

Sección central



Del cuerpo natural al cuerpo cosificado: Una revisión de los modos de interacción médico – paciente en el parto¹

Artículo de investigación

Recibido: 20 de noviembre de 2020

Aprobado: 15 de febrero de 2020

Rubén Darío Noriega De La Rosa

Universidad Distrital Francisco José de Caldas,
Colombia

rubennoriega2@gmail.com

—

Cómo citar este artículo: Noriega de la Rosa, Rubén Darío (2020). Del cuerpo natural al cuerpo cosificado: Una revisión de los modos de interacción médico – paciente en el parto. *Estudios Artísticos: revista de investigación creadora*, 6(9) pp 266-279. DOI: <https://doi.org/10.14483/25009311.16242>

—

1 Este artículo corresponde al estado del arte de la tesis titulada: *Las dinámicas comunicativas como reforzadoras de la violencia obstétrica y la violencia de género, una interacción obstetras y mujeres en trabajo de parto*; dirigida por el profesor Andrés Castiblanco Roldan en línea de comunicación, lenguaje e interpretación sociocultural.

<

Tipacoque. (Abdú Eljaiek, 1971). Cortesía del artista..



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Resumen

La sociedad patriarcal ha establecido una serie de corolarios y enunciaciones entre hombres y mujeres que han generado en estas últimas una especie de subordinación en las que se ejercen todo tipo de prácticas violentas que van del maltrato discursivo al maltrato físico, naturalizadas por una serie de saberes institucionalizados que despojan a la mujer de los procesos propios sobre el cuerpo para convertirlo en un elemento científico que construye nuevos discursos que estimulan comunicativamente la violencia de género dentro del trabajo de parto. Por tanto, este artículo tiene como objetivo presentar la literatura científica publicada que evidencie los cambios sociohistóricos de la mujer frente al proceso de parto y su relación a las actuales prácticas obstétricas que han modificado la manera en cómo se concibe el cuerpo dentro de los modos de interacción médico – paciente.

Palabras clave

Discurso; mujer - trabajo de parto; obstetricia; violencia simbólica

From the Natural Body to the Reified Body: A Review of the Modes of Doctor-Patient Interaction in Childbirth

Abstract

Patriarchal society has established a series of corollaries and statements between men and women that have generated in the latter a kind of subordination in which all kinds of violent practices - ranging from discursive to physical abuse - take place, naturalized by a series of institutionalized knowledge that deprive women of the processes of their own bodies and see them become scientific tools to build new discourses that stimulate gender violence during labor. Therefore, this article aims to present the published scientific literature that shows the sociohistorical changes of women facing the birth process and their relationship to current obstetric practices that have modified the way the body is conceived within the modes of doctor-patient interaction.

Keywords

Speech; women – go into labor; obstetrics; symbolic violence

Du corps naturel au corps réifié : un examen des modes d'interaction médecin-patient lors de l'accouchement

Résumé

La société patriarcale a établi une série de corollaires et de déclarations entre les hommes et les femmes qui ont engendré chez les dernières une sorte de subordination dans laquelle se produisent toutes sortes de pratiques violentes allant de la violence discursive à la violence physique, naturalisées par une série de connaissances institutionnalisées qui privent les femmes des processus de leur propre corps et les voir devenir des outils scientifiques pour construire de nouveaux discours qui stimulent la violence de genre pendant l'accouchement. Par conséquent, cet article vise à présenter la littérature scientifique publiée qui montre les changements sociohistoriques des femmes confrontées au processus de naissance et leur relation avec les pratiques obstétricales actuelles qui ont modifié la façon dont le corps est conçu dans les modes d'interaction médecin-patient.

Mots clés

Discours ; femmes – accouchement ; obstétrique ; violence symbolique

Do corpo natural ao corpo coisificado: Uma revisão dos modos de interação médica – paciente no parto

Resumo

A sociedade patriarcal tem estabelecido uma série de corolários e enunciações entre homens e mulheres que têm gerado, nestas últimas, uma espécie de subordinação nas quais se exercem todo tipo de práticas violentas que vão do maltrato discursivo ao maltrato físico, naturalizadas por uma série de saberes institucionalizados que privam a mulher dos próprios processos sobre o corpo para convertê-lo em um elemento científico que constrói novos discursos que estimulam comunicativamente a violência de gênero dentro do trabalho de parto. Portanto, este artigo tem como objetivo apresentar a literatura científica publicada que evidencie as transformações sócio-históricas da mulher diante do processo de parto e sua relação com as práticas obstétricas atuais que têm modificado a maneira pela qual se concebe o corpo dentro dos modos de interação médica-paciente.

Palavras chave

Discurso; mulher - trabalho de parto; obstetrícia; violência simbólica

Killa unguii warmikunapa: iuirispa iuiachingapa

Maillalachiska

Kaipi nikumi Nukanchipa killa, challa mailla ambi upiangapa nana iapa wigsa nanaringachu, chasallata utka ialiringami nupgamanda kunanakama Tukui warmikuna iachanchi kai ungui tantiangapa sug iachachidurkuna warmi, karrikuna sug colegio Toscana Lisboa sutimanda kai kami Bogotapi tapuchinaku, munanakummi ningapa imaurrapas warmikuna kaita ialingapakankuna.

Rimangapa Ministidukuna

Nukakin nuka; killa ungui warmikunapa sipas; iuiarii iui; warmicitas; kauachi nukanchi kaskasina.

Introducción

La organización mundial de la salud (OMS, 1996), define el parto normal como

El comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento, donde el niño nace en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. (p.13)

Con esta definición, se entiende al parto como un proceso natural que se encuentra mediado por los riesgos latentes y los tecnicismos que alimentan el discurso médico durante la atención de la mujer en el trabajo de parto. En la actualidad, las mujeres en estado de embarazo confieren su proceso a las instituciones de salud y a los actores del saber clínico/científico que participan en ella y dictaminan aquellos procedimientos medicalizados que recaen sobre los cuerpos dóciles, subordinados, cosificados y representados por un discurso hegemónico.

En algunos países de América Latina y el Caribe, el modelo de atención médico/paciente dentro de los servicios de obstetricia ha sido objeto de denuncias y movilizaciones por parte de grupos feministas que ponen en manifiesto las distintas formas de violencia practicada por el personal de salud dentro de las salas de parto. Violencia que va del maltrato físico al maltrato verbal, en el cual se enuncia y pone de manifiesto no solo un discurso del saber, sino la historicidad de ese discurso que lleva consigo un legado de transformaciones o cambios en la mujer que van desde lo biológico a lo social y que se filtran hoy día en interacciones comunicativas asimétricas que resultan finalmente en violencia de género, actualmente naturalizada por el saber médico obstétrico.

Por tanto, se propone en este trabajo exponer el mapa de antecedentes y teorías que han abordado el tema, a través de diferentes investigaciones que aportan al análisis de una problemática que surge dentro de los espacios asistenciales, pero se transfiere a los espacios sociales en los que se materializan percepciones que concluyen en una serie de acciones jerarquizadas y naturalizadas.

Antes de continuar, cabe decir que la palabra “parturienta” exhibe la misma terminación de “calenturienta”, es decir, implica una expresión despectiva que alude a la relación entre el cuerpo y el estado, llevando consigo una carga violenta sobre la mujer en trabajo de parto. De acuerdo a lo anterior, haré uso del término a lo largo del texto con el fin de desmitificar utilizándolo como un término de estado que es referenciado en la gran mayoría de la literatura científica revisada.

De sujetos y sortilegios a objetos terapéuticos: hacia una genealogía del gesto obstétrico

Los procesos de cuidado y de sanación estuvieron hace algún tiempo a cargo de la población femenina, siendo ellas las portadoras de un saber tradicional que les otorgaba un status social de curanderas con poderes *terapéuticos*. Es preciso aclarar que el término de poder o poderes es aludido al hecho de que las mujeres, como figuras de sanación, eran a su vez vistas como brujas o hechiceras que adquirirían tales facultades gracias a la intervención del diablo, el cual se convertía en el elemento perfecto para deslegitimar el actuar de la mujer con los más pobres y desprotegidos que carecían de un médico que atenuara el sufrimiento de la salud.

En ese orden de ideas, la brujería y sus atributos mágico-sanadores eran otorgados a las parteras, quienes en su posición de mujeres conocían a la perfección las maneras en que se debía atender el parto, haciendo de este un proceso natural que le brindaba a la parturienta una libertad sobre el cuerpo y sobre su saber del mismo. Sin embargo, la historia va más allá de las sanaciones y de la atención al parto, dado a que estudios como los de Federici (como se citó en Arguedas, 2014) se refieren a la creación de un movimiento antinatalista que tuvo lugar en el siglo XIV y que eran conocidos como los bogomilos, movimiento popular que referenciaba al mundo visible como una obra del diablo, por lo que se negaban a tener hijos para traerlos como nuevos esclavos a la tierra. Esto condujo a que en las sociedades medievales y las comunidades campesinas se esforzaran por controlar la cantidad de niños y niñas que nacían entre ellos dado a la limitada accesibilidad que se tenía

de la tierra, haciendo cumplir una regla básica: "si no hay tierra, no hay matrimonio".

Según Federici (como se citó en Arguedas, 2014) dichas comunidades eran reconocidas como herejes que impartían códigos sexuales y reproductivos como un esfuerzo por intentar dar un control a los procesos de natalidad, los cuales conllevaron a la generación de crímenes reproductivos, tales como el infanticidio, el aborto y la sodomía como forma de evitar la concepción. La explosión demográfica vivida durante el siglo XIV se convirtió en un problema fundamental que se relacionaba con la adquisición de la tierra y la miseria en la que vivían los campesinos. A partir de este punto aparece el oficio de la brujería, oficio que era propio de las mujeres y a quienes a su vez se les señalaba como las culpables de cometer los abortos y los infanticidios, crímenes que eran repudiados por la ortodoxia y que en gran medida amenazaba el poder que tenía la iglesia sobre el matrimonio y la sexualidad.

Para Federici (como se citó en Vallana, 2016), la principal iniciativa del Estado y la iglesia fue la de restaurar la proporción deseada de la población, lanzando 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.

Una mirada al contexto histórico es una mirada al comportamiento de la sociedad y a la forma en que esta se va estructurando de acuerdo a sus necesidades (pobreza, hambre, crecimiento poblacional), intereses y luchas, las cuales se determinan por la participación de unos sujetos que se ajustan a las coyunturas o fenómenos sociales que se presentan en su momento; en este caso, la mujer jugó un papel relevante en los procesos de sexualidad, natalidad y reproducción, procesos que la condujeron a tener un papel antagónico frente a las instituciones de poder, y de ahí que a la mujer se le atribuyeran posiciones peyorativas dentro de la sociedad.

La caza de brujas fue acusada entonces en el siglo XIV por destruir el proceso generativo de los humanos, concebido en ese entonces como herejía. De acuerdo a lo anterior, las parteras, las curanderas, las herbolarias y las adivinas del pueblo merecían todo el respeto y aprecio por parte de las comunidades cuyos problemas cotidianos atendían; al perseguir y dar comienzo a la aniquilación de las brujas, se fue expropiando a la mujer de ese saber empírico relacionado con las hiervas y los remedios curativos (Arguedas, 2013, p. 150).

Por consiguiente, en el siglo XVI se inicia en Europa un proceso de reglamentación de las prácticas terapéuticas, autorizando exclusivamente a los médicos de su ejercicio, pero no fue hasta el renacimiento que la medicina se convierte en un saber académico y en ese sentido las parteras fueron quedando relegadas de su oficio, ya que la institucionalización de la medicina llevó a que dicho oficio se fuera deslegitimando, dado que se consideraba una labor sucia y de carencia científica (Vallana, 2016, p. 23).

Tras el crecimiento del poder médico, en el siglo XVII, aparece la obstetricia como el principal rector y a su vez como la especialidad médica que despoja a la mujer de su saber empírico, del control de su cuerpo, de su sexualidad y en especial de su libertad de ser mujer, porque en últimas el serlo le otorga la posibilidad de direccionar sus acciones y decisiones en pro de su bienestar y autonomía. Por tanto, ese sujeto que portaba un saber fuera de prejuicios o de dogmas dejó de ser un sujeto terapéutico para ser un objeto terapéutico de la ciencia médica.

El crecimiento de la ciencia médica industrializó el parto y dio vía libre al uso de nuevas herramientas de trabajo dentro del campo obstétrico. Una de las más importantes fue el fórceps obstétrico, el cual impulsó la fama de los varones dentro del escenario del parto: el éxito del fórceps radica en que antes de su invención, cuando un parto no lograba producirse porque al bebé se le dificultaba salir, los médicos procedían a desmembrarlo dentro del útero para así poder sacarlo pedazo por pedazo y salvar la vida de la madre. (Vallana, 2016, p. 29). Estos artefactos son en cierta medida elementos que colonizaron el cuerpo de la mujer y por ende la convirtieron en un objeto dócil que se ajusta a

mecanismos de poder en donde las conductas y los comportamientos reproducen nuevas formas de manipulación que conllevan un objetivo principal: el control de la vida.

En este primer apartado observamos que el papel de la mujer dentro de la sociedad siempre ha estado reprimido y tergiversado por otras instancias o clases sociales que se imponen hegemónicamente con el fin de crear otros modelos de sujetos que se puedan ceñir a los intereses de una clase dominante, que busca el manejo de los cuerpos sexuales como estrategia de descalificación y desprestigio, de tal manera que modifique la interacción de unos con otros y a su vez se naturalicen las acciones de unas con otras en el campo discursivo. El contexto histórico es entonces un punto de partida para entender la violencia obstétrica como generadora de violencia de género y como la precursora de los modos de interacción médico/paciente, que ponen en discusión la manera en cómo los cuerpos se van transformando en la medida en que estos son atravesados por estructuras, agentes y fenómenos que a al final dan cuenta de un sujeto dentro de un sistema social, aludiendo a lo que menciona Bryan Turner (como se citó en Mora, 2009) "el cuerpo es la característica más próxima e inmediata de mi yo social, un rasgo necesario de mi situación social y de mi identidad personal" (p. 17). La experiencia corporal se marca en este primer apartado como una genealogía que conlleva comprender otros procesos o tecnologías: La medicalización y la patologización.

Procesos de medicalización y patologización del parto

El comienzo de la medicalización para la asistencia del parto, inicia en el siglo XVIII en países europeos como Francia e Inglaterra, pero toma mayor fuerza en el siglo XX después de haber pasado por diversas fases y contextos sociales complejos, como lo fue el periodo de la Segunda Guerra Mundial y la profesionalización de la ciencia médica. Posterior a esto, se consolida como práctica dominante en hospitales maternos (Palharini y Figueroa, 2018, p. 1040). Belli (2013) menciona que "los estados impulsaron entre los siglos XIX y XX políticas higienistas que lograron la hegemonía en torno a las

prácticas correctas durante el proceso de parto intervenido o medicalizado" (p. 26).

Por su parte, los hospitales se convirtieron en el lugar donde los valores de la obstetricia moderna se pusieron en práctica a través del uso de tecnologías y medicinas que ayudaron a minimizar el tiempo del personal médico que se dedicaba al proceso de parto, lo cual generó el incremento de la burocratización y estandarización de la asistencia (Bellón, 2015, p. 105). La apuesta por el monopolio del parto y la asistencia a la mujer no era solo una imposición del hombre como referente de saber, sino una apuesta por la mercantilización de un servicio que hacían de los sujetos unos productos. La consolidación de unas bases hegemónicas representadas en una estructura que legitima el accionar médico llevan a que el hospital sea un escenario mercantil en el que se controla la salud, la enfermedad y el nacimiento (Díaz y García, 2010).

La gineco obstetricia como especialidad médica se acoge a las premisas de un discurso médico que genera unas consecuencias significativas dentro de su quehacer diario, es decir, ese discurso científico se adopta, se aferra y se legitima contundentemente dentro del accionar médico, ocasionando una ceguera que le impide observar la medicalización como un asunto inherente a la vida y a la muerte de un sujeto. Por ende, la medicalización es un proceso intrusivo dentro de los ciclos de la vida humana, especialmente en el ámbito de las interacciones interpersonales. Este ha sido un proceso de sucesión, en el cual los cuerpos naturales han sido cedidos a las pretensiones de un cuerpo médico (Almonte, 2016).

En esta lógica, la medicalización como proceso no ocurre de manera aislada, sino que se da porque existe una serie de características denotativas con el desarrollo de lo natural y la patologización de eso que es natural pero que se hace necesario problematizarlo. Es acá donde hablamos de como la praxis médica incurre sobre la vida humana y sobre unos procesos biológicos que son naturales pero que con la institucionalización del saber se fueron normalizando. Es el caso, por ejemplo, de la menstruación, la menopausia y la lactancia, los cuales se han estandarizado frente a unos procedimientos o tratamientos que vulneran la integridad del cuerpo

de la mujer y a su vez degradan la sexualidad de la misma cuando se hace referencia al trabajo de parto como una fase fisiológica de la mujer.

El embarazo ostenta a la categoría de un fenómeno natural y normal, pero con muchos riesgos, lo que lo sitúa con mucha facilidad dentro de la categoría de “enfermedad/patología” (Vallana, 2016). El cumplimiento de procedimientos y tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no discriminan o individualizan a las mujeres, viene a ser una expresión de lo denominado medicalización de los procesos reproductivos y del parto, 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, psíquica, e incluso, cotidiana (Camacaro, 2009, p. 8). Estos discursos de riesgo dados por los médicos encasillan aún más a las mujeres a depender de un sistema patologizante que crea a unos sujetos dóciles y proclives a interacciones de poder en donde las enunciaciones desde un punto de vista comunicativo le otorgan un nuevo lugar de participación con los demás sujetos sociales.

Este hecho patológico se encuentra determinado por un modelo médico hegemónico, en donde la medicalización como técnica de intervención promueve la prestación de un servicio poco humanizado y carente de tratos dignos, en donde la mujer como objeto es un elemento más para el estudio del cuerpo humano y por ende de aquellos mecanismos fisiológicos en los cuales se circunscribe el saber médico. Olvidar a la mujer como sujeto y ubicarla en el mundo de los objetos es una visión que socava su dignidad y degrada su condición de humana, en donde lo digno subyace del goce y el buen vivir de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se enmarcan en la libertad, la autonomía y la atención oportuna y necesaria durante el parto, a fin de garantizar el nacimiento de un ser humano sano y que la experiencia en conjunto no represente riesgos para la mujer (Monroy, 2012).

Las formas de asumir a la mujer en el parto han llevado a que esta entre en las lógicas de la estandarización, en donde el control y lo cotidiano del hacer médico se constituye ya en un problema de salud, el cual parte de dinámicas sociales que transversalizan al sujeto y por ende lo complejizan

al momento de ser atendido por otro sujeto que es social pero que se mueve en unas lógicas institucionales que llevan consigo unas acciones descartadas del mundo humano. De acuerdo a la anterior, García, Díaz y Acosta (2013) aseguran que “el parto es un ejemplo paradigmático de la actividad medicalizadora, ya que es un problema de salud que se incluye en la medicina moderna debido a las nuevas funciones de control y normalización además de las curativas y preventivas” (p. 719).

En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá en el año 2017, se analizaron las prácticas del personal de salud durante la atención del parto, en donde se evidenció que la inducción farmacológica, la ruptura de la membrana para acelerar el trabajo de parto, el uso sistemático de episiotomías, inmovilización, aislamiento y presión fúndica durante el parto, conocida como la “maniobra de Kristeller”, fueron dependientes de los turnos y según la disposición del personal de salud, es decir, el trabajo de parto dejó de ser un proceso natural y pasó a ser un proceso según las necesidades laborales del personal de salud (Rocha, Socarras y Rubio, 2019, p. 45). Por consiguiente, dichas intervenciones hacen parte de un conjunto de formas medicalizadas que llevan consigo unos modos de dominación que se sustentan en el saber y que operan en el control de un cuerpo moldeable.

El proceso de la medicalización no es solamente el producto de una toma de decisiones o el suministro de fármacos y maniobras, sino que se deriva de unas posturas políticas que se apoyan en el desarrollo de nuevas tecnologías que aceleren los resultados y den cuenta de la eficacia de los procedimientos. Lo anterior es mencionado por Davis – Floyd (como se citó en Leote y López, 2017) al referirse a que el modelo tecnocrático de nacimiento tomó una posición hegemónica en occidente con la institucionalización del parto en los hospitales, a consecuencia de una sociedad más industrializada y caracterizada por la tecnocracia, en la cual se sobrevalora y jerarquiza en torno a las tecnologías, como lo es el surgimiento de la medicalización que constituye al hospital como una industria de alta tecnología destinada a la producción de bebés perfectos.

Para Domínguez (como se citó en Leote y López, 2017) la sobrevalorización y la utilización masiva

de tecnologías en favor de una supuesta seguridad para la parturienta y el bebé acabaron por colocar en un segundo plano las experiencias individuales de las mujeres y su autonomía con relación al embarazo. Entender la medicalización es adentrarse a las dinámicas de un mundo moderno tecnificado, en donde la condición de lo humano y lo natural se entrecruza con la dimensión patológica del sujeto quien es en últimas un objeto del mercado.

Es entonces la medicalización una solución a los procesos reproductivos de la mujer que no son solo patológicos, sino que son procesos naturales que hacen parte de su vida reproductiva. De esta manera, las mujeres son sometidas a tratamientos y procedimientos que las llevan a ser tratadas como enfermas, reduciendo sus posibilidades de valerse por sí mismas y generando dependencia por las intervenciones técnico – científicas en torno a temas como la vida sexual, la psíquica y en extremos, la vida cotidiana (Camacaro, 2009). La autonomía de los sujetos intervenidos se posa en los saberes o parámetros de un campo de estudio que dictamina el proceder de los cuerpos y redirecciona los procesos naturales del mismo, con el fin de ajustarse a un modelo estándar que concluye en la pérdida de la subjetividad y del sujeto como ser pensante, crítico y reflexivo. Es entonces la mujer en trabajo de parto una cosa de estudio, una cosa de intervención, una cosa de enfermedades, una cosa que se encuentra condicionada al ojo de quien la observa.

Los acontecimientos históricos del parto describen los avances técnicos de la gineco obstetricia, los cuales se orientan a la docilidad de los cuerpos y por ende al desconocimiento del individuo como un ser de saberes. García y Díaz (2010) afirman que: el excesivo tecnicismo de la medicina occidental ha olvidado la integralidad del ser humano, ya que lo aborda solamente desde sus aspectos fisiológicos. En este sentido, la salud ha tenido que ser vista más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual sobre el cual intervienen factores de distinta naturaleza (p. 4). Esto ha significado que la medicina trate los procesos de parto como un hecho aislado y puramente patológico, es decir, la mujer y su contexto sociohistórico se ven invisibilizados.

Un proceso medicalizado en el parto conlleva a un estado patologizado en donde la mujer se expone a una serie de procedimientos invasivos que vulneran el cuerpo y trasgreden su condición de humano. Dicha trasgresión está determinada por unas acciones prescindibles que solo conducen a generar traumas en el bienestar físico y psicológico de la mujer en trabajo de parto (Dezordi, Favarin y Nielsson, 2016). El sometimiento del cuerpo ha llevado a que la reproducción sea subvalorada y por el contrario sea vista como un hecho que responde a las lógicas de un mundo tecnificado y procedimental. En consecuencia, esto ha conducido a que se anule la condición de ser humano, persona y mujer, constituyendo todo un escenario propicio para la violencia y la degradación de un sujeto que inconscientemente se adentra a unas formas de dominación en la cuales se admiten discursos y enunciaciones que transforman la posición de la mujer en la sociedad.

Discursos y violencia simbólica

La violencia a la que se someten las mujeres en trabajo de parto es en principio la respuesta a unas lógicas de dominación que establecen un orden simbólico y configuran las dinámicas comunicativas de los participantes, en las que construyen enunciaciones denigrantes para sujetos que se encuentran en estados vulnerables. Un estudio realizado en un hospital público de México durante mayo y junio del 2012, evidenció manifestaciones de burla, sometimiento, amenazas verbales y comentarios sexistas que hacían alusión a aspectos de la vida erótica de las mujeres, algunas de ellas presenciando estos tratos dirigidos a otras mujeres que compartían el mismo espacio, creando un ambiente de vulnerabilidad (Valdez et al., 2016, p. 44).

La literatura da cuenta de que muchos de los abusos o maltratos presentados en las salas de parto ocurren en hospitales públicos en los cuales se direccionan sus acciones de acuerdo a los lineamientos dados por el Estado que en últimas cumple una función benefactora a través de estas instituciones. El siguiente caso da cuenta de lo anterior y expone que algunos centros de salud en donde se presta el servicio de gineco obstetricia se observa una serie de tratos que pone en

evidencia la violencia simbólica; para ejemplificarlo, se encuentra un estudio de tipo cuantitativo realizado en Venezuela con 425 mujeres en parto, verificando que la práctica de dirigirse a la mujer a través de comentarios irónicos, bromas despreciativas, apodosos diminutivos y el realizar críticas al llanto y al dolor, dan muestra de que la prestación del servicio es deshumanizante y violento (Cassiano et al., 2016, p. 460).

Los conceptos de medicalización, patología y enfermedad han configurado los procesos de embarazo y parto, en términos de cómo la ciencia médica (obstetricia) cosificó a la mujer a través de la tecnificación de sus intervenciones, las cuales se encuentran medidas por unos discursos de saber que apelan a la dominación de unos cuerpos disciplinados y en este sentido a unas dinámicas de interacción, que en últimas son relaciones de poder entre quien conoce la anatomofisiología y de quien no conoce que sus procesos reproductivos son una cuestión natural. Foucault (como se citó en Arguedas, 2013) refiere que los saberes subyugados son un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados; saberes ingenuos localizados en la base de la jerarquía del saber.

Los discursos predominantes establecen las reglas del juego, limitan las acciones, regulan los procesos e instauran nuevas formas de concebir las realidades, partiendo de justificar decisiones que permitan el acceso a los sujetos partícipes dentro del juego, quebrantando voluntades, creencias y cuerpos. Rangel y Martínez (2017) en un estudio realizado en México – San Luis de Potosí, con 57 mujeres indígenas, pone de manifiesto que los abusos presentes dentro del trabajo de parto se acentúan más o se hacen graves cuando el personal de salud las convence de que la falta de voluntad en las pacientes impide avanzar en las labores médicas de manera satisfactoria, dando como consecuencia que los hijos corran riesgos importantes.

Los discursos tienen como objeto de control, el convencimiento y la persuasión que en términos de Foucault se aplican para quienes se encuentran en la base de la pirámide de saberes, pirámide que ubica dentro de sus puntos más altos a las instituciones como entes que normalizan y condicionan a los sujetos de saberes dentro de sus ejercicios

o praxis, las cuales se llevan a cabo de manera déspota. Junqueira y Mattos (2017) refieren que los discursos expuestos dentro de la sala de parto se presentan en un espacio en donde las acciones son irracionales y automatizadas, las cuales se desarrollan en la medida en que se vuelven habituales para quien esté ahí diariamente (p.5). La naturalidad de los actos surte el despotismo de los profesionales que en su posición de poder construyen conductas intransigentes.

Este autoritarismo médico institucionalizado es el generador de vulneración y denigraciones hacia los conocimientos, necesidades y sentires de las mujeres en sus distintos momentos del embarazo. Este autoritarismo de los actores médicos proveniría del *habitus* médico que incorpora prestigio, distinción y estatus, y que dota a la medicina de cierto poder/saber sobre la administración, disciplinamiento, control de la vida y salud de las poblaciones y los cuerpos (Contreras y Tinoco, 2018, p.6). La triada formada a partir de discursos, saberes e instituciones dan como resultado el comienzo de nuevas formas de violencia dentro de las interacciones médico – paciente en el parto, violencias que se sitúan en un escenario asistencial pero que se expanden hacia las esferas de lo social, ya que trasgreden la condición humana y modifican su posición en tiempo y espacio.

Las relaciones asimétricas durante el parto detonan diversas formas de agresión hacia la mujer, quien en un estado de vulnerabilidad se somete a un control de su corporalidad, la cual se doblega para que el modelo hegemónico de la medicina deconstruya a un nuevo sujeto, lo inserte en unos valores socio históricos preestablecidos y finalmente lo refuerce frente a una serie de estereotipos ya interiorizados por la sociedad. Esa naturalización de la sexualidad y la corporalidad femenina se materializan en la comunicación, según lo afirman Sánchez y Domínguez (2018) al mencionar que: “La violencia obstétrica incluye comentarios hirientes: Si te gusto hacerlo, ahora aguántate, así gritaste cuando lo estabas haciendo, golpes en las piernas” (p. 351). De esta manera, la concepción infortunada de la parturienta es entonces un constructo o una edificación de quienes asumieron los procesos reproductivos y establecieron relaciones de poder que al final mutaron a

un tipo de violencia domesticada en donde la víctima no es consciente de serlo.

Fernández (como se citó en Casal y Alemany, 2014) menciona que la violencia simbólica es una aparente *contradicto in terminis* que, al contrario de la violencia física, es una violencia que se ejerce sin coacción física a través de las diferentes formas simbólicas que configuran las mentes y dan sentido a la acción. En este orden de ideas, este tipo de violencia actúa no como una imposición sino como una serie de actos normalizados precedidos por concepciones sociales que se alojan en el subconsciente del sujeto, haciendo que este se configure en función de una autoridad o referente de poder.

Esa violencia que se ejerce sin ningún tipo de coacción muestra cierta sutileza y un grado de "ingenuidad" dentro del discurso que aparentemente es natural para el que lo enuncia. Un ejemplo de lo anterior es el uso de frases jocosas repletas de prejuicios y falsos moralismos que son justificados como bromas de humor a tal punto de no ser identificados -por sus ejecutores- como un tipo de violencia. Concepciones de esa naturaleza acaban posibilitando que la práctica verbal sea aceptada, practicada y socializada en lo cotidiano de la asistencia, convirtiéndose en un acto banalizado (Cassiano et al., 2016, p. 460).

Acá los discursos, saberes e instituciones emergen como condicionantes de unas realidades y a luz de una visión centrada en lo masculino. Lo anterior se anuncia a partir de que la dominación masculina no se percibe, ya que su construcción está relacionada con un continuo trabajo de deshistorización, en donde la dominación está presente de forma subliminal en varios de los procesos sociales que funcionan a través de las instituciones (iglesia, Estado, familia, escuela) los cuales conducen a la reproducción de nuevos valores que contribuyen a edificar el poder y la violencia simbólica en los servicios de salud pública (Rocha, 2004, p. 392).

Esta violencia transforma los modos de interacción y permite que los abusos hagan parte del procedimiento médico, es decir, los actos realizados son aceptados, socializados y tolerados por el personal de asistencia, lo que genera que el contexto en el que se llevan a cabo estas manifestaciones

sea natural y sin ningún tipo de prejuicio moral. Cassiano et al., (2016) afirma:

Las mujeres nunca saben qué hacen con sus cuerpos, desconocen los resultados de los exámenes y en definitiva no existe una comunicación asertiva, dado a que el poder simbólico de la práctica médica alude al hecho de que no debe existir un diálogo horizontal entre sujetos. (p. 9)

Tanto el poder como las interacciones se construyen en tanto estas parten de una organización dentro las ciencias médicas que promueven las prácticas, consolidan discursos y proporcionan los escenarios que adecúan las acciones naturales y propician que el sujeto pueda mutar a objeto, dando como consecuencia la estimulación de nuevas dinámicas comunicativas que deconstruyen al sujeto y por ende lo cosifican. Para Castro (como se citó en Valdez, Salazar, Rojas y Arenas, 2016) lo anterior se clarifica de la siguiente manera: el campo médico por diversas instituciones (salud, educativas, farmacéuticas, aseguradoras, entre otras.) produce y es al mismo tiempo producto de una serie de subjetividades entre las cuales se encuentra el *habitus* médico, entendido como el conjunto de pensamientos y creencias que se constituyen en esquemas mentales que llevan a que el personal de salud tenga determinadas prácticas.

Los profesionales en obstetricia no manifiestan una intencionalidad explícita de querer infringir ningún tipo de daño a las mujeres que asisten, sencillamente han sido formados desde un punto de vista biomédico que defiende a la profesión desde un ámbito netamente jerarquizado, facilitando que las relaciones con sus pacientes se determinen desde el concepto de objeto sin tener en cuenta las dimensiones que lo componen (Casal y Alemany, 2014, p. 64).

Las investigaciones dan muestra que la manera en que se relacionan los profesionales con las pacientes esta mediada por unas lógicas de mercado en las que los sujetos son solo un instrumento simbólico que da sustento a un sistema político y económico. Arango, Molina, Mejía y Zapata (2018), plantean que el primer significado que tiene el personal de asistencia a cerca de las relaciones que establece con las madres durante el proceso de parto, es que la atención durante dicho proceso

se debe realizar en un contexto que está cada vez más influido por una lógica de la rentabilidad y mercantilización de la vida (p.8).

El sistema esquizofrénico que envuelve a los servicios de salud, se convierte en un precursor de la violencia invisible que viven las mujeres en salas de parto, violencia que se discurre a través de frases, comentarios y calificativos como el de “parturienta” el cual se enmarca dentro de unas dinámicas asistenciales en donde la violencia simbólica actúa de forma imperceptible, al punto de contaminar los discursos de quienes escriben o leen sobre este fenómeno. La comunicación humana, es el medio principal de las interacciones entre sujetos, estos se ajustan de acuerdo a los saberes que se establecen y las maneras en que estos se divulgan a través de las consignas que estimulan comunicativamente la violencia de género y consolida la visión de un cuerpo cosificado. En términos generales esta es una violencia relacional, como lo afirma Garriga Zucal (como se citó en Castrillo, 2016) al referir que hay “interacciones que tienen límites morales, que definen lo permitido y lo prohibido, lo tolerable y lo intolerable” (p.57). La comunicación es un constructor de sujetos e identidades, haciendo que estos se adapten a nuevas dinámicas como las violentas.

Consideraciones finales

El presente documento, muestra como la situación de la mujer en trabajo de parto dentro de los servicios de salud gineco obstétricos, no solo se centra en analizar los comportamientos de los profesionales sino en mirar el contexto en que el que se desarrolla y se concibe la llegada de una nueva vida, la cual se ha deshistorizado y por consiguiente ha consolidado toda una maquinaria productiva que gira en torno a unos intereses de Estado e institucionales, que dirigen sus acciones hacia unas lógicas de dominación en la que el hombre toma el papel de agente de la violencia y a su vez asume la posición de agente comunicativo que refuerza los discursos los cuales determinan las interacciones entre médico y paciente en el trabajo de parto.

Las revisiones permiten dar cuenta de las realidades que viven miles de mujeres en Latinoamérica en torno al parto y la manera en que este es

asumido por el sistema de salud, el cual se ha transformado de acuerdo a unas dinámicas políticas y económicas, que promueven el establecimiento de un modelo sanitarista y totalmente desconectado del mundo humano. Alguno de los artículos científicos que giran alrededor de esta temática, son el medio para dar a conocer esta problemática, pero también tienden a ser el vehículo comunicativo y de lenguaje para ratificar las diferentes expresiones de violencia que se viven por la mujer en el parto. Por tanto, la literatura científica al ser ese vehículo para comprender estas interacciones, debe ir consolidando una relación entre salud y sociedad, en donde la investigación social contribuya a la comprensión del fenómeno desde un sujeto social que no solo se ve atravesado por un componente biológico sino por unos modelos y sistemas sociales que configuran unos discursos que se materializan en violencia. A manera de conclusión, Lafaurie, Rubio, Perdomo y Cañón (2019) afirman:

La investigación social está llamada a avanzar en el levantamiento del escenario donde ocurre la violencia obstétrica, profundizando en las vivencias de las mujeres que hacen parte de los grupos sociales mayormente vulnerables y explorando la mirada de los miembros del personal de salud y los contextos en que estos se desenvuelven. (p. 9)

Referencias

- Almonte, G. (2016). Violencia ginecológica y obstétrica, *Revista Décsir- EAM*, (2). Disponible en «<https://www.decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>»
- Arango, D., Molina, D., Meija, C., Faneyra, L. (2018). La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida, *Revista gerencia y políticas de salud*, 17(35), pp. 1657-7027. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.amdp>
- Arguedas, G. (2013). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, *Cuadernos intercambios sobre Centroamérica y el caribe*, 11(1), pp. 145–169. DOI: 10.15517/C.AV1111.14238

- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y biopolítica, *Dilemata*, 7(18), pp. 93–111. Disponible en «<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.»
- Belli, F. (2013). Violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos, *Revista redbioética/Unesco*, 1(7), pp. 25–34. Disponible en «<https://www.ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>»
- Camacaro, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica, *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), pp. 147–162. Disponible en «http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=en&tlng=en»
- Cassiano, A., Santos, M., Santos, F., Holanda, C., Leite, J., Maranhao, T., Enders, B. (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: Una revisión integradora, *Revista electrónica trimestral de enfermería*, (44), pp. 452–464. Disponible en «http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018&lng=en&tlng=en»
- Contreras–Tinoco, K. (2018). Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: Expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico, *Revista musas*, 3(2), pp. 52–70. DOI: 10.1344/musas2018.vol3.num2.4
- Casal, N., Alemany, M. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu, *Revista Index de enfermería*, 23(1–2), pp. 61–64. Disponible en «<https://doaj-org.ez.urosario.edu.co/article/74d166753b58485586> Revista latinoamericana sexualidad, salud y sociedad, 24 fb0fd5f172d5f1»
- Crespo, D. Sánchez, B., Domínguez, D. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto, *Revista polo del conocimiento*, 3(7), pp. 347–361. DOI: 10.23857/casedelpo.2018.3.7.julio.347-361.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento, reflexiones sobre la violencia obstétrica, *Revista latinoamericana sexualidad, salud y sociedad*, 24(10), pp. 43–68. DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a
- Dezordi, M. Favarin, P., Nielsson, J. (2016). Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil, *Revista Universitas JUS*, 27(2), pp.87–101. DOI: 10.5102/unijus.v27i2.4273
- García, D., Díaz, Z., Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica, *Revista cubana de salud pública*, 39(4), pp.718–732. Disponible en «http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400009&lng=en&tlng=en»
- García, D., Díaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio, *Revista cubana de salud pública*, 36(4), pp. 330-336. Disponible en «http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=en&tlng=en»
- Junqueira, V., Mattos, C. (2017). El discurso de la violencia obstétrica en la voz de las mujeres y de los profesionales de la salud, *Revista texto contexto enfermería*, 26(2), pp. 1–10. Disponible en «<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.»
- Lafaurie, M., Rubio, D., Perdomo, A., Cañon, A. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina, *Revista gerencia y política de salud*, 18(36), pp. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>
- Leote, C. López, L. (2017). À margem da humanização? Experiencias de parto de usuarias de uma maternidade publica de Porto Alegre-RS, *Revista de saúde colectiva*, 27(4), 1163 – 1184. DOI: 10.1590/s0103-73312017000400016
- Organización mundial de la salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Recuperado de «https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf»
- Monroy, S. (2012). *El continuo ginecobs – tétrico, experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicio de salud de Bogotá*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Mora, A. (2009). El cuerpo investigador, el cuerpo investigado. Una aproximación fenomenológica a la experiencia del puerperio, *Revista colombiana de antropología*, 45(1), pp. 11–37. Disponible en «<http://www.scielo.org.co/scielo>»

php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252009000100002&lng=en&fllng=en»

Palharini, L., Figueiroa, S. (2018). Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 45(4), pp. 1039–1061. DOI: 10.1590/S0104-59702018000500008

Rocha, M., Socarras, F., Rubio, D. (2019). Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá, *Revista facultad nacional de salud pública*, 37(1), pp. 36–48. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1aXX

Rangel, Y., Martínez, A. (2017). Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México, *Revista conamed*, 22(4), pp. 166–169. Disponible en «<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174c.pdf>»

Vallana, V. (2016). *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs – tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Valdez, R., Salazar, Y., Rojas, A., Arenas, L. (2016). El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México, *Revista conamed*, 21(1), pp. 42–47. Disponible en «<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>»