

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 34 - abr. / abr. / apr. 2020 - pp.90-107 / Vallana, V. / www.sexualidadsaludysociedad.org

“La enfermedad normal” Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto

Viviana Valeria Vallana Sala^{1 2 3}

> valeria_vallana@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-1350-1309

¹ Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

² Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

³ Huitaca - Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia

Bogotá, Colombia

Copyright © 2020 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumen: Este artículo indaga sobre la construcción del saber y la práctica médica en ginecología y obstetricia. Se centra específicamente en las transformaciones de los significados sociales y médicos sobre el cuerpo gestante y parturiente que se dieron desde finales del siglo XIX y en el transcurso del siglo XX, y que posibilitan el proceso de medicalización, patologización y hospitalización del parto. Así mismo, se exploran los efectos que tiene el modelo médico tecnocrático de atención al binomio embarazo/parto, en cuanto a la experiencia de dichos procesos en las mujeres. El artículo concluye en la necesidad de profundizar en los elementos del paradigma médico, la formación de los profesionales y las condiciones laborales del sector de la salud, que intervienen en la problemática de la deshumanización de la atención del parto.

Palabras clave: medicalización; patologización; modelo tecnocrático de atención del parto; deshumanización; embarazo; parto

"The normal disease": Historical and political aspects of the medicalization of childbirth

Abstract: This article investigates the construction of medical knowledge and practice in gynecology and obstetrics. Specifically, it focuses on the transformations of social and medical meanings in the pregnant body that occurred since the end of the 19th century and during the 20th century, and which make possible the process of medicalization, pathologization and hospitalization of childbirth. Likewise, the effects that the technocratic medical model of care for the pregnancy / childbirth binomial has in terms of the experience of these processes in women are explored; concluding on the need to deepen the elements of the medical paradigm, the training of health professionals and the working conditions in the health sector that intervene in the problem of dehumanization of care.

Key words: medicalization, pathologization, technocratic model of birth, dehumanization, pregnancy, childbirth.

"A enfermidade normal": Aspectos históricos e políticos da medicalização do parto

Resumo: Este artigo investiga a construção do conhecimento e da prática médica em ginecologia e obstetrícia. Especificamente, concentra-se nas transformações dos significados sociais e médicos no corpo gestante ocorridas desde o final do século XIX e durante o século XX, e que possibilitam o processo de medicalização, patologização e hospitalização do parto. Da mesma forma, são explorados os efeitos que o modelo médico tecnocrático de atenção ao binômio gravidez / parto tem em termos da experiência desses processos em mulheres; concluindo sobre a necessidade de aprofundar os elementos do paradigma médico, a formação dos profissionais de saúde e as condições de trabalho no setor da saúde que intervêm no problema da desumanização da assistência.

Palavras-chave: medicalização, patologização, modelo tecnocrático de assistência ao parto, desumanização, gravidez, parto.

“La enfermedad normal”

Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto

Introducción

Desde el siglo XIX, el proceso de medicalización de la sociedad (Crawford, 1999; Foucault, 1977; Illich, 1975; Lupton, 2012; Rose, 2007; Zola, 1999) puede verse en la influencia que el cuerpo de los saberes médicos ha ejercido en la sociedad en pleno. Sin embargo, este proceso presenta peculiaridades en el caso de algunos colectivos, entendidos como los exteriores constitutivos del sujeto médico masculino, adulto, de clase media/alta, blanco y letrado (Rose, 2007). Estos exteriores constitutivos, como mujeres, personas racializadas, niños y niñas, entre otros colectivos, sufrieron un proceso de medicalización mayor al sujeto médico, entendido éste como el efebo de la “normalidad”, a partir de la cual la “otredad” sería susceptible de ser analizada y descrita desde la “anormalidad”. Este proceso de patologización de la diferencia ha sido descrito por varios analistas críticos de la medicina cuando, en el análisis de los discursos y los textos médicos, puede notarse una construcción de lo femenino como carente, incompleto, frágil, dependiente, desordenado, defectuoso. Éstos, entre otros adjetivos, delatan la concepción de “anormalidad” y patología, y la objetivación del cuerpo, y de los procesos femeninos, como objetos de intervención médica (Cahill, 2001; Ehrenreich & English, 2006; 2010; Esteban, 1996; 2006; Lupton, 2012; Maffía, 2006; Martin, 1991; Rubio, 2009; Tovar, 2004; 2006; Valls-Llobet, 2009; Viveros, 1995).

Aunque la ginecología surge y se formaliza en el siglo XVIII, ya en el transcurso del siglo XVII había médicos interesados en convertir la atención del parto en un ejercicio médico (Foucault, 2007; Viveros, 1995; Hutter, 2010). Por ejemplo, en 1601, el galeno Duval escribía sobre la importancia de que los médicos manejaran el embarazo, y especialmente el parto, en pro de la salud de las mujeres y los niños, futuro bien y materia del estado.

Las mujeres son preciosas porque reproducen; los niños son preciosos porque representan una población, y ningún “vergonzoso silencio” debe impedir conocer lo que permitirá justamente salvar esas existencias (Duval apud Foucault, 2007 [1975]:76-77).

Precisamente, el vergonzoso silencio al cual hace referencia consiste en

la consideración del parto como materia femenina, asunto considerado poco científico, de poca importancia y reconocimiento para los médicos, y espacio solamente ocupado por algunos parteros del género masculino, quienes no gozaban de reconocimiento ni entre las parteras, ni entre los médicos, ni tampoco de una gran clientela, pues las mujeres preferían la atención de sus congéneres.

El panorama permanecería de esta manera hasta la invención del fórceps en la década de 1630 por Peter Chamberlen, instrumento que incrementó la fama de los galenos y su género en el escenario del parto, siendo el primero de una larga lista de artefactos en el camino hacia su instrumentalización (Hutter, 2010; Vallana, 2016). El uso de instrumental como el fórceps, aunado a los deseos de Luis XIV de ver el nacimiento de sus hijos, hicieron que el tocólogo francés François Mauriceau se decantara por la atención del parto con la mujer en posición de litotomía, esto es, acostada sobre su espalda, posición que se mantiene actualmente como la reglamentaria en la atención del parto en la mayoría de instituciones hospitalarias (Arguedas, 2014).

El proceso de medicalización del embarazo y el parto fue, entonces, una disputa de más de tres siglos entre practicantes de diversa índole; ya que parteros de ambos géneros, barberos, cirujanos y médicos disputaron su legitimidad en este campo, proceso que se decantó en los médicos, de acuerdo a las reglamentaciones de las prácticas terapéuticas de cada país y la profesionalización de la medicina. Esto, incluso, en un momento en el cual las muertes por fiebre puerperal hacían más seguro parir con parteras y comadronas que con médicos en hospitales (Hutter, 2010).

Metodología

En la primera parte del presente artículo se elabora una discusión crítica, desde una perspectiva historiográfica y feminista, sobre los significados históricos del cuerpo gestante y parturiente, que posibilitaron la medicalización de los procesos de embarazo y parto para, posteriormente, elaborar un análisis de la deshumanización de la atención en salud de dichos procesos, fenómeno conocido como violencia obstétrica. Para este análisis, haré uso de material, tanto teórico como empírico-etnográfico, de una investigación realizada entre 2014 y 2016 sobre violencia obstétrica en instituciones hospitalarias públicas y privadas en Bogotá.¹

¹ El material etnográfico, incluidas las historias de embarazo y parto que se utilizan en este artículo, además del ejercicio auto-etnográfico de los dos embarazos/partos de quien esto escribe, hacen parte de una investigación realizada entre 2014 y 2016 que se presentó para optar al título de magíster en Estudios Culturales de la Pontificia Universidad Javeriana

De sujetos a objetos terapéuticos. Breve historia de la ginecología

Dentro de los argumentos aquí presentados, es importante historizar la manera cómo las mujeres, en Occidente, pasaron de ser entendidas como sujetos terapéuticos, reconocidas por sus conocimientos empíricos para el cuidado de los procesos de salud y enfermedad, a convertirse progresivamente en objetos de conocimiento de las ciencias naturales.

Antes del siglo XIV, los saberes y poderes terapéuticos se relacionaban con lo femenino. En ese tiempo, la medicina era considerada un saber empírico y, al ser relacionadas las mujeres con la naturaleza y el cuidado, se entendía que ellas poseían conocimientos relacionados con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad (Viveros, 1995). En el siglo XVI aparecen en Europa las primeras reglamentaciones de las prácticas terapéuticas, autorizando su ejercicio exclusivamente a los galenos. Pero sería durante el renacimiento cuando la medicina se convierte progresivamente en un saber académico; las curanderas y parteras, aisladas de los saberes entendidos como formales, fueron relegadas a las funciones de parteras, oficio que gozaba de poco reconocimiento entre los galenos, por considerarse una labor sucia y poco científica (Hutter, 2010). Posteriormente, con la aparición de la obstetricia, a finales del siglo XVII, se irá abonando el terreno para la progresiva retirada y desposesión de las mujeres de su ejercicio terapéutico, legítimo y socialmente reconocido, de la partería; proceso que se dio sobre todo en el siglo XVIII (Viveros, 1995). Así, las mujeres pasaron de ser sujetos terapéuticos para convertirse, progresivamente, en objetos terapéuticos (Vallana, 2016).

Este proceso se llevó a cabo especialmente en el transcurso del siglo XVIII, momento en que se desarrolló un creciente interés en diferenciar científicamente los sexos. Específicamente en Francia y Alemania, algunos médicos comenzaron a describir diferencias entre los sexos, representando a las mujeres con esqueletos y cráneos más pequeños que los de los hombres, parámetro considerado en aquel entonces, como la prueba científica de la capacidad intelectual inferior de las mujeres, lo que dio soporte a estereotipos que diferenciaban las capacidades “naturales” de ambos géneros (Lupton, 2012).

de Bogotá en 2016, titulada “Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá”. En esta investigación, se realizaron sucesivos encuentros y entrevistas a profundidad con seis mujeres, quienes narraron abiertamente sus expectativas y experiencias, en la atención de sus embarazos y partos, en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas de Bogotá. Cada una de las participantes firmó un consentimiento informado en el que accedía voluntariamente a participar en dicha investigación bajo la promesa y compromiso de la autora de respetar y resguardar su identidad y privacidad. Cada entrevista fue grabada y transcrita para su posterior análisis.

Esta diferenciación de los sexos, o la construcción sociohistórica de los sexos por parte de la medicina, fue acompañada, concomitantemente, con la construcción de diversas representaciones sobre las capacidades de los géneros. Por ejemplo, se relacionó automáticamente el tamaño de la pelvis de las mujeres con la premisa de su “natural” rol como reproductoras, asumiendo la maternidad como su principal destino biológico (Facundo, 2006; Lupton, 2012).

Del mismo modo, los significados que se construyeron desde los discursos médicos sobre los procesos fisiológicos femeninos mantuvieron esta carga ideológica, reproduciendo estereotipos sobre la menstruación, la menopausia, el embarazo, el parto... Las mujeres en la época victoriana, por caso, fueron representadas como eternas enfermas, víctimas constantes de los males que les aquejaban, por sus órganos reproductivos; fenómenos como la histeria, en siglo XIX, pueden dar cuenta de ello (Tovar, 2006). Los médicos, en este período, aconsejaban a las mujeres de clases privilegiadas curas de descanso, confinándolas a los espacios domésticos ante cualquier malestar, o eventos como la menstruación o la menopausia; e incluso la resistencia a los roles impuestos, descrita como “tendencia a causar problemas”, era interpretada como sintomatología de histeria. Todo esto mientras, paradójicamente, las mujeres proletarias no gozaban del privilegio de la incapacidad médica para el descanso o el cuidado de sus procesos (Ehrenreich & English, 2006; 2010; Lupton, 2012). Es precisamente el modelo de mujer victoriana, pura, virtuosa y dependiente, lo que facilitó el posicionamiento del género femenino en la categoría de paciente (Arguedas, 2014).

Todos estos significados que fueron emergiendo significaron una pérdida de autonomía para las mujeres y su progresiva dependencia, de los cuidados y discursos médicos. Significó, por ejemplo, asumir una posición de subordinación en oficios que tradicionalmente les habían pertenecido, situación que se regularizó a partir de la profesionalización de la enfermería y el proceso de formación académica de parteras y comadronas.

Las mujeres se incorporaron entonces al ejercicio de la enfermería, profesión que reproducía los estereotipos culturales del rol femenino de la esfera doméstica de cuidados, desempeñando un rol subalterno frente al ejercicio de la medicina, profesión ocupada de manera exclusiva por el género masculino. En el segundo Congreso Médico llevado a cabo en Medellín Colombia en 1913, los doctores Felipe Calderón Reyes y Miguel Jiménez López, en la conferencia titulada “Necesidad de escuelas nacionales de enfermeras y comadronas”, llaman la atención respecto a la necesidad de una “formación oficial y científica de un personal subalterno que secunde la acción del médico” (Calderón & Jiménez López 1917 apud Manosalva, 2014:46). Así, desde este principio, la profesionalización de la enfermería y la formación, académica y científica, de parteras y comadronas, asume una condición

de subalternidad ante la autoridad médica; esto teniendo en cuenta que cada uno de estos oficios estaba representado por un género en particular.

Así mismo, es importante considerar que el proceso de medicalización del parto incorporó, en prácticamente todos los países, una fuerte tensión con las matronas y parteras quienes, en la competencia por el campo de atención del embarazo/parto, fueron objeto de todo tipo de acusaciones, persecuciones, criminalización y eliminación por brujería, hasta la desacreditación de sus saberes ante el saber-poder y su consecuente subordinación a la autoridad médica (Blázquez, 2011; Cahill, 2001; Ehrenreich & English, 2006; 2010; Federici, 2004; Hutter, 2010; Maffía, 2006; Vallana, 2016).

Sobre este aspecto, es fundamental analizar el fenómeno de la cacería de brujas como un cerco, en el cual los conocimientos y el control de los cuerpos de las mujeres empezaron a ser materia de interés del estado. En palabras de Silvia Federici,

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

En este cerco, se demonizó y pretendió exterminar las formas de control de la natalidad de las mujeres durante la Inquisición, así como la eliminación y subyugación de sus conocimientos sobre concepción, anticoncepción, aborto y cuidado del embarazo, parto y puerperio. Ello se hace particularmente visible cuando se analizan las cifras de mujeres condenadas por la Inquisición y los oficios que éstas desempeñaban. Se estima que, en Europa, el porcentaje de mujeres fue del 75%, llegando a un 90 % en países como Suiza, Inglaterra y Bélgica; una gran proporción de estas mujeres, desempeñaba labores relacionadas a la atención de procesos sexuales y reproductivos, incluidas las técnicas de interrupción del embarazo (Blázquez, 2011). En su mayoría, se trataba de parteras, curanderas, nanas y perfumistas, que tenían en común el manejo de ciertos conocimientos que contradecían la misión de la Iglesia católica y el Estado de controlar la natalidad y, con ello, a la población.

Así mismo, el cerco para la eliminación de los conocimientos y las prácticas de las mujeres favoreció, de modo concomitante, los intereses de otros grupos dominantes, entre ellos, el los médicos.

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

Esta situación, que favoreció a los médicos, puede verificarse en la cantidad de denuncias que tenían las mujeres que atendían partos, realizadas por su directa competencia: parteros y médicos del género masculino. En este sentido,

(...) las mujeres que ayudaban a traer niños al mundo, a diferencia de los hombres que lo hacían, corrían el riesgo de ser acusadas de brujería en caso de que algo fuera mal. Se ha dicho que muchos de los juicios por brujería fueron instigados por hombres que trataban de apoderarse del negocio de la obstetricia (Hutter, 2010:35).

Terminada la labor de la Inquisición, el cerco continuó a través de la inferiorización, infantilización y subyugación, de los saberes de las parteras y comadronas, a través de su desacreditación y subordinación a la labor de los médicos. De hecho, uno de los elementos que decantaron a los médicos como seres moral –y éticamente más aptos para la labor de la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres– fue su posición negativa y de rechazo frente al aborto; posición favorecida por los Estados y la Iglesia católica (Cahill, 2001).

Vemos, así, que la competencia por el campo de la atención del parto ha significado diversas tensiones y pugnas que continúan en la actualidad donde, en contextos como el colombiano, vemos un resurgir de la partería urbana, la resistencia de la partería tradicional rural, indígena y afro, y las pretensiones del personal de enfermería por recuperar un campo que, desde mediados del siglo pasado, les fue arrebatado, a saber: la atención de los partos calificados de bajo riesgo.²

² Es importante mencionar que en países donde el personal de enfermería se califica para la atención de partos de bajo riesgo, son los obstetras quienes detentan la tutela para realizar este tipo de calificación, por lo que, para la protección de su campo laboral, pueden tender a incrementar la calificación de riesgo de las pacientes (Cahill, 2001).

Medicalizando y patologizando el embarazo, y el parto. De cómo surgen los partos de bajo, mediano y alto riesgo

La conceptualización del embarazo/parto como un asunto médico –o el proceso de medicalización del embarazo y el parto– requirió de un proceso activo de patologización del mismo. Este proceso se llevó a cabo a través de la aparición de una categoría que emerge en el siglo XIX y se consolida durante el siglo XX, y que sitúa al riesgo como el centro de la necesidad de atención e intervención médicas. Embarazos de bajo, medio y alto riesgo aparecen para convertirse en la categoría patologizadora por excelencia, instalándose progresivamente en el imaginario médico y, por su influencia, en el sentido común de las sociedades occidentales industrializadas (Cahill, 2001; Camacaro, 2009; García et al., 2010; Gutman, 2007; Montes, 2012; Sadler, 2004; Vallana, 2016).

Ya para 1965, el embarazo era calificado por algunos tocólogos como “la enfermedad normal” (Ehrenreich & English, 2010), calificativo que, si bien pareciera ser en sí mismo una contradicción, no lo es en el análisis de un proceso liminal como el embarazo, ya que un cuerpo embarazado diluye las categorías diferenciales occidentales; es, a la vez, naturaleza-cultura, individuo-colectividad, dos en uno, el presente y el futuro, lo “normal” patologizado (Imaz, 2001; Vallana, 2016)

El embarazo/parto pasan entonces de ser eventos, o procesos, familiares y domésticos, atendidos mayoritariamente por matronas o parteras, según el contexto, a ser eventos hospitalarios, donde las lógicas de riesgo lo sitúan como un proceso “defectuoso”, riesgoso y susceptible de perfeccionamiento a través del uso de la ciencia y la tecnología, claro está, bajo el entendimiento de que toda intervención e instrumentalización serían en pos de la seguridad de la madre y la criatura.

Los ideales de progreso, productividad, tecnificación, aceleración, emergentes durante la industrialización, permearon el escenario del parto, haciendo que el proceso empezase a medirse y cuantificarse, sobrevalorándose el uso de tecnologías, el intervencionismo, la aceleración y la instrumentalización. El entendimiento del cuerpo-máquina se traslada, entonces, al cuerpo materno “re-productivo”, que pasa a ser percibido como un cuerpo funcional, que debe adaptarse a los nuevos estándares de productividad. Vemos entonces fundirse, en este proceso fisiológico, los ideales de producción industrial, cuando los partos comienzan a ser inducidos, acelerados, intervenidos, instrumentalizados y protocolizados; comienza así la cadena de producción de la re-producción hospitalaria (Vallana 2016; 2019).

El proceso de construcción de la categoría de riesgo para el embarazo/parto –posibilidad que permitió la medicalización, patologización y hospitalización del mismo– requiere de un análisis contextual. No en todos los países este proceso se dio de la misma manera, ni involucró las mismas tensiones y discusiones. En España,

por ejemplo, empezó a consolidarse a mediados del siglo pasado, momento en el que aparecen publicaciones médicas en las que el riesgo empieza a protagonizar los análisis sobre el parto, al interpretarlo como: “un acto sucio” o “una función cruenta, brutal y arriesgada” (Montes, 2012:201).

La emergencia y normalización del discurso de embarazo y parto con alto, mediano y bajo riesgo en Colombia, se va normalizando durante el transcurso del siglo XX, especialmente en la segunda mitad del mismo, diferenciándose claramente entre los contextos urbanos y rurales. Si bien la hospitalización del parto en contextos urbanos va dándose progresivamente entre los años 1960s y 1970s, la atención institucional, normalizada bajo el discurso de los riesgos, se traslada a los contextos rurales entre las décadas de 1980 y, especialmente, en los 1990s (Vallana, 2016). Cabe aclarar que, en muchos contextos, las mujeres siguen prefiriendo, hoy día, la atención de las parteras.

Esta normalización de la necesidad –e incluso obligatoriedad– de atención médica especializada durante el embarazo, parto y puerperio fue promovida desde diversos intereses, políticos y económicos. Se encuentra, entre ellos, la adhesión del país a las propuestas del plan de acción regional para reducir la mortalidad materna en las Américas, propuesto durante la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, en 1990; además de la necesidad de cumplir con los objetivos del milenio de las Naciones Unidas en la reducción de la mortalidad infantil (objetivo 5) y el mejoramiento de la salud materna (objetivo 6) (Ardila, 2012).

Estas preocupaciones sobre la niñez y la mortalidad materna en el contexto internacional movilizaron localmente intereses políticos, científicos, tecnológicos y educativos, que promovieron activamente la conversión de estos asuntos en materia de interés del Estado. En especial, si tenemos en cuenta que asuntos como la mortalidad materna e infantil, es uno de los índices de los que se deriva la calificación de “desarrollo” o “subdesarrollo” de un país, lo que multiplicó el interés por controlar –y hacer seguimiento de– los embarazos por parte de la autoridad médica.

El modelo tecnocrático y la deshumanización de la atención del parto

El resurgir de la partería –y las disputas alrededor del campo de atención del embarazo/parto– que estamos experimentando, en Colombia y en diversas partes del mundo, debe situarse en el contexto de la crisis del modelo biomédico en general y, en particular, en la crisis del modelo tecnocrático de parir/nacer (Davis Floyd, 1993), cuyos paradigmas y características están siendo fuertemente criticados.

Algunas características de este modelo tecnocrático del parto/nacimiento

son: la consideración de las maternas como “objetos” de intervención o pacientes sin agencia; el entendimiento del cuerpo gestante como cuerpo funcional; la estandarización de protocolos, donde todas las mujeres son sometidas a los mismos procedimientos e intervenciones; la fragmentación, donde se concentran las medidas en los órganos y su funcionamiento, desligándose de las características identitarias y socioculturales de las gestantes; contexto altamente jerarquizado, en el que las pacientes ocupan una posición de subordinación; lógicas neoliberales, por las que las instituciones buscan ser costo-efectivas; y, por último, una muy alta sobrevaloración de la tecnología aplicada al embarazo/parto, como los resultados de ecografías y monitoreos, que desplazan las relaciones intersubjetivas de las pacientes con el personal de la salud (Davis-Floyd, 1993).

Este modelo tecnocrático de atención del parto/nacimiento, nominado también por autoras como Laura Gutman, (2007) como “modelo industrializado”, enfoca sus esfuerzos en el resultado, pero desatiende aspectos como la experiencia de las mujeres en su parto y la experiencia de los niños/niñas en su nacimiento. Uno de los desencadenantes que percibo de esta crisis, tiene que ver con que las mujeres actualmente no somos –ni nos entendemos– como las mujeres victorianas, quienes habían interiorizado el ideal de mujer pura, virtuosa, obediente y dependiente, lo que facilitó su posición como paciente; por el contrario, hoy se valora cada vez más la autodeterminación y la independencia, lo que va en contravía con un modelo que espera aceptación sin mayores resistencias.

Estas transformaciones en los roles de género y, desde luego, las resistencias y las luchas de movimientos de pacientes alrededor del mundo por la humanización de la atención en salud, han ido transformando y visibilizando las violencias estructurales y microviolencias que el modelo contiene. Ejemplo de estas transformaciones es que, en la segunda mitad del siglo XX, inmovilizar a la mujer, e incluso amarrarla o sedarla durante el proceso de parto, se había convertido en una práctica común (Arguedas, 2014); práctica que, con los años, tiende a desaparecer.

En el análisis de fenómenos como la violencia obstétrica, es de suma importancia llevar a cabo análisis diferenciales en cuanto a las experiencias de violencia que viven las mujeres, de acuerdo a variables interseccionales de género, raza, orientación sexual, edad, clase, etnicidad, nivel educativo, ruralidad, entre otras. En ocasiones, se concibe que estas mujeres se resisten a la atención médica porque tienen una concepción diferente de la medicina; pero no es solamente una visión cultural diferente, sino más bien una experiencia diferente de la misma (Ehrenreich, 1993). Para dejarlo más claro, no se trata sólo de que no concuerden o no comprendan sus lenguajes y métodos, sino que su experiencia en la atención es coercitiva, perpetuando la violencia estructural que existe en nuestras sociedades hacia estos colectivos.

En esta misma línea, es importante problematizar que muchas mujeres han luchado por el derecho a la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, mientras que para otras la anticoncepción ha sido impuesta. Un ejemplo de ello es la esterilización forzada de la que han sido objeto muchas mujeres, ante un poder que juzga quién debe o no reproducirse, también en función de las variables interseccionales antes expuestas (Ehrenreich, 1993). Por estas razones podemos afirmar que existe un sesgo ideológico en función de raza, clase, género y demás, que ha intervenido –y sigue interviniendo– en la calidad de la atención en salud.

Habiendo esclarecido las diferencias en cuanto a la experiencia, según el colectivo y las relaciones de poder, deseo analizar algunos elementos del modelo tecnocrático (Davis Floyd, 1993) o del modelo industrializado de parir/nacer (Gutman, 2007) en los que puede percibirse deshumanización.

Deshumanización del modelo tecnocrático de parir/nacer

La deshumanización consiste en negar o reducir la condición de humanidad de una persona. Durante la atención en salud, esta reducción de humanidad puede tomar diferentes formas. Por ejemplo, se puede deshumanizar a un/una paciente negando o reprimiendo su capacidad de experimentar sensaciones humanas como dolor, placer, alegría, desesperación, impotencia. Esta sería la deshumanización en cuanto a la experiencia. Por otra vía, la deshumanización está ligada a la negación de la agencia, como la capacidad de un ser humano de decidir libremente, elegir y resistir (Haque & Waytz, 2012).

Bajo el paradigma del parto hospitalario tecnocrático vemos reproducirse estas dos condiciones de deshumanización. En cuanto a experiencia, las mujeres son invitadas a guardar silencio, reprimiendo y controlando sus expresiones de dolor; en cuanto a agencia, vemos que la autodeterminación y el derecho a decidir libremente, o a resistirse sin coacción, se ven también comprometidos cuando se desempeña el rol social del paciente.

De manera concomitante, encontramos una tendencia a la homogeneización de las pacientes a través del característico atuendo hospitalario (Sadler 2003). Ataviar a todos los pacientes de la misma manera tiene el efecto adverso de subsumirlos en un grupo, desintegrándolos de sus características individuales, esto es, des-individualizándolos (Haque & Waytz, 2012). La des-individualización no solamente ocurre con los pacientes, sino también con el personal de la salud y sus uniformes, que les hacen apenas reconocibles, diluyendo su responsabilidad, ya que siendo parte de un grupo, por ejemplo, el cuerpo de enfermeros o el equipo médico, se desplaza su responsabilidad individual:

Los cuidadores en hospitales se anonimizan en un mar de batas blancas, que diluye sutilmente su responsabilidad individual hacia los pacientes. Los pacientes, mientras tanto, pueden ser subsumidos en la masa de entidades apenas vestidas que buscan ayuda, apareciendo como cuerpos sin rostro en lugar de agentes individuales requiriendo empatía (Haque & Waytz, 2012:177. La traducción me pertenece).

Esta des-individualización es endémica en los sistemas de salud, siendo también una característica importante la nominación de los y las pacientes bajo el nombre del órgano afectado o la enfermedad misma. Esta tendencia a subsumir a los y las pacientes según su condición, deshumaniza al paciente, al reducirlo a la enfermedad que padece o condición por la cual está siendo atendido (Haque & Waytz, 2012).

En la atención de las mujeres durante su embarazo y parto, es recurrente encontrar que dicha condición se cumple, puesto que las mujeres reportan haber sido subsumidas en el grupo de las pacientes “maternas”, siendo también llamadas “madre”, “mamá”, “mamita”, “gorda” o “gordita,” lo que las anonimiza y las des-individualiza; proceso que las reduce a su condición de pacientes gestantes, facilitando su percepción como objetos de intervención sin agencia. Sumado a ello, la subsunción de todas las maternas en un grupo facilita la repetición de protocolos en general, desatendiendo las características individuales de cada mujer y su proceso.

Así mismo, encontramos que la deshumanización de la atención en salud está fuertemente relacionada a las asimetrías de poder en un sistema altamente jerarquizado, donde los y las pacientes se encuentran en relación de subordinación. El padecimiento de una enfermedad o condición, que supone la intervención y la dependencia de los profesionales de la salud, supone una pérdida de poder y control que se delega en dichos profesionales, facilitando la deshumanización en la atención en salud en cuanto a la capacidad de agencia de la categoría del paciente.

Sobre este punto, es importante analizar críticamente el lugar donde reside el poder de los discursos médicos sobre el cuerpo gestante. El poder de la medicina se manifiesta en la legitimidad de crear cuerpos, de describirlos no sólo como son, sino cómo deberían ser y cómo deberían comportarse; cuáles son “normales” o “anormales”, qué es “sano” y qué “malsano”; qué conductas son aprobadas o acusadas como peligrosas; y cuándo el riesgo es bajo, mediano o alto (Ehrenreich 1993). Dicho esto, a partir de aquellos significados normativos del cuerpo médico, se juzga el estado de las mujeres y sus comportamientos, convirtiéndolos muchas veces –cuando no reproducen los estándares de cuidado del sector salud– en un peligro para su salud y la de sus hijos/hijas en gestación. Todo esto repercute en el ejercicio de diversas manifestaciones de violencia obstétrica, que incluyen violencia

física, psicológica, verbal, simbólica e institucional, y que están inmersas e incluidas en el concepto de violencia obstétrica.³

Adicionalmente, la deshumanización en la atención de la salud sexual y reproductiva se relaciona con elementos del paradigma mismo de la medicina científica, que recurre a una constante fragmentación de mente, cuerpo, sistemas, órganos, células, etc. (Davis-Floyd, 1993). Esta fragmentación es útil para el diagnóstico, pero deshumaniza –al objetivar o cosificar– el cuerpo humano desde una perspectiva biologista, desligándolo de sus características individuales, sociales, culturales, personales (Ávila 2017; Haque & Waytz, 2012). A pesar de los múltiples intentos de la biomedicina por convertirse en un saber más holístico, el biologismo y la fragmentación de su paradigma siguen obstaculizando este proceso.

Vemos también que, dentro del paradigma médico moderno, las metáforas mecanicistas, que comparan el cuerpo humano y su funcionamiento con una máquina, son recurrentes. Estas metáforas, que emergieron durante la segunda mitad del siglo XIX, momento en el que adquiere fuerza el paradigma fisiopatológico, que se desarrolló de la mano de la era industrial, tienen un efecto deshumanizador y cosificador, al reducir la complejidad de la experiencia humana a la función o disfunción de su compleja maquinaria corporal. En este sistema ideológico, vemos que una metáfora recurrente es el entendimiento de la mujer como un cuerpo funcional o disfuncional, entendiendo la fisiología del parto desde esta concepción.

Así mismo, la sobrevaloración de la tecnología en el modelo de parto hospitalario ejerce un efecto adverso que pocas veces es tenido en consideración, y que específicamente diluye el protagonismo de las mujeres durante la atención de sus procesos de embarazo y parto. El incremento en el uso de tecnologías, como ecografías y monitoreos, más allá de su utilidad, ha deteriorado el rol activo de las mujeres durante la atención de sus procesos, ya que se deposita mayor confianza y exactitud en los datos que arrojan las tecnologías que en el relato experiencial de las mujeres, posicionándolas como espectadoras de sus procesos y no como protagonistas de los mismos. Por otro lado, este proceso empobrece también las relaciones interpersonales entre el personal de la salud y las pacientes, ya que los datos sobre el estado del proceso se infieren más de los resultados de las ayudas diagnósticas que de los relatos de las mujeres y de las relaciones intersubjetivas, en la consulta y la atención (Bellón, 2015; Vallana, 2016).

Los elementos descritos, que hacen parte de la deshumanización del modelo tecnocrático del parto, deben ser analizados teniendo en cuenta otros aspectos que

³ Para mayor información sobre las características de la violencia obstétrica y las diversas formas de violencia que la componen, puede consultarse Vallana (2019).

contribuyen en esta compleja problemática. Un ejemplo es la situación laboral, en cuanto a horarios y honorarios, que afecta al personal de la salud en su cotidianidad. Con recarga en sus responsabilidades, malas remuneraciones y con turnos que exceden sus capacidades, el personal de la salud se torna deshumanizado, y sus actitudes reflejarán la deshumanización de la cual es, por su parte, objeto.

Es importante analizar críticamente el currículo “oculto” que se maneja en las universidades donde se forman los médicos, en las que no solamente aprenden aspectos relacionados con su profesión, sino también las complejas relaciones de poder de las cuales deviene lo que Castro y Erviti (2015) nominan práctica médica autoritaria. Las jerarquías, relaciones de poder y autoridad, son interiorizadas por los estudiantes, a partir de violencias que recaen sobre ellos; violencias que les deshumanizan a través de la desautorización, la ridiculización, los regaños y demás actividades pedagógicas autoritarias, cuyo objetivo supuesto es fortalecer el carácter del estudiante, característica valorada dentro de las competencias profesionales de la medicina (Ávila, 2017; Castro & Erviti, 2015).

Conclusiones

La deshumanización de la atención en salud sexual y reproductiva tiene muchas –y a veces muy graves– consecuencias en la salud, tanto física como emocional, de las mujeres, además de atentar contra sus derechos sexuales y reproductivos. En este punto es útil recordar que muchas muertes maternas suceden por falta de acceso a una adecuada atención sanitaria, mientras que otras se producen por consecuencias derivadas de la iatrogenia (Camacaro, 2009).

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

Las consecuencias del paradigma médico en la experiencia o la vivencia del proceso de embarazo, aborto y parto por parte de las mujeres es un tema que ha sido investigado y denunciado ampliamente (Belli, 2013; Camacaro, 2006; 2009; Castro & Eveti, 2015; Davis-Floyd, 1993; Díaz-Tello, 2016; Gutman, 2007; Montes, 2007; 2008; 2012; Tamayo et al., 2015; Bellón, 2015; Sadler, 2003). Incluyo también trabajos realizados en Colombia (Colón, 2008; Monroy, 2012; Restrepo et al., 2016; Vallana, 2016; 2019); pero en todos estos trabajos, si bien se

responsabiliza al modelo y al paradigma médicos de las experiencias de violencia que viven las mujeres durante su atención, existe un vacío de información en cuanto a los elementos particulares del modelo que pudieran estar interviniendo, así como los aspectos históricos de la construcción del saber y la práctica médica en ginecología y obstetricia. Así mismo, en todos estos trabajos se invita a la investigación sobre los aspectos educativos y laborales del personal de la salud, que pudieran estar contribuyendo en la normalización de prácticas y conductas calificadas bajo el concepto de violencia obstétrica o ginecología-obstétrica –entendida ésta como la expresión o la materialización de la deshumanización en la atención médica e institucional de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres–.

En estas páginas, he intentado mostrar el complejo proceso de medicalización que sufrieron los procesos fisiológicos de embarazo y parto; proceso estrechamente vinculado a la industrialización de las sociedades occidentales. He mostrado, también, la manera cómo los ideales de la industrialización han permeado las concepciones médicas y sociales sobre dichos procesos, desembocando en un modelo tecnocrático de atención, que es percibido como deshumanizado, y que ha incentivado el debate internacional, en cuestiones de violencia obstétrica y humanización de la atención en salud.

La coyuntura nacional, especialmente cuando en la Cámara de Representantes y en el Congreso de la República de Colombia se están discutiendo dos proyectos de ley –a saber, la Ley de Violencia Obstétrica y la Ley de Parto Humanizado– alerta sobre la necesidad de atender a esta problemática y promover la investigación que permita conocer, y reconocer, los elementos del saber y la práctica médica que reproducen violencias, así como indagar en aquellos aspectos de la formación del personal de la salud, y de sus condiciones laborales, que pudieran estar interviniendo en la reproducción de esta problemática.

En cuanto a los alcances de una investigación de este tipo, podríamos mencionar la contribución en la desnaturalización de discursos y prácticas que contribuyen a la deshumanización de la atención en salud, propiciando la discusión de sus antecedentes, sus causas y consecuencias; procurando entornos laborales donde los profesionales de la salud puedan laborar en condiciones que no les deshumanicen y, de esta manera, propiciar también entornos donde las mujeres podamos vivir y parir libres de violencias.

Recibido: 25/06/2019
Aceptado para publicación: 01/04/2020

Referencias bibliográficas

- ARDILA, Dolly Constanza. 2013. *Entre reproducción y sexualidad: representaciones del sistema reproductor humano en textos escolares de ciencias naturales (1967-2007)*. Bogotá. Ediciones Uniandes.
- ARGUEDAS, Gabriela 2014. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. *Cuadernos inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*. ISSN: 1659-0139. Vol. 11, nº1, p.145-169..
- ÁVILA, Juan Carlos. 2017. “La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional”. *Iatreia*. Abr-Jun;30(2):216-229. DOI 10.17533/udea.iatreia. v30n2a11.
- BLÁZQUEZ, Norma. 2011. *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. México DF: CIICH
- BELLI, Laura. 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, Vol. 1, nº 7, p. 25-34. (Consultado: 11.04.2018) Disponible en: http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Ar
- BELLÓN, Silvia. 2015. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. *Dilemata*. Año 7, nº 18, p. 93-111.
- CAHILL, Heather. 2001. “Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis of advanced nursing”. Vol. 33, nº 3, p. 334-341.
- CAMACARO, Marbella. 2006 “Voces sobre la violencia en la atención del aborto”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Vol. 11, nº 26, p 55-70 .
- CAMACARO, Marbella. 2009. “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Vol. 14, nº 32, p. 147-162.
- CASTRO, Roberto & ERVITI, J. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CARRILLO, Abelardo. 2007. “Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década”. *Revista. Ciencia. Salud*. Vol. 5, nº 2, p. 72-85.
- COLÓN, Candelaria. 2008 *Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto: El caso de centros hospitalarios en Cartagena*. Tesis de Maestría, Universidad de Cartagena.
- CRAWFORD, Robert. (1999). “Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima”. En: DE LA CUESTA, C. (ed.), *Salud y enfermedad: Lecturas básicas en sociología de la medicina*. p. 47-77. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- DAVIS-FLOYD, Robby. 1993. “The technocratic model of birth.” In: TOWER HOLLIS, S., PERSHING, L. & YOUNG M.J. (eds.), *Feminist Theory in the Study of Folklore*. p. 297-326. Illinois: University of Illinois Press.

- DÍAZ-TELLO, F. 2016. "Invisible wounds: obstetric violence in the United States". *Reproductive Health Matters*. Vol.24,. n°47, p. 56-64. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.004
- EHRENREICH, Nancy. 1993. "The colonization of the womb". *Duke law Journal* Vol. 43, p. 492.
- EHRENREICH, B. & English, D. 2006 [1973]. *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Olmué, Chile: s/d.
- EHRENREICH, B. & English, D. 2010. *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Editorial Capitán Swing.