

De la casa al hospital:

Una breve historización de la atención del embarazo y parto

Martinez, Berenise – Orobich, Ludmila (FaHCE-UNLP)

berenise_martinez@hotmail.com ; orobichludmila@gmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo presentar y describir los ejes que consideramos claves en la historización de dichos procesos. Nos proponemos realizar un recorrido abordando las transformaciones que se sucedieron al institucionalizar y medicalizar este evento social, y describir cómo el avance de la medicina occidental y moderna lo convierte en un fenómeno al que hay que “atender o asistir”, patologizándolo, y por ende necesario de ser intervenido.

En este sentido, al hablar de procesos como patologización, institucionalización y medicalización, nos paramos desde un marco de referencia más amplio característico de la atención médica actual, desde el cual el embarazo y el parto no son excepciones. Nos proponemos abordar el objetivo a partir de una revisión bibliográfica sobre la temática. De lo escrito hasta el momento realizaremos un recorrido histórico a través de aquellas categorías que consideramos constituyentes de nuestros “anteojos”, desde los cuales analizaremos la atención que recibieron y reciben las personas gestantes durante el embarazo y parto.

Introducción

La atención en el embarazo y el parto no es un fenómeno dado y natural, muy por el contrario, el devenir histórico ha ido mutando y transformando la cosmovisión que se tiene de ellos y el tratamiento que ha recibido a lo largo del tiempo. Dadas las características que se presentan hoy en la atención hospitalaria, muchos de los trabajos que analizan la temática parten del proceso de institucionalización de la atención del embarazo, parto y puerperio, que para 1950 pasó a ser un acto sanitario-hospitalario, homogéneo, estandarizado, controlado y regulado por el personal de salud (Castrillo, 2014).

Anteriormente el parto era un evento tratado y atendido por las mujeres de la familia y/o de la comunidad, las parteras, matronas y curanderas, en la intimidad del hogar y la familiaridad y contención de las congéneres, un evento en el que los hombres prácticamente no participaban. El desarrollo y la institucionalización de la medicina

moderna-occidental transmutó la naturaleza del parto, convirtiéndolo en un evento médico necesario de intervención y asistencia. Los discursos que comienzan a imperar, relacionados al dolor y a los riesgos que conlleva el alumbramiento, traen aparejados el suministro de medicamentos y la incorporación de tecnologías (tales como controles y seguimientos, políticas de asepsia, etc.) cuyo objetivo es reducir la mortalidad materno-infantil.

El nacimiento se trasladó del hogar a la institución hospitalaria, el lugar de las parteras fue desplazado y colonizado por médicos y cirujanos quienes, a su vez, deslegitimaron sus conocimientos y saberes.

Reflexiones sobre algunos ejes que conlleva el proceso de institucionalización de embarazo, parto y puerperio

“El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.”

Michel Foucault en “Historia de la medicalización” (1974)

A fines del siglo XVIII principios del siglo XIX se desarrolla la medicina occidental que se constituye como la única forma de atender legitimada por la comunidad científica, por un lado, y por el Estado, por otro. Nos resulta interesante para comenzar, esbozar algunos rasgos del “Modelo Médico Hegemónico”, basándonos en Menéndez (1988). Nos referimos, junto con el autor, al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica. Según este modelo, “la enfermedad” es un hecho natural, biológico y no un hecho histórico-social, es decir que la enfermedad evoluciona en términos biológicos y no tiene historia sociocultural. Sumado a estos rasgos, podemos nombrar también aspectos como: individualismo, mercantilismo, autoritarismo, participación subordinada del paciente (pasivo), racionalidad científica, y burocratización. El aprendizaje profesional en este modelo se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. La hegemonía de este modelo debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas.

Pensando en procesos como el embarazo, parto y puerperio, la medicina occidental logró subalternizar un conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces predominantes, relegando a las parteras que acompañaban estos procesos a partir de las experiencias.

Parafraseando la definición de Villegas Poljak (2009), el parto es un proceso natural y fisiológico del cuerpo de la persona gestante asociado a su sexualidad y reproducción en el cual median muchas variables, pero se destaca el hecho de que no es una enfermedad ni objeto de un acto médico. Sin embargo, la atención que recibe este proceso en sí, lo transforma en un hecho social posible de ser historizado.

Si tenemos en cuenta esta definición, podemos ver cómo se contrapone con el abordaje actual del proceso desde las maternidades, hospitales públicos y clínicas privadas que atienden a las personas embarazadas. El sistema de atención al parto y al nacimiento imperante corresponde a las prácticas obstétricas de la medicina occidental. El parto, antes considerado como un hecho social de la vida cotidiana, compartido por la comunidad donde una red de apoyo formada por familiares y amigos rodeaban a la mujer, ha pasado a estar en manos de la medicina y sus practicantes, posibilitando el traslado del parto desde el hogar al hospital. Hoy encontramos una hegemonía del conocimiento médico y donde antes se utilizaban métodos naturales heterodoxos para los distintos momentos del proceso, hoy se privilegia el empleo de la máxima tecnología posible. Según Silvia Bellón Sanchez (2015) el parto devenido en acontecimiento médico comenzó a ser abordado por la obstetricia moderna como evento peligroso, dando lugar a una monitorización continua, una intervención profesional y el suministro de medicamentos cuyo objetivo es el minimizar los (supuestos) riesgos que dichos procesos conllevan no sólo para las mujeres sino para sus bebés. El enfoque de riesgo obstétrico necesario para prevenir patologías, muchas veces es sobredimensionado en la atención de partos. La sociología del riesgo propone considerar el riesgo como dispositivo biopolítico de dominación, relacionando las formas como una sociedad produce y enfrenta los riesgos con los mecanismos de poder hegemónicos (Magnone Alemán (2013) sobre Mitjavila, 2008). Existe una relación entre la visión del cuerpo femenino como máquina defectuosa y una forma específica de aplicar el enfoque de riesgos en los procesos obstétricos. A su vez, la radicalización de este enfoque está relacionada a la medicina defensiva: los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre sus prácticas médicas.

En definitiva, la “máquina corporal” (metáfora del cuerpo femenino como máquina defectuosa que formó la base filosófica de la obstetricia moderna) es investigada científicamente dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad.

Por otro lado, la medicina occidental sienta sus bases en un discurso patriarcal de la enfermedad, por medio del cual sustenta la *medicalización de los ciclos de vida* de las niñas, adolescentes y mujeres. Procesos vitales de la vida de las mujeres tales como la menarquía, la adolescencia, la menopausia, la menstruación, el embarazo, y la tercera edad son devenidos en patologías de la mujer, situación que deriva en una intervención y una medicalización de dichos acontecimientos. (Villegas Poljak, 2009)

Retomamos la categoría de medicalización que usa Sadler (2004) para su investigación ya que da cuenta de la forma en que nuevos hechos de la vida (como el nacimiento) se encuentran ahora en la órbita del saber médico:

“la manera en que la jurisdicción de la medicina moderna se ha expandido en años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas” (Helman 1994: 137), y “un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normativización” (Menéndez 1984).” (p.3)

Podemos pensar que cuanto mayor es la **medicalización del proceso del parto**, menor es la autoridad y autonomía que la persona gestante y sus redes de apoyo pueden ejercer durante el proceso.

La creciente expansión del dominio del saber y poder médico sobre aspectos de la vida que antes estaban fuera de su área de incumbencia implica necesariamente la categorización de esos aspectos en términos de salud/enfermedad y normal/patológico. Es decir, a medida que más aspectos de la cotidianeidad de los sujetos son susceptibles de medicalizarse, muchos procesos normales de las etapas del ciclo vital pueden patologizarse: se consideran, entonces, enfermedades a tratar y controlar. Dicho esto, podemos entender cómo las categorías de **medicalización** y **patologización** se complementan una a la otra formando un circuito que caracteriza las intervenciones médicas en los momentos del parto.

En cuanto a la **hospitalización** del proceso de parto, muchos de los autores leídos trabajan sobre el territorio en el cual tiene lugar dicho proceso, como el lugar

físico donde ocurre el parto que simbólicamente es territorio del sistema biomédico. En este sentido, Castrillo (2015) retoma una categoría teórica de Fernández Mançano para reflexionar acerca del espacio del parto y la interacción que existe entre diferentes territorialidades:

“Un aporte fundamental y que nos lleva a hacernos preguntas más profundas sobre las espacialidades del parto tiene que ver con el concepto de “territorialidades dislocadas”, definidas como “las reproducciones de acciones, relaciones o expresiones propias de un territorio, pero que se dan en otros territorios” (Fernández Mançano, 2005.) ¿Acaso el parto en el hospital no es la dislocación de un hecho natural, fisiológico, no médico? ¿Y el parto en casa actual, la vuelta al hogar, no es significado socialmente como una dislocación del lugar “normal”, naturalizado, sanitario, para nacer?” (Castrillo, 2015, p.4)

Camacaro Cuevas (2009) toma en cuenta la problematización del nacimiento en un lugar de enfermedad, y sostiene como apuesta política la necesidad de confrontar el espacio hospitalario como el lugar idóneo para vivir de forma segura y digna el acto de parir y de nacer. La autora sostiene que:

“La institucionalización de los procesos reproductivos no contempla la relación protagónica de y entre las mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, sólo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y controlar a la parturienta. (...) La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad.” (p. 148-9)

Siguiendo a Castrillo (2014), enmarcado en el doble proceso de institucionalización y medicalización hay un tercer aspecto común a muchos trabajos que complejiza el análisis sociológico: el aspecto relacional que implica interacciones de poder, hegemonía, consensos y violencias entre personal médico y pacientes:

“Son bases comunes las conceptualizaciones sobre el poder y violencia simbólicos, que podrían explicar la dinámica por la cual dominantes y dominados del campo médico comparten una cosmovisión

general y la creencia en la necesidad de intervención médica, sin cuestionar al detentor de ese saber específico.” (Castrillo, 2014, p.4)

Muchas personas gestantes internalizan la normatividad médica asumiendo que el conocimiento biomédico es el único adecuado para enfrentar y “hacer” el parto, su parto. En este sentido, retomamos las palabras de Sadler al respecto:

“Las “pacientes” internalizan las normas del sistema hegemónico haciéndolas propias, y transformándose en cómplices de su propia subordinación, participando así de una forma de dominación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador. Esto ocurre cuando no se dispone de otros esquemas de percepción y apreciación del mundo que aquellos que comparte con el dominador (...). O cuando se dispone de otros esquemas, pero quedan subsumidos bajo la supremacía del paradigma hegemónico que goza del poder.” (Sadler, 2004, p.21)

La obstetricia y la ginecología “se han apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de vida de la mujer a través de la historia de la humanidad, reproduciendo la subordinación de género” (Villegas Poljak, 2009) y en tal sentido la atención que recibe el parto es una cruda expresión de esta subordinación. La litotomía constituye el mayor acto de sumisión y obediencia ya que dicha posición facilita el trabajo médico, despojando a la mujer de su proceso, quedando vulnerable y atendiendo las necesidades y las órdenes del personal.

En este marco, un aporte original es la propuesta que hace Sadler (2004), quien caracteriza los mecanismos de control social presentes en la atención medicalizada del parto hospitalario: los denomina *mecanismos de desautorización* aunque hay varios términos que pueden servir para dar cuenta de lo que se quiere analizar: desapoderar, despojar, desposeer, enajenar, expropiar, usurpar. Con estos mecanismos que se interrelacionan para despojar de poder a unos/as y entregarles la autoridad a otro/as, es a las mujeres y sus familiares y redes sociales de apoyo a quienes se desautoriza en la atención de partos.

Más allá de la institucionalización...Conclusiones

El objetivo de esta comunicación ha sido rastrear en un conjunto de bibliografía algunas nociones o dimensiones que a nuestro entender ayudan a abordar de una manera más completa y compleja las implicancias del proceso de institucionalización del embarazo y parto. Es decir, qué hay detrás de lo que aparentemente sería el mero traslado del embarazo, parto y nacimiento, del hogar al hospital. De qué se nutre y constituye la institucionalización, y cuáles son sus cimientos fundamentales a través de los cuales opera sobre las personas gestantes.

Para esto, nos pareció importante retomar escritos producidos por las autoras años atrás, en el marco de un Taller de Investigación de Ciencias Sociales y Salud.

Comenzamos marcando el desarrollo de la medicina occidental, la cual logra legitimar sus principios manifestándose en el Modelo Médico Hegemónico, desde el cual nos valemos para pensar estas problemáticas. Aquí hablamos del devenir del parto como acontecimiento médico, destacando aquellas prácticas que fueron consideradas subalternas conforme avanzaba el proceso de institucionalización. En este marco, traemos a colación el enfoque de riesgo para justificar la monitorización y el control tecnológico operado ahora, entonces, sobre el proceso peligroso del parto.

A partir de aquí, a medida que vamos tirando de la punta del ovillo aparecen una a una las dimensiones claves: el cuerpo de la mujer y sus procesos comienzan a considerarse patológicos, y junto a la labor constante de la medicina defensiva, la medicalización de la vida se hace cada vez más evidente. Todo esto se conjuga en la hospitalización del proceso de embarazo y parto, poniendo de manifiesto la apropiación simbólica de ese territorio por parte del sistema biomédico.

Por último y para cerrar este breve recorrido, incorporamos el aspecto relacional que implica interacciones de poder, hegemonía, consensos y violencias entre personal médico y pacientes, donde se pone de manifiesto ciertos mecanismos de control social presentes en la atención medicalizada del parto hospitalario, que podemos caracterizarlos como mecanismos de desautorización y enajenación.

Referencias bibliográficas:

Bellón Sanchez, Silvia. (2015) “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”

Camacaro Cuevas, Marbella (2009). “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica” Revista Venezolana de las mujeres. Caracas. Enero/junio 2009 Volumen 14. Pp: 147 a 162. Venezuela.

Castrillo, Belén (2014). “Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto”. I Jornadas de Género y Diversidad sexual: Políticas Públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. FTS, UNLP, Oct. 2014. La Plata.

Castrillo, M. (2015). Parir en casa, parir en el hospital: Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto. Geograficando, 11 (2). En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7028/pr.7028.pdf

Magnone Alemán, Natalia (2013). “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian”. Revista Latinoamericana de estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°12 Año 5. Argentina. Pp. 79-92.

Sadler, Michelle, (2004). “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”. En Sadler, Acuña y Obach, Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.

Villegas Poljak, Asia (2009). “La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”. Revista Venezolana de las mujeres. Caracas. Enero/junio 2009 Volumen 14. Pp: 125 a 146. Venezuela.

Bibliografía consultada

Bourdieu, Pierre. (2000). La Dominación Masculina. Barcelona: Anagrama.

Camacaro Cuevas, Marbella. (2008), La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. Revista Ensayo y error, Año XVII, n° 35. Caracas, 2008, pp. 95-115. ISSN 1315-2149.

Castrillo, Belén. (2015). “Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata”.

Castro, Roberto. (2011) "Teoría social y salud". En: Salud Colectiva. Ed. Lugar. Cap.1-2.

Castro, R. (2014), "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". Revista Mexicana de Sociología 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F.

Conrad, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: Psiquiatría Crítica. La política de salud mental. Edit. Crítica, Barcelona (cap. 3).

Davis-Floyd, Robbie. "Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina"

Magnone Alemán, Natalia (2010). "Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización". IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. Montevideo, septiembre de 2010.

Menéndez, Eduardo. (1992) "Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica." Capítulo III: El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis." Edit. Alianza, México.

Menéndez, E. (2009). "De sujetos, saberes y estructuras." Capítulo: "Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. Edit. Lugar. México.

Ribot, Drago, Gerhardt, Ranieri. (2018) Módulo II "*Evolución Histórica de la atención del embarazo, parto y puerperio*" Materiales del Curso Virtual de Instituto Provincial de Administración Pública: *Violencia obstétrica: aportes para su visibilización*.

Yáñez, Sabrina (2013). "De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad" en *Nómadas*. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Complutense de Madrid, N° 37, 2013, 1-17.