

Intervención médica en el proceso de nacimiento/parto. Algunas dimensiones del caso platense.

Belén Castrillo.

Cita:

Belén Castrillo (2015). *Intervención médica en el proceso de nacimiento/parto. Algunas dimensiones del caso platense. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/422>

Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto **Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata**

Belén Castrillo

Lic. en Sociología

Becaria UNLP con lugar de trabajo en el CIMeCS (IdIHCS/UNLP-CONICET),
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.
belen.castrillo@hotmail.com / mbcastrillo@gmail.com

Resumen y Presentación

La propuesta de trabajo es presentar dimensiones conceptuales y empíricas que emergen de (y en) la investigación doctoral que realizo¹. En dicha investigación se busca describir, analizar y problematizar las experiencias asociadas a las intervenciones médicas en la asistencia del embarazo, parto y puerperio (en tanto etapas del proceso de parto/nacimiento), para conocer de qué modos se re-producen, legitiman, resisten y cuestionan dichas intervenciones, recuperando la perspectiva de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud. El objetivo de esta ponencia es presentar algunas reflexiones conceptuales para pensar las intervenciones médicas en estos procesos y realizar un análisis de los relatos de embarazos y partos de un grupo de mujeres platenses publicitados en redes sociales.

Palabras claves: Intervención médica- procesos de parto y embarazo- relatos de parto – medicalización – civeractivismo de género.

Reflexiones conceptuales

El marco conceptual que buscamos (re)construir se centra en pensar las intervenciones médicas que se dan en los procesos de embarazo y de parto, para poder dar cuenta de la heterogeneidad de prácticas y representaciones que las constituyen y que buscan constituir. La propuesta es pensar las intervenciones en plural para romper con lecturas monolíticas que piensan en extremos la medicalización y la humanización de estos procesos, tendiendo un puente entre esos polos, buscando captar debates, contradicciones y sentidos compartidos. En síntesis, para

¹ Esta línea de investigación forma parte de dos proyectos acreditados, ambos radicados en CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. Uno sobre políticas sociales, género y pobreza dirigido por Susana Ortale y Amalia Eguía, incorporado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación y apoyado por el CONICET. Y otro, PPID H-008, “Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género” dirigido por Licia Pagnamento.

poder comprender la complejidad tanto de dichas intervenciones como de las experiencias que construyen de ella mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud. Pensamos las experiencias como resultantes de prácticas y representaciones construidas socialmente, y que pueden pensarse como legitimantes y/o cuestionadoras de tales intervenciones, y que permiten caracterizar la construcción de entramados relacionales médico-pacientes heterogéneos.

Esta propuesta conceptual se inserta en las miradas sociológicas y antropológicas sobre la atención obstétrica, que se centran en los factores materiales, ideológicos y simbólicos que rodean las intervenciones médicas en el embarazo y parto, teniendo como premisa que “la manera en que se desarrollan los partos dan cuenta de cómo se socializa y se reproducen los modelos culturales y sus estructuras de poder” (Jerez, 2014: 5). Estas discusiones se insertan en las problematizaciones del proceso de medicalización del embarazo y el parto. El proceso de parto se ha *convertido* en un hecho médico en Argentina desde principios del siglo XX cuando se dieron dos hechos conexos: la profesionalización de la atención, que pasó de parteras a médicos, y la institucionalización del parto, que se trasladó del hogar y el contexto familiar hacia el hospital. El objetivo de estas dos ocurrencias estuvo ligado a disminuir las altas tasas de mortalidad materno-infantil, con la incorporación de principios como la asepsia, los controles prenatales y el seguimiento del trabajo de parto y posparto, entre otros. Una de las principales críticas es que este complejo proceso de medicalización *construye* a los embarazos y partos como eventos sanitario-hospitalarios, homogéneos, estandarizados, controlados y regulados por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología entre sus intervenciones. Esto es visible, por ejemplo, en la construcción hegemónica médica del riesgo reproductivo –nótese simplemente que no existen embarazos y partos *normales* o *sanos* sino de *bajo riesgo*- que permite que ciertas intervenciones médicas se presenten como “necesarias, justificables y basadas en criterios exclusivamente médicos y por tanto científicos y neutrales” (Erviti, 2010: 7), vinculado a que “las intervenciones médicas se presentan como una necesidad orientada a controlar los riesgos reproductivos” (Erviti, 2010: 11). El proceso de medicalización general de la sociedad², encuentra expresiones particulares en los modos en que se efectúa en el proceso de nacimiento. Esto es, la consolidación de discursos médicos que a través de su poder legitimado socialmente, realiza interpretaciones sobre los cuerpos femeninos y la reproducción social humana que pretenden ser únicas en

² Medicalización, según Menéndez, refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización.

función de un criterio de validación científico que recorta lo biológico como elemento central en la explicación y que *devienen* hegemónicas, transformando los procesos de embarazo y parto – tanto como la sexualidad, el cuerpo y la subjetividad femeninas- en pasibles focos de un control activo y normalizador.

Como sugerimos, en algunos estudios sobre el tema se caracterizan dos modelos *contrapuestos* de atención médica de embarazos y partos, comúnmente denominados como “parto medicalizado/intervenido” y “parto humanizado/respetado”. Pensados aquí como tipos ideales, el primero puede ser caracterizado como una tecnocratización del nacimiento (Davis-Floyd: 1994), enfocando en “cómo el parto-nacimiento bajo el paradigma médico es el resultado de una cadena “fabril” compuesta por procedimientos que deben respetarse estrictamente para lograr una “calidad” de parto esperada” (Merino y Fornes, 2008). En este tipo de conceptualizaciones se da una gran relevancia al paradigma médico obstétrico hegemónico, vinculado a la construcción y reproducción del llamado modelo médico hegemónico³, anclado en concepciones biomédicas, ahistóricas, patologizantes y centradas en controles médicos autorizados. Así, se sostiene que en este modelo de parto se nace en instituciones sanitarias, con médicos profesionales que intervienen el proceso fisiológico y sin protagonismo de la mujer (despersonalizada y devenida en “paciente”). El segundo tipo ideal, el del parto respetado/humanizado, ha sido caracterizado como aquel en el que se respetan las necesidades fisiológicas del parto y las necesidades sociales y subjetivas de la mujer y no hay intervenciones que obstaculicen su desarrollo. Por tanto, se sostiene que en este modelo se elige cómo, dónde y con quién parir: elección de la mujer sobre las posiciones de parto, el lugar de ocurrencia (la casa, el hospital) y el acompañamiento de parteras, doulas, médicos obstetras, etc.

Entonces, proponemos pensar las intervenciones médicas que se dan en los procesos de embarazo y parto, para tender puentes entre estos dos tipos ideales y pensar los cruces, heterogeneidades y contradicciones que se dan en las experiencias. Consideramos que esto permite captar más ampliamente de qué modos se interviene sin caer en una caracterización negativa o simplista de las intervenciones al centrarnos en cómo las experimentan mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud, y pensando que esa experimentación está

³ Definido por Menéndez como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988: 451).

atravesada por múltiples factores, como la clase, el género y la edad principalmente. Podremos pensar, por tanto, las *intervenciones médicas prácticas* y técnico-clínicas en los procesos de embarazo y parto como por ejemplo el uso de técnicas de inducción, la cesárea, la episiotomía y la administración de oxitocina; tanto como las *intervenciones simbólicas en el y del proceso*, esto es, su medicalización que actúa reproduciendo un orden social desigual y de jerarquías médicas hegemónicas sobre mujeres construidas como objetos médicos. De todos modos este desglose es sólo analítico, en tanto las intervenciones prácticas son simbólicas de por sí; de hecho, Fornes (2009) sostiene que dichas prácticas deben comprenderse más en su eficacia simbólica que en su efectividad clínica. A ello hacen referencia Erviti, Castro y Sosa (2006) cuando afirman que la práctica clínica se sustenta sobre una doble verdad objetiva:

“por el grado de acumulación de conocimientos clínicos logrados, por su nivel de especialización técnica, y por el manejo de tecnologías modernas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, *es una práctica profesional* orientada a brindar servicios de salud a la población, y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en el encuentro entre médicos y pacientes, la práctica médica *es una estructura de dominación* a la búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación” (Erviti, Castro y Sosa: 2006).

Sobre esta doble implicancia de la práctica clínica, en el caso de los procesos de embarazo y parto, diversos autores señalan de qué modos las intervenciones, implican acciones pedagógicas y “forman parte de mecanismos a través de los cuales se propugna la aceptación de una estructura de relaciones de poder entre médicos y pacientes y entre hombres (significando el androcentrismo de la ciencia) y mujeres”. En este sentido, Davis-Floyd (1994) piensa a las prácticas obstétricas como “rituales” que sirven a la aceptación por parte de la mujer de un orden social establecido, tomando como premisa que “la forma en que se da lugar al nacimiento implica una forma de socialización y reproducción de un modelo cultural y sus estructuras de poder”. Así, vincula, por ejemplo, la inmovilización en silla de ruedas con la incapacidad o el reposo en la camilla para el trabajo de parto con la enfermedad, incluso la posición de litotomía –acostadas- para el parto con la sujeción y la sumisión. Del mismo modo, Sadler (2004) analiza diversos mecanismos de desautorización que se interrelacionan en la institucional de embarazos y partos, entre ellos la infantilización, des-sexualización y des-personalización aplicada a mujeres como efecto de ciertas intervenciones comunes que hacen a la relación médico-paciente. En congruencias, Jérez (2014) concibe las intervenciones como “ritos de pasaje” a través de los cuales la mujer asume los dictados sociales y las demandas institucionales. Entre estas perspectivas antro-sociológicas sobre la atención médica de embarazos y partos, también se han desarrollado visiones sobre el

despliegue de un poder disciplinario médico, a través de la sanción normalizadora, la vigilancia y el control social de los cuerpos y la normalización del proceso de parto (Erviti, 2010).

Para conceptualizar estos procesos, es retomable el concepto de *micropolítica de la medicina*, acuñado por Grimberg (1995), que refiere a la reproducción y refuerzo de las relaciones políticas macro en el nivel micro de las relaciones médico-paciente –aquí agregamos que a través de procesos de negociación propios de la construcción hegemónica. En este sentido, el espacio de la consulta médica y de todas las instancias de contacto entre el personal de salud y las mujeres en el proceso de parto es territorio de reactualización de sentidos hegemónicos vinculados a la medicina como forma legítima de tratar la salud y la enfermedad, y es a la vez, “la performance del acto de legitimación de un saber excluyente, y una instancia de control normativo sobre los cuerpos de un agente por sobre otros” (Marton y Echazu, 2010: 130). En este sentido, uno de los principales ejes para pensar estas intervenciones médicas en el embarazo y parto es inherente a los procesos de medicalización: esto es, la legitimación y potenciación de saberes médicos biomédicos, y procesos de exclusión/inclusión y reconocimiento/desconocimiento de otros saberes como el conocimiento experiencial femenino o el que aporten las mujeres sobre el estado de su cuerpo; así como el conocimiento de colectivos de mujeres o referidos al uso de terapias alternativas para aliviar dolores o resolver problemas clínicos. Nos permitimos teorizar sobre procesos de opuestos –inclusión/exclusión, por ejemplo- en tanto consideramos que designar taxativamente alguno como el *válido*, sin la investigación necesaria, sería generar afirmaciones a priori que obturarían las posibilidades de captar las heterogeneidades.

Estas lecturas habilitan preguntas sobre los mecanismos de control y disciplinamiento sobre el cuerpo y la subjetividad de las mujeres a partir de las invenciones médicas –con estas prácticas que dejan a las mujeres sometidas a la intervención de terceros- y una posible hipótesis sobre la implicancia que tienen estos “rituales obstétricos” como ritos de fijación de las reglas y los roles sociales atribuidos sexo-genéricamente a las mujeres. Además, en tanto consideramos las intervenciones médicas en términos de construcciones hegemónicas y no únicamente de dominación, apuntamos a pensar los modos en que, entonces, se legitiman y reproducen dichas prácticas, a raíz de los sentidos heterogéneos que involucra (que pueden o no naturalizarlos, legitimarlos, cuestionarlos, reproducirlos). Por ello, apuntamos a tender puentes entre las visiones dicotomizadas y dicotomizantes para poder captar la heterogeneidad de sentidos y experiencias que se tejen en torno a estas intervenciones, a las relaciones médico-paciente, a la propia

experiencia de maternidad y paternidad. Asimismo, pensar las intervenciones médicas nos permite incorporar la dimensión de la agencia y las posibilidades de resistencia y cuestionamiento de los sujetos sociales que aquí pensamos, para romper la visión que reifica el saber-poder médico y encontrar algunas “válvulas de escape” en la que efectivamente se introducen estrategias de cambio. Esto es, las intervenciones médicas no son sólo producidas y llevadas a cabo por profesionales de la salud, sino que, por efecto de los procesos de medicalización social, los sujetos sociales también intervienen médicamente en los procesos de embarazo y parto: por ejemplo, realizando *todos* los controles prenatales, presionando a “la embarazada de la familia” para que actúe de algún modo, como veremos en el análisis de relatos que prosigue.

Concluyendo, convenimos en estudiar las intervenciones médicas para pensar los diversos modos en los que distintos actores intervienen desde construcciones médicas hegemónicas los procesos de embarazo y parto, y con ellos, los cuerpos de mujeres y recién nacidos, sus subjetividades y la construcción social de representaciones al respecto. Se apunta, además, a comprender las significaciones que los sujetos asignan a las intervenciones en términos tanto de los aspectos clínico-técnicos como simbólicos que conlleva, produce y reproduce, y a las relaciones médico-pacientes que se dan durante el embarazo y parto.

Análisis de relatos de parto: significaciones de un grupo de mujeres platenses sobre las intervenciones médicas sobre sus embarazos y partos.

Como una de las aproximaciones iniciales en la investigación que se emprende, se propuso un acercamiento a las experiencias de mujeres-madres asociadas a las intervenciones médicas sobre sus procesos de embarazos y partos. Para ello en esta ponencia trabajaremos con un corpus de relatos de experiencias contruidos por un grupo de mujeres, que constituyen un núcleo de significaciones posibles entre otras que serán indagadas en el proceso de investigación.

Respecto a esta fuente de testimonios en particular, diremos que en los últimos años han proliferado en las redes sociales, en diversas plataformas virtuales, foros y páginas webs, espacios de publicación de relatos de embarazos y partos de mujeres de todo el mundo. En Argentina en la red social Facebook, actualmente, hay más de una decena de grupos y páginas que se centran en publicitar las experiencias femeninas de estos procesos, en el marco de un *ciberactivismo feminista* que apunta a generar conciencia y empoderamiento femenino, aportar información de médicos y centros de salud, consejos, técnicas alternativas de manejo de problemas clínicos, etc. Estos grupos actúan a modo de una gran *tribu virtual* de mujeres, en el

marco del despliegue de una sororidad femenina (Lagarde, 2012)⁴. En el caso que nos convoca, trabajaremos con relatos publicados en un grupo de Facebook creado en marzo de 2014, que referencian nacimientos ocurridos desde 2010. El grupo de Facebook de relatos (GR) fue promovido por una referente platense en la lucha por la defensa de los partos respetados y coordinadora de un afamado espacio de reunión de parejas y bebés que realizan talleres de embarazo, parto, crianza y lactancia. Muchos de los relatos que se publicitan en el GR son de autoría de mujeres que participan en este tipo de espacios, por lo que las experiencias que relatan están atravesadas por experiencias de militancia y de empoderamiento femenino, y muchas de ellas han “revisado” sus embarazos y partos, han propuesto líneas a seguir desde el embarazo y relatan estos procesos desde ese lugar. Asimismo, para destacar la singularidad de estas voces que analizaremos, es importante mencionar que en general las mujeres que escriben en el GR pertenecen a estratos socioeconómicos medios y en los relatos es posible advertir ciertas *estrías de clase* (Marton y Echazu, 2010) que marcan sus experiencias, las relaciones médico-pacientes que entablan y los modos de significar y transmitir esas experiencias. Como decíamos anteriormente, es de relevancia analizar los sentidos asignados por los sujetos a las intervenciones médicas atravesándolos por factores como la clase, el género y la edad, entre otros. Respecto a este último elemento, el factor generacional es clave: se trata de mujeres jóvenes que en su vida cotidiana han incorporado las redes sociales como espacio de publicidad de todo tipo de experiencias. ¿Por qué el embarazo y el parto van a recibir distinto tratamiento? En general, en su rol de madres, son parte de una *grupalidad* mayor de mujeres que integran grupos y foros virtuales respecto a temas de salud, de sexualidad y de crianza (escolaridad y lactancia, principalmente). Sostenemos que publicitando sus experiencias a través de la escritura de relatos, las politizan. Es por estas razones que deben contextualizarse las interpretaciones analíticas que siguen, partiendo de que se tratan de relatos contruidos por un grupo particular de mujeres con características distintivas y que no se busca extrapolar sus experiencias a la población general.

Aunque no es objetivo de la ponencia analizar al grupo y sus dinámicas, y por tanto no se dará cuenta de las respuestas a cada relato ni a otro tipo de intervenciones que se dan en el GR, es menester dar cuenta de los objetivos explicitados que se propone.

⁴ Adrienne Rich (1986) ya daba cuenta de estas historias de parto, sosteniendo que “éstas nunca fueron meras anécdotas, sino testimonios a través de los cuales la negligencia y el abuso de las mujeres por parte del sistema de salud podían ser sustanciados” (Rich, 1986:1) con fines políticos y de transformación social.

“Este grupo tiene por objeto que cada mujer pueda relatar su experiencia de parto para que, además de a ella misma, esta pueda servirle a otras mujeres que se encuentra en la búsqueda de su propio parto deseado. La idea es poder compartir todo tipo de historias, buenas y malas, pero siempre la propia, y también que se sientan libres de mencionar a los profesionales que las asistieron y/o acompañaron. Sabemos que cada historia es única y particular, y que como siempre ocurre, habrá relatos hermosos y de los otros que, a lo mejor, se refieran a las mismas personas. Esta es una de las riquezas de compartir, cada una contará lo que vivió y aquellas que lean deberán hacer su propio camino” (GP, 16-3-2014).

En esta carta de presentación, que incluye ciertas “pautas de convivencia” no reseñadas aquí, se da cuenta de su rol como *tribu virtual* de empoderamiento en tanto se promueve la publicación de experiencias con el fin de que otras mujeres las retomen a la hora de pensar sus partos. Es relevante mencionar que entre las ciberactivistas se habla de “relatos de partos”, pero éstos también incluyen las experiencias de embarazo, posparto y lactancia. El hecho de que se permita –y fomente– la mención de los profesionales y las instituciones en las que ocurrieron los nacimientos, es distintivo de este grupo, ya que en la mayoría está vetado con motivos *defensivos* y previsores de acciones de éstos, en el marco del despliegue de una medicina defensiva. A su vez, el nombre del GR, vinculado a la explicitaciones de “testimonios de parto” es distintivo en tanto otros grupos interpelan a las mujeres a escribir en otras coordenadas. Esto es visible en el hecho de que, por ejemplo, en otro grupo de Facebook que tiene en su nombre “relatos de violencia obstétrica” el contexto de enunciación es distinto, asociado a la denuncia.

¿Por qué trabajar con relatos de parto? Porque a raíz de las regularidades y particularidades que exponen, en forma de textos acabados con la intención de comunicar públicamente sentimientos y experiencias, será posible caracterizar las significaciones de un grupo de mujeres sobre las intervenciones médicas que se dieron en sus embarazos y partos, al tiempo que se podrán “desentrañar las representaciones y prácticas médicas relativas a la mujer y la forma en que éstas la viven en carne propia” (Fornes, 2009: 2). Este trabajo con las experiencias subjetivas de las mujeres “permite reconstruir los derroteros por los que circulan como sujetos sociales problematizando la trama que van tejiendo sus itinerarios, los significados que éstas les atribuyen y haciendo visible lo genérico de este proceso” (Fornes, 2009: 4).⁵

Para el análisis de los relatos privilegamos las menciones que realizan las mujeres al contacto con profesionales e instituciones de salud, y descartamos aquellas que apuntan a

⁵ Todo esto enmarcado en el consejo metodológico de Menéndez (2009) que promueve que la identificación y análisis de las formas de atención debería iniciarse a través de la descripción de lo que hacen, usan y dicen los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos (en este caso, sus partos), y no a partir de lo que afirmen los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos ya que de este modo, “siguiendo la carrera del enfermo” es posible identificar la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado.

caracterizar subjetivamente sus embarazos y partos individualmente, en tanto es nuestra intención conocer las significaciones que construyen de las intervenciones médicas. Para ello, analizamos los testimonios con una matriz que hemos construido en base a las regularidades que aparecían que tomando en consideración cinco elementos: a) información general (datos del parto, tipo de parto, institución, profesional); b) embarazo (cómo se enteró, contacto profesional, estudios y diagnósticos, curso de parto, rol del varón-padre, rol de la familia, experiencias de embarazos previos); c) parto (trabajo de parto, dolor, profesionales que intervinieron, intervenciones prácticas, intervenciones simbólicas, rol del varón-padre, separación madre-recién nacido, significaciones); d) puerperio (lactancia, recomendaciones de cuidados del recién nacido, posparto en general); y, e) significaciones generales y reflexiones a futuro. Si bien hemos construido la matriz a partir de las regularidades que aparecen, no todos los relatos hacen referencia a todos los ítems y que, en este trabajo, sólo daremos cuenta de los aspectos significativos que surgen en los apartados de embarazo y parto.

Sobre la *información general de los partos*, mencionaremos que de un corpus de poco más de cuarenta relatos publicados en el GR, para este trabajo hemos analizado una docena al azar, que representan la heterogeneidad aludida en el corpus general. De esta docena, ocho relatos refieren a partos por cesárea y cuatro por parto vaginal. Asimismo, sólo tres fueron atendidos en hospitales públicos, mientras que el resto se dieron en clínicas y sanatorios privados. De estos doce casos, en cuatro no hay referencias del/la profesional que lo asistió, mientras que en los ocho restantes que sí lo mencionan, ninguno de los médicos se repite. En nueve de los relatos se hace referencia al bebé nacido, en general se lo menciona con su nombre de pila y suele comentarse qué está haciendo al momento en que *su madre* relata el parto.

I. Embarazo. Respecto al *inicio*, a cómo se enteraron que estaban embarazadas, sólo es destacable aquí aquella situación que evidencia la medicalización del proceso de embarazo: las mujeres requieren la certeza médica –certificada por un profesional o por una estudio (ecografía, análisis de sangre)- de que en su propio cuerpo tienen un nuevo ser. Además de ello, el contacto con el profesional que las asistirá está permeado por múltiples factores: por ejemplo, la imposibilidad de elegirlo por las restricciones que imponen las obras sociales; por las experiencias previas, esto es, el hecho de que en general los médicos no “permiten” partos vaginales posteriores a cesáreas previas; porque los ginecólogos que las atendieron desde siempre “ya no hacen partos” y los

derivan a otros obstetras. Sobre esto último algo pertinente: ¿son los médicos los que *hacen* el parto o son las propias mujeres y los niños por nacer? Este tipo de frases, naturalizadas y comunes, apuntan a su vez a naturalizar la *necesidad* de ciertas intervenciones médicas.

Es interesante, en el caso de las intervenciones médicas en el embarazo, ver cómo aquellas madres que tenían intenciones claras de cómo querían que fuera su parto, van debiendo cambiar sus expectativas por *sugerencias* médicas y, en algunos casos, por diagnósticos clínicos de anomalías del bebé o propias.

“Llegamos a la consulta con la idea de mantenernos firmes en que todo sea natural. De mi experiencia había aprendido que el parir era algo natural. Con un modo muy sereno y gentil nos hizo sentir tranquilos y sobretodo seguros (...) Pero llegados al 7mo, 8vo, comenzó a repetir que era muy grande, que había que contemplar una posible cesárea. Queríamos todo natural, dijo que si, pero que la eco mostraba un bebe de 4 kilos o más, y con 38 cm de circunferencia en la cabeza. Y sus palabras fueron: "el canal de parto de toda mujer se dilata 35 cm. Cesárea. Y yo te recomiendo programada en esta semana" Yo seguía con dudas. "Si te llevo a parto, vas a llegar a un punto en el que no va a salir y te voy a tener que llevar a cesárea de urgencia con todos los riesgos que eso tiene. Y todos me van a preguntar cómo no tuve en cuenta todos los indicadores de RIESGO" Y no hubo más dudas, no luché” (R 9).

Que los bebes son grandes, que las caderas son chicas. Este tipo de discursos médicos apuntan a construir cuerpos femeninos defectuosos, incapaces de cumplir con la función biológica del parto. Riesgo, cesárea, información que en un portavoz del conocimiento autorizado parece científicamente probada y neutral.

“Cuando llegue a las 33 semanas la obstetra me diagnosticó diabetes gestacional (consulté a otros profesionales y discreparon con el diagnostico) según ella eso era motivo para que mi hija naciera si o si en la semana 38. Si no se podía morir dijo. Desesperada y a los tumbos empecé a buscar por otro lado. No llegue a tiempo. Mi marido estaba aterrado, mi mama decía que cambiar de medico a esa altura era una locura...en fin. Obviamente no se me podía inducir el parto x la cesárea previa. Se fijó fecha límite de parto. Yo lloraba y lloraba sin parar...fantaseaba con no presentarme en el hospital y esperar: la naturaleza haría su trabajo. Pero no tuve valor” (R 11).

La táctica del miedo (Erviti, 2010) por la posible muerte del hijo y la responsabilidad de la mujer por ello, permite justificar ciertas intervenciones médicas *aceleratorias* del parto. En este párrafo se condensan varios elementos que muestran la naturalización social de este tipo de intervenciones: un diagnóstico de diabetes gestacional que no siempre es indicador de cesáreas – de hecho en otros relatos del mismo GR sólo implica una dieta estricta- pero sumado con la cesárea previa, se vuelve una *condena*. A su vez, el miedo del varón-padre que limita las posibilidades de cambio, junto con el rol de la familia que tiende a aceptar las indicaciones médicas, opacan la búsqueda de un nuevo tipo de atención por la mujer. Y en esto último es posible advertir cómo otros sujetos sociales, del entorno de la mujer, realizan intervenciones médicas que apuntan a naturalizar o exigir cierto tipo de atención. En estos casos en los que la *sentencia a inducción y cesárea* se da durante el embarazo, y no ya desencadenado el trabajo de

parto, los relatos de las experiencias refieren a una pérdida de coraje y una resignación el acatamiento de las decisiones médicas.

Otros relatos valoran positivamente la relación con el profesional, que significan como central para transitar el embarazo del mejor modo.

“En la primera consulta que tuvimos, el doctor me resultó encantador: tranquilo, paciente, cariñoso, me respondió siempre todas las dudas y me trató con respeto. Mi embarazo fue hermoso, sólo que hacia el sexto mes me detectaron diabetes gestacional, por lo que tuve que seguir una dieta súper estricta para mantener normales los niveles de azúcar (...) El doctor me explicó que en casos como el mío, donde había diabetes, él no dejaba pasar más allá de la semana 40 para que el bebé naciera, ya que, caso contrario, sería peligroso” (R 2).

Este ejemplo es paradigmático de una interrelación no-lineal (y de allí la necesidad de romper las visiones monolíticas) entre la significación de la relación médico-paciente y las intervenciones médicas que se suscitan al interior. En este caso, es destacable además cómo la propia experiencia médica y ciertos curriculum ocultos de las instituciones, se superponen a la evidencia científica probada, y termina dependiendo de una voluntad y una práctica profesional subjetiva el *tratamiento* del embarazo y parto. Se repiten en los relatos referencias a que tal doctor es “pro-cesárea”, “pro-inducción” o que “siempre aplica la epidural”. Esto remite a etiquetas que construyen las mujeres en base a cómo perciben la atención de sus partos y se vincula a la idea de que no es el proceso de parto de cada mujer el que prima en la atención, sino cierta estandarización que, además, no es homogénea: varía según el saber experiencial médico, la institución en la que ocurra el parto, el momento del año –es conocido el aumento de tasas de cesáreas e inducción durante los fines de semana y la época de fiestas.

Sobre las intervenciones médicas durante el embarazo resta mencionar que en los relatos aparece una única mención a la realización del curso de preparto, que en tal caso no se realizó en la institución sanitaria, sino como taller de una asociación civil. Es interesante remarcarlo en tanto, al momento del parto, numerosos profesionales regañan a las mujeres que no “saben pujar” en tanto ven el curso prenatal como una acción pedagógica, que puede pensar no sólo educativa a los fines del parto sino que opera como *escuela* para subsumirse a los mandatos de las instituciones médicas y generar la obediencia esperada (Erviti, 2010). Y además, da cuenta de cómo ciertos grupos de la sociedad civil también pueden realizar intervenciones médicas en estos procesos.

“Realicé con el papá de Uli el taller de embarazo en [asociación], con María [partera]. La verdad el taller fue lo mejor que nos pasó para poder afrontar el parto y todo lo que ello conlleva. Nunca pensamos que iba a servirnos tanto! Recuerdo q Mau (papa de Uli) tenía tanta fobia a la sangre, que iba tan en contra de sus ganas de acompañarnos en el parto. Pero luego del primer encuentro en el taller salió totalmente convencido de que lo iba

a presenciar. Además de bajarnos la ansiedad, ayudarnos a disfrutar el embarazo, de vivirlo como experiencia única. Por eso siempre que podemos recomendamos que realicen el taller” (R 7).

II. Parto. Para el análisis de las experiencias de los procesos de parto, las intervenciones médicas que suscitan y las significaciones de este grupo de mujeres, por una cuestión de espacio, nos concentraremos en los profesionales que intervienen; las intervenciones prácticas y las relaciones médico-paciente que se construyen.

En la docena de relatos reseñados, se da cuenta de la heterogeneidad de profesionales que intervienen en el parto –sea por cesárea o vaginal-: enfermera, médico/a obstetra, ginecólogo/a de guardia, partera personal, partera de guardia, otros/as médicos/as de guardia y anestelistas. En general, los sentidos que asignan a la participación de estos sujetos son heterogéneos. Así, algunas afirman: “la partera fue tan importante como el médico” (R 3), “grupo humano hermoso” (R 4), “clima distendido en el quirófano” (R 7), “todos hicieron silencio para que la escuche llorar [a la bebé]” (R 11), “me sentí acompañada y respetada por los profesionales que me atendieron” (R 12). En el marco de valoraciones más críticas, sostienen: “las enfermeras se olvidaban de cambiar el suero, se me tapaban las venas (llegaron a pincharme 5 veces en un mismo día y ya no tenía más lugares disponibles) y además del suero me daban calmantes y miorrelajantes porque 'estaba nerviosa” (R 10). Otra afirma sobre los profesionales que intervinieron “en el hospital todo era muy confuso no supe quién me hizo la cesárea” (R 6).

Las intervenciones prácticas que referencian son la inducción –generalizada- por distintos motivos (diabetes gestacional, bebé grande, cesárea previa, dificultades en el pujo, fechas límite puestas por el doctor) que a su vez se combina con una alta tasa de cesáreas (por “falla” casi habitual de la inducción, por bebé con cordón en cuello, por bebé en posición podálica). También la maniobra de kristeller (“dos médicos tuvieron que hacer fuera sobre mi estómago para empujarlo, no quería salir” –R 10-, “para ayudarme a pujar” –R 8); tactos repetitivos; monitoreo fetal desde el momento de la internación; anestesia epidural; puntos por desgarros naturales (en el marco de una atención “respetada” que no usa rutinariamente la episiotomía); administración de oxitocina (“empecé a pujar, al principio me costó y no hacia toda la fuerza que tenía adentro, y me dieron una inyección, que creo que era oxitocina, fue lo único antinatural” –R 5). Respecto a estas prácticas, es decible que en general van acompañadas de reflexiones que, o bien las aceptan y naturalizan, y por ejemplo encuentran algunos accionares como “colaborativos” de los médicos; o bien las cuestionan indirectamente, esto es, aquellas mujeres que no las “padecieron”, destacan

el hecho de no haber sido intervenidas innecesaria y compulsivamente: “fuimos a la sala de partos, sin goteo sin suero sin nada” (R 3) y “sin episiotomía, sin desgarros, sin anestесias, sin goteos” (R 5). Y sobre esto último cabe preguntarse, ¿acaso en la no medicalización no hay también un tipo de intervención médica?

Respecto a estas cuestiones de intervenciones más técnicas, es importante señalar que no se ha evidenciado en estos relatos el uso rutinario de tantas prácticas como sostienen las organizaciones internacionales y sociales de denuncia de violencia obstétrica y de búsqueda de partos respetados (episiotomía, kristeller, goteo con oxitocina). De hecho, si bien en el corpus mayor algunas mujeres afirman haberse sentido violentadas, en esta docena de relatos analizada las significaciones sobre las intervenciones médicas son en general valoradas positivamente por parte de las relatantes. El ejemplo paradigmático es el hecho de que en la mayoría de las ocho cesáreas que se referencian, las mujeres dicen haberlas *elegido*, y aquí nos cuestionamos, ¿en qué sentido constituye una *elección* el optar entre una sola alternativa que dispone el médico, portavoz del conocimiento autorizado?

“Durante el control la médica me dijo: "o te quedás y hacemos una cesárea hoy, o hacemos inducción mañana; como prefieras". Yo no salía del shock, no estaba preparada para un parto YA” (R 1).

“Me indujo en la semana 39.4, ya que mi "pequeña" no quiso salir antes (...) Yo misma pedí cesárea cuando las horas de inducción pasaban y no había siquiera un milímetro de dilatación” (R 2).

“Después de un trabajo de parto de 5 horas, pujos que no realicé adecuadamente y mi pequeña que no descendía, pedí por favor que me hicieran cesárea porque no soportaba más” (R 8).

Como decíamos en el primer apartado, el modo en que se dan las intervenciones médicas refleja coordenadas del modelo médico hegemónico (y de imperativos sociales de clase, género, raciales) que imperan en la medicalización. En este sentido, en estas citas sobresalen algunas características, como son el control de los procesos biológicos, la búsqueda de la inmediatez, la construcción social negativa del dolor y la responsabilización de las mujeres sobre las consecuencias iatrogénicas de las intervenciones.

Las consecuencias simbólicas de las intervenciones médicas en general se refieren a la relación médico-paciente, a ese entramado de creencias, representaciones y asignaciones de roles. Tal como mencionamos al comienzo de este apartado, el GR fue creado por una referente en la militancia por el parto respetado que da talleres que apuntan a la consecución del mismo en la ciudad. Muchas de las mujeres que escriben sus relatos comparten esa trayectoria y es posible que a causa de ella las significaciones de estas relaciones sean en general *positivas* hacia los profesionales y de autoresponsabilización y resignación hacia ellas mismas.

“Me sentí contenida en todo momento. Nunca voy a olvidar cuando el doctor me dio un beso en la frente, justo en el momento en el que me estaban poniendo la anestesia en la espalda. O cómo mi partera me tomó la mano, sin soltarme, durante toda la cirugía. O cómo el anestesista me hacía chistes para que yo me relajara” (R 2).

“Cuando ya no daba más ella [la partera] me apretaba la mano y me decía “¡vos podés!”. Ya en la sala de partos, el doctor me mostró algunas posiciones, elegí parir de cuclillas” (R 3).

“En ese mismo momento supe que quería tener muchos partos más, porque fui respetada y tratada de la mejor manera. Contenida no solo ese día y ese momento sino los 13 días en los que estuve internada con mi beba por control por ser nacida pre término” (R 4).

“La doctora se sentó con las parteras en el piso, a esperar... Me dijo “vos sola te vas a dar cuenta cuando es el momento, y ahí, cuando necesites empujar, me avisas, yo espero”” (R 5).

“Los doctores me dijeron que a veces las cosas se complican, que tuve un embarazo espectacular y a último momento puede fallar, que no me sienta mal. Yo seguía repitiendo "soy una inútil, no pude parir a mi hija cuando todos podemos parir". Y una de las enfermeras me sostuvo la mano, me miró y me dijo: “nunca digas que sos una inútil por no poder tener el parto que esperabas, no es tu culpa ni la de nadie, son cosas que suceden”” (R 8).

Estos extractos sobre la relación con los profesionales de la salud se complejizan si analizamos las significaciones generales que las mujeres expresan sobre su experiencia de parto, que en muchos casos se expresan en términos negativos. “No era el parto que había soñado ni la circunstancia ni nada” (R 1); “la cesárea es el horror mismo” (R 2); “trato siempre de alentar a otras mamás a que se animen, que no se dejen convencer que la cesárea es mejor, que no dejen que las maltraten ni les impongan algo” (R 4); “lo único que quería era irme de ahí” (R 6), “yo no era parte del clima” (R 8), “que nunca me di cuenta que podía irme a buscar otra cosa, que lo permití por miedo, que no elegí basada en lo que sentía sino en lo que me decían era 'lo mejor para mí y el bebé” (R 10), “para mi próximo embarazo la naturaleza va a disponer lo que quiera otra vez, espero que me de la oportunidad de tener un parto vaginal, me encantaría sentirlo” (R 12). De este modo es visible que, en términos generales, el corpus de intervenciones médicas es percibido como algo *distinto* a la relación inmediata con el médico que asiste el propio proceso de embarazo y parto. Distinto en tanto este grupo particular de mujeres *separan* la actividad del médico de ciertas intervenciones que se realizaron -¿en impersonal?- y, en algún punto, reifican o dan una gran entidad a los designios de la naturaleza, del clima humano, de las circunstancias y del “sistema” sin visibilizar ni construir una relación causal directa entre la experiencia y el tipo de atención recibida por tal o cual profesional, ni su propia agencia. De hecho se asume que hay mujeres que sufren maltratos o son víctimas de prácticas rutinarias innecesarias, pero no se vincula ese “dato de la realidad” con la experiencia subjetiva.

Estas significaciones de las experiencias de embarazo y parto, politizadas a través de la construcción y publicación de relatos, nos llevan a reflexionar sobre los cruces y sentidos compartidos entre distintos paradigmas, contruidos analíticamente como contrapuestos (parto

medicalizado /humanizado). Muchas de estas mujeres se autoperciben como críticas a las intervenciones médicas innecesarias y denunciantes de la naturalización de relaciones médico-paciente que producen violencias obstétricas; buscan para sí y para otros la consecución de atenciones humanizadas de los embarazos y partos; pero en la construcción de sus relatos, existen matices de valoración de lo “logrado” y resignación a lo que no se puede cambiar “del sistema” junto a valoraciones en términos positivos de las relaciones con los profesionales.

A modo de cierre

En esta ponencia se han presentado algunas discusiones conceptuales que atravesamos para analizar las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Hemos propuesto pensar en intervenciones en plural para evitar lecturas monolíticas y de tipos ideales contrapuestos, para tender puentes que nos permitan comprender los sentidos compartidos, los debates, las contradicciones y las negociaciones que se producen en las intervenciones mismas y en las experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud. Además, para este trabajo, analizamos –desde este marco conceptual- relatos de experiencias de embarazos y partos construidos por un grupo de mujeres de la ciudad de La Plata. Consideramos, siguiendo Erviti (2010), que en las construcciones discursivas de los sujetos emerge un entramado complejo de creencias, mitos y dispositivos sociales y que, en general, “la existencia de dispositivos sociales de asignación y acatamiento de los cuidados y la responsabilidad ante los embarazos [y partos] se despliega en las interacciones de los médicos con las mujeres en la atención del parto” (Erviti, 2010:9). Como desarrollábamos en el apartado conceptual, a partir de estas relaciones médico-pacientes y de las intervenciones médicas que se realizan en su marco, es desde donde se construyen las experiencias y los sentidos asignados.

Destacamos que en el análisis de las experiencias y los sentidos asignados por las mujeres-madres a las intervenciones médicas es necesario tener en cuenta ciertas estrías de clase y trayectorias militantes y de empoderamiento que permean el discurso, que suele valorar positivamente la relación con el profesional, autorresponsabilizarse de lo no-logrado, aunque la experiencia general sea considerada como negativa. Es interesante, entonces, ver dónde ubican los distintos sentidos; qué significantes hegemónicos se discuten o se apropian y destacar el carácter intrínsecamente legitimador y a la vez destituyente, resistente, crítico de las prácticas y representaciones.

Bibliografía

- Adelstein, G. (1986). *Nacemos de Mujer* de Adrienne Rich.
- Arango, F., Gómez, J. G., & Zuleta, J. J. (2005). Uso de prácticas clínicas durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, en hospitales públicos de Manizales-Colombia, 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(4), 271-280.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.
- Davis-Floyd, R., (1994). “El modelo tecnocrático en medicina”. *Davis-Floyd R. Del medico al sanador. Buenos Aires: Creavida*, 23-60.
- Erviti J., Castro, R., y Sosa, I., (2006). “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”. *Estudios Sociológicos*, vol. XXIV, núm. 72, pp. 637-665.
- Erviti, J. (2010). “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos”. En Castro, R. y López Gómez, A. (ed.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM, c2010.
- Fornes, V., (2009). “Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto”. I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad, actas de congreso. Córdoba, Argentina.
- Grimberg, M., (1995). “Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en antropología y salud”. In: ALVAREZ, M. y BARREDA, V. (comps.) *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*. pp.31-50. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- Jerez, C., (2014). ““Partos empoderados”: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos”. XI Congreso Argentino de Antropología Social, actas de congreso. Rosario, Argentina.
- Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida*. México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Laplacette, G., y Vignau, L., (2008) “Medicalización de la salud” en Luchtenberg, A. C. E. *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*.
- Marton, B., y Echazú, G. (2010). La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la diada madre-hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (5), 119-143.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- Merino, L. y Fornes, V., (2008). “Gestar y parir espacios de género. Un abordaje cultural sobre la palabra, la experiencia y el poder en los modelos de parto”. Trabajo final del curso de posgrado. Construcción de proyectos en Ciencias Sociales. Investigación cualitativa, acción social y gestión cultural. CAICYT- CONICET.
- Sadler, M., (2004), Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. 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.
- Wagner, M., (2006). “El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto”. *Medicina naturista*, (10), 120-132.