mujeres y hombres, a lo que se entiende por femenino o masculino, y a la brecha que hay entre ambos en el acceso al poder y a las oportunidades. En este sentido, el género y su metodología nos introducen inmediatamente en el ámbito de la política, y no solo el de la cultura, las tradiciones, o las costumbres derivadas del reconocimiento de la diferencia sexual”. (2004:32),

En las ciencias de la salud, se han usado los términos sexo y género como sinónimos, y los índices de morbilidad y mortalidad se expresan sin discriminar los determinantes del tipo de organización social que inciden en la vida, la enfermedad y la muerte, ni los factores culturales que diseñan la vida pública y privada. Los datos tradicionales que dan cuenta de la salud de la población, por un lado se homogenizan, es decir, son referidos a grupos poblacionales homogéneos, sin discriminar si son mujeres u hombres. Ilustraremos esto con uno de los tantos ejemplos: el alto índice de desnutrición en la infancia. Este dato

epidemiológico obvia que en la categoría *infancia*, existen niñas y niños, y que por razones culturales, las niñas están más desnutridas que los niños, porque en las familias, especialmente las más pobres, la distribución de los alimentos favorece a los varones en detrimento de las mujeres. En el mejor de los casos, cuando los datos no homogenizan el grupo de población, la incidencia del problema queda atrapada en la vinculación al sexo al que pertenece el grupo referido, pero desde una óptica reduccionista y biologicista, por ejemplo: la mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino que en el masculino, es relacionada con factores hormonales, orgánicos, obviando el tipo de socialización que reciben las mujeres, la cual determina un tipo de vida con más responsabilidad cotidiana y menos espacios de poder social que los que tienen los hombres, lo cual impacta negativamente sobre la salud física y mental de las mujeres.

La anterior exposición de ideas viene a confirmar algunos planteamientos expuestos a lo largo de este trabajo, y en este aparte pretendemos dejar claro que cuando utilizamos el término sexo, lo referimos a las características biológicamente determinadas, relativamente invariables, del hombre y de la mujer. A manera de información, esta definición de sexo es la aceptada por la Organización Panamericana de la Salud: Género, Mujer y Salud en las Américas (1993:10). En la referencia a la categoría género, el sexo es tomado en cuenta, más no es su sinónimo; así mismo, no estamos refiriéndonos solo a las mujeres, sino también a los hombres. Deseamos, entre otras cosas, hacer visible que las relaciones de poder entre los sexos, la división sexual del trabajo, la que da cuenta a su vez de la diferencias de poder entre mujeres y hombres, no son hechos naturales, sino hechos contruidos a través de la cultura, la cual responde a un tipo de organización social.

La construcción de género está tan arraigada en la consciencia colectiva que es muy

difícil discernir su impronta histórica. En la discusión que nos atañe en esta investigación, esa realidad de la “naturalización” que ha favorecido la estructuración del género sobre todo en el caso de las mujeres y la maternidad, nos interesa afirmar con Alda Facio:

“Como las mujeres han sido quienes han gestado, han parido y, son las que se han ocupado de la crianza de las/os hijas/os básicamente por la posibilidad de amamantarlas/os, lo cual ha supuesto menor movilidad y la necesidad de permanecer en casa, entonces la asociación de la maternidad con las tareas domésticas aparecen como “natural”. (...) No por tener la capacidad de tener hijas/os las mujeres nacen sabiendo planchar y coser...” (1995:60).

El género da cuenta de los imaginarios sociales que se construyen, reproducen y transforman en el colectivo. En ese imaginario social transitan códigos normativos, los cuales conducen a que los seres humanos/as se identifiquen como mujeres u hombres, y establezcan relaciones que vienen a dar sentido a la práctica social partiendo de las diferencias sexuales. Obviamente en esa dinámica social subyacen espacios de tensión que permiten que individual o colectivamente se confronten, acepten, transformen, o rechacen los criterios que norman las relaciones de género.

El género como expresión de un criterio normativo, significa también un criterio simbólico jerárquico, que asigna grados diferentes de valor, según sea referido a lo masculino o lo femenino, otorgándosele mayor prestigio, reconocimiento, poder a lo masculino en relación a lo femenino.

Para finalizar esta parte del trabajo, parafrasearemos a Alda Facio quien sostiene que la pertenencia a un sexo es una categoría social que debe formar parte de cualquier análisis social, porque, aceptando que la naturaleza dictamina a qué sexo se pertenece, es la sociedad la que determina qué características y

cuanto poder deben y pueden tener uno y otro sexo.

La misoginia Oculta en la historia hegemónica

Es obligatorio formular algunas consideraciones relativas a la ciencia obstétrica, fundamentalmente su discurrir por la historia humana, especialmente porque la obstetricia, como disciplina, está construida para el control de un acto, que sólo ocurre en la biología- reproductiva, sexual y síquica de las mujeres, jamás de los hombres.

Esta potencialidad-posibilidad del cuerpo femenino ha signado el curso de la historia de la humanidad, en ese curso histórico se han escrito e inscrito los discursos científicos.

Recrear la historia de la obstetricia, en esta investigación, implica referir lo que los historiadores dicen sobre la evolución de dicha disciplina, a través de las diferentes épocas, con la intención de demostrar cómo la obstetricia, en ese devenir socio-histórico, construyó una particular forma de mirar la condición reproductiva femenina, y conexamente a la mujer como persona humana, mirada que contiene representaciones construidas e imbricadas en la trama social de cada época.

La anterior acotación trae consigo el recuerdo de las enseñanzas de Davis Floyd:

“La atención obstétrica, produce que la mujer asuma los dictados sociales y las demandas de las instituciones, y se inicia la socialización del recién nacido/a para enseñarle a hacer lo mismo. Por lo que es un rito de paso, a través del que se reconstituyen los vínculos de parentesco, da lugar al cambio de estatus de los progenitores (mujer a madre, hombre a padre y tiene lugar el nacimiento de otro individuo social); y se dan los símbolos que permiten la interiorización de los valores culturales de una sociedad. Así este microproceso puede dar cuenta de cómo se organiza una sociedad, los principios ideológicos que la sustentan y de las interacciones entre

todos ellos”. (Citado en: Blázquez Rodríguez, 2005:5)

Reflexionar sobre las razones y las formas como se controla el proceso reproductivo, obliga a hacer, más que un recuento de periodos históricos, una búsqueda de la impronta histórica. No es ingenuo que en la mayoría de las sociedades occidentales, a partir de mediados del siglo XIX, como lo hemos referido en capítulos precedentes, la atención del embarazo, parto y del puerperio le es quitado a las mujeres de sus manos, pasando a ser un acto sanitario-hospitalario, aislado, homogéneo para todas las mujeres, donde es el personal de salud quien controla, decide y son los/as únicos/as presentes, quedando privilegiado el uso de la tecnología y medicalización. Desmitificar esta sustitución de protagonismos, es vital para comprender la justa dimensión de la necesidad de la obstetricia de controlar el cuerpo sexual-reproductivo y psíquico de las mujeres, control que se ejecuta, no para la perpetuación de la especie humana, como aparenta la representación social que lo soporta, sino para la perpetuación de la especie social patriarcal.

Y si de perpetuación hablamos, aderezaremos la disertación recalcando, que la perpetuación de la concepción de la maternidad como una función instintiva, no vinculada con el transcurrir socio-histórico de la humanidad, o lo que es lo mismo, el no reconocimiento de la maternidad como una construcción social, ha sido el gran triunfo de esa lógica patriarcal que impregna el discurso médico-obstétrico. Esto dificulta el desamarre del nudo que ata la evidencia de que ese discurso y esa praxis se apoderan del cuerpo y del proceso reproductivo de las mujeres, y violentan no sólo la propia naturaleza y fisiología de sus cuerpos sino también los derechos sexuales y reproductivos que les pertenecen como seres sociales.

Respecto a esta discusión Silvia Tubert afirma que:

“La identificación de la maternidad social con la reproducción biológica es el producto de un sistema de representaciones, de un orden simbólico que crea una ilusión de naturalidad, obturando el corte radical con su propia naturaleza, que la inserción en la cultura instaura en el ser humano. La función biológica de la reproducción adquiere, en el orden simbólico que define la cultura, un valor que remite a campos semánticos complejos, definidos por articulaciones significantes, y no a un objeto supuestamente natural”. (1991:49)

La brújula de este trabajo indica que el camino seguro para construir otro conocimiento sobre la vida, y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y sin ninguna duda de los hombres, consiste en quebrantar la relación unívoca, unidimensional y universal mujer-maternidad-naturaleza.

Las acotaciones antes referidas son el aperitivo teórico que sugiere el rumbo escogido para abordar este capítulo del trabajo.

Petroglifos, estatuillas ...el principio femenino -unidad abstrusa suprema

Quienes se han dedicado a escribir la historia de la obstetricia, coinciden en dividir su evolución en cuatro periodos: obstetricia instintiva; obstetricia empírica; obstetricia teúrgica, demoníaca o religiosa y la obstetricia científica. Otros refieren tres periodos: periodo empírico: desde los tiempos más remotos hasta el s. XVI; periodo científico: se inicia a finales del s. XVI y termina a finales del s. XIX y periodo contemporáneo que abarca hasta nuestros días.

Indudablemente que es difícil determinar exactamente dónde y cuándo comienza o acaba cada periodo, por ejemplo: dónde y cuándo acaba la obstetricia instintiva, también

denominada primitiva o imaginada, y dónde y cuándo empieza la empírica.

Sin embargo, existen pistas históricas que dan cuenta de hechos que han servido para que historiadores/as, etnólogos/as, antropólogos/as, construyan interpretaciones sobre el acontecer de la humanidad. Dentro de éstas podemos referir que las costumbres conocidas de tribus existentes en épocas modernas, las cuales no fueron deslastradas por la llamada civilización, han sugerido datos del proceso de embarazo, parto y aborto de la época prehistórica.

Richard A. Leonard, es uno de los historiadores más citado cuando de obstetricia primitiva se habla, junto a él, el académico Fernando Sánchez Torres, cuentan que la mujer primitiva en trance de parto se aislaba y daba a luz sin nadie en frente, sola, en las orillas de los ríos o de las lagunas, o, según las circunstancias, en la soledad del bosque o en la oscuridad de la caverna. Dicen también dichos historiadores, quienes en su mayoría han sido hombres, que la mujer primitiva sufría los dolores sin gritar, pues las fieras rondaban las cavernas y refugios.
(<http://www.anmdecolombia.org/academ25363-comentario.htm>)

Tal vez esa interpretación sobre el sufrimiento silencioso de la parturienta por temor a las fieras, es una elucubración de los historiadores, dado que su lectura de la historia se hace a través de la episteme de la obstetricia moderna, la cual está nutrida por la concepción del parto como acto doloroso, y/o de la sentencia religiosa “parirás con dolor”. Partiendo de esta acotación, no es descabellado que también elucubremos que a lo mejor las mujeres primitivas, por sus costumbres cotidianas de mucha actividad física, de trabajo, caminatas, que determinaban un cuerpo fuerte, robusto, flexible, parían con mucha facilidad y sin dolor. Pero en fin, sobre eso nada está escrito con letras modernas, sino con petroglifos que han quedado a

la interpretación, imaginación e ideología de quienes arman los relatos, por ello la denominan obstetricia imaginada.

Reconocen los historiadores más connotados, que es probable que cuando el parto se hacía difícil, la parturienta suplicara ayuda; entonces alguna otra mujer acudiría a prestarla, en la forma más elemental: sirviéndole de acompañante, asistiéndola. Es de suponer también que en un momento dado alguna de esas asistentes abandonara su actitud pasiva y se atreviera a intervenir para ayudar de verdad, transformándose de esa manera en partera, personaje que perduraría durante muchos siglos.

Parafraseando a Ceferino Alegría, (1977), reconocido médico venezolano dedicado a escribir la historia de la medicina y la obstetricia, señalamos que en los tiempos prehistóricos las mujeres instintivamente adoptaron la posición en cuclillas para parir, pues así les era más fácil y productivo pujar. Reconoce el mismo médico-historiador que esa posición predominó hasta que el famoso tocólogo francés Mauriceau introdujo la idea de parir en la cama. Este dato es de suma importancia para el desarrollo de esta parte del trabajo, porque permite vislumbrar lo que ha de ser la cimentación de la práctica obstétrica moderna, deja al descubierto una de las primeras usurpaciones que hacen los hombres médicos sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.

Las revisiones bibliográficas coinciden en referir que una vez nacida la criatura, la mujer procedía a liberar al hijo, cortando el cordón umbilical con tallos cortantes, o piedras, y procedía a bañar el niño/a en el arroyo, lo cubría con pieles de animales, se lo echaba a la espalda y continuaba con sus labores cotidianas de una manera normal. Fernando Sánchez Torres (1993) en un pasaje sobre lo histórico señala que:

“...una vez que parían, sabían, igualmente de manera instintiva, como lo saben las hembras de otras especies animales, que había que separar a su hijo de la placenta; lo hacían trozando el cordón umbilical por machacamiento o con el filo de una piedra. El agua, que era para muchas tribus una deidad o elemento purificador, se encargaba de limpiar la sangre de los genitales externos de la recién parida y del cuerpo del/la recién nacido/a”. (<http://encolombia.com/lmg0002.htm>)

Paulina López Orellana (2007), quien ha seguido las huellas de la historia de las matronas, en relación a la matrona en las civilizaciones primitivas, señala que:

“Allí donde lo inexplicable daba origen a la magia y al misticismo, surgen las primeras prácticas de mujeres acompañadoras que tenían por tarea ejecutar los ritos que ayudaban a la mujer a parir. Se han encontrado grabados que las muestran llevando máscaras de animales sagrados asociados a la fecundidad, con las que ejecutaba danzas, gestos y movimientos para imitar ciertos actos de vida y de reproducción. La intervención de estas primeras matronas se basaba en el efecto mágico simbólico. En la era pre-científica, la matrona adquiere un lugar importante en la comunidad por esta relación estrecha con el nacimiento, por el poder de transmitir en el trance de parto las fuerzas divinas de la naturaleza, se la asocia a la sabiduría, a la magia y a la beneficencia al igual que los magos, hechiceros y profetas. (www.uv.cl/enfermeriayobstetricia/obs/publicaciones)

Antes de seguir esta danza histórica, merece la pena descifrar las huellas que revelan cómo los hombres “primitivos” representaban a la mujer. Ellos temían a las misteriosas manifestaciones del grandioso poder de la naturaleza. Con ese mismo extrañamiento y respeto veían a las mujeres y sus procesos de gestación y nacimiento. Entendidos éstos, como manifestaciones naturales del poder creador, le proveían un significado mágico: *eran misterios*. Los ritos de los hombres eran costumbres sociales, pero todos los derechos de aislamiento protector aplicables a las mujeres eran intentos sociales de los hombres para comprender y controlar los misterios naturales.

Amaury De Riencourt, en una cita que haremos algo extensa, dado que es un extraordinario texto y de difícil adquisición, dice:

“El inquietante ciclo menstrual, el flujo de sangre, el nacimiento mágico de nueva vida hacían a la mujer parte de aquellas fuerzas de la naturaleza que ellos no entendían y por lo tanto temían, y la convertían en intermediaria necesaria, no solo entre hombre y hombre (mediante el tabú del incesto) sino también entre los hombres y la naturaleza, (...) El poder de la mujer y el control mágico sobre la naturaleza estaban íntimamente interrelacionados en la mente de los hombres primitivos. **¿Qué tiene pues de extraño que los primeros objetos de adoración descubiertos por la investigación arqueológica sean formas femeninas desnudas, pequeñas figuritas con grandes muslos, enormes bustos y vientres abultados, representantes del primer arte ritual?**² Este nuevo temor y reverencia, desconocido entre los primates, tuvo que haber sido generado por un incremento súbito de conocimiento y comprensión, que implicaba una neta superación del umbral hacia el autoconocimiento, el rápido desarrollo de una nueva consciencia y de un nuevo sentimiento de reverencia respecto de la vida humana y su trasmisión, ligado probablemente al despuntar de una comprensión trágica de la inevitabilidad de la muerte”. (1974: 41)

Pareciera que la humanidad dio un gran salto cuando brotó el pensamiento simbólico, entendiéndose, el momento en que se hicieron ostensibles los pensamientos y experiencias humanas, hábito de la expresión artística. Así, se superó el cosmos de los instintos, con símbolos, cuyos significados fueron reconocidos por el grupo, se plasmó el pasado para el futuro, quedando la huella de la vida humana, de la mujer y del hombre de esas épocas.

² Las negrillas son nuestras.

Ritual de la Covada... ¿Envidia del útero?

El hecho crucial de que el hombre no vinculara el acto sexual con la concepción de la vida humana, hacía que se mirara como invitado de piedra frente el espectáculo del nacimiento, ya que no se comprendía el papel biológico del padre, solo la mujer poseía el poder de engendrar, no por una participación directa del hombre, sino, según los grupos humanos y sus diversas interpretaciones de la concepción, por elementos y/o fuerzas no humanas. La fecundación era explicada a través de invenciones que se paseaban desde pensar que el espíritu y alma humana se encontraba en las cavernas, pozos, árboles y entraban en el vientre de la mujer por intervención mágica, o por contacto con algún animal u objeto venerado, hasta creer que la luna era el verdadero fecundador de todas las mujeres.

Las líneas precedentes sugieren una válida elucubración, que siendo esa la concepción de la mujer, donde el principio femenino dador de vida era ungido y venerado como la unidad abstrusa suprema, ésta no debía padecer ninguna envidia freudiana del pene, sino más bien, los hombres debían sentirse invadidos de pavor por el poder, en apariencia exclusivamente femenino, de crear una nueva vida, sufriendo una envidia del útero. Apreciaciones que han sido compartidas por algunas/os estudiasas/os del tema.

Apoyando lo mencionado anteriormente, recreémonos con los ensayos de De Riencourt: esa envidia del útero, quizás sea el origen del ritual de covada, muy popular en diferentes lugares del mundo, el cual consiste en que antes o al nacer el niño, el padre se recuesta en la cama o hamaca durante días o semanas y recibe el mismo tipo de cuidados reservados para las mujeres en avanzado estado de preñez o las parturientas. Esta antigua

tradición estaba inspirada en esa envidia del útero, y en el deseo de establecer, con un ritual, lazos entre padre e hijo, lazos que, según sus percepciones, la naturaleza no les daba.

Los apuntes anteriores aluden a una mirada de vida cósmico-maternal, que implicaba una adoración, por parte de los hombres, del principio creador femenino como entidad cósmica suprema, lo cual ha sido considerado casi como un hecho universal, que prevaleció en los ancestros hasta la Edad del Bronce, en aquellas civilizaciones que conoce la historia de eras remotas prehistóricas. Pero, más cierto que ello es que pasado un largo período de millones en años, fue girando esa mirada de lo femenino, en el mundo occidental fundamentalmente, enraizándose entonces en la trama social, la inexorable tendencia paterna, y desvaneciéndose la prevaleciente visión femenina del mundo, léase el afianzamiento del patriarcado.

Para entender esa dramática metamorfosis social que derrumbó el derecho materno y encumbró el derecho de los hombres sobre las mujeres y sus hijos/as, debemos asirnos de los escritos de Gloria Comesaña Santalices, quien sustenta:

Debemos hacer un esfuerzo de ajuste mental y considerar una organización social, el clan matriarcal, en la cual las relaciones entre los individuos se basan en la cooperación y en la confianza mutua, en el uso común de los recursos de la tierra, (...). La dominación de un grupo sobre otro y del hombre sobre la mujer, no va a aparecer sino después, con el avance hacia el periodo que se ha dado en llamar “civilizado”, cuando, como culminación de una lenta evolución de siglos, aparece, como bien lo explica Engels, la propiedad privada y con ella el patriarcado. (...). El enfrentamiento entre el derecho paterno naciente y el derecho materno, a través del derecho de los hermanos de la madre, duró siglos, y costó a la humanidad trágicos sacrificios y dolorosos desgarramientos. Solo a ese precio los hermanos de las mujeres, dejaron de proteger y educar a sus sobrinos para dedicarse a sus propios hijos. Así se impusieron, sobre los lazos consanguíneos maternos, (únicos conocidos) los lazos familiares nuevos que en adelante fueron socialmente reconocidos como preponderantes. Con esta evolución a lo largo de la época bárbara,

coincide la evolución de la economía hacia la propiedad privada, con cuya instauración definitiva queda así mismo definitivamente asegurado el patriarcado. (1991:40-41)

Uno de los tantos intereses de este capítulo al pincelar escenas de lo que fue el proceso reproductivo de las mujeres en diferentes épocas y culturas, a través de fuentes etnográficas e históricas, es evidenciar que no existe una sociedad conocida donde la gestación y el nacimiento hayan sido tratados como actos meramente fisiológicos. Ha sido la tendencia del pensamiento moderno la que ha deslastrado de valor todos los eventos sociales vinculados al embarazo y/o momento del parto, denominados por algunas/os etnógrafas/os rituales, consolidando en cambio el supuesto de que los procedimientos obstétricos se fundamentan en verdades científicas que dan respuestas óptimas a lo reproductivo femenino, entendido éste por la ciencia moderna, como un fenómeno fisiológico. Esta impronta tiene sus raíces en el sustrato patriarcal, evidentemente.

Por otro lado, es de suprema urgencia dejar constancia de que este trabajo se inscribe en las posturas que proponen que hasta el presente, las mujeres como grupo han permanecido al margen del poder, en el matriarcado, en tanto que las relaciones entre humanos no se sustentaban en relaciones de dominación y subordinación, sino de cooperación y confianza entre quienes conformaban la comuna. Luego, con el patriarcado las mujeres han sido separadas del poder por parte de los hombres, quienes lo han detentado desde entonces.

Esa adoración de lo maternal femenino, no significó que las mujeres tuvieran poder, en cuanto autoridad en la organización social. Inclusive en aquellas sociedades poliándricas, en donde las esposas de las clases altas tenían varios esposos, las mujeres tenían poco poder y autoridad, y siempre estaban bajo el dominio de uno de los maridos, quien actuaba

como jefe irrefutable del hogar. La adoración del principio creador femenino como entidad cósmica suprema, no implicó que se les diera a las mujeres algunas de las prerrogativas político-sociales que tenían los hombres.

Pedimos aquiescencia en líneas anteriores para la alusión reiterativa a la obra de Amaury Riencourt, él acota:

“La primitiva “ginecocracia telúrica” de Bachofen en la que la madre dominaba el orden social, es un mito en cuanto concierne a la sociología. La descendencia por el sistema matrilineal y la residencia matrilocal no implican superioridad femenina sino solo la superioridad de la parentela masculina de la mujer. No hay diferencias en cuanto al rango de las mujeres, aunque quizás tienen mayor dignidad; sólo pasan del dominio de un grupo de hombres a otro. En todos los casos, los hombres tienen en última instancia un control completo, tanto social como político de las mujeres, quienes deben contentarse con el poder y la autoridad que pueden tener en el hogar”. (1977:87).

En estos parajes de la llamada obstetricia imaginada haremos un alto y nos detendremos aquí. Pues hay muchos otros aspectos que nos gustaría tratar, pero en el actual estado de la cuestión y de las investigaciones aún no concluidas al respecto por historiadores/as, arqueólogos/as y antropólogos/as, es imposible trazar, más allá de unas someras conjeturas, una sistemática secuencia histórica de lo que ocurrió con el “poder” de las mujeres en la construcción social de la humanidad. Y ello no por falta de interés en el tema, sino porque es preciso retomar las bridas del capítulo que nos ocupa.

Papiros y papeles ...el inexorable desvanecimiento de lo femenino

En las etapas postreras del siglo IV AC, se inventa la escritura, nace la protohistoria, emergiendo las grandes culturas de Egipto y Mesopotamia. Desde esta época se estructura una cronología del desarrollo de la medicina. En la antigua Babilonia se describen las intervenciones de Asúm (médico) y Barún (vidente) en el tratamiento de pacientes. Se citan por vez primera las infecciones puerperales y la mortalidad infantil, como castigos de acciones demoníacas y del espíritu de los muertos. En el museo Británico reposa el libro considerado el más antiguo sobre obstetricia, proveniente de una colección de 25 tablas, escritas con caracteres cuneiformes, encontrados en la región de Mesopotamia. Estos documentos antiguos refieren asuntos relativos al embarazo y el parto, modos de incrementar la concepción, regulación de la menstruación, tratamiento de la dismenorrea, de los desplazamientos uterinos.

Los primeros documentos escritos que hasta nosotros han llegado son los papiros egipcios, que tiene una antigüedad cercana a los cuatro mil años. El más conocido es el papiro de Ebers, el cual consigna que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres expertas. De ello, da fe Isabel Rodríguez Badiola, investigadora del Instituto de Estudios Antiguos de Egipto, quien acota:

“El papiro de Ebers consigna la existencia de una mujer médico: Peseshet, directora de las mujeres médicos. Este título presupone la existencia de un cuerpo de médicos femeninos, pero no hay referencia de ninguna de las especialidades ejercidas por ellas”.
(www.institutoestudiosantiguosegipto.com/papiro-ebers.htm)

Sin embargo, Ceferino Alegría asegura que:

...los papiros de KAHUM, son anteriores en cuatro siglos a los célebres papiros de EBERS y de EDWIN SMITH (1900 años antes de Jesucristo); y constan de 34 secciones sobre ginecología, obstetricia, puericultura y veterinaria. Tratan de embarazo, lactancia, enfermedades de la vagina, prolapso uterino, pronóstico del sexo, esterilidad y fecundación. También aluden a que la obstetricia estaba en manos de las mujeres expertas. (1977: 4)

La referencia a los papiros, en esta investigación, tiene gran importancia, dado que son considerados los documentos más antiguos que brindan una idea de las concepciones sobre el cuerpo femenino y sus malestares. Lo encontrado alude, como dato reincidente en toda la bibliografía, a un útero-centrismo conceptual, imputando a la mala posición del útero el origen de todos los males de las mujeres. El útero era considerado como un animal migratorio que al desplazarse en el interior del cuerpo, causaba perturbaciones de salud a las mujeres. Esta idea útero-centrada aúpa la invención de maniobras para llevarlo a su sitio y superar los males femeninos. La esterilidad era entendida como un problema causado por desviación oblicua del útero o debida al prolapso uterino.

Dentro de esos tratados médicos, uno de los más importantes y que ha orientado el ejercicio de la medicina durante siglos, es el corpus hipocrático, el cual evidencia el estado de la medicina griega en los siglos V y VI a. C. Este trabajo exige destacar, como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, algunos aspectos de la medicina hipocrática, entre éstos, la consideración de que la salud depende de la circulación de los flujos que componen el cuerpo humano (sangre, bilis, agua y flema), noción que sitúa a las mujeres, por sus procesos reproductivos (ciclos menstruales, embarazos, abortos, partos) como centro de interés para los médicos.

Para el sistema aristotélico la sangre menstrual es un signo más del fluido frío femenino, es el equivalente del esperma masculino, es el esperma sin serlo, porque está crudo. Mientras que el líquido seminal es cocido por el cuerpo masculino a partir de la sangre, la forma última del alimento destinado a los tejidos -pues gracias a su calor vital el macho es capaz de transformar la sangre en esperma-, la hembra se caracteriza por su impotencia para llevar a cabo esta transformación. La genética aristotélica enuncia:

“El padre encarna y transmite el modelo de la especie. En él se encarna la forma única, destinada a transmitirse en un *genos*. Activo, demiúrgico, produce al hijo a su imagen. Ante él, el cuerpo materno: un lugar, suerte de taller; una sustancia inerte –“lo único que le falta es el principio del alma”-, incapaz de moverse por sí misma y absolutamente pasiva, pues la “hembra, en tanto hembra, es un elemento pasivo” en estado de *coger*, de recibir la forma del macho. En el líquido sanguinolento de la menstruación no hay *psyché*, no ninguna *kinesis*, ni *eidos* alguno. Es el producto de la *adynamia*, de la impotencia para cocer; por tanto, le falta el *neuma*, el aire caliente que da la vida”. (Citado en Sissa Giulia, 2000:120)

Toda esta fisiología humoral, concebía al embarazo y la maternidad como eventos fisiológicos propicios a la salud femenina, dado que el movimiento y desprendimiento de los fluidos, agitaban la pasividad “natural” de lo femenino. Pero, más allá de ello, tenía una función teórica social: casar a las mujeres muy jóvenes como prevención de salud. El asombro aumenta cuando se entiende que los postulados hipocráticos, no solo interpretaban-intervenían el cuerpo de las mujeres, sino signaban su deber y lugar social. El asombro es aún más grande cuando se constata que algunas ideas rectoras, más no acertadas, de la ciencia antigua, se deslizan y se reajustan en las ciencias biológicas recientes.

Estos supuestos sobre la maternidad sostenían el poder de los hombres para decidir y controlar sobre el destino de las mujeres en la dinámica social y política. Con dos ejemplos es

posible ilustrar esta la reflexión: el primero, el control del crecimiento poblacional se mantenía aumentando o disminuyendo el número de mujeres que podían tener hijos, y las leyes de ciudadanía variaban según los intereses, llegando a usarse el infanticidio de las hembras como una política de endurecimiento de las leyes para disminuir el crecimiento poblacional. El segundo, tanto en Grecia como en Roma, el matrimonio y la maternidad eran la única perspectiva permitida a las mujeres. Si la falta de hijos reducía la cantidad de dinero que una mujer podía heredar, la maternidad, en cambio, la incrementaba, pero el valor de esos hijos, no dependía de ella, sino de la decisión del padre, pues éste podía deshacerse o no de un hijo, si no quería dividir los bienes entre muchos descendientes. (Tubert, 1991:79)

En relación a lo que los discursos de sabios, poetas, filósofos y médicos griegos, afirman sobre la mujer, señala Giulia Sissa:

“...los médicos hipocráticos dispuestos a reconocer que todo individuo sexuado-macho o hembra- es portador de idéntica semilla andrógina, afirman, sin embargo, que la parte femenina de esta sustancia seminal es en sí, por una cualidad intrínseca, menos fuerte que la parte masculina. Por no hablar de Aristóteles, para quien la inferioridad es sistemática en todos los planos-anatomía, fisiología, ética-, y corolario de una pasividad metafísica. Esta certeza, esta adhesión unánime a la idea de una menor calidad, de una inadecuación, de un no estar a la altura- laguna, mutilación, incompletitud- confiere al saber de los griegos un desagradable regusto ácido”. (2000:95).

En esta era de la antigüedad se ha señalado a Sorano de Efeso (Siglo I), como uno de los pocos estudiosos, a quien reconocen durante esta época de oscurantismo. Fue médico en Alejandría, considerado el fundador de la obstetricia y la ginecología, siendo su obra más conocida *De las enfermedades de la mujer*, libro que tuvo influencia directa en el desarrollo de esta disciplina durante muchos siglos. Sin embargo, sus aportes sobre anatomía genital

femenina fueron muy oscuros e inexactos. Sorano señala en su obra las contribuciones de un cirujano del siglo II a de J.C., describiendo con exactitud todos los detalles de la complicada manera de colocar a la mujer en la intervención de los genitales. Estimamos muy pertinente citar este texto, porque demuestra cómo el cuerpo de la mujer ha sido, y es maniatado y manipulado con autorizadas maniobras, urdida desde un presunto saber. Sorano pormenorizaba:

“La paciente era colocada sobre una mesa, con los muslos doblados sobre el abdomen y las rodillas separadas. La muñeca del brazo izquierdo era entonces atada firmemente y la cuerda se pasaba por debajo de la rodilla, luego en torno al cuello de la paciente, luego por encima de la otra rodilla y así hasta la muñeca del brazo derecho. **Con ello se aseguraba una excelente exposición del campo de operación y se garantizaba la no intervención de la paciente**”³. (Citado en Ceferino, 1977:28).

Demos un salto necesario -tan largo como la suma de siglos para llegar al presente-, para dejar constancia del estupor que se apodera de quien ha seguido las huellas de la construcción del saber médico-obstétrico y su expresión en la praxis rutinaria de una sala de parto hospitalaria e inclusive la de espacios privados, al confirmar que subsisten lazos atávicos con el oscurantismo. En efecto, las normas y pautas establecidas por la actual disciplina obstétrica prescriben, por ejemplo: maniatar a las mujeres con gomas conectadas a sueros endovenosos durante el trabajo de parto, acostarlas horizontalmente en una mesa ginecológica durante el parto, imposibilitar su desplazamiento para garantizar las maniobras médicas, sin mencionar el silencio psicológico impuesto. Toda esta praxis encuentra su legalidad, como en el pasado, en el poder y el saber médico, y legitimidad en la entronización colectiva de la

³ La negrilla es nuestra.

“naturaleza pasiva femenina”.

Las acotaciones antes referidas, en éste aparte del capítulo, bosquejan el objeto-mujer para el discurso erudito: ella es pasiva y, en el caso más benévolo, es inferior al patrón de su anatomía, su fisiología, y su psicología: el hombre. Estas pinceladas desdibujan la mujer como realidad-identidad histórica.

Para disipar la sombra, que durante siglos, ha arropado el entendimiento, el intelecto, y el espíritu, de las mujeres, solo queda la certidumbre de que la sabiduría griega se equivoca en su iterativo discurso sobre la inferioridad femenina, pero cierto es también, que erraron el blanco al establecer las conexiones entre cuerpo de las mujeres y conducta social. Para cerrar este fragmento, se podría decir que para disipar por completo esa sombra las mujeres tienen en su haber la convicción cardinal y trascendental de que tienen una consciencia adquirida desde la teoría feminista, que les permite desenmascarar la falta de verdad la ciencia antigua, y su permanencia en la construcción de “las ciencias” modernas, lo cual otorga toda su pertinencia y necesidad a la esencia de estas investigaciones, que no son neutras, sino transformadoras, en una palabra: militantes.

De brujas a criaturas irracionales. Creaciones simbólicas De la religión a la ciencia...

Los cronistas de la medicina relatan que en la Edad Media temprana las escuelas de medicina, particularmente la de Alejandría, eran centros de excelencia, donde se estudiaban los escritos de Hipócrates y Galeno, aclarando que la calificación de excelencia venía dada por la condición de cofradía masculina elitesca. Dichos centros se vinculaban a cátedras

episcopales y a monasterios, lugares donde estuvo enclaustrado el saber médico. El clero, durante la Edad Media, tuvo el monopolio de las fuentes de este saber que determinó la formación de los estudiantes en dichos centros. Irrebatiblemente, hasta el siglo XI, el discurso sobre el cuerpo de la mujer y sus enfermedades fue pronunciado por los hombres de la Iglesia, quienes heredaron el legado que sobre la mujer y su sexualidad concibió el corpus hipocrático, transmitiéndolo al discurso médico académico.

Las/os historiadoras/es precisan que la tendencia constante de la Edad Media fue un saber fraccionado, apto para ser objeto de moralización, opuesto al establecimiento de un sistema. Encarna la época menos innovadora del saber y constituyó un receptáculo de ideas simplistas. Este lapso de la historia humana, ha sido llamado "la oscura noche de la Edad Media". Una de las razones es su improductividad en cuestiones médicas. Aún más, no solo hubo estancamiento sino retroceso. Ninguna innovación, cuando no, tal vez, una actitud muy misógina.

En conexión con lo que venimos exponiendo, Claude Thomasset, señala que:

“El Obispo Isidoro de Sevilla, durante el primer tercio del siglo VII, recoge los vestigios del saber antiguo en los veinte libros de sus *Etimologías*. En esta obra las palabras que se conservan para definir mujer sólo sirven para evocar su función principal: hasta su debilidad física, prenda de sumisión al hombre, favorece la procreación. Esta adecuación y esta reducción a una función ahorra a todos los teólogos detractores de la mujer la necesidad de reflexionar sobre su psicología, considerarla como un ser gobernado por sus órganos, sobre todo por sus órganos sexuales. En tanto ser natural, la mujer lo es por entero, puesto que es el instrumento de la continuidad de la raza humana, el elemento esencial de la Naturaleza, la fuerza que ha establecido y que mantiene el orden del universo”. (2000:72)

La renovación comienza en la segunda mitad del siglo XI, la riqueza y cantidad de

producciones es atribuida al trabajo de los médicos de Salerno. Las traducciones de Constantino el Africano, hicieron accesibles los conocimientos de la medicina árabe. Siendo las dos obras más influyentes para Occidente: el Canon de Avicena y el Liber ad Almansorem de Rhazes. En la segunda mitad del siglo XIII, gracias a las traducciones que se hacían en el marco de esa gran actividad científica se da el último gran momento de la historia de la medicina de la época, con la intrusión del pensamiento aristotélico, tomando fuerza los estudios de anatomía y fisiología. La producción de conocimiento medieval bebió de las fuentes del saber médico-filosófico de los griegos de la antigüedad. Las obras de esa época estudiaban el proceso de la procreación, del embarazo, y ponían especial atención en la anatomía y fisiología femeninas.

Según Claude Thomasset, aunada a esta preocupación de los eruditos por los procesos del cuerpo femenino, se suma la interrogación de los teólogos sobre la concepción de Cristo. Para citar un solo ejemplo, Tomás de Aquino, tanto en el Comentario sobre las sentencias como en la Suma teológica, se esfuerza por aislar, gracias a un artificio de fisiología, el principio divino de todo contacto con la sangre menstrual impura, alimento del embrión del común de los mortales. Dice la autora: ¡jamás la fisiología de la mujer ha sido objeto de un debate tan vivo y de una investigación tan incesante! (2000:75)

Desde tiempos milenarios, se ha asentado un lenguaje y un régimen explicativo que ha instaurado representaciones de las mujeres destinadas a perdurar por los siglos de los siglos. El discurso medieval tiene su impronta en el temor: miedo a lo femenino, inherente a la psicología masculina, temor dado por el desconocimiento de las enfermedades, y miedo heredado del pasado. Los espectros de la imaginación masculina puestos en las narraciones, son creídos y aceptados, echando raíces en el

sustrato más profundo de la conciencia colectiva. A pesar de que hubo un momento en que la medicina abogó por el reconocimiento de las fuerzas de la naturaleza, en contraposición con el imperativo religioso, dicha ciencia fue silenciosa cuando debió confrontar ciertas formas fanáticas del pensamiento religioso, y si de fanatismo religioso hablamos, la misoginia es el más arraigado de los fanatismos. Por ello, la persecución de mujeres que poseían algún tipo de saber médico, consiguió la confabulación perfecta, entre la religión y la ciencia. La primera las persiguió por brujas que supuestamente “pactaban con el diablo”, la segunda las condenó por ser “criaturas irracionales”. Al conjuro de los dos poderes, religión y ciencia, ocurre uno de los tantos acontecimientos crueles contra las mujeres: la cacería de brujas.

Los poderes político, económico y religioso,
imponen su saber y poder
-someten a las comadronas-

Durante la Edad Media, así como en todas las épocas anteriores, la asistencia obstétrica no era considerada labor de médicos o de cirujanos, era en las parteras en quienes recaía esta práctica. La atención de los partos por mujeres, es tan antigua como la especie misma y, por lo tanto, anterior al cristianismo y a todo ‘discurso’ empírico científico. Sin embargo, es preciso decir, que quienes escribieron los primeros tratados sobre obstetricia, dando consejos a las comadronas, concebidas como seres ignorantes, fueron los hombres. Ellos, que no habían visto nunca un parto, lo que hacían era recoger reglas simples adoptadas y sugeridas por los griegos, y convertirlos en tratados prácticos.

Un relato encontrado en uno de los tantos textos consultados sobre historia de

la obstetricia, la *Historia de la obstetricia y de la ginecología en España*, cuenta

“...que para el siglo XVI, apareció una obra titulada Libro del Arte de las Comadres y del Regimiento de las premiadas y paridas y de los niños, cuyo autor fue Damián Carbón, y se especula que éste fue el texto en que abrevaron, si alguna vez lo hicieron, las comadres que siguieron a los épicos aventureros españoles, pues según la intención del autor -quien de paso anotamos que no asistió nunca a un parto- fue escribir su libro pensando que las embarazadas solo piden consejo a las comadres "poco instruidas en su arte; no saben buenamente que hacer; y así caen en errores". El libro de Carbón comprendía muy bien los conocimientos obstétricos de la época. Como muestra transcribimos una de las recomendaciones que daba a las parteras: "Quítense cualquier manera de joyas y piedras preciosas porque tardan el parto: puesto que algunas ay que hazen buen parto, como piedra de esmeralda atada encima la pierna izquierda. Assi mesmo el coral y más los estoraques, calamites mojados y masados puesto en el mismo lugar". Entre las condiciones que según Damián debían reunir las comadres para el ejercicio de su oficio figuran la experiencia, el ingenio, la discreción, buenas costumbres, cara y miembros bien formados, honradas y castas para dar buenos consejos y ejemplos; además ser devotas de la Virgen María y de los santos y santas del paraíso. Es decir, debían ser un dechado de virtudes.” (Usandizaga, M 1944:241)

La narración no puede ser más contundente, los hombres repetían consejos basados en cábalas o sabiduría popular, peor que esto, ni siquiera tenían la práctica empírica de las comadronas, y sin embargo, las calificaban de "poco instruidas en su arte" y de practicar la superchería. No conformes con tal descalificación, les exigían pureza y castidad. Estas últimas anotaciones suscriben lo que el cristianismo sembró en relación a la vida y salud sexual y reproductiva de las mujeres. Un excesivo pudor, conveniencia moral, vergüenza "natural" y principios puritanos, fueron improntas de la cristianización, que empaparon la lógica social.

Tomando nuevamente comentarios de Fernando Sánchez Torres (1993), miembro de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, la entrada de la era cristiana, trajo consigo un

acontecimiento que marcó la atención obstétrica, la anuencia para que los médicos mostraran sus competencias en asuntos y dificultades obstétricas. El primer comadrón o partero de verdad fue Pablo de Egina (652-690 d. C.), quien ejerció en Egipto y Asia Menor, llegando a constituirse en un oráculo en cuestiones relacionadas con la reproducción humana.

Comenta el autor antes citado, que no obstante, fue solo hasta 1650 cuando oficialmente se delegó en el médico la atención del parto. Ésta, si puede llamarse conquista médica, ocurrió en el Hospital Dieu, de París. El partero entonces se transforma en protector u obstetra, aceptando que esta palabra significa “estar delante” (del latín ob delante y stare permanecer), es decir, el que permanece delante para proteger. ((<http://encolombia.com/lmg0002.htm>)

En el siglo XVII la obstetricia, en países como Francia, alcanzó importantes progresos. En España en cambio, fueron muy moderados. Ninguna aportación original hacen los médicos a la ginecobstetricia; se contentaban con publicar algunos libros, copia de los de sus predecesores. La lucha de los médicos contra las parteras fue más tardía en este país, pues en Francia ya los médicos habían desplazado a las parteras, y éstas ejercieron siempre bajo la instrucción y titulado de la medicina oficial. Desmontando una postura aparentemente ingenua, vale señalar, que la postura de algunos médicos españoles a favor de que los partos continuaran a cargo de las comadronas, no era para que ellas mantuvieran su antiquísima autonomía, sino para que se instruyeran con las exigencias de experiencia, ingenio y buenas costumbres acordes con la Santa Iglesia. Es decir, realizan de todas maneras una intervención en su oficio, y la religión siempre fue la mejor aliada para tal fin.

Una vez que emprendieron esta tarea, la misma fue apoyada por todos los poderes, por

ejemplo, el rey Fernando VI reglamentó la asistencia de los partos por los cirujanos. Decía la mencionada disposición:

"El Tribunal de Protomedicato me ha hecho presente, que de algunos tiempos a esta parte acontecían en esta Corte, y en las principales ciudades y poblaciones de las Castillas, muchos malos sucesos en los partos, provenidos de la impericia de las mujeres llamadas parteras, y de algunos hombres que, para ganar su vida, habían tomado el oficio de parrear; dimanando este universal perjuicio de haberse suspendido el examen que antes se hacía a las referidas parteras, por ser parte de la cirugía, si pretendiesen examen separado del arte de partero, se les negará: advirtiéndoles que no se da título que no sea para Cirujano; y queriendo llevar el aditamento de partero, se le franqueará, examinándolo al mismo tiempo de uno y otro" (http://encolombia.com/conquista2_ginecobstetricia.htm)

Desde las épocas primitivas hasta bien entrado el siglo XVII, al hombre le estuvo vedado presenciar e intervenir en el acto del nacimiento. Por ello, el cambio de protagonismo, como lo hemos bautizado en este trabajo, de la atención del parto, de manos de las mujeres a manos de los hombres, viene a ser un hecho de necesaria mención, y más relevante que esto, es ubicar los relatos, que son narrados con asombrosa valoración por parte de los historiadores, en su justa dimensión, evidenciando la trama de significados, no leídos por la historia hegemónica, que construyen un tipo de representación social sobre la mujer y su vida reproductiva.

Esta usurpación de la atención del parto, por parte de los hombres, marca un hito en la disciplina obstétrica de las siguientes épocas históricas, esencialmente porque, y esta idea debe tenerse celosamente en cuenta, la medicina vinculada con la salud de las mujeres, se cimentó, en la noción de que todas las funciones orgánicas femeninas eran intrínsecamente patológicas. Sinónimamente, el embarazo era considerado como una enfermedad, representación simbólica

que sostiene, justifica, legitima, que los médicos desplazaran a las parteras, arguyendo que al ser una enfermedad debería ser atendido por los doctos del saber médico. Todo ello, permea por siglos las civilizaciones, y aún hoy sigue siendo la huella mentora del discurso y de la praxis obstétrica.

Luz en lo público, oscuridad en la casa

Transitan las algaradas del tiempo y la ciencia médica va tomando una postura suspicaz frente a los principios cristianos, sale a flote una aparente ruptura con el finalismo medieval, en cuanto a la mujer se refiere, desandando las huellas de un determinismo biológico, que, en último caso sigue convidando y colindando con el finalismo.

Si algo hay que reconocerle al discurso médico, fundado en la época de las luces, fue su interés en demostrar “científicamente” que la especificidad del cuerpo de la mujer anida en su natural debilidad y en la predestinación a la maternidad. Aquí, en esta noción mora ese determinismo biológico.

Para todos los precursores de la ginecología y la obstetricia, en casi toda Europa, la razón de estas ciencias consistía en dedicarle todo el tiempo a explicar la particularidad del órgano que define intrínsecamente a la mujer, el órgano noble, en última instancia, el órgano que se apodera de toda la feminidad: el útero.

Ilustrando lo antes comentado, María C. Pérez acota:

“...los propios escritores ilustrados también compartían la ideología masculina sobre la mujer y mantenían que la mente femenina era desordenada y caótica por estar conectada con su sistema reproductivo. Este era el caso de Denis Diderot [1713-1784] quien afirmaba que esta conexión tenía efectos de carácter nocivo. En su

ensayo *Sur les femmes* incorporó esa idea a su discurso materialista, pretendidamente racional y libre de valoraciones, afirmando que la causa del desorden mental de la mujer estaba en el útero, órgano que ejercía sobre ella su poder. Según este enciclopedista, las ideas femeninas eran extravagantes porque:

"... las mujeres llevan dentro de sí un órgano susceptible de sufrir terribles espasmos que controlan su mente y provocan en su imaginación fantasmas de toda clase."

Insistiendo en esa idea Diderot afirmaba que:

"...los histéricos delirios que el útero provoca en la mente femenina hacen que regrese al pasado y de allí al futuro, de tal forma que en su imaginación se mezclan pasado, presente y futuro."

Así pues parte del discurso científico y filosófico europeo elaborado exclusivamente por varones, estaba impregnado de las creencias que formaban los elementos cognitivo y emocional de las actitudes patriarcales hacia la mujer" (2003:36)

El mito de la mujer truncada, la mujer como macho incompleto, interpretaciones masculinas de eruditos de épocas anteriores, son desestimadas por los hombres de la ilustración, para instaurar la concepción de la mujer-útero, representación simbólica que ha perdurado más tiempo del deseado, en tanto presenta a las mujeres, como inhabilitadas para evadirse de sí mismas. Pues en efecto, si el útero rige su sexualidad, su psiquis, ellas no estarán capacitadas para superar las dificultades de su propia vida.

En este estadio de la reflexión, es preciso citar nuevamente a Silvia Tubert, quien ha brindado, sobre el tema de la maternidad, una sobresaliente disertación feminista. Así, señala:

"...el discurso médico, a partir del iluminismo, manifiesta una doble tendencia: por un lado, se interesa cada vez más por las mujeres, por sus sufrimientos específicos, por atenderlas eficazmente; por otro lado, esta preocupación por la mujer la invalida más que nunca: su debilidad y su sensibilidad la apartarán de toda vida pública y profesional, de toda instrucción avanzada; la mujer está hecha para el interior del hogar, donde llevara una vida protegida, dependiente, dominada. Encerrada en su sexo, no tendrá otra perspectiva que el matrimonio y la maternidad, (...) en la era de las luces la mujer portadora de vida deviene a la vez objeto de cuidados y de culto, lo

que tiende a limitar su libertad”. (1991:37)

La revolución científica toma alguna distancia con respecto a los principios de la medicina griega. Sin embargo, no obstante la objetivación y los conocimientos que se generaron, esto no redundó en beneficio de las condiciones de vida de las mujeres; para la medicina ilustrada continuaba vigente la imagen de la mujer como ser patológico. Inclusive, otros poderes se reivindicaron, ahora con crédito científico.

Siguiendo a Guillermo Henao, podemos afirmar que el Estado-Nación, surgido en el siglo XVIII, no es el único poder pero sí la concreción y síntesis de todos. Condiciona la actitud y el actuar médico en la salud y en la enfermedad, patologiza y medicaliza a la mujer, paternaliza la relación médico-paciente, perpetúa en los escritos médicos una visión negativa, limitada y recortada (y muy peligrosa) del cuerpo de las mujeres, y axiomatiza la enseñanza. (1999:62)

La consolidación del sofisma de la debilidad de la mujer, constituyó uno de los cimientos más poderosos del discurso médico moderno. Como ya se ha señalado anteriormente, la debilidad, entendida como una condición natural de las mujeres, no solo queda circunscrita a la fisiología y anatomía de su cuerpo, sino que es trasladada, con suficientes argucias científicas, a su psiquis, inteligencia y afectividad entre otros aspectos. Siendo así, de un solo zarpazo, por un lado, la mujer queda desacreditada como potencial humana capaz de incorporarse a cualquier espacio fuera del privado-doméstico. Y aquí vale un inciso: este argumento sirvió para desacreditar el trabajo de las parteras, y para legitimar la prohibición de entrada de mujeres en los estudios de medicina. Y por otro lado, a partir de esta interpretación de la realidad femenina, la mujer siempre necesitará ser atendida en sus

dolencias, dada su debilidad; ella será, para los médicos oficiales, la paciente por excelencia. Aquí, para encauzar en definitiva el tema que nos ocupa, es preciso acotar algunos silogismos: siendo la mujer paciente natural, la embarazada se convierte en enferma y el embarazo y el parto pasan a ser procesos sujetos de investigación y de praxis médica.

El darwinismo, y otros ísmos posan sus anatemas en la “ciencia de la mujer”

Para el siglo XIX, se estima que la medicina ya contaba con algunas especialidades, entre ellas, la ginecología. Médicos y cirujanos, por múltiples razones, económicas, políticas, ideológicas, fueron aumentando su interés por la atención de los embarazos y partos, y la consolidación de esta especialidad, lo que le daba autoridad solo a los médicos para ejercerla, se dio bajo fuertes conflictos entre el cuerpo médico, los comadrones y las pocas parteras que quedaban, que aquellos mismos habían titulado.

A esta altura del siglo, el científicismo se había institucionalizado, médicos e investigadores gozaban de una enorme reputación, se consideraban como personas dedicadas al bien, que sacrificaban su tiempo y su vida para buscar soluciones a los sufrimientos de la humanidad. Por ello, todo postulado creado en nombre de la ciencia, y en voz de los científicos, era considerado una verdad incuestionable. Así, hombres como Darwin, por nombrar alguno, quien dedicó tiempo a explicar la diversidad sexual, produjeron teorías que marcaron las huellas a seguir en la construcción del saber de las especialidades médicas, entre ellas, la ginecología.

María Pérez, señala:

“La peculiar forma que tenía Darwin de explicar la diversidad sexual dejaba en clara desventaja evolutiva a las hembras de las especies y por extensión a la mujer. Cuando se ocupó de las diferencias sexuales humanas, en algunos textos mantenía que las mujeres estaban en un grado inferior de desarrollo evolutivo. Afirmaba que en el varón se concentraban las ventajas adaptativas que le habían hecho diferenciarse sexualmente. En definitiva decía que el macho humano estaba muy bien adaptado al medio. El hombre había llegado, a través del mecanismo de selección sexual, a ser superior que la mujer en términos de fortaleza, agresividad y poderes mentales. Las características que en la época se atribuían a las mujeres eran valoradas por el creador de la teoría de la evolución negativamente, calificándolas como desventajas evolutivas, por consiguiente facultades como la intuición, percepción e imitación, supuestamente femeninas, en realidad se interpretaban como signos de inferioridad”.(2003:68)

El afianzamiento de la ginecología se dio con el aporte de muchos ginecólogos, quienes defendían el enfoque evolucionista darwinista, y sostenían la concepción del desarrollo inferior de la mujer. Refiere la historia que un famoso ginecólogo y cirujano, Robert Lawson, ferviente discípulo de Darwin, exploraba a sus pacientes ginecológicas buscando algún vestigio en el coxis que probara la reciente pérdida de la cola. Consideraba que la especie humana había perdido ese apéndice por no ser adaptativo. Sin embargo, al mantener que las mujeres estaban menos evolucionadas que los hombres, suponía que tenían que haber perdido la cola más recientemente y por consiguiente esperaba encontrar en sus exploraciones algún vestigio como prueba de que así había sucedido. (Pérez, 2003:82).

Esta especialidad se desarrolló impregnada de las ideas evolucionistas, especialmente aquellas que versaban sobre la selección sexual y que conducían a la aseveración de la superioridad masculina. Analizando la investigación de la autora antes citada, entendemos que

no todos los ginecólogos mantenían lazos tan indisolubles con el darwinismo, pues algunos de ellos, al ser conscientes de las implicaciones que infravaloraban evolutivamente a las mujeres, se esforzaban en negarlas. Quienes tenían esta postura aceptaban como premisa que las mujeres realmente habían variado menos que los hombres, pero se negaban a concluir que tal circunstancia tuviera que valorarse negativamente. Sostenían que las hembras de los animales habían variado menos evolutivamente porque estaban mejor adaptadas al medio y no habían necesitado evolucionar, por tanto su biología era más perfecta y estable.

Puede decirse que, a pesar de todo, la condescendencia de esos ginecólogos se nutría de las mismas inexpugnables nociones de la mujer que han nutrido a los más ortodoxos médicos, tales como: la mujer considerada como hembra reproductora, la feminidad como pura naturaleza biológica, y las funciones sexuales y reproductivas como indicadores de cada uno de los aspectos de la vida de las mujeres. Desde esta lógica, las disciplinas oficiales que han atendido la salud sexual y reproductiva femenina, han mirado e interpretado a la mujer, por más siglos de los deseados.

Como hemos señalado en otros apartes del trabajo, todo ese andamiaje, hasta ahora dilucidado, se ha sostenido con la conspiración de los poderes políticos, económicos y religiosos. Todo aquello que no funcionara bajo estos preceptos de saber y poder, quedaba marginado de cualquier valoración y aceptación social.

Continuando con el rastreo de esas huellas que pueden ayudarnos, desde la perspectiva del género, a inquirir cómo ha sido la organización social de la ciencia, encontramos que la misma, con el transcurrir del tiempo, va tomando, cada vez más, un lugar privilegiado dentro del saber humano, llegando a ser considerada como uno de los rasgos que identifican la racionalidad civilizatoria actual. Haciendo alianza con Mirian Balestrini, citaremos su postura

vinculada con la ciencia en el contexto del siglo XX. Al respecto, ella acota:

“...es la ciencia la que hoy detenta el saber, todo el saber concebible y el poder, todo el poder pensado y alcanzable por el hombre en el mundo. En consecuencia, el saber científico se constituye en la única y verdadera forma del saber autentico, verídico, objetivo y por tanto, en él se fundamenta y guía la acción cognitiva y práctica del hombre. A partir de estos parámetros, por la posición que ocupa la ciencia y todo el discurso científico, la convierte en una forma de actividad humana cada vez más importante dentro del mundo actual. (...) El progreso del hombre en el mundo actual, alcanzado a partir del desarrollo de la ciencia y la tecnología, ha permitido también el perfeccionamiento del método de la ciencia: el método científico.”
(1999:131)

Siendo así, la medicina y sus especialidades, en cuanto ciencia, asumen las premisas del discurso científico, adquiriendo estatus de paradigma incuestionable, entronizando un sistema de valores que se arraiga en todos los resquicios sociales con una sorprendente aceptación positiva por parte de la sociedad. Todas las representaciones simbólicas, el engranaje de significados, que constituyen el discurso médico, los legitima de una manera tan eficaz que ocasiona, en los/as sujetos/as sociales, una parálisis de contestación, y lo más preocupante, un cuerpo médico que refleja en todas sus expresiones ese sistema de valores, apoyado en estas últimas épocas, en un valor indefectible: la supremacía tecnológica.

Asumiendo los enunciados de Robbie Davis-Floyd (2004:24), expresaremos:

“Una sociedad tecnocrática es jerárquica, burocrática, y está organizada alrededor de una ideología de progreso tecnológica. La medicina moderna -con su conocimiento especializado, sus procedimientos técnicos y sus normas de procedimientos- es un paradigma que nosotros llamamos modelo médico tecnocrático (o modelo tecnomédico). Durante su entrenamiento, los médicos son “embebidos” en ese modelo y provistos de la fundamentación básica para la práctica médica estándar. Principios básicos del modelo tecnomédico:

- Separación mente-cuerpo.
- Considerar el cuerpo como una máquina.
- Ver el paciente como un objeto.
- Distanciamiento del médico de su paciente.
- Diagnostica y tratamiento de afuera hacia adentro (curando enfermedades, reparando disfunciones)
- Organización jerárquica y estandarización del cuidado.
- Autoridad y responsabilidad del médico, no del paciente.
- Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología.
- Intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo.
- La muerte como derrota.
- Sistema guiado por las ganancias.
- Intolerancias a otras modalidades”.

Suscribimos junto a la autora antes citada, y a otras/os estudiosas/os, la constatación de que en la praxis, este arquetipo se manifiesta con muchas permutaciones, inclusive, dentro de este modelo, subyacen diferentes matices según las especialidades. Pero, para el asunto que nos ocupa en esta investigación, dichas variaciones son imperceptibles. Estimamos que la medicina tecnocrática funciona en lo social como una ideología hegemónica que fecunda un sistema de valores que sostienen, por encima de las variaciones, unas prácticas reconocibles, que instauran un estilo de pensamiento y de vida social.

Así, la obstetricia y la ginecología, como especialidades de la medicina, portan consigo esa ideologización que impide la crítica por parte de las propias mujeres y de la sociedad en general. Esta imposibilidad de contestación es la máxima expresión de cómo las representaciones hegemónicas, anidan convenientemente en la consciencia colectiva, de modo que ésta hace suyo el discurso que la sujeta y moldea.

Finalizado el siglo XX, y avanzando por el XXI, nos encontramos con una lógica médica sustentada en los dogmas que tutelan la tecnocracia. La obstetricia como disciplina médica no deshace ese nudo dogmático, y siendo coherentes con algunos de los puntos que

ocupan esta investigación, pondremos la mira en uno de los dogmas, que ha logrado, cada vez más, posicionamiento en el espacio social. Nos referimos a la medicalización de la vida y de la muerte, a la interrupción de los ciclos de la vida humana por la intervención del aparato medico-tecnológico. Este aspecto en la atención obstétrica toma un particular significado imposible de sortear, puesto que en los procesos vinculados con la reproducción están implicados/as, la madre, el padre, el/la recién nacido/a, el entorno familiar, y, sumado a ello, los propios códigos simbólicos sobre la maternidad, en una sociedad patriarcal.

Un paradigmático ejemplo de la escalada tecnocrática, es la respuesta que da, desde hace unas décadas para acá, la tecnociencia médica a situaciones, catalogadas por su propia axiomática como “no normales.” Nos referimos en este caso a la esterilidad. La ideología tecnológica vio en la esterilidad un “estado del cuerpo” que es factible intervenir, clasificar, medicalizar, dicho sea de paso con muy buen resultado lucrativo. Para ello, la convirtió en “una patología del cuerpo”, que en tanto patología amerita de la intervención de la ciencia medica. Esta lógica de la tecnologización, queda fehacientemente expresada en las nuevas tecnologías reproductivas, y aquí es relevante precisar que las mismas dirigen su puntería a un blanco: el cuerpo de las mujeres.

Aderezando todo esto, se añade la puesta en la escena social de las tecnologías reproductivas, acompañada del trastoque de asuntos como la ética reproductiva, las concepciones de maternidad y paternidad, y otros conceptos del mundo simbólico social. La coartada para justificar la intervención y la medicalización, a través de las nuevas tecnologías reproductivas, es la apropiación de enunciados patriarcales tales como amor materno, instinto materno, mujer como ente reproductivo, maternidad como destino, y así, legitimar su asiento en el sentido de la sexualidad, e incluso de la vida misma.

Hoy por hoy, esta cosmovisión de la medicina y sus disciplinas, ha impactado el ejercicio médico de tal manera que los/as obstetras, por mencionar la especialidad que incumbe a esta investigación, están tan imbuidos/as de la tecnología médica que no pueden mirar, oír, pensar que es posible que haya otras maneras de ubicarse en su labor profesional. Esto tiene como consecuencia, que no solo aquellos procesos reproductivos “no normales” sean asumidos como condiciones orgánicas con potencialidades de intervención, sino que aquellos procesos como la menstruación, el embarazo, el parto, la lactancia, la menopausia, por nombrar los tipificados por los propios axiomas de la ciencia médica como “normales”, también sean encasillados dentro de los eventos del cuerpo que requieren de la intervención médico-tecnológica, y para ello son tratados como enfermedades y las mujeres que experimenten cualquiera de esos eventos como pacientes.

La pretensión de este recorrido por la historia, en el cual hemos intentado guardar un cierto orden de periodización, es sin embargo tomar distancia de las barreras que encuadran los periodos en la historia acostumbrada, y pregonar las dificultades que rebasan dichos periodos, fundamentalmente aquellas que han signado la vida de las mujeres. Por ello, vale la pena precisar que hacer este recorrido apresurado por la historia, a través y en sintonía del género nos permite:

Entender por qué hoy en día nos encontramos con una atención hospitalaria con las áreas obstétricas, colapsada abarrotada de trabajo y de parturientas, sin suficiente capacidad para cumplir sus funciones. Con un personal desgastado por el trabajo, con una práctica rutinaria obstétrica que no distingue las particularidades de las parturientas, y mucho menos presta atención a los temores, deseos, aprensiones, sentimientos, de esas mujeres que paren en

salas colmadas de mujeres y hombres con batas blancas y verdes, abarrotadas de congéneres pariendo, pero cada una en la más absoluta soledad. Con gritos o en el más absoluto silencio manifiestan su protesta a una episiotomía sin anestesia, a verse desposeídas un/una hijo/a a quien se llevan sin poder abrazarlo/a, a una posición indigna en los ganchos obstétricos, a un trato que las despoja de su cuerpo y de sus crías. (Camacaro, Marbella 2000:62)

CAPÍTULO III

LA MIRADA TEORICO-METODOLÓGICA

Precisiones metodológicas

*Y la primera marca del cuerpo sexuado
Es la del género
Celia Amorós*

Aproximarnos a los horizontes de esta investigación precisó deconstruir las diferentes dimensiones de lo subjetivo-construido que subyace en la mentalidad de las/os especialistas en obstetricia (adjuntos y residentes), así como de las/os pasantes de obstetricia, sobre la mujer, su salud sexual y reproductiva. Este rastreo nos permitió desenmascarar el orden simbólico, el sentido de las designaciones, los valores, que han operado, desde la lógica del poder dominante de la ciencia y de la sociedad patriarcal, como únicos y naturales para legitimar las opresiones específicas de las mujeres. A su vez, nos permitió evidenciar quiénes son las mujeres para la ciencia médica y su disciplina obstétrica, y cuáles son los hitos de salud y enfermedad vinculados a la salud reproductiva y la vida de las mujeres que han sido encubiertos por los sesgos sexistas de la obstetricia oficial.

La nitidez de estas miradas fue posible desde el continente teórico feminista, a través de la metodología de género. Apropiarnos de esta metodología significó según Eli Bartra:

“un análisis minucioso de cuanto conocimiento existe sobre el tema que se trabaje para descubrir los sesgos sexistas e intentar corregirlos. Significa ir desarticulando las diversas disciplinas por su marcado androcentrismo, e intentar la construcción de nuevas disciplinas, no sexistas, no androcéntricas. (...) En toda investigación feminista se considera siempre, de forma explícita o no, la división social por géneros y se contempla su jerarquía”. (2002:148).

El carácter riguroso de la metodología de género, y la novedad epistemológica que representa, es que la aproximación a la realidad no la realizamos de manera neutra, ni arropada bajo la bandera de una universalidad sin signos distintivos, por el contrario, asumimos esta metodología afirmando que existe una problemática de las relaciones de poder entre mujeres y varones, partiendo de que la mujer es subordinada en el espacio social, y de que esa desigualdad entre los géneros, no es consecuencia de hechos naturales, sino históricos, y por ello con posibilidades reales de cambio. Este cambio se producirá, precisamente, entre otras cosas, mediante la producción de conocimiento desde la metodología de género, la cual, entre sus primeras consecuencias, deja al desnudo la pretendida neutralidad, objetividad y universalidad de la ciencia dominante, rigores “científicos” que presentan al sujeto masculino como único referente válido de lo humano.

Para nuestra investigación, es de vital importancia señalar lo que sustenta Comesaña:

“el género tiene una intervención vital en la estratificación de la sexualidad, (...) de modo que más allá de la pertenencia a una clase, grupo o raza marginados, el pertenecer al sexo femenino, implica siempre una mayor opresión, dadas las anteriores. (...) el sistema sexo-género es en realidad también un sistema de género-sexo, (...) porque es siempre desde el género culturalmente construido como se construye culturalmente también el sexo, pero tomando en cuenta, como punto de partida unos datos biológico-anatómicos, que aunque no son esenciales y determinantes, adquieren un valor en cuanto la cultura los retoma y los reinterpreta” (2004:27)

Así pues, haber abordado nuestra investigación desde el género, significó plantearnos un punto de observación, unas interrogantes, un análisis diferente de los que puedan surgir desde otros abordajes teórico-metodológicos. Al seguir este camino metodológico pretendimos crear nuevos y distintos conocimientos, que incidan significativamente en la transformación del androcentrismo que impregna toda la vida social. La perspectiva de género toma en consideración asuntos ignorados por las teorías que sustentan los métodos tradicionales.

Nuestro conocimiento y aportes los fuimos construyendo a medida que se desarrollaba la investigación, respetando algunos principios fundamentales, entre ellos, la relación no jerárquica sino horizontal entre investigadora e investigadas/os, el reconocimiento de la subjetividad, la valoración de lo personal como asunto de interés colectivo y político, la práctica clave de la deconstrucción de la realidad, los principios éticos de respeto por las/os informantes, el resguardo de la privacidad de las/os mismas/os, el uso ético de la información, y el uso de técnicas participativas como instrumento óptimo para recoger la información. Asumir estos principios significó optar por un abordaje cualitativo del tema investigado.

Precisaremos algunos aspectos metodológicos, para lo cual nos valdremos de los aportes de dos autoras citadas en los puntos anteriores, una de ellas es Alda Facio (1995:55), de quien tomamos dos principios que nos sustentaron metodológicamente.

1. El género es una categoría social como lo son la raza, la clase, etc., que atraviesa y es atravesada por todas las otras categorías sociales, y que como categoría social tiene su base material en un fenómeno natural que es el sexo. Su desaparición no depende de la desaparición de las diferencias sexuales, así como la desaparición del racismo no depende de la eliminación de las distintas etnias.

2. La perspectiva de género desde las mujeres, nos permite aproximarnos a la realidad de una manera más completa, porque parte de la experiencia de la subordinación, mediante una visión que va desde la marginalidad hacia el centro. Así incluye la realidad de los opresores vista desde otra óptica, mientras que la perspectiva tradicional patriarcal -aun aquella que parte desde la marginalidad- simplemente no ve la realidad de las mujeres, y al no hacerlo, lógicamente no incluye las relaciones de poder entre los sexos.

La otra autora, es Gloria Comesaña, quien aporta otros principios fundamentales de la metodología de género:

“el género es una categoría analítica que nos permite captar el sentido de muchas prácticas y conductas, tanto individuales como institucionales. Como herramienta hermenéutica abre nuevos caminos a la investigación, y como tal, tiene una función positiva y una negativa.

Desde la perspectiva positiva, señala nuevos temas de interés y nuevas claves de entendimiento en la investigación. Desde el punto de vista negativo, el género nos lleva a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de muchas construcciones e instituciones”. (2004:26)

Estas precisiones despejaron el camino de la tarea investigativa que emprendimos, en virtud, de que partimos, como se ha expuesto en apartes anteriores, de la constatación de que la interpretación y la vivencia de los procesos reproductivos están indefectiblemente atravesadas por la cultura, que en el modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana⁴, se sustenta en una ideología que impregna de significados patriarcales los distintos momentos como el embarazo, parto y puerperio. Esta ideología además se reproduce constantemente, manteniéndose así una determinada concepción social del

⁴ A partir del cual estamos trabajando, lo cual no excluye el análisis crítico de otros modelos culturales de atención a la salud reproductiva. Pero no es este el tema de nuestro trabajo que se limita a nuestra cultura.

embarazo y la maternidad como funciones esenciales de las mujeres. Todo este andamiaje ideológico, no deja ningún espacio para la duda, y anida particularmente en la hegemonía del discurso médico occidental.

En la atención obstétrica institucionalizada, los/as profesionales de la salud, específicamente obstetras, residentes y pasantes, ocupan a través de su saber, el lugar del poder. Las mujeres, por su condición de pacientes, aun cuando en la mayoría de los casos buscan atención para un proceso de salud y no de enfermedad, como puede ser, por ejemplo: un parto de bajo riesgo, ocupan el lugar pasivo e incluso de sumisión. En esta investigación, la perspectiva de género nos permitió acercarnos a la realidad de esa vivencia, desde una postura que parte de preguntarse por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos, sino que su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica. El enfoque que utilizamos posibilitó captar el sentido de muchas prácticas y conductas, que se aplican normalmente en las salas de parto y son reproducidas tanto por las/os profesionales de salud, como por la institución hospitalaria. El género nos llevó a cuestionar el valor, supuestamente “natural/científico”, de éstas prácticas, construcciones e instituciones.

El género como herramienta de análisis nos permitió vislumbrar nuevos senderos, y lo más importante: nos permitió develar que el discurso y la práctica médica obstétrica se sustentan en concepciones sexistas sobre el cuerpo sexuado, la salud y la capacidad reproductiva de las mujeres, y más que eso, nos proporcionó las herramientas teóricas para deconstruir lo que la mujer es y ha sido para la lógica patriarcal, y obviamente para el discurso médico oficial.

Lugares del encuentro dialógico

Las instituciones que sirvieron de referencia para la investigación fueron la Maternidad “Concepción Palacios”, ubicada en la ciudad de Caracas, y el Hospital Central de Maracay, ubicado en la ciudad de Maracay del Estado Aragua.

La escogencia de dichas instituciones respondió a los siguientes criterios:

La maternidad “Concepción Palacios” es el lugar paradigmático, es la Madre todas las escuelas, la Doctora de la obstetricia hegemónica en el país. Para apoyar la validez de la escogencia de dicha institución, vale referir un dato histórico de su importante trayectoria en palabras de Oscar Agüero, emblemático obstetra fundador y co-participante de la generación que cohabita en dicha institución:

La Maternidad “Concepción Palacios” fue oficialmente inaugurada el 17 de diciembre de 1938 por el Presidente de la República, General Eleazar López Contreras. **Comenzó a recibir embarazadas el 07 de enero de 1939 y rápidamente se convirtió en el primer centro obstétrico del país, no solamente por el número de gestantes ingresadas, sino por toda la actividad desplegada en docencia, investigación clínica, inicio de una biblio-hemeroteca especializada.** Allí, se fundó en 1940, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, la cual se unió así al movimiento creador de sociedades científicas... (2003: 1)

La maternidad “Concepción Palacios” por ser la institución pública por antonomasia de la obstetricia en Venezuela, fue seleccionada, en el año 2007, como centro piloto del “Proyecto de mejoramiento de calidad de la atención y gestión en la red de servicios”, llevado a cabo por el Fondo de poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Alcaldía Mayor de Caracas. Este proyecto es posible gracias al soporte que los nuevos instrumentos legales del

marco regulatorio venezolano, dan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, siendo los más resaltantes: la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993); la Ley Orgánica de Protección Integral del Niño y el Adolescente (1998); la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999); y particularmente, la Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. (2003), y la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. (2007). Estos dos últimos instrumentos son relevantes para dicho proyecto, en virtud de que contemplan específicamente cuestiones relativas a la atención obstétrica.

Que la Maternidad “Concepción Palacios” haya sido seleccionada como institución piloto de un proyecto lanzado como parte de una política de salud, fue una coincidencia afortunada con el momento de la investigación, porque el acercamiento a la búsqueda de información se hizo en medio de un proceso de sensibilización, palpable en algunas de las apreciaciones de quienes fueron nuestro grupo humano sujeto de estudio. Valga un inciso para señalar que la riqueza del enfoque de género y del abordaje cualitativo nos permitió usar la permisividad rigurosa del método para obtener ventaja de los procesos de cambio situacionales que fueron ocurriendo al unísono con el proceso investigativo. La ventana teórico/metodológica en nuestro caso, optó porque los hechos que acontecían durante la búsqueda de información enriquecieran la producción de conocimiento, poniendo en entredicho la “objetividad” y apostando al valor de la “subjetividad”. Así rompimos con el énfasis consabido en la verificación de hipótesis específicas planteadas a priori y con la certidumbre y la neutralidad del positivismo. Egon Guba e Yvonna Lincoln sostienen que:

“Los acercamientos convencionales a la investigación que involucran la verificación o falsificación de hipótesis, presuponen la

independencia de los lenguajes teóricos y de observación. Si una investigación ha de ser objetiva, las hipótesis deben plantearse de manera independiente a la forma en que se reúnan los datos necesarios para su comprobación. Pero ahora parece que ha quedado establecido más allá de cualquier objeción que las teorías y los hechos son bastante *interdependientes*, es decir, que los hechos sólo lo son dentro de algún marco teórico. Si las hipótesis y observaciones no son independientes, los *hechos* sólo pueden verse a través de una apertura teórica y la objetividad queda seriamente cuestionada". (2002:118)

El otro lugar elegido para la ocurrencia dialógica fue el Hospital Central de Maracay, el cual se escogió como institución de referencia para la investigación partiendo de una premisa fundamental: que cualquier institución pública que tenga asistencia obstétrica podía ser un espacio válido para el levantamiento de la información, en cuanto la atención médica obstétrica se funda en un discurso hegemónico de la ciencia médica, cuyos sistemas de significantes sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva, instaura a su vez una práctica de atención que cumple con un patrón, -una normatización/estandarización de rutinas de trabajo-, cuyas variaciones, entre instituciones, son imperceptibles. En efecto, sostenemos, junto a otras/os investigadoras/es, que la medicina tecnocrática funciona en lo social como una ideología hegemónica, fecundada por un sistema de valores, que sostiene, por encima de las variaciones, unas prácticas reconocibles, que instituyen, no solo una forma de funcionar el cuerpo médico, sino un estilo de pensamiento y de vida social. Además, se suman a esta premisa dos circunstancias para la escogencia, la primera es que este hospital es un centro de apoyo docente de la universidad donde laboramos, factor que juega a favor de la factibilidad del desarrollo de nuestra investigación. La segunda es que nos permite corroborar la propia premisa porque es una institución ubicada en otra ciudad y las voces buscadas fueron pasantes de obstetricia, es decir estudiantes de pregrado de medicina que están cumpliendo con el

requisito de la pasantía obstétrica. Con ellos/as cerramos el círculo jerárquico del cuerpo médico, obstetras, residentes y pasantes.

Grupo humano sujeto-objeto del estudio

El grupo humano al cual nos aproximamos para la deconstrucción de las diferentes dimensiones de lo subjetivo-construido sobre la mujer, su salud sexual y reproductiva, quedó conformado 18 Obstetras, 2 de los cuales fungieron como informantes claves, 14 residentes de la Maternidad Concepción Palacios y 18 pasantes de obstetricia del Hospital Central de Maracay.

La selección de los/as obstetras se hizo a través de la médica Nancy Bello, coordinadora del “Proyecto de mejoramiento de calidad de la atención y gestión en la red de servicios”, quien constituyó el contacto estratégico para la investigación. A través de ella hicimos enlace con los jefes de departamento y ellos/as a su vez con los adjuntos y así sucesivamente. En esa cadena jerárquica, llegamos hasta los/as residentes, quienes participaron voluntariamente y fuimos haciendo una agenda para las entrevistas.

Dentro de esa población voluntaria encontramos dos obstetras que fungieron como “*informantes claves*”, en tanto son profesionales formados desde su condición de pasantes hasta el postgrado en la maternidad “Concepción Palacios”, siendo hoy obstetras que, a pesar de ser formados allí y de mantenerse como personal de la institución, rompieron con el modelo dominante de aprendizaje y forman parte de la gente que promueve, en el país, el parto no medicalizado.

Nos apoyamos en los aportes de Miguel Martínez para la selección de la población y la

significación de los sujetos como informante claves, él señala:

“En la muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación.(...) se trata de buscar una población que sea comprensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero **haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave (personas con conocimientos especiales, estatus y buena capacidad de información).**⁵ En conclusión, el investigador tratará de imitar al buen fotógrafo, que busca los mejores ángulos para capturar la mayor riqueza de la realidad que tiene delante”. (2006: 15)

Los/as pasantes de obstetricia del Hospital Central de Maracay fueron contactados/as a través de nuestra unidad de investigación, dado que la problemática aquí estudiada constituye una línea de investigación de la misma. Hicimos un llamado a los/as estudiantes para que participasen voluntariamente en la investigación, con la garantía del anonimato de los testimonios. El requisito era que fueran pasantes de obstetricia del Hospital Central de Maracay, ellos/as fueron anotándose según su disponibilidad de tiempo y armamos la agenda de encuentros con dichos/as pasantes.

Técnicas participativas - entrevista enfocada

La técnica dialógica por la que optamos fue la de las entrevistas enfocadas, las cuales son consideradas según Robert Merton (citado José Ruiz y María Antonia Ispizua1989), como un tipo de entrevistas en profundidad. Lo que las diferencia es la concreción, ya que se centran en un foco de interés, en una experiencia, una situación. Por otra parte, van dirigidas a

⁵ Las negrillas son nuestras

personas concretas, caracterizadas, escogidas previamente por haber tomado parte en esas situaciones o haber vivido esas experiencias.

Las características que mejor definen a una entrevista enfocada son las siguientes:

Las personas entrevistadas son sujetos de quienes se sabe que han intervenido o están vinculadas con la situación a investigar.

El investigador(a) conoce la situación con sus elementos, esquemas, procesos y estructura total y la ha analizado sistemáticamente.

La entrevista se concentra, enfoca, en la experiencia subjetiva de las personas seleccionadas, con el objetivo de conseguir de ellas su propia visión de la situación.

La entrevista está siempre abierta a que, respuestas o relatos imprevistos den pie a nuevas hipótesis o interpretaciones de la experiencia.

La entrevista es de carácter individual, es decir, que la conversación se desarrolla entre investigador(a) - entrevistado(a), pero no impide que se repitan las entrevistas sobre el mismo tema, a otras personas.

Obviamente que quienes investigamos siguiendo el camino cualitativo, no nos acercamos al rastreo de la información con la problemática totalmente formulada, pues la información obtenida y su interpretación/categorización son tiempos que se entrelazan, por ello, la dinámica de trabajo incluye y respeta el aporte de quienes son entrevistados/as, pero siendo coherente con el camino cualitativo y el enfoque de género, quien investiga también está incluido/a en esa dinámica, toma partido ético y político. Por ello, las entrevistas, aun cuando sean no estructuradas, como es nuestro caso, conllevan una lógica intencional vinculada con la realidad a la cual queremos aproximarnos. Dicho esto, las entrevistas giraron en torno a un enfoque central: la praxis de la atención obstétrica en embarazadas de bajo

riesgo. La forma como se fueron dando los testimonios, una y otra vez, fue como la bitácora que siguen las embarazadas desde que entran a la maternidad y al hospital hasta que paren, esa secuencia saturada y espontánea de las narraciones se respetó en la categorización de dicha información y en la teorización.

En este camino teórico/metodológico apostamos por un cara a cara, entre investigadora y entrevistados/as, en un proceso dialógico y transformador, en el cual, quienes formamos parte del proceso, nos vimos obligados/as a cuestionarnos para poder entablar el proceso comunicativo consensuado para la investigación. En ese escenario, desatar algunos puntos polémicos nos obligó a discurrir, a reflexionar, y ello, trajo consigo, que obstetras, residentes, y pasantes se interrogaran a sí mismos sobre cuestiones de su praxis, las cuales cotidianamente pasan como “justificadas” gracias a la eficacia de la hegemonía ideológica de esa disciplina médica, y que por nuestra parte, vivenciáramos en carne viva un ambiente de trabajo ensordecedor, rutinario, aislado, que lesiona la vida de las mujeres que asisten allí en búsqueda de atención, pero igualmente impacta la salud de quienes allí laboran, con la lamentable realidad de que ni ellas, ni el cuerpo médico, en su mayoría, logran desactivar la lógica que los/as domina.

Punto de Saturación del Conocimiento

La representatividad de la información, va a estar garantizada por la calidad de la misma, y el punto límite de dicha representatividad vendrá indicado por el Punto de Saturación del Conocimiento, tal como sugiere Daniel Bertaux (1993). Dicho punto de saturación consiste en buscar que una muestra sea representativa, no en un nivel

morfológico (en el nivel de la descripción superflua), sino en el nivel sociológico, en el nivel de las relaciones socio-estructurales. Para ello, se realizan las entrevistas y concomitantemente se van construyendo los análisis; cuando nuevas entrevistas únicamente confirman lo que se viene construyendo (se marca la parte de relaciones socio-estructurales), y sólo añaden ligeras variaciones individuales, se considera alcanzada la tendencia en la información recogida, y éste es el punto de saturación.

Valernos de la saturación significó apropiarnos de la palabra de los/as entrevistados/as para sistematizar el material discursivo, posibilitándonos la obtención de eventos vinculados con el horizonte teórico de la investigación.

Construcción de eventos/núcleos críticos

La deconstrucción de los discursos implica la comprensión del mundo tal y como la construye el/la propio/a entrevistado/a. Su construcción social de la realidad, la hace a partir de los elementos significativos de su experiencia personal. Acceder a esos significantes del sujeto, tiene que pasar obligatoriamente por asumir una actitud analítica diferente, donde el/la investigador/a e investigado/a entran en un proceso deconstructivo de la realidad social.

José Ruiz y María Antonia Ispizua, (1989: 151), explican metodológicamente cómo, a través del relato se va elaborando la construcción personal de la situación a investigar, y sistematizan una serie de momentos para la construcción de eventos críticos o núcleos de interés, con la finalidad de ir guiando y explicando la construcción del análisis desde la teoría que soporta la investigación.

Momentos Metodológicos:

- Se señala los conceptos-eventos nucleares-críticos de todo el relato.
- Se elabora las categorías pertenecientes a/y comprensivas de estos núcleos, con lo que se procede a codificar todo el relato en base a estas mismas categorías.
- Se inspecciona de nuevo el relato para detectar los grupos de conceptos (eventos) que pasan a constituir categorías sustantivas o variables densas, obtenidas a partir de los conceptos concretos del individuo.
- Se establece las relaciones (conexión-oposición y jerarquización) existentes entre estas categorías, con lo que se puede diseñar un diagrama conceptual del relato.
- El diagrama (relaciones, jerarquía, dirección) permite alcanzar una visión globalizadora a la manera de la Gestalt, que ofrece tentativamente la construcción individual.
- Esta construcción global se adopta como modelo interpretativo para entender, explicar e integrar en él el resto de elementos del relato que quedaban aún inconexos, sin sentido, discrepantes.
- Se llega a una construcción-modelo final, que puede ser sometido para control a colegas, testigos y al propio entrevistado para su confirmación.
- Se teoriza sobre este universal y se elabora la definición de la situación y la visión particular del mundo que contiene.

Estos procesos de caracterización de eventos y categorización nos conducen, y son sinérgicos con los actos de percibir, discurrir, cotejar, disentir, añadir, ordenar, establecer nexos y relaciones entre dichas categorizaciones, para ir construyendo el análisis dentro y desde la teoría que nos soporta. En una palabra teorizar, parafraseando a Miguel Martínez es un proceso cognitivo que puede llevarnos desde lo plenamente conocido hasta lo meramente sospechado, nosotras añadimos hasta lo meramente insospechado.

CAPÍTULO IV
DECONSTRUYENDO LOS SIMULACROS HEGEMÓNICOS

La institución médica impone la estilística de la existencia
de la parturienta

*Son cien. Mínimo. Cada día. Cien montañas. Cien animales.
Cien mujeres. Cien
cuerpos. Y un solo lugar, un laberinto de mugre. Un espacio para la sangre: la Maternidad
Concepción Palacios.
Patricia Guzmán*

Hemos discutido, a lo largo del trabajo, sobre el estatus de paradigma incuestionable que le ha conferido a la obstetricia ser una disciplina médica, que su vez asume las premisas del discurso científico. Ello trae como consecuencia que todas las representaciones simbólicas, los dispositivos de significados, de que se vale el discurso médico y sus disciplinas, les legitimen de una manera tan férrea, que producen un cuerpo médico con una ceguera total frente al impacto de la medicalización de la vida, la muerte, y su constante intrusión en los ciclos de la existencia humana.

Desde hace algunas décadas, se viene discutiendo acerca de este abuso de la praxis médica sobre la vida humana. Investigadores como Irvin Kenneth (1974); Iván Illich (1975); Michael Folcault (1978), Jean Clavreul (1983); Giovanni Berlinguer (1996) y otros, han aportado sus reflexiones a dicha discusión. Por ejemplo, Giovanni Berlinguer señala:

“La medicalización de la vida, es una expresión usada desde los años

50, como crítica a esa tendencia de la medicina a ocupar y usurpar los lugares y los tiempos más cruciales de la existencia humana y que ahora se entrelaza con la mercantilización de la medicina, con la tendencia a transformar en mercadería o dinero cada parte del cuerpo y cada acto aplicado a la vida y a la salud”. (1996: 40).

Estos efectos no deseados ocasionados por la medicalización, que repercuten en la calidad de vida de las personas, es lo que Ivan Illich ha denominado como yatrogenia clínica. Parafraseándolo, podríamos decir que estas consecuencias de la medicina constituyen una de las epidemias de más rápida expansión de nuestros tiempos. El dolor, las disfunciones, las incapacidades, e incluso la angustia producida por la intervención médica técnica, rivalizan actualmente con la morbilidad producida por actividades relacionadas con el tráfico, el trabajo y aun la guerra. Iván Illich sostiene que:

...la nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor, son enfermedades yatrogénicas clínicas y comprenden todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o enfermantes, los medicamentos, los médicos o los hospitales, causando una serie de efectos secundarios terapéuticos. (1975:23)

Abordaremos ahora esta discusión para afrontar la manera como la medicina da solución a los procesos reproductivos de las mujeres, específicamente en el caso de aquellas que están pasando por alguna etapa de sus vidas reproductivas, no patológica, como es el caso, por ejemplo, de la menopausia, la menstruación, la lactancia, el embarazo, el momento del parto, estas últimas de interés central para el presente trabajo. En estos casos, las mujeres son sometidas a tratamientos y procedimientos que conllevan secuelas negativas para su salud, no solo a causa de los propios tratamientos, sino por el mismo hecho de tratarlas como enfermas. Debido a ello, las mujeres reducen su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo de

una intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica y hasta cotidiana.

Para acercarnos con más precisión a la cuestión que nos atañe, se hace necesario analizar algunas conductas que se repiten en la mayoría de los centros públicos que prestan atención obstétrica en el país. Reconocemos que existen algunas variaciones entre instituciones, relativas a conductas, normas y protocolos, pero para la perspectiva de la presente investigación, asunto señalado anteriormente, dichas variaciones son imperceptibles, porque sostenemos, junto a otras/os investigadoras/es, que la medicina tecnocrática funciona en lo social como una ideología hegemónica, fecundada por un sistema de valores, que sostiene, por encima de las variaciones, unas prácticas reconocibles, que instauran, no solo una forma de funcionar el cuerpo médico, sino un estilo de pensamiento y de vida social.

Abrimos la puerta de entrada de las áreas de atención obstétrica señalando que las mujeres una vez que ingresan en dichas áreas, son evaluadas a través de signos y síntomas estrictamente orgánicos, y en base a éstos, son clasificadas como pacientes obstétricas de alto riesgo o pacientes de bajo riesgo. A éstas últimas le dedicamos el mayor interés en la investigación. Ellas vienen a conformar un grupo humano que desde lo epidemiológico, no entrañan un aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o de mortalidad ni ellas, ni el feto, ni el neonato. Sin embargo, el protocolo médico exige que sean sometidas a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces, no discriminan o individualizan las necesidades de dichas mujeres, aunque producen efectos secundarios, que no son medidos ni evaluados por la obstetricia académica oficial. Sin embargo, dichos efectos, han sido discutidos y confrontados desde otras ópticas: médicas, sociológicas, antropológicas, y fundamentalmente por las teorías de los derechos humanos

género sensitivas, específicamente relativas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que han confrontado la hegemonía de la ciencia médica y sus disciplinas, asentadas en un poder que impide cualquier cuestionamiento de su praxis.

Una vez que las mujeres pasan los umbrales de las áreas obstétricas son desnudadas, simbólica y literalmente, por una institución médica que impondrá la estilística de la existencia de ellas, no solo durante su estadía en ese lugar, sino a partir de esa experiencia.

Obstetras y residentes refrendan:

“las señoras cuando llegan son sometidas a una espera, posteriormente son bajadas a una sala donde las mandan quitarse la ropa, se les manda a que laven sus genitales, las enfermeras se encargan de eso, les dan una bata, que muchas veces no la hay, se ponen su bata... si no hay se quedan con su ropa de casa...” (Obstetra)

“...para que las pacientes sean evaluadas se les quita la ropa interior y se les pasa al cubículo, ahí las examinan, generalmente uno de nosotros como residente de postgrado, allí se decide si es hospitalizada o no es hospitalizada.” (Residente)

“... antes de pasar a sala de parto, las pacientes han pasado por un área donde se les retiran algunas cosas, que luego se le darán a los familiares, entonces en bata pasan en una camilla, eso queda en el sótano, pasan a primer piso, ahí es recibida generalmente por la camarera que la pasa a la sala de hospitalización donde son camas que están continuas, 10-12 camas en una sola área”. (Obstetra)

“La enfermera que está en el área de la sala de parto se encarga de llamar al médico para que el médico la examine, él decide, si está en parto se deja en el sitio...” (Residente)

“... cuando las pacientes no llegan en expulsivo, se pasan a una parte que llaman trabajo de parto, ahí se va evaluando el mecanismo del parto, cuando llegan al período expulsivo pasan a una de las mesas donde se les pone a parir, hay unas que llegan directo a parir”. (Obstetra)

“Desde que la paciente ingresa se comienza a hacer la selección, es decir, esta mujer para acá, la otra para allá, a separar para un lado o para el otro según lo que decidamos por los síntomas.” (Obstetra)

“Uno como residente sabe que tiene que individualizar cada caso pero al momento en que tienes ese montón de pacientes te toca trabajar en automático, uno tiene que tratar de resolver la situación y uno llega a estar convencido de que lo está haciendo por el bien de la paciente, pero que hay que considerar el bien no solo de una paciente sino el de todas, por eso cuando llegan las clasificamos según la urgencia de los síntomas...” (Residente)

“Cuando las pacientes llegan la atención es mecanizada. No, tú ahí no tienes tiempo de contemplaciones, le ponías el pitocín a la paciente y punto, uno no habla sino lo necesario con la paciente, salvo casos especiales, pero en líneas generales las acciones con la paciente ni siquiera las decidimos los residentes, las decide el médico, y como residente tengo que hacerlo igual y punto...” (Residente)

Este vía crucis es relatado, una y otra vez, en cada una de las entrevistas que conformaron el enriquecido sustrato de información, y coincide con otros trabajos realizados, los cuales han recogido, en la voz de las parturientas, la propia experiencia:

“Cuando llegué al Hospital estaba pariendo, como no había personal para hacer las historias, me dejaron afuera, no aguanté los dolores y me metí para adentro, las enfermeras me gritaban: “sálgase, no hay médico que la atienda”, yo le suplicaba que me acostaran y ellas insistían en que me saliera, entonces a juro me monté en una camilla con ayuda de una señora que también estaba pariendo... si no hubiera hecho eso, hubiera parido al niño en el suelo”. (Marbella Camacaro 2000: 92)

La naturalidad con que se producen los testimonios, por parte de quienes están al mando de la atención obstétrica, son el espejo/reflejo de la racionalidad tecnocientífica, en tanto logra anular, en ellos/as, la posibilidad de contestación, de considerar críticamente su actitud, mediante el afianzamiento de una mentalidad que califica como impropio del hacer científico el reconocimiento de todo aquello que no se halla inscrito en ese saber/hacer. Por ello, la atención a las necesidades emocionales y afectivas queda fuera del protocolo de la atención acordada a la capacidad reproductiva de las mujeres. Para tener poder es necesario obviar situaciones que se desvíen la norma establecida, por ello las mujeres que se quejan, las que caminan de aquí para allá, las que preguntan, se convierten en un elemento de distracción, porque “ellas y su subjetividad” no ocupan un lugar en el sistema de significantes del discurso

médico.

En las voces de los/as pasantes encontramos situaciones similares a las deconstruidas a través de los testimonios de obstetras y residentes, en cuanto la “faena” obstétrica desdibuja, en las embarazadas, toda posibilidad de pronunciamiento de palabras, de que se les reconozca una identidad; la mecanización socava el encuentro humano entre las parturientas y quienes deberían facilitar el parto y nacimiento como sucesos oportunos y de encuentro entre seres humanos/as.

Los/as pasantes testimonian:

“...llegan primero a una sala fría, con pocas sillas y muy desesperadas porque se sienten mal, tocan la puerta de la sala de historias y reportes, las enfermeras les dicen: Espérate que todavía no te toca” (Pasante)

“Ellas están allí en el área de ingreso, sin comer, sea parto normal o cesárea, sin familiares y sin nada, es un pasillo frío con tres o cuatro sillas donde te sientas y te caes, entonces la mayoría de ellas están de pie, se agarran de las paredes, están angustiadas, muy solas porque ni siquiera las dejan estar con un familiar porque congestionan el pasillo.” (Pasante)

“Las pacientes cuando llegan esperan en el pasillo de afuera que está antes de llegar a admisión, (...) una vez que son evaluadas, éstas son clasificadas porque no hay espacio ni camas para todas, aquellas que están más cerca de la hora de parto, se ingresan de primeras, ya que tienen mayor prioridad.” (Pasante)

“... a las pacientes que les falta mucho tiempo para parir, las mandamos a que esperen por allí, pero fuera del área de obstetricia para que no estorben.” (Pasante)

“Según el orden de llegada, se trata de clasificar cual es el grado de urgencia de cada caso, lamentablemente eso implica que muchas señoras que se sienten enfermas o que se sienten que está cerca su momento de parir, tienen que permanecer largas horas en la sala de espera porque los médicos que están allí a cargo no pueden atenderlas a todas a un mismo tiempo, esto resulta muy incomodo para las pacientes, uno observa que se sienten impacientes, intranquilas, entran y salen, algunas las mandan afuera del área hasta que progrese la labor, porque entorpecen la labor de los médicos...” (Pasante)

“La demanda de mujeres que llegan al hospital es demasiada, ellas están afuera y van entrando por orden de llegada, en la sala de admisión se les practica el primer tacto y si el trabajo de parto está avanzado, se quedan hospitalizadas, después de hacerle la historia las

pasan a la sala pre-parto, las que no están tan avanzadas las mandan para afuera”. (Pasante)

“Antes de pasar a la sala de pre-parto, se prepara la paciente y se le coloca su vestimenta de quirófano y su suero, ellas pasan con su solución en vena, rasuradas y limpias, quienes las rasuran son las enfermeras “cuando quieren”, y eso hay que decirlo, “cuando quieren”. Algunas vienen rasuradas de su casa, algunas son muy antihigiénicas, pero ellas a la sala de pre-parto van ya limpias”. (Pasante)

“Las mujeres al ingresar pasan a la sala de pre-parto, donde uno debe estar pendiente básicamente de la dinámica uterina. Ellas están allí acostadas, completamente desnudas, sobre el colchón pelado, al menos que ellas se lleven sus sábanas, pero generalmente son mujeres muy humildes y esperan hasta el último momento, casi nunca llevan nada. Allí las indicaciones son muy estrictas hacia las mujeres, no pueden comer, no pueden tomar agua, les colocan el oxitócico a todas por igual como rutina, al menos que tengan pre-eclampsia”. (Pasante)

“En la sala de admisión llegan las pacientes que vienen con sus dolores de parto y el mecanismo es que se le pide su hoja de control, si no se le pregunta cuáles son los síntomas, si ha botado sangre o líquido, se le toma su tensión arterial y se le manda a montar en la camilla para revisarle su foco fetal, su altura uterina y la dilatación (...) a las pacientes que no han dilatado suficiente se les manda a caminar dos horas a planta baja fuera del área porque entorpecen el trabajo del personal...” (Pasante)

“Me llamó la atención el número de mujeres que llegan a la emergencia con dolores de parto, ellas deben esperar, por orden de llegada, que el residente o nosotros los estudiantes las llamemos para realizarle el examen y si está en trabajo de parto, realizarle la historia y dejarlas hospitalizadas. Nadie observa la problemática que hay en la sala de admisión, ya que el residente sólo sale a llamar a la paciente y vuelve a entrar, sin percatarse que puede haber mujeres en período expulsivo y en su lista están de últimas. De hecho yo he visto varios partos fuera del área obstétrica, debido a esa actitud de los residentes”. (Pasante)

Sobran las palabras para interpretar las vivencias que las mujeres tienen que experimentar cuando buscan atención obstétrica hospitalaria. Acompañando la postura de Jean Clavreul (1983) podríamos decir que la medicina nos reduce al silencio. No hay ninguna razón que pueda oponerse a la razón médica, y es raro que el médico recoja, de las manifestaciones de su paciente, algo que no pueda ocupar un sitio en el discurso. El cuerpo médico hace abstracción de la subjetividad de las parturientas, requisito indispensable para poder atender técnicamente el proceso y no la persona. Meter entre corchetes las

particularidades de las mujeres es un dato relevante que da pistas para la descodificación de la representación de la parturienta como paciente/enferma.

La penitencia de iniciación que tienen que cumplir las mujeres para ser reconocidas como pacientes que requieren de admisión en la cofradía hospitalaria, es el primer eslabón de una larga cadena de sucesos violatorios de sus derechos humanos. Las denuncias vinculadas con la violencia en la atención obstétrica, realizadas por grupos de mujeres organizadas, han logrado que algunos pronunciamientos oficiales relativos a los derechos humanos para la protección de la salud de la mujer, comiencen a señalar la responsabilidad del cuerpo médico en relación a estos derechos, y plantean cuáles son los problemas que deberían enfrentar estos profesionales en el plano de la microética y la macroética. Sin embargo, dentro de esos planteamientos no es tratado como violatorio de los derechos humanos, esa actitud médica desconocedora de la obligación de dar apoyo emocional y satisfacción a las necesidades de las mujeres, que trasciende la atención y el ámbito de la técnica hegemónica.

En relación con lo expuesto anteriormente René Cervantes afirma:

“El campo de la reproducción humana y, sobre todo la práctica de la obstetricia y la ginecología están plagados de ejemplos palmarios de la trasgresión de las normas éticas y deontologías de la Medicina. La mujer que merece respeto en función de la naturaleza y ubicación de sus dolencias, es generalmente objeto de maltrato, empezando por la actitud hostil, fría y poco humana de las personas que, en ominosa cadena desde el portero hasta el profesional, la tratan en función de la ficha numerada que debe comprar para hacerse atender.(...)Ya frente al profesional médico u obstetrix, su mente debe superar barreras gigantes y, a veces, a cuál más humillante, para contestar las preguntas que, cual computadora parlante, le disparan los trabajadores de la salud”. (1996: 68)

La contundente realidad que coexiste en las áreas obstétricas hospitalarias queda al desnudo en los testimonios y en los aportes del obstetra antes citado, realidad que desborda

cualquier declaración engañosamente solidaria con las mujeres, pues está atravesada por la misma hegemonía ideológica, por ello, la intencionalidad de nuestra discusión debe apostar a una ruptura con el modelo científicista de entender a las mujeres y su salud sexual y reproductiva.

Deconstruyendo el simulacro de parir

*“La gente tiende a confirmar la teoría que sostiene
en lugar de buscar pruebas para refutarla”
Peter Siege*

Las mujeres con sus cuerpos desnudos bajo las batas desechables, se convierten en un cuerpo/máquina, el cual debe ser sometido a diversas intrusiones para que funcione correctamente. La institución médica se ocupa de que dichas intrusiones sean legitimadas por el propio cuerpo/individual/social de las mujeres, y uno de los baluartes de esa legitimidad consiste en medicalizar la vida reproductiva de las gestantes/parturientas. Esto nos conduce a evocar los escritos de uno de los críticos más tenaces del parto medicalizado, Juan Merelo-Barbera, quien acota que:

“... Es de general apreciación crítica que todos los partos no son difíciles y que por rutina médica se adoptan medidas que debieran ser de estricta excepción. Cómodas para el profesional pero atentatorias a la integridad somática y psíquica de la mujer. El acto de parir pertenece a la integridad de la mujer, no tiene excusa dicho comportamiento hoy que se conocen los medios -antes tradicionales- de preparar al parto para que el cuerpo tenga la elasticidad necesaria que haga sólo excepcionales tales intervenciones”. (1980: 220).

Antes de analizar la “riqueza” de los discursos que develan el estamento de la medicalización, debemos apreciar que la misma se expresa en conductas medico-obstétricas

repetitivas, o lo que es lo mismo, en rutinas de trabajo obstétrico. Éstas son una serie de normas, procedimientos y/o tratamientos, que se aplican a cada una de las embarazadas de bajo riesgo, que se encuentran en trabajo de parto o en proceso de parto. Los más usados, son:

- El uso de oxitócicos para inducir el parto.
- Ruptura artificial de membranas.
- Episiotomías en el momento del parto. (incisión quirúrgica para ampliar la abertura de la vagina)
- Rasurado púbico.
- Tacto vaginal.
- Parto en posición obstétrica (acostada de espalda sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en piñeras o ganchos)
- Práctica de una segunda cesárea después de un parto previo por cesárea.

Esta medicalización de la embarazada y del proceso de parto exige a su vez, el cumplimiento de ciertas normas, tales como;

- Aislamiento de la embarazada una vez que es ingresada al área de trabajo de parto.
- Desnudarlas para usar batas desechables con abertura trasera.
- Prohibición de deambular, comer, beber, bañarse, separación del/la niño/a al momento de nacer.
- Separación madre/hija/o al momento de nacer.
- El personal de salud vestido con monos quirúrgicos, botas, gorras, tapa bocas, y
- Un ambiente extremadamente frío para mantener la asepsia hospitalaria, entre algunas de las normas establecidas.

Estimamos necesarias las acotaciones anteriores para asomarnos a los testimonios de

los propios/as obstetras y residentes, los cuales darán la fe de vida de la medicalización/normatización del parto. No podemos dejar de conmovernos frente a los discursos de las personas entrevistadas, quienes sin excepción, manifestaron que los procedimientos de rutina que rigen la atención obstétrica en salas de parto, especialmente para atención de partos de bajo riesgo, responden a unas conductas aprendidas, repetidas, las cuales no llegan a explicarse, sino que se asumen como correctas porque así se ha venido haciendo por muchos años, y es la única forma de prestar atención obstétrica que conocen.

Los fragmentos textuales extraídos de los discursos serán el mejor hilván de la cuestión:

“Obviamente que muchas pautas de cómo poner pitocín, romper membranas, tienen sus indicaciones, no deben ser estandarizadas, pero esas indicaciones no se siguen, en la práctica persisten y se realizan de rutina, uno ha aprendido a hacerlo...” (Obstetra)

“...nosotros cuando hay cuellos de franco trabajo de parto, desde los 3 centímetros en adelante, empezamos a romper membrana así el parto sigue sus fases logramos que no sea tan exageradamente lento, hoy en día pensar en trabajos de parto de 12 horas eso es una barbaridad, uno logra que a las 7 horas de trabajo de parto ya listo, hasta antes de ese tiempo,...” (Residente)

“...rompemos membrana porque nos enseñan que así se acelera el trabajo de parto, he oído a algunos doctores que dicen que muchas escuelas, entre esas, la de Uruguay sostienen que no se deben romper las membranas precozmente, (...) pero aquí las seguimos rompiendo como rutina de trabajo, es muy difícil de cambiarlo”. (Residente)

“Los procedimientos médicos se les hacen en el cubículo, por ejemplo la ruptura de membrana es para acelerar el parto, nosotros decidimos lo que es necesario, por ejemplo colocarle el oxitócico...” (Residente)

“...leí varios trabajos de investigación que dicen que con el rasurado hacemos un foco de entrada, y comprendí el error de rasurar a las pacientes, pueden haber excoriaciones de la piel que vienen a constituir puerta de entrada de microorganismos, sobre todo el rasurado púbico, es tal la costumbre que ellas vienen rasuradas de su casa, entonces están más tiempo expuestas, pero son cosas que son la tradición y son muy difícil de cambiarlas”. (Obstetra)

“...reconozco que si una paciente está en buen trabajo de parto, como debe ser, no tengo que

ponerle pitocín, sin embargo es lo que se hace y es lo que tenemos que desaprender para aprender a aprender”, (Obstetra)

“Vamos a decir que inicialmente la rutina de trabajo es una conducta aprendida, nos la vamos transmitiendo de generación en generación...” (Obstetra)

“...como se trata de un hospital docente es importante que haya una uniformidad de criterio, de manera tal, que los muchachos que están aprendiendo, que se están preparando, que están haciendo postgrado tengan un criterio uniforme,...un capital docente tiene que tener una uniformidad de criterio, al que se puedan ceñir los cursantes...” (Obstetra)

“...uno aprende a hacer las cosas que está viendo y empieza a repetir lo que hacen los mayores, los que tienen mayor jerarquía, y aprendes la especialidad, esto se hace así y se hace asao, a veces puede haber una variación en alguna pauta pero generalmente el proceso es el mismo,”(Residente)

“es una rutina que ha ido pasando de tradiciones anteriores donde muchas veces a todas se les pone pitocín, se les pone suero, se les pone fórceps, se le hace episiotomía, a todas se les rompe membranas, hay ciertas variaciones que dependen del criterio del médico que esté de guardia, pero siempre es una rutina..”.(Obstetra)

“...eso es lo que le enseñaron a uno y uno siempre sigue lo que los maestros le enseñaron, entré aquí a la Maternidad, y siempre veo lo mismo, una atención del parto en posición dorsal, la ruptura de membrana con tres o cuatro cm., no deambular,...” (Residente)

“La Maternidad era la Madre, la Doctora, aquí se originaban todos los obstetras del país y si la Maternidad rompía membrana a los 3cm entonces todo el país rompía membrana a los 3cm” (Obstetra)

“Compartí con gente que trabaja en el Centro Latinoamericano de Atención Perinatal de Montevideo, entonces ellos no rompen las membranas, inclusive hemos hecho trabajos comparando la dilatación y la frecuencia cardiaca rompiendo membrana y no rompiendo membrana y realmente es igual si las rompes o no las rompes, pero igual seguimos rompiendo las membranas porque ya hemos una actitud aprendida y es muy difícil uno cambiar y una automáticamente las rompe inmediatamente...” (Obstetra)

“La rutina de trabajo siempre ha sido esa, en el interior del país se sigue la misma rutina...y eso es valido, porque bueno nosotros somos una gran escuela y vemos pues como tenemos nuestra semilla en el Hospital de la Victoria, en el Hospital de Maracay, en toda Venezuela...” (Obstetra)

“las pacientes de bajo riesgo, son tratadas por el mismo criterio que las de alto riesgo, entonces la mayoría de las veces no hay una individualización, se utiliza la misma conducta... romper membranas, de poner un pitocín, poner anestesia, entonces no hay una discriminación desde el punto de vista de la atención.” (Obstetra)

Las palabras no pueden ser más contundentes, demostrando la anuencia del equipo de salud frente a la homogeneización o estandarización de la atención, lo cual se evidencia en las rutinas de trabajo, que están tan arraigadas en el cuerpo médico, debido a la constante repetición, que se convierten casi en actos inconscientes. Mantener estas prácticas como rutina de atención, por encima de la valoración de las consecuencias que puedan tener en la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, dar por sentado que la autoridad y la jerarquía de los superiores es aval para repetir procedimientos médicos estandarizados, son conductas significantes que expresan, en superlativo, que el modelo tecnocrático y medicalizado se ha impuesto en la disciplina médico-obstétrica.

Al respecto el obstetra Carlos Burgos manifiesta:

“Los obstetras oponen una notable resistencia a verificar la eficacia de las prácticas que caracterizan su disciplina. Y ésta suele ser como tantas otras una disciplina de opiniones, donde “la práctica aceptada” es a menudo un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico”. (2001:6).

Sobre la concepción del parto que ha desarrollado la obstetricia, Isabel Fernández (2008) comenta:

“La obstetricia, tal y como se concibe hoy, es uno de los ámbitos donde con menos pudor lo absurdo ha quedado elevado a la categoría de científico. La concepción que del parto tiene la obstetricia convencional se refiere al parto por ella interferido. Como consecuencia, toda su práctica se basa en una errónea concepción del parto. Por ese motivo, la OMS afirma sin ambages: Medicalizando el nacimiento... el estado de la mente y el cuerpo de la mujer se alteran tanto, que la forma de realizar este acto íntimo también debe quedar alterada, al igual que el estado del recién nacido. El resultado es que ya no es posible saber cómo hubieran sido los nacimientos antes de estas manipulaciones... Por lo tanto, los proveedores de los servicios de natalidad no tienen un verdadero criterio para calibrar su

asistencia”.

Esta concepción de atención al parto legitimada por la institución obstétrica incurre día a día en abusos contra los derechos de las mujeres. Sin su información ni consentimiento, están sometidas a procedimientos que no han sido valorados; no se han estudiado las consecuencias de las normas, los sueros endovenosos, los tactos vaginales, la posición impuesta en cama ginecológica, las episiotomías, no se ha cuestionado la hospitalización como práctica habitual en el parto, porque dicha concepción esta arropada por la supremacía de la ciencia y la verdad.

Fernando Sádaba señala lo siguiente con respecto a la ley y el orden en las instituciones hospitalarias:

“Lo que queda en pie, por encima de todo, es el sometimiento a la norma. Al margen, totalmente, de la lógica interna de la misma y de sus consecuencias. Al margen, incluso, de que pueda generar malestar o infelicidad (enfermedad acaso). La norma es siempre más importante que la salud y la enfermedad sólo es aceptada si se expresa por sus cauces”. (1979: 30)

Escuchar los testimonios de quienes compartieron la construcción de esta investigación, trae consigo la inevitable evocación de algunas escenas leídas en los repertorios históricos de la consolidación de la disciplina obstétrica, las cuales guardan larga distancia cronológica con nuestros tiempos, pero coinciden con el drama que viven las mujeres frente a la imposición del saber médico. No podemos dejar de lado el deseo de invitar a la lectura de estas reseñas. Una vez narradas volveremos a sujetar el hilván del presente.

Atestigua la historia contada por José León en su tratado de obstetricia, que un bajo relieve del Siglo II, tallado en mármol y descubierto en Grecia, representa una escena

verdaderamente dramática:

“La parturienta, figura central, yace desnuda, extenuada, mientras la comadrona de rodillas reanima al recién nacido. Un médico, de pie, exhibe en la mano derecha el instrumento, queriendo significar que gracias a éste fue posible el parto. Con su mano izquierda trata de levantar un brazo de la recién parida. Otro médico, a la cabecera, procura alentarla tocando su hombro, mientras su mano derecha empuña también un fórceps”. (1959: 995)

Basta congelar la imagen de las figuras femeninas, la parturienta desnuda y extenuada, la partera de rodillas, para interpretar que lo que aquí se enuncia es la rendición frente a los hombres médicos, ellos siempre de pie, y en esta escena en particular, con un instrumento en la mano derecha de ambos médicos, un detalle de extrema importancia en la concatenación de eventos que se confabularon para desplazar a las mujeres (parturientas y parteras) de la vivencia del nacimiento: el invento del fórceps. En los primeros pasos de la incursión de los hombres en el oficio de la obstetricia, ellos -los cirujanos- eran solicitados cuando había problemas en el parto, eran pues los encargados de resolver los fracasos que ocurrían por la impericia de las manos de las parteras, lo cual los llenaba de frustración, por tener que actuar siempre ante una madre o un feto muerto. Por eso, se dieron a la tarea de inventar instrumentos que, a costa de lo que fuera, les diera la triunfal satisfacción de tener, en sus manos, el poder sobre la vida y la muerte de las madres y sus hijas/os.

El uso del fórceps imprimió una de las primeras huellas al parto intervenido instrumentalmente, de modo que dicho instrumento se convirtió, hasta mediados siglo XX, en el símbolo del obstetra. Ha sido tan determinante este puntual suceso, que estimamos importante señalar la siguiente cita:

“Se adjudica la invención del fórceps a Peter Chamberlen, **quien sin ser médico de profesión**, a los 29 años se ingeniara una pinza para extraer el feto, caracterizada -y de aquí su ingenio- por ser de ramas separadas, es decir, que podía aplicarse por separado y luego articularse. Gracias a este aparato ejerció en Londres con gran éxito, fundando una dinastía junto con su hijo Peter II y con su sobrino Peter III. Nadie llegó a saber cuál era ese instrumento milagroso, pues **fue mantenido en el misterio ya que era transportado de manera oculta y en el momento de su aplicación, sin testigo alguno, se vendaban los ojos de la parturienta**. Ese desconocimiento general y su exclusividad de los Chamberlen, se prestó para su explotación mercantilista inmisericorde. Un hijo de Peter III, Hugo Chamberlen, ofreció en París el instrumento a la Academia de Medicina por 10.000 libras. Comisionado por ésta el afamado obstetra Francois Mauriceau para dar un concepto técnico sobre el aparato, hube de rechazarlo pues el vendedor, luego de usarlo durante tres horas en una parturienta de pelvis estrecha, fracasó en su propósito, falleciendo la mujer antes de dar a luz. En 1693 Hugo logró negociar el fórceps con un partero de Amsterdam, Roonhuysen. **El Colegio Médico de ésta ciudad obtuvo buenos dividendos pues sólo autorizaba ejercer la obstetricia a aquellos que hubieran pagado generosamente el secreto de los fórceps**” (http://encolombia.com/conquista1_ginecobstetricia.htm)⁶

Estos datos históricos son presentados, en la mayoría de los tratados, acompañados de juicios valorativos sobre el maravilloso avance científico de la obstetricia, y sobre el ingenio de los hombres, por ello fascina develar lo no dicho por la historia. Las negrillas del texto apuntan a visibilizar detalles que significan el poder que adquirieron los médicos sobre la naturaleza del parto, sobre al cuerpo/psiquis de las mujeres, y sobre la sabiduría de las parteras. Éstas debido al instrumento, desposeídas de su propio poder/saber, fueron sacadas del camino de su oficio ancestral. A su vez, las parturientas postradas con sus ojos vendados fueron enajenadas de su terruño corporal y afectivo. Fueron muchos los fracasos y las muertes de mujeres sometidas al uso del fórceps, pero eso no lo escribió la historia oficial, como tampoco el enorme beneficio económico que de este instrumento derivaron los hombres. En

⁶ Las negrillas son nuestras

nombre de la ciencia los cirujanos pudieron apropiarse de lo ajeno y triunfaron con su instrumentalización del parto y con el correr del tiempo, con todo lo que acontece en la vida reproductiva femenina.

Salgamos de la fascinación que produce desentrañar lo oculto de la historia que nos cuentan, y retomemos el presente. Para ello, volvamos a recrear el texto con lo testimoniado por los pasantes en relación a los procedimientos de rutina que rigen la atención obstétrica:

“...cuando ingresan les colocan el suero, les rompen membrana, les hacen los tactos para ir corroborando la dilatación, una práctica obligatoria es la episiotomía principalmente en la mujeres primigestas, este trabajo se hace casi mecánico, no se conversa con la paciente... en algunas ocasiones he visto una practica impresionante es cuando las enfermeras se montan encima de la paciente y les empujan él bebé hacia abajo, eso no es nada fisiológico, pero lo hacen...” (Pasante)

“...a las pacientes en sala de trabajo de parto, se les aplica suero inductor del parto, si no presentan ninguna patología, (...). En esta sala no pueden caminar, se les indica dieta absoluta, entran sin acompañante, todas estas normas son aplicadas sin ninguna explicación para las pacientes y nosotros tenemos que hacer lo mismo, estamos aprendiendo...” (Pasante)

“Otra orden es hacerles tactos cada cierto tiempo y la ruptura artificial de membranas, a pesar de que en la teoría nos enseñan que ésta no debe hacerse como una práctica de rutina, igualmente nos dicen que los oxitócicos no son indicados como rutina médica porque el parto es un proceso natural que no debe ser acelerado...” (Pasante)

“...si la paciente está en trabajo de parto se le llena su historia y se pasa a la sala de oxitócico con su medicación. A todas se les pone cintocinol 20 unidades, a menos que llegue muy dilatada se pasan directo a la sala de parto” (Pasante)

“En la sala de oxitócico hay un R2 que vigila la tensión arterial, la frecuencia fetal, la dilatación todo eso se va anotando cada media hora en un registro. Las pacientes en esa sala están acostadas no las dejan caminar, ni comer porque tienen la instalación intravenosa del medicamento” (Pasante)

“Una vez que son admitidas se les indica que se bañen, se les hace el rasurado púbico y se les ordena que se pongan una bata estéril, se pasan a una cama como las de hospitalización, las acuestan, les ponen el suero hasta que le toque ser valorada, le hacen el tacto para ver cómo está el cuello, generalmente no les permiten pararse ni comer, inmediatamente tienen dieta absoluta porque tienen la hidratación parenteral. Ese suero es para acelerar un poco el

trabajo de parto, para que dure el menor tiempo posible en trabajo de parto.” (Pasante)

“...nos evaluaban según el récord de actividades que realizáramos, por ejemplo: récord de partos, de episiotomía, de tactos, y de allí partíamos de que todas esas prácticas son normales para la mujer y digamos que no es lo normal pero sí es lo que habitualmente se hace en las áreas de maternidad. (Pasante)

Las/os pasantes repiten bajo la fuerza de la jerarquía las mismas conductas y procedimientos, en síntesis reproducen la misma lógica dominante. Inclusive no solo el modelaje de sus maestros/as, que se da con mucha fuerza durante las pasantías por las áreas obstétricas, legitima un tipo de atención que menosprecia a las mujeres como sujetas de derechos, sino que los textos de obstetricia son considerados por algunos estudiosos del tema, como instrumentos para la socialización, a través de una enseñanza que discriminan explícita e implícitamente a las mujeres, transmiten estereotipos sexuales y tienden desvalorizar a la mujer. Dentro de quienes han dedicado esfuerzos por develar el significado de los textos de obstetricia en la construcción de representaciones sexistas en los estudiantes, están Oscar Alberto Morales y Ángel Gabriel Rincón, ellos manifiestan que:

Los libros de texto de Ginecología conllevan un discurso ideológico. Contribuyen, por lo tanto, con la construcción de la representación androcéntrica, sexista, discriminatoria hacia la mujer en el estudiantado y, en consecuencia, en sus prácticas profesionales futuras. Este discurso académico tiene efectos sobre cómo médicos generales y especialistas representan y tratan a las mujeres en sus consultas y en su contexto académico profesional. En cierta medida, institucionaliza la discriminación, por lo que practicarla, lejos de ser mal visto, se ha convertido en la norma, en un asunto de sentido común. (2007:657)

Es estremecedor tomar conciencia de que la normatización de la maternidad, no deja, ni al cuerpo médico, y mucho menos a los de menor rango, ni a las mujeres, la posibilidad

para las elaboraciones individuales. Contar con un modelo impuesto desde la fuerza hegemónica del binomio “ciencia/verdad”, que norma la forma de atender el parto, que indefectiblemente modela también la forma de gestar y parir, ocasiona tanto en el cuerpo médico, como en las mujeres, un bloqueo en el surgimiento de otros saberes, y en el caso de las parturientas, quienes en concreto son las que viven en su cuerpo los procesos, se anula la expresión de sus subjetividades y experiencias como persona/sujeta/gestante.

En relación con lo que la estandarización/normatización del parto implica para la subjetividad de las mujeres Susana Velásquez señala:

“Cuando un saber opera sobre otro, mediante la práctica, se intenta normatizar la realidad ofreciendo modelos del buen parir y criar. Se delimita lo racional de lo irracional, lo bueno de lo malo, referido a sus temores, deseos, ansiedades, y ambivalencias, rectificando las fantasías de las mujeres con la información racional y explicativa de lo que a *ellas* les sucede”. (2002: 299)

El hilo conductor del análisis nos demuestra que este tipo de atención no es exclusiva de una institución, o ciudad o país, sino que responde y es legitimada por un discurso científico que consolida una concepción, una ideología de la práctica obstétrica que se instaura en la cultura occidental. Por ello, prevalece en casi todos los países de América Latina, y dado que la Maternidad Concepción Palacios ha sido la escuela que ha transmitido el modelo de atención obstétrica que se aplica en los hospitales del país, donde se forman académicamente los especialistas, hemos estimado obligatorio detenernos en las recomendaciones que la OMS/OPS hace sobre el asunto de la atención al parto, nacimiento y puerperio.

Para concretar lo antes dicho, recordaremos algunas recomendaciones de la Conferencia sobre la tecnología apropiada para el embarazo, parto y puerperio, celebrada en

Fortaleza, Brasil, en 1985, promovida y organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud de las Américas. Allí fueron adoptadas unánimemente algunas recomendaciones, consideradas relevantes para todos los servicios perinatales del mundo. Se partió de la idea de que para asumir dichas recomendaciones debía existir coincidencia conceptual en relación a: que el embarazo, parto y puerperio son procesos naturales y normales; que la mujer debe desempeñar el papel principal en todos los aspectos de su atención, los cuales incluyen su participación en la planificación, realización y evaluación de ésta; que se necesita la completa transformación de las estructuras bases de los servicios de salud, así como también la modificación simultánea de las actitudes de todo el personal de salud. Las recomendaciones específicas acordadas en dicha Conferencia, fueron:

- Durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, se debe asegurar el bienestar de la madre por medio del libre acceso de una/un miembro/o familiar (acompañante) elegido por ella. Además, el equipo de salud está en la obligación de suministrarle apoyo emocional.
- Las mujeres que paren en instituciones (hospitales y clínicas) deben conservar su derecho a decidir sobre la ropa a usar (la de ella y su bebé), comida, disposición de la placenta, y otras prácticas culturalmente significantes.
- La/el recién nacida/o sana/o debe quedarse con la madre siempre y cuando esto sea factible. La observación médica de la/el bebé no justifica su separación.
- Se debe promover la lactancia materna inmediatamente después del parto, antes de salir de la sala de partos (cuando ésta exista).
- Los países con las tasas anuales más bajas de mortalidad perinatal también registran partos por cesárea en menos de 10% de todos los partos por año. No hay justificación alguna, en

ninguna región del mundo, que la cesárea exceda el 10 a 15% de los partos por año. (La cesárea es una cirugía mayor).

- No existe evidencia que se requiera una segunda cesárea después de un parto previo por cesárea. Se deben fomentar partos vaginales después de una cesárea cuando se disponga de un servicio de cirugía de urgencia.
- La ligadura de las trompas de Falopio (para la esterilización de la mujer) no es una indicación médica para cesárea, ya que hoy día existen métodos más fáciles y seguros que la cesárea para este mismo propósito.
- Falta evidencia que apoya la hipótesis que el monitoreo electrónico fetal (mef) de rutina proporcione mejores resultados del parto. El uso del mef está indicado únicamente en casos cuidadosamente seleccionados por su relación estrecha con altas tasas de mortalidad, y cuando se induzca el trabajo de parto. Es preciso investigar la manera de seleccionar las mujeres que podrían beneficiarse de esta tecnología. Mientras tanto, los servicios nacionales de salud no deben invertir fondos en este equipo.
- Se recomienda el monitoreo (vigilancia y reconocimiento) de la frecuencia cardíaca fetal por medio de la auscultación (con el estetoscopio obstétrico) durante la primera etapa del parto y más a menudo durante la etapa expulsiva.
- No existen indicaciones para el rasurado púbico o el enema antes del parto.
- No se recomienda que la mujer embarazada sea colocada en posición decúbito dorsal (acostada de espaldas) durante el trabajo de parto; ni en la posición obstétrica (acostada de espalda sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en piñeras o ganchos) para el parto en sí. Más bien se le debe alentar a caminar durante el trabajo. Para parir, cada mujer debe tener la libertad de decidir la posición a adoptar.

- Se debe proteger el periné cuando sea posible. La episiotomía (incisión quirúrgica para ampliar la abertura de la vagina) de rutina no tiene ninguna justificación.
- Se debe restringir la inducción del parto (iniciarlo con medidas artificiales) a las que sean indicadas por razones médicas específicas. Ninguna región geográfica debe sobrepasar el 10% del total de partos por inducción.
- Durante el parto, se debe evitar la administración rutinaria de analgésicos y anestésicos (que no sean requeridos específicamente para corregir o prevenir una complicación).
- No hay justificación para la rutina de romper las membranas (bolsa de agua) artificialmente al inicio del proceso de parto.
- Investigaciones adicionales deberían determinar el mínimo de ropa especial (batas, máscaras, monos, etc., esterilizados) requerido para las personas que asisten al parto y a la/el recién nacida/o.

Sin lugar a dudas, si los organismos internacionales se pronuncian frente a esta situación, ello indica que este tipo de atención mecanizada, estandarizada, deshumanizada, es causa subyacente del problema de morbilidad materna. Esto quiere decir también que existe la urgencia de acabar con este problema de salud que impacta a la población femenina. Sin embargo, hemos sido espectadoras/es de discursos que justifican la jerarquía y autoridad de la estructura y práctica médicas, como elementos suficientes para decidir sobre el cuerpo y la vida de las mujeres, hasta para llegar a desconocer las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las cuales se supone que están sustentadas en evidencias científicas.

Estos pronunciamientos oficiales fueron un apoyo para abrir el debate, se generaron publicaciones interesantes sobre el tópico, entre ellas, ISIS-Internacional publicó aportes de una investigación realizada en doce centros médicos de América Latina donde inducían partos

por ruptura artificial de membranas, los problemas en la alineación de los huesos del cráneo de los recién nacidos eran doblemente frecuentes que en los partos sin inducción, probablemente por la intensidad acrecentada de las contracciones. Así mismo, demostraron dos efectos nefastos para la salud de la madre y el/la recién nacido/a relacionados con inducción del parto, uno que la inducción por ruptura de membranas y uso de oxitocina puede derivar en infecciones peligrosas tanto para la madre como para el hijo, el otro que las contracciones de mayor intensidad y mayor frecuencia, causan la deprivación del oxígeno al feto y aumento en la ictericia neonatal. Así mismo refiere que:

... a nivel individual, la medicalización del parto aún cuando constituye una alternativa de seguridad ante la presentación de complicaciones en la gestación y nacimiento, ha colocado a la mujer que pare en una situación de frustración. Frustración, por las vivencias que pierde; impotencia, por su falta de participación y decisión durante todo el proceso; inhibición, por cuanto está incapacitada de expresar lo que su organismo le pide; indefensión por cuanto en dicho modelo es el médico quien tiene en sus manos el control. (1993: 32).

Parir/nacer en las casas de la muerte

En este punto del trabajo se hace necesario reiterar y ahondar en algunas acotaciones, tratadas en otros apartes del trabajo. Una de ellas es analizar un hecho sin parangón para la vida de las mujeres, como lo fue la sustitución de las parteras por los médicos, dato repetido varias veces pero no por eso hemos terminado de comprender su gravedad e importancia. Esto trajo como consecuencia, a la larga, que se produjese otro episodio de apropiación de la vida reproductiva femenina, como es el hecho de que los partos hayan sido asignados

exclusivamente a ser atendidos en hospitales y clínicas, es decir, a lugares diseñados para atender la enfermedad.

Cuando abordamos el punto neurálgico de la institucionalización del parto, vinculada con el momento en que el poder médico sacó los partos del hogar y del entorno familiar y los enclaustró en los hospitales, abrimos uno de los diques que sustenta la atención medicalizada de los procesos reproductivos femeninos, particularmente del parto, así como señalamos uno de los puntos más contradictorios de la construcción ideológica del espacio hospitalario como lugar seguro para el parto. Contradictorio porque la concepción que dio origen al hospital, sus estructuras, normas y procedimientos lo constituye, per sé, un lugar de riesgos para la madre y sus recién nacidos/as, dado que el hospital fue concebido como un lugar para atender a los enfermos, por eso es un lugar peligroso para las parturientas, que están sanas, y no son enfermas. Por ello, la institucionalización del parto fractura el derecho más elemental de la mujer, parir en un lugar donde toda la atención se enfoque sobre sus necesidades individuales/subjetivas, sobre su seguridad, y que respete su cultura.

Desentrañar la cuestión de la institucionalización del parto, nos remite a la obra de Michel Foucault quien ha detenido la mirada en la significación del espacio hospitalario. A tal efecto recordemos una de sus interrogantes:

“¿Se pueden borrar las desagradables impresiones que causan en un enfermo arrancado a su familia, el espectáculo de estas casas que no son para muchos sino “el templo de la muerte”? (...) añade con excelsitud: el médico de hospital no ve sino enfermedades torcidas, alteradas, toda una teratología de lo patológico: el médico que atiende a domicilio adquiere en poco tiempo una verdadera experiencia fundada en los fenómenos naturales de todas las especies de enfermedades”. (1978: 37)

La estancia de un/a enfermo/a en un hospital, independientemente de que mejore, se cure, o no, forzosamente está acompañada de un aislamiento de su entorno afectivo. Además el/la paciente se ve sometido/a a conductas pre-establecidas, padecimientos físicos, incertidumbre y extrañeza con respecto al medio que lo rodea, esperas interminables, acercamiento a la muerte. Las gestantes/parturientas una vez que traspasan el umbral hospitalario, son iniciadas con este peregrinaje mórbido de sensaciones, sin ninguna distinción de los/as enfermos/as. Así pues, desbrozar la cuestión del parto institucionalizado entraña múltiples interrogantes, entre ellas, las siguientes: ¿Cómo han podido consolidarse y circular, entre lo individual y lo colectivo, las representaciones sobre el hospital como el espacio posible para la atención obstétrica? Esta pregunta, como tantas otras, no se resuelven con respuestas puntuales, porque la racionalidad dominante de la ciencia y sus disciplinas son como una espiral sin fin, una concatenación de sucesos conexos que entretejen una malla apretada que atrapa la dinámica social. A medida que vayamos desentrañando los discursos va emergiendo el engranaje simbólico, un mundo de representaciones agazapadas tras esa racionalidad científica para aproximarnos a algunas respuestas, o más bien a más preguntas.

Detengámonos en los siguientes fragmentos discursivos:

“...soy partidaria de que el parto sea institucional, las pacientes no saben si son de alto o bajo riesgo, aquí se reciben a todas y luego se clasifican” (Obstetra)

“Hoy en día en la maternidad, si no está en trabajo de parto no se puede hospitalizar a la paciente por el volumen de pacientes y eso no es lógico porque toda paciente embarazada debe hospitalizarse para que le hagamos su seguimiento, y decidir que hacer con ellas” (Residente)

“Las cifras de mortalidad no han caído espontáneamente a partir de los años 70’, ha caído la mortalidad materna, por las ciertas ventajas del parto institucional...” (Obstetra)

“Creo que el parto debe ser en hospitales porque por ejemplo, una hemorragia pos parto, eso es un grifo de agua, y tú sabes que se te va a morir, entonces tú tienes que tener un sitio que tú tengas un banco de sangre para resolver el problema” (Residente)

“El problema nuestro es la hipertensión, o la eclampsia, cuando tú ves las tortas estadísticas, toda la torta es roja, entonces cómo vamos a sacar los partos de los hospitales...” (Obstetra)

“Uno sabe si hay que hacerle inducción, romper membranas, operar, lo que sea y la paciente así esta tranquila dentro del hospital, por eso creo que el parto no puede hacerse fuera de una institución hospitalaria, es inseguro.” (Residente)

“Que las pacientes vengan a un hospital es más seguro para ellas, saben que están en manos nuestras que haremos lo correcto...” (Residente)

“...ellas acuden a la maternidad, cuando ellas creen y el obstetra se ocupa de que el parto sea lo mejor posible, con la obtención de un bebé sin problemas, para eso es la especialidad, y para eso hay hospitales...” (Obstetra)

“Las salas de maternidad de los hospitales tienen áreas quirúrgicas y éstas son áreas asépticas lo cual garantiza que las pacientes no se contaminen, por eso se manda a lavarse los genitales, esa es una de las razones del parto en hospitales, no me imagino atender los partos sin esas condiciones...” (Residente)

La apropiación del parto por parte del saber médico oficial, el hospital como único espacio seguro para vivir dichos procesos, se acompañó de otro dramático suceso. Todas las embarazadas, las parturientas, aun las que no presentaran complicaciones de salud, fueron y son catalogadas como “pacientes”, término que significa, según el DRAE y otros diccionarios, inclusive de términos médicos, lo siguiente:

*“-Paciente: (Del lat. *patiēns*, *-entis*, part. act. de *pati*, padecer, sufrir); adj. Que tiene paciencia. // *Fil.* Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. // *m. Gram.* Persona que recibe la acción del verbo. // *com.* Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.// Persona que es o va a ser reconocida médicamente”.*

Desde hace algún tiempo el uso del término *paciente*, ha sido objeto de controversias.

María Rosa Sala Adam; Orlando Cárdenas Sotelo, y Alicia Sala Adam, quienes le ha dedicado

tiempo a dicha polémica, sostiene que:

“...los hoy llamados "proveedores de salud" adquieren un enfoque puramente biologicista y curativo. La enfermedad toma una connotación protagónica, aislada y se tiene muy poco en cuenta las circunstancias socioeconómicas y psicológicas del ser humano que la padece. La individualidad del paciente se subordina totalmente a las "imposiciones" del médico. El paciente es un ente pasivo; es un objeto en manos del médico como mecánico que se esfuerza por componer las funciones alteradas. Es una relación médico-paciente objetivante en vez de coejecutora” (2000:124)

Si existe polémica sobre el término paciente, en cuanto término cargado de una simbología que ubica al enfermo/a en condición de objeto y no de persona, imaginemos la representación simbólica del término referido a mujeres que están en espera de traer un/a hijo/a al mundo, quienes sin tener un padecimiento físico, ni corporal que justifique ser tratadas como enfermas o estar bajo especial atención médica, una vez que traspasan las puertas de las áreas obstétricas, son etiquetadas como pacientes. La embarazada/parturienta, convertida en paciente es “la cosa”, que espera pasiva y pacientemente, ser re-conocida por otro/a, en este caso por el cuerpo médico/obstétrico, para recibir sus bondades, su sabiduría y experticia, es quien debe silenciar el reconocimiento y la sabiduría que posee sobre sí misma y sobre su cuerpo, sobre todo si ya ha dado a luz antes. El corolario implícito en estos enunciados es: no es posible el diálogo con ellas, son sólo receptáculos, no hay nada que aprender de las pacientes.

Corroboremos esta reflexión con las palabras de los/as obstetras, residentes y pasantes:

“... las pacientes por el bajo nivel cultural (...) se entregan totalmente en las manos del Dr...en ese momento es él Dios” (Obstetra)

“Las pacientes caminando, parándose de la cama, de un lado a otro, estorban el trabajo de los médicos...” (Residente)

“...a mis pacientes en privado no las rasuro, pero aquí es una norma”. (Obstetra)

“Ahora según la Ley... y que necesitamos del consentimiento del paciente para poder romper membranas, imagínese ud... cómo un paciente me va a decir qué hacer, ellas están en manos de nosotros” (Obstetra)

“...mientras mayor es el nivel de educación, mejor es la relación entre la paciente y el médico, aquí vienen muchas pacientes ignorantes, entonces se dificulta el trabajo...” (Residente)

“...aquí le permitimos a la paciente que se baje de la cama y de vueltas alrededor de la cama, con su solución intravenosa puesta, (...) eso no es prohibido, eso sí, que se mantenga en un área limitada” (Obstetra)

“...las acciones con la paciente las decide el médico, y como residente tengo que hacerlo de la misma manera, sin chistar, ellos son los que nos enseñan que hacer con las pacientes.” (Residente)

“Lo primero que dice la paciente es que tiene dolores, bueno uno la examina y ve si tiene contracciones y ve que también que el cuello está dilatando” (Obstetra)

“...se les permite a las pacientes...bueno si tú quieres pararte, párate, entonces se bajan de la cama, eso sí se lo permitimos...” (Residente)

“...cuando el niño nace se lo enseñan a la paciente, y se lo llevan a limpiarlo y hacerle los procedimientos necesarios”. (Obstetra)

“...la paciente después que pare pasa horas preguntando por su hijo, por lo menos al bachiller, porque la enfermera no le reporta datos de nada, más bien las mandan a callar”. (Pasante)

“Mientras atienden al bebé, la paciente sigue en la sala de parto, montada en los ganchos esperando el alumbramiento de la placenta.” (Pasante)

“Las pacientes que llegan allí, siempre van por el mismo motivo, contracciones uterinas por lo cual se les examina y si están en trabajo de parto...” (Pasante)

“...sólo cuando la paciente entra es que el médico sabe si necesita un equipo de primigesta o si necesita un equipo para múltipara.” (Pasante)

“Otra práctica utilizada para acelerar el proceso de parto es la de presionar el abdomen de la paciente cuando es un parto muy prolongado.” (Pasante)

“Después que la paciente pare, se espera el alumbramiento, le colocan las pinzas y uno ve cuando la placenta va descendiendo.” (Pasante)

“...a las pacientes las mandan a bañarse porque suponemos que el ambiente de donde vienen está contaminado, se les manda a quitarse la ropa interior y a ponerse una bata” (Pasante)

“Cuando las pacientes llegan se les atiende por hora de llegada, (...), la mayoría van por dolores de parto, se trata de clasificarlas por el grado de urgencia.” (Pasante)

El imaginario construido por todos/as los/as responsables de dar atención a la demanda obstétrica, sea cual sea su rango en el área de trabajo, implica que todas las mujeres, sin personalización, son pacientes, están enfermas. Los fragmentos discursivos que hemos mostrado son prueba fehaciente de esa representación simbólica, pero si detenemos la mirada más profundamente y al mismo tiempo vinculamos estos discursos con la saturación de la representación de la parturienta como enferma, encontramos algunas datos significativos: “se entregan totalmente en las manos del Dr”; “en privado no las rasuro”; “estorban el trabajo de los médicos...”; “están en manos de nosotros”; “aquí les permitimos...”; “aquí se recibe a todas y luego se clasifican”; “yo les permito...”; “hacerle los procedimientos necesarios”; “las mandan a callar”; “un equipo de primigesta o si necesita un equipo para múltipara”; “le colocan las pinzas y uno ve cuando la placenta va descendiendo”, ...; “las mandan a bañarse porque suponemos que el ambiente de donde vienen esta contaminado”; “se trata de clasificarlas por el grado de urgencia...”

El sentido que en el ámbito hospitalario, adjudican a la existencia de las mujeres, está conferido en el lenguaje expresado por los/as entrevistado/as, como refiere Rafael Echeverría:

“...el lenguaje no sólo nos permite hablar sobre las cosas: el lenguaje hace que sucedan cosas. Este postulado abandona la noción que reduce el lenguaje a un papel pasivo o descriptivo. Sostiene que el lenguaje es generativo (...), por lo tanto, no solo nos permite

describir la realidad, el lenguaje crea realidades. La realidad no siempre precede al lenguaje, éste también precede la realidad. El lenguaje genera ser.” (1995:33)

En ese lenguaje coloquial de la jerga médica, el/la médico/a no aparece involucrado/a en el proceso, aparece solo como emisor/a de mandatos u ordenes, mientras las mujeres son cosificadas, mencionadas en tercera persona y sometidas a dichos mandatos. Según la axiomática de la ciencia son clasificadas, sus problemas son resueltos; a través de la instrumentalización, el cuerpo médico les permite algunas concesiones en y con su propio cuerpo, ello sin dejar de mencionar que en todos los discursos se evidenció que dicha condescendencia es directamente proporcional al tipo de institución: si es privada tendrán mayor comprensión, en algunos aspectos, que en la pública, sin que la concepción medicalizada varíe por ello.

La medicalización, es el hilo con el cual la ciencia, específicamente la obstetricia, sujeta y controla la vida reproductiva de las mujeres. Esta sujeción/cosificación trae consigo dos asuntos relevantes que impactan devastadoramente en la humanidad de las mujeres. El primero es la despersonalización de la parturienta, ella pasa a ser un objeto de trabajo, su acto de parir un proceso ajeno a su condición de persona, y su hijo/a un producto. Los procedimientos normados las mantienen atadas a un suero endovenoso, a una cama ginecológica, reducida a la condición de paciente, es decir, que espera obedientemente las ordenes del cuerpo médico. Queda explicitada claramente la representación que el aparato médico tiene del cuerpo grávido como una máquina que se debe guiar hasta un parto sin riesgo, aparato médico que luego hay que poner al servicio de otro cuerpo/máquina que viene a ser el/la recién nacido/a.

Sobre estos subrepticios intereses de la lógica médica, Mari Luz Esteban afirma:

“En el parto el cuerpo de la mujer/máquina es dejado bajo el control del médico, la mujer pasa a ser únicamente la obrera que produce el bebé, que no puede funcionar sin la ayuda del médico. Así, el útero se entiende como un músculo involuntario que hace un trabajo mecánico, y la intervención médica debe favorecer la productividad. La mujer debe permanecer pasiva durante las fases del parto, y esta idea de pasividad justifica la necesidad de realizar manipulaciones desde el exterior”. (2001: 29)

La práctica médica-obstétrica desubjetiviza/despersonaliza a la parturienta, en tanto la trata como enferma, y a su proceso reproductivo como una enfermedad alojada en su cuerpo y útero, ajena a su persona, sobre la que ella no tiene control. La mujer debe negarse a sí misma, poner en duda lo que siente y lo que necesita, porque esa subjetivización de la experiencia no es descifrada por la práctica médica.

La despersonalización viene acompañada con la negación del atributo por excelencia de la experiencia de parir: lo sexual. La des-sexualización es una intrusión del acto médico/obstétrico que se funda en la confiscación del parto como una operación médica "higienizada", a través de una tecnointervención que encarna el control más demoledor de la sexualidad e intimidad femenina. La negación de la sexualidad de la mujer durante su parto es el elemento que da la posibilidad de poder legítimamente irrumpir en la humanidad femenina. Reconocer el sentido sexual del proceso de parir, significaría reconocer a las mujeres el protagonismo de la escena. Conviniendo con Foucault (1992) afirmaremos que para establecer un discurso es necesario privilegiar ciertos hechos y excluir todo lo que lo contradiga, de manera que la instauración de un discurso supone siempre el ejercicio de una violencia

sobre las cosas.

Podemos observar, en la plenitud del dramatismo, que las condiciones impuestas por la ideología obstétrica, enajenan a las mujeres de su propio proceso, irrumpen, además de en lo social/familiar, en lo íntimo, en lo sexual, en lo personal. Por eso Laura Gutman (2007) comenta que:

"Hoy en día, los partos inducidos, las anestесias y analgesias rutinarias y la prisa de todo el sistema por terminar rápido el trámite (el parto) no invitan a aprovechar este momento fundamental en la vida sexual de las mujeres, como punto de partida para conocer nuestra verdadera estructura emocional y la que necesitamos fortalecer".

Hemos puesto bajo la lupa, varias veces, la cuestión de los procedimientos, tratamientos, maniobras, es decir, la rutina de trabajo obstétrico, la cual contiene y es continente de la negación de la carga personal/sexual del parto. Para valorar las investigaciones de los/as pares, estimamos pertinente mencionar las afirmaciones del obstetra Carlos Burgos:

"El esfuerzo del aparato "médico" por des-sexualizar la situación comienza como un "ritual de iniciación" a través de dos procedimientos generalizados: el rasurado perineal y el enema evacuante. El rasurado des-sexualiza a la mujer al privarla de los rasgos sexuales adultos que la representan, tornándola prepúber. Es un procedimiento que se suma a todos aquellos códigos verbales y no verbales que se dirigen a la mujer, infantilizándola en la relación médica. La excusa higiénica se halla contradicha por la agresión sobre las células de superficie, que por lo contrario, favorece la introducción de bacterias. Además es un preámbulo manifiesto de la voluntad de realizar una episiotomía de rutina. En fin, "pareciera" comenzar con este procedimiento el despeje de los aspectos sexuales de la situación, una purificación que le confirma a la mujer que no está allí como objeto sexual, sino como "objeto de trabajo". Una purificación que se logra, dentro de este orden simbólico cultural, separando las funciones sexuales de las reproductivas. En estas condiciones, la sumisión de la

mujer se potencia también con el propio esfuerzo por dessexualizar ella misma la situación, en un intento de conservar la dignidad.” (2001:4)

Dos sentencias masculinas: Parirás con dolor..., Parirás acostada

Los exordios o “rituales”, como algunas/os investigadoras/se han denominado, han sido cumplidos a cabalidad por las embarazadas para poder ser clasificadas como “paciente en expulsivo” y ser mandadas a las camas ginecológicas, o ganchos, o mesas ginecológicas, para continuar con las fases mecanizadas del acto de parir. Traspasamos los dinteles hacia las áreas de parto, y apreciamos un ambiente de sala operatoria, fría en lo humano y en lo literal, colmada de un personal ataviado con batas, gorros, tapa bocas, monos verdes, y topamos con la escena de las mujeres pariendo acostadas en camas de partos, inmovilizadas por las órdenes y por los sueros en vena, con las piernas alzadas, abiertas y flexionadas, sostenidas por unos estribos, sus sexos rasurados, expuestos e iluminados a la disposición del cuerpo médico.

Esta posición corporal y psíquica, esa sensación de estar en manos de los otros/as, tiene un enorme significado simbólico. Ellas acostadas están imposibilitadas de movimiento, no se pueden incorporar a ver sus genitales, y mucho menos regocijarse con la escena del nacimiento de su hija/o, porque la rendición impuesta por la norma médica inhibe la conexión física y emocional con su proceso de parir.

Con mucho acierto, Eva Gilberti comenta:

“Cuando el parto se realiza con la parturienta acostada el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo

que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de que su hijo le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. La ausencia de mirada sobre lo que sucede con su cuerpo y con el bebé la conduce a suponer que es el médico quien "hace el parto" y a sentir gratitud hacia él, cuando en realidad se trata exactamente de lo contrario. Si exceptuamos las patologías que pueden presentarse y que demandan la intervención profesional, la que "hace el parto" es la mujer; (...) Al desactivar la capacidad paridora de las mujeres, la medicina se apropió de sus partos; y merced a la colonización intelectual que padece el género femenino, paradójicamente, las mujeres sienten gratitud hacia los obstetras que las acuestan y las privan de sus herramientas para parir". (1999: 12)

Una de las controversias que en los actuales momentos ocupa un lugar muy importante en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, es la posición de parir impuesta por el parto médico. La posición impuesta a la madre al parir es una intervención médica, que responde a criterios precisos de un tipo de organización social que se vehiculizan a través de la lógica obstétrica.

Antes de continuar profundizando sobre la cuestión de la posición de parir, vamos a cotejar la discusión con lo expresado por quienes se responsabilizan de la atención obstétrica:

“El parto con la paciente acostada me parece poco fisiológico...pero a mí me enseñaron en la escuela a atender los partos con la mujer acostada,...por otro lado no había otra manera de atenderle el parto a la paciente, y todavía no la hay en los hospitales, ahora yo estoy perfectamente de acuerdo con el parto vertical a mí me parece más fisiológico” (Obstetra)

“Los primeros parteros de este país se formaron afuera, vinieron de allá con esa cuestión sobre la posición de parir y se institucionalizó, porque ellos fueron los que hicieron el diseño de cómo debía atenderse el parto, en que ambiente y se hizo así sin que hubiese una voz disidente de aquellos maestro, el propio Vargas, José Gregorio Hernández, padre de esa historia, entonces más que una razón científica es....no sé...” (Obstetra)

“Me han enseñado a atender partos en la posición supina, no sé de donde salió la práctica del parto supino, hay historias en donde se llevó a lo más supino que se pudiera para que no se cayera el niño, Algo así,...he oído algo de que hay un señor famoso que inventó una cama de parto agarrada de tubos... pero no sé, lo único que sé es que me enseñaron así y debe ser por algo...” (Residente)

“Aquí en la maternidad y en todos los hospitales conocemos el parto en posición acostada, puja y ya, lo otro no se conoce, que hay un Dr. que atiende en posición vertical, que hay otra corriente, que son valederas... si como no, pero no hay la formación, no es el grueso, esa experiencia de parto vertical no es la que me enseñan, entonces yo no te puedo decir si una cosa es buena o mala cuando yo no he sido formado...” (Residente)

“Yo pienso que el parto horizontal tiene más comodidad para el médico,...no sé nunca he atendido un parto vertical, así que no puedo opinar, sobre el yo puedo opinar es de lo que he hecho toda mi vida parto con la paciente acostada, Vargas fue el que fundó la Escuela de Medicina y fue Rector de la Universidad, la primera posición que introdujo Vargas fue decúbito lateral entonces se llamaba la posición inglesa, después él fue a Europa y cuando regresó dijo que la posición tenía que ser en decúbito dorsal que era la posición francesa eso en 1835 desde ahí aquí en Venezuela se viene atendiendo el parto en decúbito dorsal,...” (Obstetra)

“Yo he estado buscando información sobre las razones del parto acostadas y creo que es una tradición, después que salió la ley he estado buscando y no he encontrado argumentos, sino que es una tradición,... la verdad he leído bastante sobre el parto vertical y no he conseguido nada todavía en posición horizontal, sin embargo es con la posición que los médicos nos sentimos seguros...” (Obstetra)

“Yo no puedo hablar mucho del parto vertical porque nunca lo he hecho, vi una vez un trabajo de parto que terminó en una cesárea, pero por una condición clínica, pero yo no lo critico y le aseguro que si yo llego a tener una paciente que desea un parto vertical va a contar con mi apoyo... pero un apoyo condicionado, porque a lo mejor tendrás que acostarla porque creo que es la mejor posición...” (Obstetra)

“En una cama creo que es más cómodo atender un parto...para el médico...entiendo que el vertical es quizás más cómodo para la paciente, por eso yo siempre trato en la clínica de ponerla a ella lo más semi sentada que se pueda y con mucha tranquilidad llevo el trabajo de parto,...” (Obstetra)

“...no puedo estar de acuerdo con ese parto vertical, se agachan y paren y golpean la cabeza del bebé, yo lo he visto aquí en admisión, la señora en vez de acostarse en el suelo que es lo correcto, porque hasta un animal se echa para tener su cachorrito, entonces ese muchacho rebota se rompe por dios esas son cosas que uno se quedó loco, lo correcto es llegó pariendo se le coloca en una camilla porque debe estar a acostada hasta que llegue a cubículo y el médico la pueda atender”. (Obstetra)

“No se, si yo tengo un parto vertical, todo muy bien, pero si la mujer se me desangra yo la tengo que llevar a la posición acostada para yo poder resolver el problema, es la única forma, el parto vertical es inseguro para que el médico lo atienda”. (Residente)

“Soy de la escuela de parto horizontal, tiene sus ventajas, no es para que el partero esté cómodo, sino para poder atender bien a la paciente, me ponen a tender un parto vertical y yo no podría atenderlo”. (Residente)

“Con lo del parto vertical tendría que observar las ventajas de uno y del otro, tengo que reconocer lo que dicen del vertical, de que el niño sirve de cuña sobre el cuello ayuda a que la dilatación no sea tan lenta sino que hace que salga un niño bien y una madre sin tanto sufrimiento, tendría esa ventaja pero eso tendríamos que demostrarlo con hechos y convencernos de cuales son las ventajas”. (Obstetra)

“...creo que el parto horizontal nos da la seguridad de controlar la situación, aprendimos así, así nos están formando y así lo estamos haciendo. Eso no quiere decir que no podamos hacer otra cosa pero hay que formarse, uno no puede decir de la noche a la mañana voy a atender parto vertical, porque el médico necesita controlar la situación, si fuera la paciente la que decidiera estarían pariendo en su casa, si vienen al hospital es porque nos necesitan...” (Residente)

“...bueno no quiero omitir una opinión sobre parto vertical, es una cosa que no conozco, nunca no los han enseñado, no hemos aprendido esa técnica, no tengo elementos comparativos con todos los métodos tradicionales con los que he aprendido para ser obstetra...” (Residente)

“...Para mi lo mejor es lo que se hacer, que paran como se sabe parir aquí, la paciente va a una cama, la enfermera que está al lado para ayudar, para indicarle, la mujer va a pujar, nosotros ayudándola en el proceso, si hay que rotarlo porque está decúbito se rota, si hay que abrirla un poco se abre para favorecer el período expulsivo, si así nos enseñaron cómo es que ahora estamos equivocados...” (Residente)

Aseverábamos, en líneas anteriores, que entre los asuntos más controversiales y que han tenido mayor resistencia, por parte del colectivo médico, ha sido la polémica vinculada a la imposición médica de acostar a la mujer, en camas ginecológicas, durante el parto. Si dirigimos la mirada con atención a los enunciados antes expuestos, formulados por el grupo de entrevistados/as, quienes en la escala jerárquica, gozan de mayor autoridad médica, obtendremos datos que vale la pena mencionar. Ellos/as avalan cualquier

procedimiento médico, en este caso concreto, la postura de litotomía, como apropiado, porque favorece el trabajo del equipo médico sobre las mujeres. De forma irrefutable, su imaginario no concibe a éstas como protagonistas del proceso, sino como sus objetos de trabajo. Así mismo, consideran que dicho procedimiento es válido porque sus maestros, los precursores de la obstetricia del siglo antepasado, así lo aprendieron y así lo enseñaron, ha sido un conocimiento heredado socialmente sin cuestionamiento ninguno.

Son evidentes las implicaciones que la racionalidad científica del modelo médico tiene en la conformación de la mentalidad del cuerpo médico, en tanto legitiman argumentos que se soportan solo en una visión reducida de la realidad, donde la fuerza de la jerarquía impide toda posibilidad de entender otra forma de relación humana. Parafraseando a Rigoberto Lanz podríamos decir que el discurso de la ciencia no es un modelo de producción de conocimiento, sino un criterio de autoridad para convalidar todas las formas de jerarquía.

Por ser éste un evento tan controversial, el colectivo médico ha hecho esfuerzos por justificar la práctica del parto en litotomía, sin embargo, en el caso que nos ocupa: los partos de bajo riesgo, no han podido argumentar, más allá de las apreciaciones antes mencionadas, una convincente razón científica, académica que la justifique. Y lo más grave en este tipo de partos, es que dicha imposición niega la fisiología y anatomía del cuerpo de la mujer, argumento que requiere de una mención detallada más adelante, porque devela irrefutablemente, que la obstetricia, por referirnos a lo que nos atañe, se avala como ciencia, y sin embargo, sus prácticas niegan las evidencias científicas. Por ello, el reconocido obstetra europeo Michel Odent (2001), ha señalado que “La obstetricia, disciplina dominada por el hombre médico, nunca ha comprendido la fisiología del parto”.

Ahora bien, abrir el debate sobre la postura de la embarazada al momento de parir, ha

desbordado los cauces de la discusión, pero también ha marcado puntos de tensión en la misma, en tanto los/as obstetras comienzan a replantearse su hacer y su praxis. Para reafirmar lo dicho, sigamos leyendo algunos testimonios que nos ofrecen las voces de obstetras y residentes, tales como:

“la paciente acostada me parece poco fisiológico”; “no quiero emitir una opinión sobre parto vertical”; “no quiere decir que no podamos hacer otra cosa pero hay que formarse”; “Con lo del parto vertical tendría que observar las ventajas”; “me ponen a atender un parto vertical y yo no podría atenderlo”: “entiendo que el parto vertical es quizás más cómodo para la paciente”; “Yo no puedo hablar mucho del parto vertical porque nunca lo he hecho”; “Yo he estado buscando información sobre las razones del parto acostadas”; “no sé, nunca he atendido un parto vertical, así que no puedo opinar”; “esa experiencia de parto vertical no es la que me enseñan”; “no sé de donde salió la práctica del parto supino”.

Todos estos enunciados patentizan aspectos de puntual relevancia, porque vienen a dar cuenta de esos giros en las representaciones que atávicamente han cimentado la mente del colectivo médico obstétrico. Entre esos giros encontramos: un reconocimiento de su desconocimiento e inexperiencia en relación al parto vertical; la inquietud de buscar información al respecto; la posibilidad de que otras concepciones sobre el parto sean ventajosas; identificación de una práctica tradicional que niega lo fisiológico. Que los/as obstetras, mencionen haber oído otra posibilidad de acercarse a los procesos reproductivos de la mujer, era impensable hace solo unos años atrás, porque ese “haber oído” ya pone en entredicho su praxis como única verdad.

Vale un inciso para señalar que la riqueza del abordaje cualitativo y del enfoque de género, nos permite enriquecer el trabajo con nuestra experiencia como investigadoras, nos

posibilita ir y venir en el tiempo de esa experiencia, y usar esa permisividad rigurosa del método como dato que avala la construcción del conocimiento. Así pues, desde el discernimiento nutrido por tantos años de trabajo sistemático en el tema, podemos hacer este cotejo entre la postura de cierta flexibilidad frente al dilema de la posición de la mujer durante el parto, encontrada en los discursos reconstruidos en esta investigación, y la dificultad, por no decir imposibilidad, de rastrear dicha postura en la palabra de obstetras hace algunos años atrás.

La pequeña rendija que se abre, por lo menos en la percepción, de dichos profesionales, frente a la polémica de la postura de la mujer al parir, viene a constituir un rastreo de imaginarios sociales de suma importancia para nuestra investigación, porque ocurren dos circunstancias que animan la apertura. La primera se debe al impacto que ha tenido, en el cuerpo médico y en el colectivo social, haber puesto en la palestra, en los últimos años, la controversia sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entendiendo que son derechos humanos. Con ello no se quiere negar que no haya un fuerte rechazo con respecto a la concreción de instrumentos y leyes que les comprometen legalmente su ejercicio profesional, pero valorando sin embargo los espacios de tensión social que se han generado en la confrontación sobre el tema.

La segunda circunstancia, viene expresada por el abordaje teórico/metodológico del trabajo, donde ponemos en escena un cara a cara, entre investigadora y entrevistados/as, un proceso dialógico y transformador, en el cual, quienes formamos parte del proceso, nos vemos obligados/as a cuestionarnos para poder entablar el proceso comunicativo consensuado para la investigación. Dado esto, buscar respuestas para algunos puntos polémicos, se convierte en una espada de Damocles que fuerza a discurrir, a reflexionar, y ello, trae consigo, que

obstetras, residentes, pasantes se interroguen a sí mismos sobre cuestiones de su praxis, las cuales cotidianamente pasan como “justificadas” gracias a la eficacia de la hegemonía ideológica de esa disciplina médica, o como lo denomina Davis-Floy, efecto del currículo oculto. Es decir, se trata del tipo de socialización instructiva a que son sometidos/as durante su formación médica y durante su trabajo diario en las salas obstétricas. En los contenidos del discurso médico circula un sistema simbólico tan férreo, que logra cerrarle el paso a la posibilidad de cuestionarse a sí mismos/as, e inclusive produce una negación de la propia sensibilidad.

Justo en este punto que nos ocupa, vamos a transcribir las palabras de los dos informantes claves para nutrir asuntos señalados en líneas anteriores. Uno de ellos dice:

“En ningún momento de mi formación me explicaron por qué debía atender el parto con la mujer acostada, cuando nos tocaba cursar obstetricia, entrábamos a las pasantías y hacíamos lo que veíamos, creo que el argumento que nos daban, era que de esa manera uno trabaja con mayor comodidad, y podíamos resolver cualquier urgencia. Ahora si hacemos un análisis científico, es lo más ilógico y sin ningún argumento científico, el que pongas a la mujer acostada para parir. (...) Si tú buscas estudios de latido fetal, de monitoreo, todo lo que estudia la hemodinámica del feto, esta posición es la peor para el niño, porque la posición tumbada de espaldas, por la compresión de los grandes vasos, disminuye la circulación del útero, de la placenta, del cordón umbilical y del bebé, (...) yo entendí y rompí con esa mentalidad cuando estudié a Robbie Davis; lo que aprendemos está tan arraigado y es tan repetitivo que no llegamos a cuestionarnos...”

El otro informante clave acota al respecto:

“Dentro de los beneficios que puede tener el cambio de posición de horizontal a vertical, cuando la mujer está en forma horizontal lo que hace es que contrarresta la fuerza de gravedad que va en el eje materno cefálico hacia la parte podálica, entonces son dos fuerzas que se contrarrestan, en posición vertical se suman éstas 2 fuerzas, la gravedad y la fuerza de pujar que pueda hacer la Sra., las contracciones uterinas son fuerzas paralelas que van a tener una misma acción que sería dilatar el cuello uterino, favorecer el descenso de la presentación fetal y permitir la expulsión del recién nacido, así se respeta la fisiología del trabajo de parto, disminuye el esfuerzo de la Sra., menos agotamiento porque se hace más

corto el tiempo en el parto, las contracciones uterinas son más efectivas y permiten una mejor oxigenación del feto. En cambio cuando la Sra. está en posición horizontal, imagínate una persona en posición horizontal evacuando, por ejemplo, le costaría más sobretodo si está estreñida, en posición vertical por supuesto que es diferente, o sea, que el esfuerzo es mayor en la horizontal además que en la vertical permite el cambio de posiciones hacia posiciones que van a disminuir el dolor y aumenta los espacios de los diámetros de la pelvis y facilita el descenso del feto porque se adapta mejor al canal del parto y hay menos riesgo de sufrimiento fetal menos complicaciones, con el parto horizontal/acostada negamos la fisiología del trabajo de parto y el parto”.

Los testimonios aportan una mirada crítica sobre la escuela oficial de la obstetricia, recordando que fue en esa escuela en la que ellos aprendieron y también fungieron, durante años, como maestros de la disciplina. Haberse acercado a otras concepciones de los procesos reproductivos y de las mujeres como sujetas de derechos, interrumpió su lógica de saber dominante, y hoy pueden aportar argumentos biológicos, anatómicos y fisiológicos, para demostrar por qué el parto medicalizado impacta negativamente en la salud reproductiva de las mujeres. Es preciso aclarar, además, que estas consideraciones biológicas y fisiológicas, no bastan para abarcar por completo la dramática repercusión sobre la vida afectiva, emocional y sexual de las mujeres que viven esa experiencia del parto y el nacimiento de sus hijos/as

Hemos señalado las razones ideológicas que soportan el discurso y la praxis médica-obstétrica, también hemos presentado argumentos desde la experiencia como obstetras de los informantes clave, y para dar mayor fuerza al planteamiento, expondremos los aportes del Dr. Fernando Aranovich (2002:23). Él sostiene que la posición supina para el parto en que se coloca la mujer es una decisión terapéutica que se toma por tradición secular y no está avalada por evidencia científica alguna, y destaca algunas contraindicaciones del parto con la mujer acostada o en litotomía:

■ El canal de parto se transforma en una curva ascendente que obliga a la mujer a empujar

el cilindro fetal por un plano inclinado hacia arriba.

- Contaminación con heces del campo.
- Impide la participación de la musculatura de las piernas.
- Produce trastornos ventilatorios a la madre.
- Aumenta la carga materna del miocardio.
- Comprime la arteria aorta y la vena cava inferior entre el útero y la columna vertebral.
- Estrechamiento del canal de parto: impide la rotación del sacro; el promontorio se dirige hacia adelante viciando aún más la pelvis; la cama presiona las partes blandas, junto con el sacro y el cóccix en dirección al pubis, estrechando el canal.
- Al recién nacido le es más difícil liberarse del contenido de la vía aérea al nacer acostado, causando estados de disnea.
- Aumentan las intervenciones por sufrimiento fetal agudo.
- A menudo requiere maniobras para el alumbramiento.
- Disocia completamente a la mujer de la llegada de su hijo ya que permanece mirando al techo, totalmente desinformada de lo que sucede en su esfera genital; no ve nada, a penas imagina y por eso, con frecuencia, se angustia, sufre y desespera. Acostada no tiene otra perspectiva que el techo de sala de partos, lo que conduce a la vivencia del hijo que le fue “sacado” sin que ella pudiese participar; es el médico o la obstétrica quienes “hacen el parto”, cuando en realidad se trata exactamente de lo contrario.

Para aumentar la controversia relativa a la posición de la madre durante el parto, cotejaremos las desventajas del parto en litotomía con las ventajas del parto en verticalidad, para ello nos apoyaremos en una monografía de Karina Beatriz Aranzana (2006: 8), quien expone:

Más del 90% de los partos se produciría normal y espontáneamente sin necesidad de auxilio alguno; menos del 10% necesitarían ayuda de una partera bien orientada y de éstos, menos de la mitad precisaría la colaboración de un médico competente.

Para favorecer la buena evolución del trabajo de parto y del parto se debería respetar la necesidad de la mujer de adoptar la posición vertical, ya que si no se la condiciona con enseñanzas artificiales, adopta espontáneamente dicha posición.

Los beneficios y ventajas de la posición vertical son:

- Al pujar, el alineamiento del útero y su contenido aprovechan la fuerza de la gravedad, por lo que el esfuerzo del pujo disminuye en un 30%.
- La madre participa con toda su musculatura con un 35% más de eficacia.
- Menor dolor por disminuir la compresión del plexo sacro.
- Está mejor protegido el cerebro fetal, ya que el polo cefálico se dirige hacia la pelvis y no impacta contra el pubis y la uretra.
- Permite la correcta mutación del sacro, ampliando los diámetros pelvianos hasta un 28%.
- Permite la distensión del periné y la apertura completa del mismo, con menor presión intravaginal.
- No existe la temida compresión aorto-cava (Efecto Poseiro) que produciría alteración de la circulación pelviana y sufrimiento fetal agudo.
- Las contracciones son más efectivas (Reflejo de Ferguson-1941) ya que la madre gana entre 30 y 40 mm. Hg. en los valores de presión intrauterina que se suman a la presión propia de las contracciones uterinas.
- Las heces expelidas se dirigen hacia atrás, depositándose lejos del área limpia que va a recibir a la criatura.
- La ventilación pulmonar en las zonas bajas del pulmón aumenta.
- Disminuye el gasto cardíaco.
- Recién nacidos vigorosos con puntaje de Apgar de 8 o más en el primer minuto de vida.
- El alumbramiento se efectúa con la mujer de pie aprovechando la ley de gravedad, evitando maniobras contaminantes y a veces iatrogénicas.
- Pronto inicio del amamantamiento con liberación inmediata de ocitocina y prolactina ante la visión y percepción del neonato, haciendo prácticamente innecesaria la medicación úterorretractora.
- El niño es tomado inmediatamente por la madre, permitiendo reforzar el vínculo precoz madre-hijo, asegurándole al niño protección y cuidados en el futuro, verdadera “rampa de lanzamiento” de la

resiliencia, cuyos beneficios se experimentarán en toda la vida de ese niño.

■ El permitir a la mujer elegir la posición para el parto habla de autonomía y mayor libertad de movimientos.

■ Los beneficios psicoafectivos se traducen en mayor satisfacción y sensación placentera de logro personal.

■ Topológicamente la mujer se encuentra en un plano superior “por encima” de quienes la asisten.

■ La participación activa de la mujer hace que el médico y la obstétrica sean espectadores del parto, minimizan las intervenciones y actúan sólo cuando el proceso se desvía de la normalidad. Quien realiza el parto es la propia mujer; en los partos en decúbito dorsal, quien pretende “realizar” el parto es el médico o la obstétrica.

No se requiere ser médico/a u obstetra para comprender la veracidad de los argumentos antes expuestos, por eso la postura del parto médico, es uno de los ejemplos por antonomasia para comprender la irracionalidad, las consecuencias negativas y la trascendencia de esta práctica impuesta, la cual hace que se caiga como un castillo de arena todo el soporte técnico de la atención al parto en la actualidad. A modo de epítome, podríamos precisar que la imposición del parto en postura de litotomía-acostada, lo que hace es facilitar el trabajo del médico, enajenando a la mujer de su propio proceso. La justificación que normalmente se da de esa práctica médica: la mujer acostada con las piernas alzadas y flexionadas, afirma que es ideal para favorecer la atención de cualquier complicación, facilitando las maniobras de rutina, las intervenciones, y conservar pautas de trabajo. Sin embargo, el 90% de los partos en los hospitales, son normales, y sin mayores complicaciones. La posición de la parturienta es un procedimiento médico, una intervención médica, que responde a criterios precisos de organización sometidos a la ideología vigente.

Daremos fe y fuerza esta realidad, con el testimonio de una mujer:

“Cuando estaba en los ganchos, yo quería ver el parto, sentía ganas de

sentarme, no sé si era curiosidad de primeriza, pero la doctora me decía: “¿Qué haces sentada?, acuéstate, me incomodas para trabajar”, yo le decía que quería ver y que era para mí más fácil y ella me dijo un poco brava: “aquí quien tiene que ver soy yo ¡acuéstate!” (Marbella, Camacaro 2000: 107)

La realidad del testimonio lastima, porque queda al desnudo que la “sabiduría” tecnocrática ha logrado imponerse por encima de la integridad femenina, por encima de las indagaciones antropológicas, las cuales siempre han referido la búsqueda de la verticalidad del cuerpo para parir, pero lastima aún más porque, más allá de cualquier investigación, la vivencia de las mujeres ha demostrado, que en los tiempos previos a la expulsión, ellas buscan incorporarse para lograr la verticalidad y pujar hacia adelante y abajo, e inhibir esto puede considerarse como un verdadero acto de tortura.

Patologizando lo natural ...Naturalizando lo patológico

Hemos develado lo devastadora que ha sido, para las mujeres, la medicalización de sus procesos reproductivos, ya que, dado este tipo de atención obstétrica, se reduce su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo entonces de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, síquica y hasta cotidiana. Esa tendencia de la medicina a invadir e irrumpir en la reproducción humana, se enlaza inexorablemente con la patologización de la vida, entonces evitando que la patología haga su fantasmal aparición, se medicaliza desde el episodio de parir/nacer hasta el de morir.

El ejemplo más paradigmático de la patologización se revela en esa rutina obstétrica expresada con tanta acritud por los/as entrevistados/as, la cual hemos desmenuzado hasta el

hartazgo, o tal vez no tanto, ya que todavía encontramos nudos que desatar en dicha cuestión.

Leamos cómo el acoso de la patología se adueña del acto médico, y éste a su vez, usurpa el espacio corporal, sexual, psíquico, afectivo de las mujeres:

“...tenemos por norma que todas las mujeres que están en trabajo de parto es potencialmente quirúrgica porque puede ser que haga un sufrimiento fetal, un desprendimiento de placenta, que tenga una placenta baja y no ha sangrado y al empezar a dilatarse el cuello y cuando se rompa haya un sangramiento” (Obstetra)

“...entonces a uno le enseñan: apenas tengas chance rompe membrana para que tengas conocimiento del líquido amniótico, para ver si es claro, con grumos, maduro... nuestra función es que las cosas vayan bien y sigan bien, cumplimos unas pautas para prevenirle problemas, patologías a las pacientes...” (Residente)

“...se considera que una paciente que parió 4 muchachos no necesita episiotomía, pero algunas veces hemos tenido desgarro en mujeres que han tenido 4 muchachos, para prevenir un desenlace peor hacemos la episiotomía como rutina, a todas, al menos que venga ya pariendo, y sin embargo a veces se le hace...” (Residente)

“Hacemos parto con la paciente acostada para evitar problemas,... No se, si yo tengo un parto vertical, todo muy bien, pero si la mujer se me desangra yo la tengo que llevar a la posición acostada para yo poder resolver el problema, es la única forma, el parto vertical es inseguro para que el médico lo atienda, se presenta un problema y de todas maneras las acuestas...” (Obstetra)

“Todos los procedimientos se les hacen porque no sabemos qué problemas pueden presentarse,... si la paciente no ha roto las membranas ella puede deambular un poco, cambiar un poco las posiciones semi sentada, lateral, pero como por norma se le rompen no se le permite deambular,... además el espacio físico no lo permite, está diseñado para que no caminen, no haya personas ajenas al personal de trabajo...” (Residente)

“...antes, cuando no existía el pitocín, que hoy se usa para contraer el útero, venían los sangramientos pospartos, veíamos muchas infecciones puerperales, como no hacían episiotomía había desgarros, como no hacían cesáreas había los prolapsos genitales, por pelvis que eran clínicamente insuficientes y las colocaban en un trabajo de parto...” (Obstetra)

“La escuela americana sustenta que se debe hacer ruptura de membranas, y es la que más se sigue, se dice que al romper la bolsa se favorece la liberación de prostaglandinas, que favorece la dilatación, además, puedes ver las características del líquido y evitar un sufrimiento” (Obstetra)

“Las conductas o procedimientos son justificados, porque si te llega una emergencia, y por ejemplo la paciente te dice yo acabo de comer, empieza la carrera, y el anesestesiólogo empieza a gritar cosas, que quién me pasó esa mujer a sala de parto que ahora no le puedo dar la anestesia y todo esa locura, esas cosas lo han hecho que se tomen toda esa serie de medidas” (Residente)

“Yo soy profesor de postgrado, y participo en reuniones conjuntas y en todos los niveles conciben el embarazo desde el punto de vista patológico y si nos vamos a los estudios de pregrado también se hace hincapié en patología, hacen pasantías en los hospitales y aprenden a través de las conductas que se siguen allí” (Obstetra)

“Frente a algunos casos ud tiene que intervenir, por ejemplo un embarazo cronológicamente prolongado, que ud monitorea y ve que el bebé corre peligro, sufrimiento fetal, insuficiencia placentaria, ahí sí se interviene, está justificado, pero medicalizamos a todas las pacientes porque siempre sentimos que puede presentarse una emergencia” (Residente)

En las salas obstétricas prevalece el desconcierto y la incertidumbre, bajo estos signos labora el personal de dichas áreas, por ello, la rutina de trabajo les da la sensación de seguridad frente al acecho de la emergencia y la patología. Este tipo de atención va en una escalada que no tiene fin, las parturientas aun sin ser embarazadas de alto riesgo, son tipificadas como pacientes para poderlas tratar como tales.

En relación a la secuencia de eventos medicalizados pautados por las conductas rutinarias, las cuales no permiten discriminar la condición de cada parturienta, Marbella Camacaro acota:

Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones, al aumentarlas son más dolorosas lo que aumenta el estrés de la mujer, y obviamente de quienes la atienden. Por otra parte, al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además, como a ella le están saturando la herida de la episiotomía, no le dan inmediatamente su hijo/a, generando una situación de angustia para la madre, además de inhibir el bajado de la leche por falta de estimulación inmediata del pezón. Al/la niño/a tienen que hacerle una serie de auxilios médicos, porque como las contracciones son muy rápidas por

los oxitócicos, las gleras no fluyen espontáneamente y hay que extraerlas con sondas, el frío del ambiente les produce hipotermia. Todo esto sin hacer mención de las circunstancias afectivas, emocionales, psicológicas que sufre una parturienta mientras su cuerpo es objeto de esta serie infernal de procedimientos médicos. (2009: 157)

Esa concatenación de eventos medicalizados y patologizados asegura la eficacia del trabajo profesional y un “guardarse las espaldas” frente a cualquier emergencia ocasional, todo ello, por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres.

Conviniendo con estas aseveraciones Robbie Davis-Floy acota:

“En profesiones como la medicina, donde el caos invade la práctica diaria, quedar adheridos a las rutinas ritualistas, en las cuales pueden demostrar claras competencias, pueden mantener el miedo a raya y darles a los médicos una sensación mayor de confianza y control sobre lo que suelen ser resultados muy inciertos. Los médicos insisten en que esas rutinas son necesarias para el eficiente funcionamiento de la institución. La verdad más profunda es que muchos de ellos se sienten perdidos sin la confianza que tienen en las funciones de la estandarización de las rutinas”. (2004: 42)

Para demostrar aún más el dramatismo de la patologización del parto, pasaremos a revelar, a través de los relatos de los/as pasantes, una de las rutinas obstétricas más riesgosas, desde el punto de vista epidemiológico y desde el humano, que se establecen como pautas de atención: la revisión uterina.

Veamos de qué se trata:

“La paciente después de parir sigue montada en los ganchos esperando el alumbramiento de la placenta, le hacen su asepsia, las limpian, las revisan, vigilan que fisiológicamente estén bien. Después del desprendimiento de la placenta cuentan el número de cotiledones y así estén completos, el médico se venda las manos con gasas, le introducen la mano en la vagina y la limpian, para evitar complicaciones, como nos dicen: para guardarse las espaldas,..”.(Pasante)

“La mayoría de los doctores observan la placenta, cuentan los cotiledones y a pesar de ver que están completos, le hacen la revisión uterina, supuestamente para asegurarse que no queden rastros, ni restos de nada y eso en la teoría está indicada para ciertos casos, nunca como rutina. Después de la revisión, se les indica Metergil porque la revisión puede traer hemorragias...” (Pasante)

“Generalmente a los residentes que están a cargo de esa sala no les gusta que las pacientes se pongan de pie, porque no pueden vigilarlas de cerca, siempre temen que le pase algo a alguna, las mantienen acostadas, ellas allí sin comer nada, sin poder tomar agua y así pueden pasar horas, pero los residentes dicen que así se sienten más seguros” (Pasante)

“Si es un estudiante el que atiende, esperamos que la paciente alumbré normalmente, si es un residente y dependiendo de la cantidad de trabajo que haya, ellos indican oxitócico para que el alumbramiento sea más rápido, para que se desprenda la placenta, después se cuentan los cotiledones y se hace un curetaje o limpieza de la cavidad uterina. Los profesores decían que era preferible hacerles curaje a todas las pacientes porque se evitan problemas después, que vayan a volver con infecciones por restos placentarios que se queden” (Pasante)

“Luego de que paren, se espera la expulsión de la placenta, se revisa que esté completa, y se hace la revisión uterina, el médico se coloca el guante estéril, mete la mano por la vía vaginal tratando de tocar el fondo del útero, limpiando la mayor cantidad de residuos, para la revisión ellas tienen que esperar allí al médico con las piernas abiertas, a veces durante muchísimo tiempo, luego se procede a coserlas, pero como ya ha salido el bebé, se ha metido la mano, se ha hecho episiotomía, la zona uroperineal está muy lastimada y cuando vas a coser hay mucha sensibilidad y es muy doloroso” (Pasante)

“Aun cuando la placenta baje completa, sin embargo, se le hace la revisión, esta práctica consiste en meter la mano con una gasa hasta el fondo del útero limpiando de forma rotatoria que no sea en un solo sentido, así se observará si queda algún resto de placenta, según hay que hacerlo para evitar que la mujer sufra una sepsis posterior”. (Pasante)

“Una vez que expulsan la placenta le colocan el metergil y le hacen la revisión, que es muy traumática, muchas veces ha causado en algunas mujeres shock neurogénico por el dolor tan fuerte, porque inmediatamente que ella expulsa al bebé, por un mecanismo reflejo se cierra el cuello, pero la mayoría de los médicos hacen la revisión”. (Pasante)

“El médico se queda esperando el alumbramiento, que es botar la placenta, existen múltiples técnicas, hay una que cuando apenas sale la cabeza del bebé le meten el cintocinol rapidito intravenoso y la placenta sale a millón, hay otras que esperan y van dándole la vuelta sin halar, como hay algunos que van halando ese cordón y le queda la mitad en la mano, también utilizan la estimulación de los pezones, de todas maneras siempre tienen que hacerle la revisión que es un legrado manual” (Pasante)

“Esas revisiones se tienen que hacer, así la paciente se niegue, supuestamente eso es para por si quedó algún resto o coágulo que luego pueda producir una septicemia, eso es una

contradicción, en la teoría te dicen, que se hace únicamente cuando la placenta no viene completa, cuando quedan restos placentarios,(...) Yo recuerdo que una vez le pregunte a un residente, que por qué se hace la revisión y me dijo que eso no se puede obviar, que es un requisito indispensable, después de cada parto se tiene que hacer una revisión. Nosotros no podemos hacer nada contra eso, por miedo a que pueda repercutir en la evaluación, que ellos vayan a tomar represalias contra los estudiantes...” (Pasante)

“En el hospital es una regla hacer la revisión, según los libros y lo que nos dicen en "teoría, debe hacerse la revisión con anestesia y nunca como rutina de trabajo, pero no se hace así; ellos lo único que le explicaban a la mujer es que respiraran como un perrito cansado para que supuestamente no le doliera, es ilógico; porque resulta que la revisión manual causa infecciones porque estas contaminando una parte estéril con todo lo que lleva el canal del parto al meter la mano. La técnica es que tu tienes que rasgar todas las paredes del útero para sacar todos los coágulos y posibles restos que hay ahí hacia fuera”. (Pasante)

“Todas las mujeres deben ser revisadas, porque puede haber quedado restos con sangre, la revisión es un legrado manual y dado el caso que la mujer no se deje, tiene que esperar a la mañana para que le practiquen un legrado uno les dice que tienen que asumir las consecuencias de estar allí un día más, y un día más requiere un sacrificio porque al ellas ser ingresadas se les ordena dieta absoluta hasta que suben a piso, así que ellas pueden pasar más de 12 horas sin comer ni beber nada”. (Pasante)

Nuestro abordaje teórico/metodológico se sustenta en la calidad de la información y en la saturación de dicha información, pero en el rastreo de este evento, la estupefacción se hizo presente, y abusamos de desbordar en cantidad y calidad lo testimoniado por los/as jóvenes pasantes. Agradecemos nuestra costumbre de insistir en preguntar, y nuestra paciencia al percibir tanta acrimonia en los testimonios relativos a la violencia obstétrica. Todo ello no ha convertido nuestro asombro en aquiescencia. ¿Qué podemos añadir a tanta inclemencia? Ya en la mera la descripción de la pauta mora la violencia contra la humanidad femenina, y en la consecuencia que conlleva para la salud orgánica, reproductiva, sexual, psíquica, de las mujeres, habita la impunidad del poder médico.

Con gran pertinencia, Eva Gilberti precisa al respecto:

“Quienes participan de los sectores de poder hegemónicamente instalados, es decir, con escasas posibilidades de ser contrariados o juzgados, manipulan sus conocimientos para mantener su posición. Cuando nos referimos a médicos en relación con la mujer parturienta ya no se trata solo de sus conocimientos, sino de sus prejuicios, sus creencias, sus ansiedades y fantasías acerca del interior del cuerpo de las mujeres, su tensión frente a tener que reconocer que él también emigró desde el interior de un cuerpo de mujer.. Y la puesta en acto de ese poder del que dispone y que es hegemónico en tanto y cuanto no tiene en cuenta a la que es sujeto de su atención, se abroquelada en las técnicas que la medicina le aporta y que pone en práctica en el cuerpo de esa mujer. Con reiterada frecuencia, sin que exista necesidad de proceder de ese modo”. (2007: 2)

La revisión uterina viene a ser como un curetaje manual, una limpieza uterina manual, es decir, que una mujer con parto normal, en el cual el alumbramiento de la placenta ocurre de forma espontánea, es sometida nuevamente a medicamentos (oxitócicos) para acelerar dicho proceso, además de una limpieza uterina que lesiona innecesariamente el endometrio, todo ello previendo que haya quedado un resto placentario y vaya a presentar problemas posparto.

Pongamos la mira en algunos de los datos testimoniados, los cuales se tamizan en la descripción del procedimiento. En ningún caso refieren uso de anestesia para mitigar el dolor, tampoco consentimiento informado, dato que no se revela tampoco en ningún otro procedimiento de la rutina obstétrica, pero aquí por lo violento del procedimiento, se esperaría una información a la mujer. Y como si tuviesen una patente de corso, a pesar que ejecutan la técnica más segura de comprobar que una placenta haya salido completa, sin haber quedado restos dentro del útero, como es el conteo de los cotiledones, hacen la revisión, por sí acaso quedó algún resto. Este acoso debido a la supuesta aparición de lo patológico, no se vincula a la salud de la mujer, sino a la protección del cuerpo médico, porque si ocurre una hemorragia o infección posparto, las mujeres van a volver a esa área, entonces si en la historia no hay

referencia que sugiera que no quedaron restos placentarios, van a ser señalados/as, mientras que si la historia reseña una nota que dice: *bajo revisión uterina*, los/as profesionales quedan exentos de responsabilidad y todos los problemas de salud son adjudicados exclusivamente a las mujeres.

Ilustremos el asunto de la patologización con aportes de nuestros informantes clave:

“...el suero intravenoso, se pone por si acaso, por si a la mujer hay que ponerle un medicamento, si hay que ponerle antibióticos, si pasa algo y la mujer se está muriendo tú ya tienes una vía por donde administrar el medicamento que la reviva, si el parto es de bajo riesgo lo más probable es que no pase nada, se desmayó, se la bajó la tensión, le pones los pies en alto y ya está, le agarras la vía rapidito, otro ejemplo, el rasurado, no se justifica, más bien favorece más la infección, porque tú traumatizas la piel cuando la rasuras con hojilla y así podemos seguir, la episiotomía como procedimiento es demasiado agresivo, brutal e innecesario, por ejemplo, en la Maternidad nos enseñaron que hay que hacer episiotomía al 100% de las mujeres primerizas para evitar un prolapso genital, para minimizar traumas en la cabeza del bebé, para reducir los riesgos del período expulsivo, todos los argumentos que te dan son medias verdades e insuficientes, los trabajos te dicen que es más probable que haya una lesión severa del periné con la episiotomía que si no la has hecho, de la ruptura de membranas, del uso del fórceps, yo he tenido que ir contra corriente, yo ahora pongo a la mujer a gatear, probablemente el bebé se voltea y si no se voltea pues la mujer termina dilatando y pariendo en variedad posterior y no le pongo fórceps, pues el fórceps garantiza un parto con medicamentos, drogas, anestesia, episiotomía.” (Informante clave II)

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

Intentemos deshilvanar un ovillo oculto en esta disertación sobre la patologización. A

estas alturas del trabajo, hemos decodificado el sistema de significantes que soportan la autoridad del cuerpo médico sobre y en el colectivo social. Ahora bien, si el médico/a es la autoridad, es a la vez quien sabe qué se debe hacer y cómo se debe hacer en relación a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Partiendo de allí, todo lo que ocurra fuera de lo esperado, fuera de la norma médica, se considera que no es responsabilidad del cuerpo médico, sino, en nuestro caso, de la mujer, quien tal vez: no sea obediente y deje de cumplir los tratamientos, o sea desaseada y se infecte, o sea ignorante y no entienda las indicaciones médicas, o sea pobre y esté desnutrida, anémica, o su cuerpo tenga una deformidad que ocasionó un problema, en fin, para la epidemiología oficial, en tanto parcela de la medicina, que busca los determinantes de la salud y la enfermedad, sobran los argumentos que dejan incólume a la institución médica y su práctica, y sobran los sustentos para afirmar que las consecuencias de la enfermedad están en lo individual.

Como mucho, pueden reconocer el impacto de la calidad de los servicios de salud en los perfiles epidemiológicos.

La mortalidad materna (MM) es un evento que la epidemiología, puede medir, porque responde a la lógica causa-efecto, es decir, existen cuerpos muertos, en determinadas condiciones fisiológicas, que se pueden contar y asociar a causa obstétricas. Lo que no se puede medir de forma confiable es la morbilidad materna, y este dato viene a constituir un punto significativo para el tópico del impacto de la patologización en la salud reproductiva femenina. Según los expertos en el tema, la dificultad se debe a que no existe una definición universalmente aceptada de morbilidad materna. Generalmente, para levantar los perfiles de dicha morbilidad, se usan tres categorías: las complicaciones agudas, los problemas crónicos y las enfermedades asociadas. De esas tres categorías, la que más arroja datos son los problemas

agudos, ya que ocurren durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el post parto, (hemorragias, hipertensión, aborto séptico, infección); las otras dos categorías aparecen un tiempo después del nacimiento, lo que impide que se identifique como morbilidad materna, quedando oculto por subregistro epidemiológico. (María del Carmen Elú y Ana Langer, 1994:27)

Señalan los obstetras Rafael Molina Vílchez y José García Ildefonso:

“La evaluación de las condiciones de la paciente obstétrica, de las enfermedades que la afectan y de la calidad de los servicios que los sistemas de salud le dispensan, se hace por lo general de un modo indirecto, mediante indicadores negativos, como la mortalidad materna (MM) y la perinatal. (...) La tasa de MM, por sí sola, dice poco de lo que acontece en las salas de maternidad. Existen poblaciones cuyo progreso médico y extramédico ha convertido la MM en algo bastante infrecuente. Centrar la atención en unas pocas entidades nosológicas que de momento, y en un sitio específico, han llevado algunas madres a la muerte, aunque de innegable valor para las nuevas estrategias asistenciales y administrativas, puede conducir a una visión sesgada de los patrones generales de “enfermedad obstétrica”” (2002:1)

Por un lado, evidenciamos desde los aportes de los propios expertos, que la evaluación de las enfermedades que afectan a la paciente obstétrica, es decir, la morbilidad materna, se obtiene de manera indirecta, lo que incide en la poca confiabilidad de tales datos, y por otro lado, que los índices que sugieren dicha morbilidad son tomados de enfermedades orgánicas que obvian la repercusión que puede tener en esos determinantes de enfermedad, las rutinas obstétricas y el entorno mórbido hospitalario.

Deshilemos el ovillo del impacto que la patologización ocasiona en la vida de la mujer, narrando una experiencia que viene a ser la experiencia de muchas mujeres que han parido en cualquiera de las salas obstétricas hospitalarias del país, en cuanto

sabemos que existe una lógica patrón/impuesto para la atención del parto médico.

“... parí a las 10 pm, de los ganchos me bajaron a la una de la madrugada, porque la placenta la tenía pegada, no salía, la doctora me dijo: “te voy a dejar porque tengo otro parto, puja varias veces y si sientes que sale algo, me llamas”, no salía nada, ella venía y me metía la mano y me daba para que saliera la placenta, a la 1 am, cuando me pasaron a la camilla, me desmayé, no sentía las piernas, me desperté con un suero en la vena, con la niña entre las piernas en la camilla...” (Marbella Camacaro 200: 109).

El testimonio reclama una pregunta: ¿Cuál epidemiología va a recoger como determinantes de morbilidad materna la postura en la cama ginecológica, las horas acostadas sin moverse, antes, durante y después del parto, impuesta por la orden médica, los tactos y revisiones uterinas realizadas por y para el resguardo médico, el agotamiento psíquico de la soledad del parto? Heridas de muerte por el testimonio sólo diremos que la medicalización/patologización escarnece la dignidad de las mujeres.

Naciendo allá abajo...donde habita lo extraño...
Y extraña a la conocida

Una vez que la mujer ha parido, se queda allí, extenuada, acostada, sin poder levantarse, esperando, que allá abajo donde no alcanza su mirada, todo un equipo de extraños/as, se ocupen de su cuerpo y ahora de su hijo/a. Unos/as maniobran, limpian, suturan, los/as pasantes colaboran en la intrusión al parto como parte de su entrenamiento y de cumplir el record de partos, episiotomías, tactos. Ahora se suma otro/a especialista el/la pediatra, en fin, ella pare y alguien de ese equipo le hace el favor de enseñarle su hijo/a y de informarle, en el mejor de los casos, que está bien, y ese/a niño/a inmediatamente entra en el túnel de la

medicalización/patologización.

Los testimonios serán la mejor patente de este evento crítico vivido por la mujer y sus hijos/as:

“El bebé nació, si acaso se le enseñó a la mamá, ... bien cubierto porque el frío en la sala de parto es fuerte, los bebés son muy sensibles a los cambios de temperatura acaban de salir del seno materno de una temperatura de 36,5° entonces en aquel ambiente frío, entonces se envuelve, se le tiene allí unos minutos y luego se lleva al retén”. (Obstetra)

“...es una cadena de razones que justifican que no se les de inmediatamente los niños a las mujeres, ellas paren y el médico está trabajando suturando la episiotomía, limpiándola, supervisando el alumbramiento de la placenta, al niño hay que tomarle las huellas inmediatamente por los robos, eso aterra al personal, al niño hay que darle atención inmediata, cubrirlos por el frío, extraerle las gleras, tallarlos, pesarlos...” (Residente)

“Se le corta el cordón, se lo damos a la enfermera y ella se lo enseña a la mamá, lo pasa con el pediatra, le hacen su aspiración con la perita chiquitica y depende si tiene gleras más espesas con aspiración de tubo, se talla, se mide...” (Obstetra)

“Cuando nace el niño lo agarremos de la manera que podemos, cortamos el cordón y se lo pasamos al pediatra o a la enfermera, entonces una vez que nace el niño ya no es problema del obstetra, el niño es como propiedad del pediatra y la madre es del obstetra. Una vez que lo recibe el pediatra lo acuesta en un mueble especial lo examina, lo aspira con una manguerita, le pone vitamina K, lo pesa, lo talla, lo envuelve una toalla estéril y lo acuesta en una cuna donde hay muchos niños juntos, es una multi cuna...” (Obstetra)

“Una vez que el bebé nace inmediatamente se toma la huellita, los robos aterran al personal, la enfermera inmediatamente después de que lo baña, lo viste, lo arregla, lo pone bello, y no sé que más, lo envuelven en un... será como un pedazo de tela barata... como un caki, yo que sé... entonces la enfermera se lo pone a la madre, aquí tiene su muchachito”. (Residente)

“Una de las razones de no darle el niño al momento de nacer es que si el médico tiene que suturar la episiotomía, o hubo alguna lesión que hay que suturar o una revisión, ella no lo puede tener, entonces estar con el muchacho ahí imposibilita el trabajo del médico, en la sala de parto de la maternidad se esta trabajando así pensando en que el médico pueda hacer la actividad que él necesita” (Obstetra)

“...después que nace él bebé no se lo dan a la madre, sino que inmediatamente lo llevan para darle los primeros cuidados médicos, estos consisten en aspirar las vías respiratorias del bebé, medirlo, pesarlo, marcarle las huellas digitales, etc., lo único que la madre logra saber de su hijo es el sexo y con suerte si el niño está bien y si la enfermera está de buenas, se lo enseña a su madre, pero luego se lo llevan”. (Pasante)

“Después de que el niño nace se le pica el cordón rápidamente y se le pasa al pediatra que está en la sala. La madre no participa en ese momento, no lo carga, ni le da pecho, ni lo acaricia, solo le colocan al bebé sobre el abdomen si no se complica la maniobra. Si no se complica la maniobra, se recibe el niño bien y es retirado inmediatamente lejos de la mujer y se lo dan al pediatra o colocan en la camilla de observación pediátrica, lo limpian, lo aspiran, lo evalúan, le colocan las gotas de nitrato de plata, le inyecta su vitamina K, lo pesan, lo tallan, le miden la circunferencia cefálica, anotan los datos del niño en el registro de parto y después, si el niño está en buenas condiciones se lo acercan a la madre, a veces los doctores no se acuerdan de enseñarlo y es sólo un momento que dejan a la madre ver el niño, luego lo retiran y lo llevan al retencito donde lo colocan en una incubadora o una cama”. (Pasante)

“Al momento que nace el bebé el médico toma las pinzas, corta el cordón, lo llevan hasta la mesa de atención de recién nacido donde hay una enfermera. La mamá no ve cómo atienden al recién nacido, tratan de limpiarlo lo mejor posible y le aspiran las secreciones por la cavidad oral, por fosas nasales, se le colocan unas gotas de antibiótico en los ojos, una inyección de vitamina K intramuscular en el muslito, lo pesan, lo tallan, le toman las huellas de los piecitos, se coloca en la hoja de identificación de recién nacido, luego se lo llevan a la madre por un momento, se lo llevan al reten”. (Pasante)

“Hay médicos que les colocan a las mujeres el niño al nacer, pero no es la rutina, otros después, le llevan el niño a la madre después de limpiarlas, otros no le dan importancia a la relación madre- hijo”. (Pasante)

Estas y todas las piezas discursivas presentadas a lo largo del trabajo aluden a escenas de mujeres a quienes se les niegan sus cuerpos, aturcidas por la palabra mezquina, congeladas por la indiferencia del entorno, donde la duda las asalta sobre si sus hijos/as serán normales, si no les darán el/la hijo/a equivocado/a. Cada mujer no es una, la experiencia personal queda depredada por la atención estandarizada, por ello, un testimonio son los testimonios de todas, la tragedia de todas, conviniendo con lo señalado por Patricia Guzmán:

“La mujer que pare en la Maternidad Concepción Palacios, y podríamos generalizar diciendo la mujer que pare en los centros hospitalarios públicos, en Venezuela, ese cuerpo, que es una lengua porque quiere decir y decirse, es manejado, tratado, atendido, abordado, por inercia. Sin conciencia. Parir es - según se deduce de la puesta en escena que dicta nuestra sociedad- abrir las piernas para que aparezca una cabeza. Uno más. Un pobre más. Un genio más. A

veces. Quién sabe. Sólo es claro que no hay reflexión sobre el proceso. Que no se permite que ese cuerpo abultado se piense y piense lo que lleva adentro. Que no es posible sentir que cometemos un acto único, que experimentamos una experiencia intransferible” (1989: 124)

Difícilmente la sugerencia de la palabra puede ser rebasada por otro dato: podemos quedar impactados/as por una referencia que indica: el 90% de las mujeres no tiene contacto inmediato con sus recién nacidos/as al momento de nacer, en virtud de que la rutina obstétrica establece que deben ser atendidos/as por el/la pediatra para darle los primeros cuidados médicos. Pero percibir esto en los relatos que manan de las voces de quienes tienen el encargo de dar atención a las parturientas, no tiene parangón, leamos: “El bebé nació, si acaso se le enseñó a la mamá”; “es una cadena de razones que justifican que no se les den inmediatamente los niños a las pacientes”; “se le enseña a la mamá, y lo pasan con el pediatra”; “una vez que nace el niño ya no es problema del obstetra, el niño es como propiedad del pediatra”; “lo envuelven en un... será como un pedazo de tela barata... como un caki, yo que sé”; “estar con el muchacho ahí imposibilita el trabajo del médico”; “inmediatamente lo llevan para darle los primeros cuidados médicos”; “La madre no participa en ese momento no lo carga, ni le da pecho, ni lo acaricia”; “solo le colocan al bebé sobre el abdomen si no se complica la maniobra”; “La mamá no ve cómo atienden al recién nacido, tratan de limpiarlo lo mejor posible”; “le llevan el niño a la madre después de limpiarlas, otros no le dan importancia a la relación madre- hijo”

La iatrogenia clínica trasciende de madre a hijo/a, a la madre una vez que pare la cosen, la limpian, le revisan con la mano el útero, y a su hijo/a, le toman la huella antes de ir al reten, lo pesan, lo tallan, le extraen las gleras, discurso que si se lee sin contexto pareciera

referirse a un/a delincuente o a una canal de res. La separación del /la recién nacido/a de la madre le causa a ella una angustia que desencadena una serie de malestares de salud que no son recogidos por la epidemiología oficial, porque los parámetros establecidos por esta disciplina para levantar perfiles de morbilidad no contemplan este tipo de enfermedad. Parir un/una hijo/a no es sólo expulsarlo hacia el mundo exterior, no significa que por dejar de llevarlo/a adentro, la separación sea un acto meramente fisiológico y anatómico. Aun cuando la maternidad no sea deseada, existe una vinculación con ese ser que precisa de un tiempo para la subjetividad de la separación, que varía según las particularidades de las mujeres, ese tiempo es interrumpido por esa separación abrupta que se estila como rutina del trabajo obstétrico.

Más allá de lo subjetivo, orientando la brújula hacia lo “objetivo”, denunciaremos que las contradicciones que genera la norma médica arremeten contra lo que promulga el propio discurso médico. Por ejemplo en relación a la lactancia materna, las emociones violentas y ansiosas que viven las mujeres causan inhibición del reflejo de la producción de la leche, ya que ésta es generada por el sistema nervioso, y en el mejor de los casos de que no se inhiba, la lactancia ocurrirá con una madre estresada, lo cual no constituye una condición favorable para el/la niño/a.

El rescate de ese derecho al contacto inmediato afectivo y a que el/la niño/a se ponga al pecho lo más pronto, es pertinente no sólo como reclamo a favor de los afectos, sino a favor de los procesos fisiológicos, pues son más que conocidas las razones en pro de esa unión inmediata madre-hijo/a, para favorecer el bajado de la leche, y el suministro inmediato de calostro que presta anticuerpos y laxa al/la niño/a para que elimine el meconio que trae de su vida fetal, además de que ayuda a la involución del útero durante el puerperio, etc.

Agucemos los sentidos leyendo los siguientes testimonios (Marbella Camacaro 2000:

100):

“me atreví preguntarle a una enfermera si era mi bebé quien lloraba y ella me dijo: “no es el tuyo”, contestó por salir del paso, porque ella ni sabía cuál era mi hijo...”

“Tuve a mi niño a las 9 am y eran casi las 11 am y no me lo entregaban, estuve allí esperando en una camilla, sin sábanas, esperando ansiosa a mi bebé, acostada sin poder hacer nada”

“nació el muchacho y yo desesperada por verlo, no podía ni pararme ni sentarme, una bachiller que estaba allí lo único que me dijo fue: “es varón y está bien”,

La palabra, lo sentido, lo vivido, lo expresado son los mejores salvoconductos para la validez de la información testimoniada.

El entorno hospitalario ocasiona en la mujer una aprensión que colma su control consciente. Nada de lo que percibe, nada de lo vive en ese momento le puede proporcionar la certeza de que su hijo/a estará a salvo de cualquier contingencia, en la cual ella se sabe vulnerable e imposibilitada salvaguardarlo/a: sabe que el protocolo del hospital ordena que el/ella nacerá allá abajo donde hay extraños/as esperando para incomodarlo/a y observarlo/a, sabe que su hijo/a será examinado/a con frialdad y que será alejado/a de ella, y que los/as mantendrán separados/as extrañándose mutuamente.

La profesión médica, es la profesión por antonomasia

Vamos a cerrar este capítulo inquiriendo sobre los supuestos que obstetras y residentes han mentalizado en relación al nuevo marco legal regulatorio, particularmente referido a aquellos instrumentos que contemplan la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, siendo la *Ley orgánica sobre el derechos de las mujeres a una vida libre de violencia*, el más controversial, en virtud de que en su articulado existe la definición de violencia obstétrica y la discriminación de los actos que se estiman constitutivos de dicha violencia.

Acerquémonos la cuestión con estos planteamientos:

“Yo creo que lo han aceptado, y tal es así que ya todos tienen preparado su consentimiento informado, ha sido aceptado, porque ha habido foros, ha habido discusión, ha salido a la palestra pública. (...) desde cuando nosotros venimos hablando de consentimiento informado, sólo que ahora está en la ley, lo dice explícitamente, ya se han calmado porque hacen que la mujer firme aceptando lo que hacemos y se acabó...”. (Obstetra)

“Cómo es eso que a través de una ley van a criticar una episiotomía o una ruptura de membrana, si yo tengo no sé cuantos años haciéndola, siempre tratamos que quede lo más bonita posible, con puntos internos, puntos invisibles, puntos subcutáneos, o sea de todas las formas para hacer cada día mejor lo que yo estoy haciendo, nadie hace cada vez peor las cosas, todo el mundo busca mejorar su pericia en lo que ya sabe hacer, ahora una ley me dice que soy un agresor, que eso no sirve, los del gobierno son unos ignorantes...” (Obstetra)

“Esta ley es impuesta por el gobierno, es sencillamente absurda, no tienen ni idea de lo que están haciendo, ahora y que un juez me va a decir que necesito autorización para hacer la episiotomía, si yo no hago la episiotomía y se desgarran y después ella queda con eso malo, mil cosas que pueden venir después de un desgarro, quién va a decirme qué es lo que tengo que hacer si los médicos somos los que sabemos sobre eso. Lo que nos salva es lo del consentimiento informado, bueno le digo te tengo que romper membrana por tu bien por esto y aquello.... Ella firma y tranquilidad, pero me enfurece tener que explicar a gente que no sabe de medicina lo que hacemos,...para qué estudiamos...” (Residente)

“Cuántas veces uno está obstinado de meter el carro al taller y que el carro no salga bien, entonces te cambias de taller, y ya, pero aquí no, con la ley el médico es el asesino, la episiotomía ahora es vista según como lo dice la ley como causante de daño en su vida sexual, como si estuviéramos haciendo daño ex profeso aquello es castigado por la ley...que locura. Esa ley la saco Chávez del bolsillo para aterrorizarnos y controlarnos (Residente)

“Cómo es eso que una ley me va a obligar a que yo le haga caso a una, y entiéndase y que quede entre líneas y subrayado, “imberbe” niña que viene a parir aquí, con el respeto que merezca, sino no está formada y va a venir a exigir que cumpla la constitución, así sea una mujer adulta que no tiene una formación, quien es ella para venir a exigir que quiere un parto vertical, señora no sabemos atender un parto vertical, para qué entonces estamos los médicos si las pacientes van a decidir...”.(Obstetra)

“El gobierno cometió un error, creo que el gobierno debió haber consultado a la Sociedad de Obstetricia, creo que si ellos hacen una campaña previa y consultan con la sociedad hubiera habido menos rechazo, porque es muy difícil cambiar esta tradición de rutina de trabajo, no todo el mundo está dispuesto, creo que es como un rechazo a la política. Porque siento que es impuesto por el gobierno, sin consultar al gremio médico, aquí casi nadie es chavista...” (Obstetra)

“Aquí la mayoría de la gente no está de acuerdo con este gobierno y entonces mira esta ley como algo político, dicen: qué es eso y que ahora no puedes usar pitocín, y que ahora tienes que pedirles permiso a las mujeres que no saben nada para tú romperles membranas.... Ahora tú no puedes obligar a parir a una mujer acostada, te puede pedir parir de otra manera, todos se sienten amenazados, yo sin modestia se lo voy a decir, yo nunca he maltratado a un paciente y los he tenido de todas clases, muy ricos muy pobres, muy sucitos, (...) Tenemos mucho temor...” (Residente)

“El rechazo a la ley es político, además sienten que la ley les quiere controlar lo que van a hacer, si yo pongo el pitocín es porque sé lo que tengo que hacer con esa mujer, ¡ah! y los que trabajan en privado, están más molestos porque son sus propios jefes, no tienen contacto con nadie, ni nadie los supervisa y sus pacientes van y vienen y los médicos mismos deciden, entonces sienten que con la ley les quitan autoridad y libertad, cualquier paciente los puede demandar porque es ley...” (Residente)

“Yo le digo a mis compañeros, no se den mala vida con la ley, hagamos una planilla de consentimiento informado, ella firma y ya, todo lo seguimos haciendo igual pero tenemos una hoja firmada por la paciente que nos resguarda, como la ley dice siempre y cuando se tenga el consentimiento informado pues lo tenemos y aquí no ha pasado nada...” (Obstetra)

“Al principio hubo como un revuelo, y era causado por nada porque uno le decía al otro tú has leído la ley y nadie la había leído, solo se pasaban el temor y el rechazo entre unos y otros, yo compré aquí la ley y nos reunimos y les dije esto no tiene nada de especial, usted tiene que informarle a las pacientes los pro y los contra, las complicaciones, informarles la

ventaja, los problemas que se puedan presentar y si la paciente dice que no, pues ud sencillamente no puede, no lo hace y veremos quien la va a atender...” (Obstetra)

“La ley produjo una sensación de persecución hacía los médicos, pero al principio uno preguntaba ¿tú leíste la ley? No, nadie la leía, yo les dije: no vale, no te preocupes, por ejemplo: si la paciente manifiesta por escrito que ella se quiere ligar, tú la ligas y ya está, tú salvas la responsabilidad, al final ella es dueña de su cuerpo, es más, ya no necesita ni la firma de su esposo, porque ese no es el cuerpo del esposo es el cuerpo de ella”. (Residente)

“Sentimos la ley como una intromisión en una escuela que tiene siglos de tradición, traer una innovación que todavía no nos demuestra que es útil, es un horror, y todas las mentes no están abiertas para aceptar esas cosas, se piensa que es una agresión a la especialidad, yo diría que deberíamos observar y empezar a hacer trabajos en unos y en otros y comparar y de ahí sacar conclusiones, nos sentimos muy amenazados porque ahora lo que hemos hecho durante años es penado...” (Obstetra)

Cuando nos aproximamos a dialogar sobre los instrumentos que versan sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el único que conocían era la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Es válido destacar que el conocimiento de la misma fue posible porque la Maternidad “Concepción Palacios” había sido seleccionada como centro piloto del “proyecto de mejoramiento de calidad de la atención y gestión en la red de servicios”, y esta coyuntura política obligaba al personal a asistir a los foros, talleres y actividades programadas por dicho proyecto. Por otro lado, merece comentarse que el conocimiento por parte de obstetras y residentes de la Maternidad sobre dicha Ley, no pasaba más allá, en el mejor de los casos, de haber leído el artículo referente a la violencia obstétrica, en tanto sentían que los/as lesionaba directamente. Desconocían toda referencia a los movimientos organizados de mujeres, a los convenios internacionales de los cuales Venezuela ha formado parte, desde hace más de tres décadas, los cuales han conducido al país a la aprobación de instrumentos legales que se vinculan con la violencia intrafamiliar, y con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Inclusive desconocían la ley sobre la

violencia contra la mujer y la familia, derogada cuando se aprueba la ley orgánica vigente, a pesar de que en dicha ley derogada existía un articulado que comprometía al personal de salud a denunciar, erradicar, prevenir y atender adecuadamente la violencia contra la mujer, y penalizaba la omisión de la denuncia. Este desconocimiento queda patente en la convicción de que la ley es una maniobra del gobierno, óptica desvinculada de la realidad, porque dicha ley viene cimentándose a través de sucesos sociales que datan desde hace años atrás. Lo que no se puede desconocer, dadas las tensiones sociales, es que durante este período de gobierno ha habido coyunturalmente una voluntad política que dio ventaja para materializar la misma.

El preámbulo anterior, nos permite entender, en toda su dimensión, los pronunciamientos que obstetras y residentes manifiestan en relación a la puesta en vigencia de la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, y frente a cualquier discusión sobre los derechos de las mujeres. Si un colectivo tan hegemónico y protagónico socialmente, como es el de los médicos, desconoce el origen socio histórico de la lucha por la reivindicación de los derechos de las mujeres, específicamente los sexuales y reproductivos, y su primer encuentro con los instrumentos legales ocurre a través de un proyecto diseñado por una alcaldía, en circunstancias políticas polarizadas en el país, no es sorpresivo el rechazo que expresan en sus opiniones. Esta circunstancia desviste una realidad que no podemos obviar, la institución médica y/o la gineco-obstétrica, se erige sobre la sociedad con un poder que no precisa un compromiso socio-político con el colectivo social, ya que la mayoría testimonia estar al margen de los acontecimientos que van pautando las tensiones sociales en el país, por lo menos en lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Dichas tensiones los/as asaltan en su desconocimiento sobre la dinámica socio-política venezolana,

ocasionando reacciones descontextualizadas de la realidad.

A la animadversión que se percibe en los enunciados de los/as entrevistados/as, además de lo comentado anteriormente, se suma el hecho de que la clase médica ha gozado de una autonomía social frente al Estado, sin parangón con otra profesión. Su poder es tal, que históricamente han prescrito lo que éste debe hacer acerca de la salud y la enfermedad de la población, lo que les ha otorgado un autocontrol de su propio trabajo, por lo cual cualquier instrumento legal que pretenda poner en entredicho su práctica profesional es cuestionado por el colegiado médico, cuestionamiento que no pasa por una evaluación de las derivaciones que pueda tener dicha praxis médica en el colectivo, sino que las mismas son validadas solo por el hecho de partir de los criterios establecidos por el propio colegiado. Conviniendo con esto Josep Rodríguez asevera:

“De sus relaciones con el poder establecido, o sea con el Estado, la profesión médica ha sido uno de los grupos profesionales más claramente favorecidos. Su autonomía y el poder que ésta le otorga es utilizada para la generación de más poder, convirtiéndose así en una de las «sociedades paralelas» de más influencia en la sociedad. Por otro lado, la profesión es uno de los vehículos ideológicos más importantes del Estado. Aplica y desarrolla la concepción del Estado acerca de la salud; pero a su vez influye en el Estado al hacerle asumir sus propios criterios y concepciones de lo normal y lo anormal. Se convierte así en, no únicamente el *hacedor* de la enfermedad, sino también el grupo social que dictamina sobre el bien y el mal en nuestra sociedad.” (1979:96)

Yendo más allá de la cuestión de las coyunturas políticas, entremos a referirnos a algunos otros eventos de relevancia para el trabajo. El primero es el temor que se rastrea en los fragmentos discursivos frente al hecho de que la ley, considera como acto constitutivo de violencia obstétrica los ejecutados como rutinas de trabajo en las salas obstétricas. Dicho

temor es manifestado a través de argumentos con calificativos cargados de una ira que colinda con elucubraciones, ante las exigencias legales de dar cuenta de sus actos médicos. Entre dichos argumentos están:

“la ley me dice que soy un agresor”; “un juez me va a decir que necesito autorización para hacer la episiotomía”; “con la ley el médico es el asesino”; “la ley me va a obligar a que yo le haga caso a una imberbe niña que viene a parir aquí”; “la ley me obliga a pedirles permiso a las mujeres que no saben nada para tú romperles membranas”; “la ley les quieren controlar lo que van a hacer”; “con la ley les quitan autoridad y libertad, cualquier paciente los puede demandar porque es ley”; “sentimos la ley como una intromisión en una escuela que tiene siglos de tradición”.

En dichas expresiones quedan ejemplificados hasta la saturación, asuntos antes evidenciados en otros apartes del análisis: la prepotencia y la intolerancia frente a cualquier situación que los/as someta a una evaluación de su práctica profesional ha sido casi una constante, no en vano la institución médica ha gozado de un intocable estatus social dado su origen histórico como ciencia oficial. Por otro lado, nuevamente constatamos un gran desprecio por las mujeres, en tanto sienten que ellas no son sujetas de derechos humanos, sino son solo los cuerpos donde ellos/as acometen con gran “pericia y destreza” las maniobras obstétricas, son sus cuerpos/objetos de trabajo. Así mismo, se satura la concepción de autoridad dada por la tradición y la jerarquía que se aloja en la consolidación histórica del discurso médico, por ello, en ningún espacio de los textos discursivos se manifestó una posibilidad de evaluar sus aprendizajes o sus prácticas, pues su poder y su saber se erigen por encima del bien y del mal.

La ideologización que constituye la base de la escuela médica contiene nociones, que,

en este punto del asunto legal y el ejercicio profesional, vienen a constituir datos relevantes por lo neurálgicos. La *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* en el capítulo VI de los delitos, en su artículo 51, relativo a la violencia obstétrica, contempla cuáles se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica ejecutados por el personal de salud. De esos actos queremos detenernos en el punto 4 el cual reza:

Alterar el proceso del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, **sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.**⁷

Para quienes hemos luchado, dentro de las tensiones sociales, por construir un referente cognitivo alternativo a la hegemonía médica, la concreción de algunos instrumentos, entre ellos, la aprobación de esta ley, ha sido una conquista, una posibilidad. Y sin desconocer que puede permanecer como letra muerta, también reconocemos que ha venido a asestar un golpe a la supremacía médica. Ahora bien, dentro de esas tensiones sociales, que no podemos desestimar, queremos analizar la cuestión del consentimiento informado, el cual fue invocado repetidas veces por los obstetras y residentes, como la tabla de salvación que los/as libera de responsabilidad e inclusive de la obligación de dar cumplimiento a lo exigido por la ley.

Hasta la saciedad hemos conversado sobre el poder hegemónico del médico/a, el cual les encumbra como dioses en la sociedad. Ese régimen simbólico, posibilita que ellos/as traten de soslayar cualquier acción que les obligue a cambiar su lugar y su hacer en el espacio social, pues lo que quieren es mantener el status quo reinante, de modo que quienes ocupan el lugar de dominados/as, en nuestro caso: las mujeres, sigan aceptando obedientemente, asumiendo como suyo, todo lo que provenga de los/as sujetos/as dominantes, en nuestro caso: el cuerpo

⁷ Las negrillas son nuestras

médico.

Esta referencia viene a colación porque el consentimiento informado, según hemos apreciado, en la mentalización de obstetras y residentes va a constituir el pasaporte de impunidad que les va a permitir salir ilesos/as de cualquier procedimiento disciplinario.

Aquí nos acosa una interrogante: ¿qué mujer se va a negar a firmar un consentimiento informado, en una sociedad que instaló como modelo la idea de jerarquía como principio fundante de la relación médico/a-paciente, médico/a-parturienta, y con una construcción de la subjetividad de la mujer, bajo la impronta de la obediencia? Esto se hace aún más apremiante cuando la mujer es considerada como una paciente, calificativo que asegura su subordinación a la orden médica. En nuestra opinión, la respuesta probable es: casi ninguna mujer va a dejar de firmar dicho consentimiento porque la lógica dominante asegura que ellas hagan suya la verdad de la autoridad médica, lo cual las reduce al silencio; las ideas transmitidas por las clases dominantes condicionan a las mujeres para desarraigarse de su propia conciencia, como mujeres y como paridoras. Al respecto coincidimos con Rigoberto Lanz cuando señala que la condición de dominado no es una metáfora construida a fuerza de imaginación, sino que es la constatación dramática de una red de relaciones de subordinación, en las cuales una parte de la sociedad termina asumiendo como suyo el esquema de representaciones de sujetos sociales bien precisos: las clases dominantes.

El patriarcado como civilización hegemónica ha modelado la conciencia de la gran mayoría de las mujeres por ello, ha sido tan difícil oponerse a las estructuras del poder, y en la discusión que nos atañe, es más dramático, porque estamos refiriéndonos al acto de parir, el más ancestral de las mujeres como creadoras de la humanidad, y sin embargo los hombres se adjudicaron el derecho de enseñarnos cómo hacerlo, nos obligaron a no disfrutarlo, a temerlo,

a consentir que nos enajenaran de nuestro propio cuerpo y psiquis.

Eva Giberti señala:

“Las conductas de las mujeres, colonizadas por el patriarcado, refuerzan la permanencia del poder hegemónico impulsadas por creencias falsas e ilusorias acerca del saber médico o por la eficacia de las pautas tradicionales transmitidas por medio de la familia, la escuela y los medios de comunicación: entre todas esas variables se construye un presente "preformado", es decir, de muy difícil desactivación por parte de quien quiera esclarecerlas.” (2007: 3)

Nos aproximaremos a constatar cómo el marco de representaciones sobre los procesos reproductivos femeninos, contruidos desde el androcentrismo médico-obstétrico, logra enajenar la conciencia de una gran parte del colectivo de mujeres, quienes asumen como propio lo impuesto por la institución médica. Para dicha constatación traeremos al texto testimonios de mujeres que vivieron experiencias de parto en una sala de atención no medicalizada, los cuales acusan cómo la lógica masculina ha robado la verdad de los cuerpos femeninos, acusan cómo la mujer habita un cuerpo que le es extraño y extraña sensaciones que le son propias (Marbella Camacaro 2000: 130).

“... yo le decía: por favor haga como en el hospital, rómpame membranas para salir de esto, ella me tranquilizaba, me aconsejó que hiciera ejercicio en una pelota que tienen allí, me senté por broma, pero entre esas mujeres bromeando y la caminadera y el cafecito, me fui tranquilizando, estaba con mi hermana todo el tiempo...”

“...no me pusieron suero, yo lo pedía el suero porque creía que se les había olvidado, yo creía que el suero era obligatorio, las enfermeras me explicaron que en esa sala, el proceso es más natural y que las dilataciones se van controlando, pero no se aceleran...”

“Al principio lo único que no me gustó fue que no lo ayudan a uno, no lo quieren picar. (...) las enfermeras me decían que era mejor parir sentada, pero como nunca oí eso y uno ve en todos lados que las mujeres paren en esos ganchos, no me atreví a sentarme, parí en los ganchos,”

Las manifestaciones de inquietud porque no las “ayudaban” a parir con sueros, episiotomías, la extrañeza frente a la posibilidad de parir sentadas, en cuclillas, mejor dicho, que aceptaran como natural que le impongan la posición de su propio cuerpo para parir, demuestra el enajenamiento más brutal de la autonomía corporal y síquica, la tolerancia a la subordinación, máximo en un evento que significa dar al mundo un ser, que ha estado vinculado estrechamente al hábitat corporal y psíquico de la mujer, nos conducen a preguntarnos: ¿cómo se entrega a otros/as un proceso tan propio?. Aun en los casos en que la maternidad no sea deseada sigue siendo de ellas el proceso de traer a otro/a ser al mundo. Tal parece que la cultura médica ha dado de alta, en la conciencia de las mujeres, el conocimiento de la maternidad como una experiencia trascendental, disfrutable, que nos pertenece, y que por ello debe ser irrevocablemente voluntaria. En este contexto el consentimiento *informado* será, por algún tiempo, una de las cartas que pondrá el poder médico en el juego de los poderes.

Advertimos desde ahora que se diseñaran planillas de consentimiento informado, las cuales serán entregadas a las embarazadas/parturientas bajo las premisas de que todo aquello a lo que sean sometidas será por su bien y el de sus hijos/as, y ellas firmaran su consentimiento, no consciente, de ser cuerpo/objeto de su poder/saber.⁸

Estamos desandando el doloroso recorrido por las salas obstétricas hospitalarias, entre

⁸ Las condiciones de un verdadero consentimiento informado deben contemplar como mínimo algunas consideraciones, entre ellas:

1. Que las mujeres reciban una explicación veraz sobre las diferentes alternativas relativas a su proceso de parir, lo cual para ser eficaz, requeriría que toda embarazada, cuando comience a atenderse, sea ya informada de todos los posibles aspectos del parto...
2. Que en las maternidades u otros centros donde se atiendan partos, realmente existan las diferentes opciones en cuanto a personal capacitado y concientizado y en cuanto a infraestructuras de lo contrario, el consentimiento informado seguirá siendo sólo un saludo a la bandera y aquello tras lo cual se ampara el cuerpo médico para “curarse en salud”

cuyos muros hemos deconstruido la legitimación de una forma de apropiación de los cuerpos grávidos, legitimación que instituye el código político del poder médico. Apostamos a que la denuncia de esa apropiación, desde estas páginas, no sea solo un escrito más, sino que incentive a las mujeres al empoderamiento, a través de las exigencias de sus derechos, código político para desactivar el poder dominante.

EPILOGO
CON EL SUEÑO DE SUGERIR
PARA NO RECOMENDAR NI CONCLUIR

Cuando en cualquier espacio social, sea el académico, el comunitario, el familiar, entre otros, expresamos asuntos vinculados con situaciones de discriminación contra las mujeres, lo primero que observamos y oímos son rostros y expresiones que van desde el asombro producto de la ignorancia, hasta los comentarios más viscerales frente a la discusión. Entonces tenemos que argumentar, hasta el hartazgo, la situación particular de ser mujer en un colectivo social donde predomina el androcentrismo cultural que trasciende lo económico, lo político, lo universal social, para que surjan algunas miradas de consenso.

Traemos esta acotación al texto y contexto, para reiterar la cuestión relativa al poder que ejerce esa red de relaciones de subordinación que se entretajan, y en la cual quedan atrapados/as quienes integran el colectivo social, que terminan asumiendo como *conciencia propia*, la conciencia de la dominación. Asunto que sustentamos teóricamente y evidenciamos en las voces médicas. El cuerpo médico se siente con el poder de apropiarse del cuerpo de las mujeres y ellas piden ser intervenidas por ese cuerpo médico para sentirse seguras.

Este trabajo parte de lo que acabamos de señalar, y para guardar coherencia con ello, consideramos que sería una incoherencia creer que la culminación formal del mismo llevaría a dar conclusiones, o que podríamos recomendar qué hacer dentro de esta esponja social que absorbe toda la lógica del poder patriarcal. Es pertinente repetir que no negamos que dentro de

este estado de cosas, existen espacios o tensiones sociales, que respiran otras formas alternativas de recortar las realidades; con cierta presunción estimamos que este trabajo se posibilita dentro de esas tensiones y espacios, pero con cierta coherencia consideramos que es solo un sueño de sugerencias posibles.

La *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, es un ejemplo de la materialización de una lucha, de un sueño social, lo cual significa para quienes hemos sido copartícipes de dicha lucha, que creemos en las posibilidades de cambio. Sin embargo, para referirnos a algo muy puntual, en este trabajo hemos reseñado cómo el colegiado médico intenta evadir lo punitivo de la ley, usando el consentimiento informado como el pasaporte de impunidad que les va a permitir salir ilesos/as de cualquier procedimiento disciplinario. No nos atrevemos a decir si, asumieron la responsabilidad de la última redacción de la ley, permitieron este resquicio legal permeadas/os por el poder que representa la institución médica, o si fue por presiones políticas, o si se debió a las circunstancias sociales que prevalecían en el momento de la aprobación de la misma. Lo cierto es que dentro de la ley encontramos algunos huidizos legales que serán muy bien utilizados por el poder médico. Quienes hemos sido consultadas para la conceptualización de los tipos de violencia de género a los que se refiere la ley, en nuestro caso particular la violencia obstétrica, vemos en dicho instrumento la concreción de posibilidades de cambio, pero con los cinco sentidos puestos en la constatación de un poder que se niega a ceder sus espacios, y en esa tensión de posibilidades, trascendemos con nuestras luchas, habiendo perdido la inocencia pero no la capacidad de soñar.

La *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, además de contemplar definiciones de violencia de género, contiene, en el capítulo IV, las atribuciones

del Ministerio con competencia en materia de educación superior.

Ésta en su artículo 25 expresa:

“El ministerio con competencia en materia de educación superior, desarrollará acciones para transversalizar los planes con la perspectiva de género y tomará las medidas necesarias para eliminar de los planes de estudio, textos, títulos otorgados, documentos oficiales y materiales de apoyo utilizados en las universidades, todos aquellos estereotipos, criterios o valores que expresen cualquier forma de discriminación. Así mismo, tomará las medidas necesarias para que las universidades incluyan en sus programas de pregrado y postgrado materias que aborden el tema de la violencia basada en el género y promoverá el desarrollo de líneas de investigación en la materia”.

Si descontextualizamos la realidad podríamos decir que el cumplimiento de este artículo cambiará la lógica del saber médico y conexas la praxis médica. Contextualizando la reflexión, diremos que este artículo es una posibilidad que puede incidir en mover la estructura hegemónica del poder médico y el androcentrismo del saber académico universitario, pero es sólo eso, una posibilidad que se materializará en la medida en que estemos conscientes de que no debe ser una propuesta aislada, sino todo lo contrario, inmersa en la totalidad hegemónica social.

Los nuevos instrumentos legales que soportan las luchas por los derechos de las mujeres, son posibilidades que se harán concretas en la medida en que nos empoderemos de dichos instrumentos, y para ello no podemos olvidar que el patriarcado se mantiene con óptima salud, porque tiene en su haber la eficacia hegemónica para neutralizar, desvalorizar y marginar el discurso alternativo de las mujeres.

En lo que respecta a la investigación, sostenemos que las embarazadas son mujeres

vulnerables, no por su sexo o condición fisiológica, sino por el poco empoderamiento de sus derechos como sujetas sociales. La toma de conciencia de las mujeres es la posibilidad política para desactivar el poder patriarcal y que se podría dar la mano con la desactivación del poder médico.

Valorando la construcción de posibilidades, reconocemos el apoyo que el espacio universitario ha brindado a nuestra producción intelectual, la cual habla desde una teoría feminista, postura teórica no muy convencional dentro de las líneas doctas. Justipreciamos pues la apertura sin la inocencia de creer que se consolidó un giro en la consciencia académica, pero creyendo que sí hemos logrado la sensibilización de algunos/as personas que serán aliados/as para esa relación de fuerzas que nutren la existencia de las posibilidades.

Para concluir el trabajo, más no la lucha *desde-para-con las mujeres* compartiremos la decisión de seguir interpelando todas las formas de relación que discriminan a las mujeres, la decisión de seguir construyendo un ethos, donde se de la posibilidad de constituirse como sujetas.

Recomendamos que nos acompañen a materializar ese sueño de sugerencias posibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUERO, Oscar. (2003.) *Historia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. Editorial Ateproca. Caracas. Venezuela
- ARANOVICH, Fernando. (2002) *Análisis del parto vertical - Fundamentos y metodología*. Buenos Aires, Colección Salud Comunitaria–Serie Parto Humanizado,
- ALEGRÍA, Ceferino. (1977). *La Obstetricia en Venezuela. Historia de la Medicina en Venezuela*. Cuaderno N° 10. Universidad Central de Venezuela. Caracas
- ATTALI, Jacques (1981). *El Orden Canibal*. Editorial Planeta. Córcega, España.
- BADINTER, Elizabeth (1994). *XY, la identidad masculina*. Editorial Norma. Colombia.
- BALESTRINI, Mirian (1999). *El discurso médico en el capitalismo. Algunas de sus premisas constitutivas*. Servicio Editorial. Caracas Venezuela
- BARTRA, Eli. (2002) “*Reflexiones metodológica*”. En: Bartra, Eli (comp.). *Debates en torno a una metodología feminista*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Programa Universitario de Estudios de Género. México
- BASAGLIA, Franca. (1978). *Mujer: el cuerpo como prisión*. Cuadernos en marcha. N° 8. Montevideo. Uruguay
- BERLINGUER, Giovanni. (1996). *Ética de la Salud. Lugar* Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- BERTAUX, Daniel (1993) *De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica*. En: Marinas, J. y Santamaría, C. *La Historia Oral: Métodos y Experiencias*. Edit. Debate. Madrid.
- BLÁZQUEZ R. María Isabel. (2005) *Aproximación a la antropología de la Repro* Revista Iberoamericana, N° 42. Julio-Agosto. Ed. Electrónica. Madrid
- BURGOS, Carlos. (2001) *Litotimia en el parto: una practica cuestionable*. XIII Congreso Internacional de la ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology). Rev. Obstare N° 3.
- BURIN, Mabel (1993). Nuevas *Perspectivas en Salud Mental de Mujeres*. En: Fernández, Ana María. (Comp.) *Las Mujeres en la Imaginación Colectiva. Una historia de discriminación y resistencia*. Edit. PAIDOS. Argentina.

- CAMACARO, C, Marbella. (2000) *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Universidad de Carabobo. Venezuela
- (2006) *Voces sobre la violencia en la atención del aborto*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Enero – Junio. Vol. 11, N° 26. Venezuela
- _____ (2008) *La construcción discursiva médico/obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres*. Revista Ensayo y Error. Universidad Simón Rodríguez. Año XVII N° 35. Caracas. Venezuela.
- _____ (2009) *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Enero – Junio. Vol. 14, N° 32. Venezuela
- CERVANTES, René (1996) *Ética en la práctica de la Obstetricia y Ginecología*. Rev. Ginecol Obstet de Perú Vol. 42:1; 66-78
- CLAVREUL, Jean (1983) *El orden médico*. Argot, Madrid
- COMESAÑA, S., Gloria. (1991) *Mujer, poder y violencia*. EDILUZ. Maracaibo. Venezuela
- _____ (1995). *Filosofía, feminismo y cambio social*. EDILUZ, Maracaibo. Venezuela.
- _____ (2004) *La ineludible metodología de género*. Revista venezolana de Ciencias Sociales. Universidad Nacional Experimental “Rafael María Baralt”. Vice-Rectorado académico. Volumen 8 N° 1. Venezuela.
- CRAMPE-CASNABET, Michelle. (2000) *Las mujeres en las obras Filosóficas del Siglo XVIII En: Historias de las Mujeres*. Del renacimiento a la Edad Moderna. Ed. Taurus. Madrid.
- DAVIS-FLOY, Robbie (2004) *Del médico al sanador*. Editorial Creavida. Buenos Aires. Argentina.
- DE BARBIERI, Teresita (2002) *“Acerca de las propuestas metodológicas feministas”*. En: Bartra, Eli (comp.). Debates en torno a una metodología feminista. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Programa Universitario de Estudios de Género. México.
- DE RIENCOURT, Amaury. (1977). *La mujer y el poder en la historia*. Monte Ávila Editores. Caracas. Venezuela

- ECHEVERRIA, Rafael. (1995) *Ontología del Lenguaje*. Editoriales Universitarias. Chile
- ELÚ, María del Carmen, Ana Langer, (1994) *Maternidad sin riesgos en México*. Dinámica visual de México. Mexico.
- FACIO, Alda (1995) *Cuando el género suena, cambios trae*. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal. Mediateca de las mujeres. Universidad de los Andes. Fondo editorial “la escarcha Azul”. Venezuela
- FOUCAULT, Michel (1978) *El Nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI. México
- _____ (1992) *El orden del discurso*. Tusquets editores Buenos Aires.
- GARCÍA, Evangelina (1993). *Curso Introductorio al Análisis con Perspectiva de Género y su Aplicación en Políticas, Planes y Estrategias de Desarrollo*. República de Venezuela - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- GIBERTI, Eva. (1999) *Parto Natural » Parto Fisiológico*. Ediciones Colección Escuela para Padres. Fascículo N°3 Buenos Aires. Argentina
- GÓMEZ, Adriana (1993) *Hacia la Humanización del Parto*. Isis-Internacional. N° 4 Santiago de Chile.
- GONZÁLEZ, María Cristina (2005). *El discurso médico*. Representaciones Sociales. Consejo de desarrollo científico y humanístico. Universidad de Carabobo. Valencia. Carabobo. Venezuela
- GUBA, Egon e Lincoln, Yvonna (2002). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. En: Denman, Catalina y Haro Jesús (compiladora/o). Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Universidad de Guadalajara. México.
- GUTIÉRREZ, Alfaro y Archila, Ricardo (1995). *La Obstetricia en Venezuela*. Talleres de la Editorial “RANGON C.A.”. Caracas
- GUZMÁN, Patricia. (1989) *Parir de a cien*. Decorado: una maternidad y sus alrededores. Rev. Nueva sociedad N°. 100 marzo-abril 1989. pp 122-127
- ILLICH, Ivan. (1975) *Némesis Médica*. La expropiación de la salud. Barral Editores. Barcelona. España.
- LANZ, Rigoberto (1988). *Razón y Dominación*. Contribución a la Crítica de la Ideología Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.

- LEÓN, José (1959) *Tratado de Obstetricia*. Edit. Científica Argentina, Buenos Aires.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia.** (2007) Gaceta Oficial N° 38.647. República Bolivariana de Venezuela
- LORITE, José. (1987). *El orden femenino. Origen de un simulacro cultural*. Anthropos. Editorial del hombre. Barcelona. España.
- MAFFIA, Diana. (2001). *El sexo oculto de la ciencia*. En: Ciencia y Género. Facultad de Filosofía Universidad Complutense de Madrid.
- MARTÍNEZ M., Miguel. (2006) *La investigación cualitativa: síntesis conceptual*. Rev. Investig. Psicol., jun. 2006, Vol.9, no.1, pp. 123-146.
- MERELÓ-BARBERA, Juan (1980) *Parirás con Placer*. La sexología del orgasmo en el parto. Editorial Kairós, S.A. Barcelona, España.
- MIRES, Fernando. (1996). *La revolución que nadie soñó: la otra posmodernidad*. Editorial Nueva Sociedad. Caracas. Venezuela.
- MOLINA Vilche, Rafael, José García Ildefonso (2002) *La morbilidad materna aguda y severa*. Rev Obstet Ginecol Venez. 62(1):1-3
- MORALES, Oscar Alberto y Rincón G., Ángel (2007) *La mujer en el discurso didáctico escrito de ginecología en el siglo XX*. Estudio exploratorio con libros de texto publicados en español. Discurso y Sociedad. Vol1 (4) 623-662. Universidad de Los Andes, Venezuela
- Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.** (2003) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela
- ODENT, Michel. (2001) *La científicización del amor*. Ed. Crea Vida. Madrid
- Organización Mundial para la Salud. (1985). *Mujer, Salud y Desarrollo*. Informe del Director General. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (1993) *Género, Mujer y salud, en las Américas*. Boletín Científico N° 541. Washington, D.C. EE.UU.
- PELCASTRE, Blanca. (2005) *Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí*. Revista Escuela de Enfermería USP; 39(4). , México
- PÉREZ Aguirre, Luis (1995) *La condición femenina*. Ediciones Trilce. Montevideo. Uruguay.

- PÉREZ, Sedeño, María C. (2003). *Valores Cognitivos y contextuales en periodo de ciencia normal*. La medicina clínica. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de filosofía. Madrid.
- RODRÍGUEZ, Joseph (1979) *Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria de la Seguridad Social*, Ariel, Barcelona.
- RUIZ, José; Ispizua, María Antonia (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Métodos de investigación cualitativa. Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones. Bilbao.
- SADABA, Fernando (1979) *La mística de la salud*. Rev. El viejo topo. N° 36. Iniciativas editoriales. Madrid. España.
- SADLER, Michelle. (2003) *Así me nacieron mi hija*. Aportes Antropológicos para un análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de Antropóloga. Chile
- SALA, Adam, María Rosa, Cardenas Sotelo, Orlando, Sala Adam, Alicia (2000) **Paciente: por qué?**. Rev Cubana Estomatol, Mayo-ago. 2000, vol.37, no.2, p.p123-126.
- SISSA, Giulia (2000) *Filosofías del género: Platón, Aristóteles y la diferente sexual*. En: Historias de las Mujeres. La antigüedad. Ed. Taurus. Madrid.
- THOMASSET, Claude (2000) *La naturaleza de la mujer*. En: Historias de las Mujeres. La Edad media. Ed. Taurus. Madrid.
- TUBERT, Silvia (1991). *Mujeres sin Sombras: Maternidad y Tecnología*. Siglo XXI de España Editores. Madrid.
- USANDIZAGA, Mario (1944) *Historia de la obstetricia y de la ginecología en España*. Editorial Labor, S.A., Barcelona
- VELÁZQUEZ, Susana (2002) *Hacia una maternidad participativa*. Reflexiones acerca de la prevención y promoción de la salud mental de las mujeres. En: Burin, Mabel, Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Librería de mujeres, Buenos Aires. Argentina.

Referencias de Internet:

- Aranzana, Karina Beatriz (2006) *Parto en cuclillas. Historia, fundamentos y repercusión en las primeras experiencias de vida*. Monografía. Asociación de obstétricas municipales X curso de actualización obstétrica. http://www.adom-cba.com.ar/parto_en_cuclillas.pdf.

- (consultado 08/07/08; 2:30 p.m.)
- Fernández, Isabel (2008) *El paro medicalizado*. <http://www.mujereshoy.com/secciones/1756.shtml> (Consultado 18/05/08; 5.18 pm.)
- Gilberti, Eva (2007) *El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos*. Primer Congreso Nacional de Partería <http://www.evagilberti.com> (Consultado: 01/06/2008; 2; 45 pm.)
- Gutman, Laura (2008) *La maternidad y el encuentro con la propia sombra* <http://www.analitica.com/mujeranalitica/apostillas/9671691.asp>. (Consultado 09/05/2008; 10:20 am.)
- Henao, Guillermo (1999) *Ideología, obstetricia y sociedad*. <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/377> consultado 18/04/2008
- Iglesias, Pilar. (2003) *Las pioneras de la medicina en Gran Bretaña*. http://webs.uvigo.es/pmayobre/colaboraciones.htm#pilar_iglesias_aparicio.(Consultada 18/02/07; 8.30 am)
- López o, Paulina. (2007) *De sacerdotisas a brujas: el arte de acompañar a parir, historia de la matrona en el contexto de las sociedades* (www.uv.cl/enfermeriayobstetricia/obs/publicaciones). (Consultado: 15/04/08)
- Organización Mundial de la Salud (1985) *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento* www.grupgemma.org/Documentos/Recomendaciones (Consultado: 07/05/2008; 8:17 am.)
- Rodríguez, Isabel. *Apuntes sobre el papiro de Ebers*. www.institutoestudiosantiguosegipto.com/papiro-ebers.htm (Consultado: 18/04/07 hora 3:00 p.m.)
- Sanchez, Fernando (1993) Comentarios. http://www.anmdecolombia.org/academ_25363-comentario.htm (Consultada 4/01/08)
- _____ (1993) *Historia de la Ginecología en Colombia*. <http://encolombia.com/lmg0002.htm>

LA OBSTETRICIA DEVELADA

Otra mirada desde el género

Uno de los aspectos más importantes de las investigaciones de Marbella Camacaro Cuevas, sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos, se refiere a la medicalización excesiva de un proceso: el embarazo, y un acto, el parto, de los cuales se ha venido cada vez más desposeyendo a las mujeres, privándolas de su capacidad de decidir y convirtiendo algo tan natural en una especie de enfermedad. Por primera vez en Venezuela, un trabajo de esta naturaleza se plantea desde la única perspectiva posible: la mirada feminista a través de la metodología de género. Su autora reflexiona sobre la violencia obstétrica y muestra cómo el patriarcado ha interpretado la diferencia sexual, reduciendo a la mujer a su ser biológico. En este trabajo pionero todo es aprovechable, se lee con agrado e incluso con pasión.

Dra. Gloria Comesaña Santalices



Universidad de Carabobo
Dirección de Medios y
Publicaciones