Cuadernos Inter·c·a·mbio sobre Centroamérica y el Caribe
Vol. 11, No. 1 Enero-Junio, 2014, ISSN: 1659-4940

La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense

Gabriela Arguedas Ramírez[1]

Recepción: 4 de noviembre de 2013 / Aprobación: 14 de enero de 2014

Resumen

Este artículo contiene algunos resultados preliminares de un proyecto de investigación cuyo objetivo es teorizar acerca de la violencia obstétrica a partir del caso de Costa Rica. Para ello, propone un concepto teórico novedoso: el poder obstétrico. A partir de dicho estudio, este trabajo retoma fuentes teóricas relevantes y evidencia empírica relacionadas con el tema. Se considera que, entre las teorías disponibles, la desarrollada por Michel Foucault es referencia clave para el análisis del problema. De ahí que sea posible identificar una particular forma de poder disciplinario ligada a la estructura patriarcal que construye el género, donde la violencia obstétrica emerge como mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas.

Palabras clave

Violencia, embarazo, género, feminismo, poder

Abstract

This article contains some preliminary results of a research project which main purpose is to theorize on obstetric violence from the Costa Rican case. Therefore, it proposes a new theoretical concept: the obstetric power. From this study, the article reviews relevant theoretical sources and empirical evidence related to the topic. It considers, between the available theories, that Michel Foucault's theoretical framework is a key reference for the analysis of this problem. In fact, it is possible to identify a form of disciplinary power with specific characteristics, linked to the patriarchal structure that creates gender, from which obstetric violence emerges as a control mechanism, and generator of specific subjectivities.

Keywords

Violence, pregnancy, gender, feminism, power

1 Costarricense. Master en Bioética por la Universidad de Costa Rica (UCR) y la Universidad Nacional y estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura en la UCR, Costa Rica. Profesora asociada de la escuela de Filosofía e Investigadora del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer de la UCR, Costa Rica. Correo electrónico: arguedas.gabriela@gmail.com

Resumo

Este artigo contém alguns resultados preliminares de um projeto de pesquisa que tem por objetivo teorizar sobre a violência obstétrica a partir do caso de Costa Rica. Para isso se propõem um conceito teórico inovador: o poder obstétrico. A partir de tal estudo, este trabalho retoma fontes teóricas relevantes e evidencias empíricas relacionadas com o tema. Considera-se que, entre as teorias disponíveis, a desenvolvida por Michel Foucault é a referência chave para a análise do problema. Assim, é possível identificar uma particular forma de poder disciplinário ligada à estrutura patriarcal que constrói o gênero; onde a violência obstétrica emerge como um mecanismo de controle e como geradora de subjetividades específicas.

Palavras-chave

Violência, gravidez, gênero, feminismo, poder

Introducción

Con este artículo queremos dar cuenta de las reflexiones teóricas que han emergido en la primera etapa del proyecto de investigación "Genealogía y fundamentación conceptual de la violencia obstétrica: la producción de cuerpos sexuados y dóciles a través del ejercicio del poder obstétrico". En esta fase inicial del proceso hemos trabajado sobre la base de fuentes primarias (entrevistas, noticias de periódicos locales, legislación y normativa derivada de otros países latinoamericanos) y fuentes secundarias (sistematizaciones de observaciones empíricas, estudios históricos sobre la atención médica del parto, investigaciones de organismos internacionales especializados en salud y población, textos clásicos de teoría feminista, estudios críticos sobre la maternidad y el embarazo). Asimismo, incluimos las nociones de Michel Foucault relativas a la sociedad disciplinaria, el poder disciplinario y la biopolítica. El andamiaje conceptual de Foucault establece nuestra ruta metodológica y nuestro punto de partida teórico para dirigir el trabajo en la búsqueda de nuestro objetivo central: dar cuenta de qué es, cómo opera y cuáles efectos tiene la violencia obstétrica sobre las mujeres.

Mediante una lectura foucaultiana de las prácticas que entran en la categoría *violencia obstétrica* es posible identificar una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge esta forma de violencia como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad.

El concepto de *violencia obstétrica* es muy reciente y, por ende, se ha teorizado poco sobre él. Este hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período

del embarazo, parto y postparto. Por esta razón, tanto la investigación teórica como empírica en torno a este tema constituyen una tarea impostergable.

La presente reflexión proviene del análisis comparativo entre el concepto de poder disciplinario, de acuerdo con Foucault a partir del estudio de instituciones sociales como la escuela o la cárcel y las dinámicas sociales, las normativas y los procesos ligados a la atención médica del embarazo y el parto (especialmente en este último), descritos en los diversos materiales y textos acopiados en el curso de la investigación documental.

Para explicar qué es y por qué se ejerce la violencia obstétrica proponemos la noción de *poder obstétrico*. La violencia obstétrica sería, entonces, un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. El *poder obstétrico* constituye una forma de poder disciplinario –en esto seguimos a Foucault– que produce cuerpos sexuados y dóciles. Cuerpos sexuados entendidos a partir de Anne Fausto-Sterling (2000, 2012)[2]. En efecto, el cuerpo sexuado no es solo el dato anatómico codificado en la red simbólica de la sociedad patriarcal, binaria en términos del sexo y el género. Para producir unos cuerpos que obedecen a los mandatos de la socialización de género en la sociedad patriarcal, debe ejercerse un poder disciplinario capaz de moldearlos y someterlos a ese régimen de inteligibilidad. Y, en el caso de las mujeres, parte de ese disciplinamiento se ejerce por medio del *poder obstétrico*.

Este artículo consta de tres secciones. En la primera, se aborda el análisis histórico sobre la apropiación y control de los cuerpos de las mujeres. En la segunda, se discute acerca de la violencia obstétrica como parte del ejercicio de una forma de poder disciplinario: el poder obstétrico. En la tercera, se presenta el panorama institucional con respecto al problema de la violencia obstétrica y su impacto en la vida de las mujeres.

2 Esta bióloga e historiadora de la ciencia, siguiendo a Foucault y a Donna Haraway, entre otros, explica que el sexo no es solo lo que se lee en la genitalidad del cuerpo o en su información cromosómica, sino que el sexo también se construye socialmente. No es un dato único dado por la biología (Fausto-Sterling, 2000) y (Fausto-Sterling, 2012).

Segunda mitad del siglo XVIII: el soldado se ha convertido en algo que se fabrica; de una pasta informe, de un cuerpo inepto, se ha hecho la máquina que se necesitaba; se han corregido poco a poco las posturas; lentamente, una coacción calculada recorre cada parte del cuerpo, lo domina, pliega el conjunto, lo vuelve perpetuamente disponible, y se prolonga, en silencio, en el automatismo de los hábitos; en suma, se ha "expulsado al campesino" y se le ha dado el "aire de soldado".

Michel Foucault, *Vigilar y Castigar*

Perspectiva histórica de la apropiación y control de los cuerpos de las mujeres

Desterradas de nuestros cuerpos

En este apartado acudiremos a los estudios de la filósofa y cientista social, Silvia Federici. Esta autora, quien en su libro *Calibán y la bruja* utiliza los constructos teóricos ofrecidos por Foucault y los tensiona en un constante proceso crítico, describe la forma en la que, durante la transición del feudalismo al capitalismo, las mujeres fueron desterradas de sus propios cuerpos de manera paulatina, fundamentalmente, en lo que a la sexualidad y a la reproducción se refiere. La caza de brujas fue parte de este proceso de apropiación y privatización de recursos comunes, es decir, parte de las transformaciones sociales que surgieron en el tránsito hacia el capitalismo. Pero, además, esta etapa consolidó la demonización del saber de las mujeres, en especial de las comadronas, y se inició lo que, de manera metafórica, hemos llamado la colonización del útero, de acuerdo con Ehrenreich (1993).

Con respecto al profundo y riguroso análisis que nos ofrece Federici nos interesa de manera particular su estudio sobre la caza de brujas.

> *En la sociedad capitalista, el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia, en la misma medida en que el cuerpo femenino ha sido apropiado por el Estado y los hombres, forzado a funcionar como un medio para la reproducción y la acumulación de trabajo. En este sentido, es bien merecida la importancia que ha adquirido el cuerpo, en todos sus aspectos –maternidad, parto, sexualidad–, tanto dentro de la teoría feminista como en la historia de las mujeres* (2010, 29-30).

Federici, con base en numerosas investigaciones históricas, comenta sobre una suerte de movimiento antinatalista que tuvo lugar durante el siglo XIV, inspirado en grupos y sectas milenaristas y heréticas. Los bogomilos, por ejemplo, constituían un movimiento popular "nacido entre campesinos cuya miseria física los hizo conscientes de la perversidad de las cosas", el cual predicaba que el mundo visible era obra del diablo, por lo que se negaban a tener

hijos para no traer nuevos esclavos a esta tierra de tribulaciones (Federici, 2010, 60).

En la sociedad medieval, debido a la limitada accesibilidad a la tierra y a los oficios que aseguraban ingresos suficientes para subsistir holgadamente, la crianza de muchos hijos se veía como algo poco deseable y, según los hallazgos de Federici, las comunidades de campesinos y artesanos se esforzaban por controlar la cantidad de niños y niñas que nacía entre ellos. El método más usado era cumplir la regla "si no hay tierra, no hay matrimonio" (Federici, 2010, 61).

Esta investigadora considera que, detrás de los códigos sexuales y reproductivos de los herejes, lo que se encontrarían son los rastros de un esfuerzo por controlar la natalidad. De este modo, se podría explicar el vínculo entre la herejía y los "crímenes reproductivos" –en particular la sodomía, el infanticidio y el aborto– tan común a finales del siglo XIV cuando, a raíz de la crisis demográfica y la escasez de trabajadores, el crecimiento de la población se convirtió en un problema fundamental.

Federici advierte que esta hipótesis no sugiere un impacto demográfico decisivo en las doctrinas reproductivas de los herejes, sino que nos muestra un clima político en Italia, Francia y Alemania, en el que cualquier forma de anticoncepción, incluida la sodomía, pasó a ser asociada con la herejía, durante al menos dos siglos.

Pensemos también que las ideas, valores y prácticas, relacionados con la reproducción y la vida sexual cotidiana de los herejes constituían una amenaza a la ortodoxia, dado el interés de la Iglesia por controlar el matrimonio y la sexualidad, de modo que lograra "poner a todo el mundo –desde el Emperador hasta el más pobre campesino– bajo su escrutinio disciplinario" (Federici, 2010, 61).

Ahora bien, es preciso resaltar que la diferencia entre herejía y brujería en aquel momento histórico consiste en que esta última era considerada un crimen femenino. En el punto máximo de la persecución, durante la centuria que va de 1550 a 1650, la mayor parte de las víctimas fueron mujeres. Federici indica que, en la etapa anterior a esta cumbre inquisitorial, los hombres habían llegado a representar hasta un 40% de los acusados (Federici, 2010, 246).

Para la autora de *Calibán y la Bruja*, el dato más llamativo es que más del 80% de quienes fueron juzgados y ejecutados en Europa durante los siglos XVI y XVII, por el crimen de brujería, fue de mujeres. "Fueron perseguidas más mujeres por brujería en este periodo que por cualquier otro crimen, excepto, significativamente, el de infanticidio" (Federici, 2010, 246).

Otro importante hecho que Federici menciona en su estudio, y que diferencia las persecuciones de los herejes y de las brujas, se refiere al papel central de las acusaciones de perversión sexual e infanticidio contra las brujas, pues se dirigía a demonizar las prácticas anticonceptivas (2010, 247). Federici, citando

a Kors y Peters, nos recuerda que el nexo entre anticoncepción, aborto y brujería apareció por primera vez en la Bula de Inocencio VIII (1484):

> *A través de sus encantamientos, hechizos, conjuros y otras supersticiones execrables y encantos, enormidades y ofensas horrorosas, las brujas destruyen a los vástagos de las mujeres […]. Ellas entorpecen la procreación de los hombres y la concepción de las mujeres; de allí que ni los maridos puedan realizar el acto sexual con sus mujeres ni las mujeres puedan realizarlo con sus maridos* (Kors y Peters, citados por Federici, 2010, 247).

A partir de ese momento, los crímenes reproductivos pasaron a ocupar un lugar sobresaliente en los juicios. En el siglo XVII, las brujas fueron acusadas de pertenecer a una secta infanticida, de practicar abortos y de confabularse para arruinar el vigor generativo de humanos y animales. De acuerdo con los estudios de las antropólogas irlandesas Margaret Murray y Mary Condren, las mujeres enjuiciadas como brujas eran practicantes de antiguos cultos vinculados con la fertilidad y la reproducción.

Estas autoras indican que el alto número de comadronas entre las acusadas, aunado al trabajo que desempeñaban las mujeres en la Edad Media como curanderas comunitarias y al hecho de que, hasta el siglo XVI, el parto fuera considerado un "misterio" femenino, son indicios que respaldan esta perspectiva (Murray, 2006, 248-249).

Sin embargo, Federici insiste en que esta lectura no nos explica la secuencia temporal de la caza de brujas ni las razones por las cuales estos cultos y ritos asociados a la fertilidad y la reproducción fueron tan abominables a los ojos de las autoridades eclesiásticas. Por eso, sugiere que la preocupación general por el aumento en la mortalidad infantil en los siglos XVI y XVII, debido al crecimiento de la pobreza y la desnutrición, podría arrojar luz sobre la alta tasa de crímenes reproductivos en los juicios por brujería.

A su vez, enfatiza en la necesidad de vincular, como ya se mencionó, la persecución contra las brujas y la fuerza de trabajo; factor determinante en el siglo XVII cuando la población en Europa comenzó a decaer de nuevo, lo que provocó el temor de otro colapso demográfico, tal y como ocurrió en las colonias americanas durante las décadas siguientes a la Conquista. Así, Federici propone ver la cacería de brujas, al menos en parte, como un intento por neutralizar el control de la natalidad y colocar a las mujeres al servicio de la reproducción en pro del aumento en la fuerza de trabajo (2010, 250).

Dado que eran las parteras, las curanderas, las herbolarias y las adivinas del pueblo y, por ende, merecían el aprecio de las comunidades cuyos problemas cotidianos atendían; al perseguir y aniquilar a las brujas se expropió a las mujeres de ese saber empírico relacionado con las hierbas y los remedios curativos.

Así se rompe con un proceso histórico de acumulación y transmisión de saberes heredados de generación en generación. Esta pérdida allanó el camino para lo que Federici, basándose en Ehrenreich e English (2009), de-

nomina "una nueva forma de cercamiento", y que refiere al progreso de la medicina profesional caracterizada, desde esos momentos preliminares, por el establecimiento de una frontera que hacía del conocimiento científico algo incuestionable, lejano y a la vez incomprensible para el pueblo.

En el Malleus Malleficarum (Kramer, 1975, 243) se incluyó un capítulo exclusivo para alertar sobre la infamia de estas mujeres. Y, dado que el parto era un suceso en el que los hombres prácticamente no participaban, se facilitaba entonces la construcción de mitos al respecto. En consecuencia, se produjo una progresiva exclusión de las mujeres de cualquier actividad relativa a la curación, el parto o la salud en general.

Jacques Gelis sostiene, con base en sus investigaciones sobre la Francia del siglo XVII, que para profundizar los mecanismos de control gubernamental fue necesario quebrar esa complicidad comunitaria con las mujeres sabias (*sages femmes*); el primer edicto que regulaba su actividad en ese país fue promulgado en Estrasburgo, a finales del siglo XVI. Gelis sospecha que tanto el Estado como la Iglesia desconfiaron siempre de esta figura cuyo conocimiento era, con frecuencia, secreto y estaba rodeado de un aura sobrenatural. Por esa razón, Francia e Inglaterra prohibieron el ejercicio de la obstetricia (fines de siglo XVI) y ya para el siglo XVII emergieron los primeros parteros. Un siglo más tarde, la obstetricia estaba casi bajo el completo control estatal y las *sages femmes* eran usadas como fuerza reaccionaria en sus campañas de reforma moral (Gelis, 1988, 525).

Federici, como parte de su trabajo analítico, hace el ejercicio de imaginar lo que podrían haber sentido las mujeres al ver quemadas en la hoguera a sus vecinas y familiares y percatarse de que cualquier acción relativa a evitar y terminar con un embarazo, o a controlar un parto, podría ser vista como un hecho criminal y satánico. Para Federici, esta sería una forma de explicar por qué los métodos anticonceptivos, que habían sido ampliamente utilizados en la Edad Media, desaparecieron en el siglo XVII, relegados solo al entorno de la prostitución. Cuando reaparecieron eran controlados por hombres y su uso dependía de la autorización del esposo[3].

Es imprescindible recordar que la bruja no era solo la partera, o aquella mujer que evitaba la maternidad, o bien la mendiga que intentaba sobrevivir robando algo para comer. La bruja era también la mujer promiscua y, por eso, en los juicios de brujería la "mala reputación" era prueba de culpabilidad. La bruja era la mujer rebelde que contestaba, discutía, que insultaba y no lloraba bajo tortura.

3 En el continente americano según se sabe, gracias a las investigaciones etnofarmacológicas, en países como México, Ecuador y Bolivia contaban con una larga tradición de los pueblos originarios en el uso de plantas abortivas, anticonceptivas, así como técnicas para atender el parto. No obstante, estas fueron prohibidas luego de la conquista y durante la colonización. Mucha de esta información ha sobrevivido, por la tradición oral de estos pueblos indígenas y aún se practica en algunos de ellos (del Popolo, Schkolnik, Oyarce, & López, 2013), (Naranjo & Escaleras, 1995), (Quezada, 1975).

Concluimos este capítulo ilustrando, con Federici, cómo se recrudeció la criminalización de cualquier acto que pareciera ser antinatalista. Conforme la caza de brujas se extendía, se iban aprobando leyes que tenían por objeto castigar con la pena de muerte a las mujeres adúlteras, ilegalizar la prostitución y los nacimientos fuera del matrimonio, al tiempo que el infanticidio se instituía como un crimen capital.

En 1556, Enrique II decretó una ley que penalizaba como asesina a cualquier mujer que, tras encubrir su embarazo, diera a luz a una niña o niño muerto. En 1563 se sancionó una ley similar en Escocia y hasta el siglo XVIII, en Europa, el infanticidio fue castigado con la pena de muerte (Federici, 2010, 255).

La herencia de esta etapa histórica sigue presente en las instituciones médicas y jurídicas, en el campo educativo y en los sentidos comunes de nuestra sociedad occidental contemporánea. El destierro continúa vigente y la resistencia se canaliza a través de una lucha política, mayoritariamente feminista, por recuperar nuestros cuerpos, por retornar a nuestros territorios vitales.

Discusión conceptual sobre la violencia obstétrica

El gobierno sobre los cuerpos de las mujeres

Es mucho lo que se podría discutir no solo con respecto al útero colonizado, sino a todo el proceso del embarazo, el parto, el postparto y la maternidad. Nancy Ehrenreich (1993, 492) en su artículo "The colonization of the womb", realiza un riguroso análisis sobre las formas como las categorías raza, clase y género se articulan dentro de los mecanismos de opresión patriarcal que se manifiestan en torno a la reproducción. Sin embargo, para este estudio nos concentraremos únicamente en el análisis de las prácticas de gobierno sobre el parto. Esta autora, siguiendo a Foucault, explica que el ejercicio de los poderes médico y jurídico, dentro del ámbito de atención a la salud reproductiva, se ejerce no solo *sobre* los cuerpos de las mujeres, sino *a través* de ellos. Al comprender el poder en términos foucaultianos ella insiste en que este construye realidades:

> *In fact, it is scientific discourse, and its transformation of women into objects of knowledge, that make possible their subjugation through violence. Medicine controls women by creating them; it inscribes its bureaucratic, mechanized and patriarchal images of reality onto their very bodies* (Ehrenreich, 1993, 576)[4].

4 "De hecho, es el discurso científico, y la transformación que hace de las mujeres en objetos de conocimiento, lo que hace posible su subyugación a través de la violencia. La medicina controla a las mujeres al crearlas, inscribe sus burocráticas, mecanizadas y patriarcales imágenes de la realidad en sus propios cuerpos" (Traducción propia).

Por medio del estudio de casos, Ehrenreich examina cómo son percibidas las manifestaciones de resistencia de las mujeres a las instrucciones médicas durante el embarazo y el parto, las cuales son interpretadas como producto de la irresponsabilidad, la ignorancia o, aún peor, como muestra de desviación o patología mental.

Un ejemplo de ello es "Maternal posture in labour", publicado por Gupta y Nikodem en el año 2000, en la revista *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, en el cual los autores hacen una revisión histórica y cultural de las prácticas de atención durante el parto y dan cuenta de datos ya conocidos, mas no previamente sistematizados y comparados. Lo que señalan los autores se puede resumir de la siguiente forma:

En sociedades no-occidentales las mujeres se mueven libremente, cambian de posición en la forma y el momento en que lo desean o necesitan. Una posición supina es en extremo inusual, si bien las mujeres pueden descansar de costado en algunos momentos, intercalando estas posturas con otras posiciones verticales. La partera y otras personas colaboradoras en el parto pueden aconsejar a la mujer alterar las posiciones o realizar un movimiento pélvico particular. Incluso utilizan sus propios cuerpos para que les sirvan de apoyo y pueden moverse junto con ella, de manera sincronizada, meciéndose o haciendo círculos con la pelvis, cambiando el peso del cuerpo de un pie al otro, etcetéra. La mujer en labor de parto puede también echar mano de diversos mecanismos para apoyarse durante las posturas verticales, por ejemplo, con el uso de postes, piezas de tela anudadas, hamacas, entre otras; o puede también arrodillarse, agacharse o acomodarse en el suelo.

En la cultura occidental, por el contrario, el parto es percibido meramente en términos de la actividad uterina y de los actos del personal médico y dejan de lado a la mujer que está pariendo. Durante los últimos 300 años, la opinión médica ha favorecido el cambio a la posición de decúbito, sin embargo, esto se ha implementado sin el aval de evidencia científica. Los cambios que condujeron al parto en decúbito iniciaron con el advenimiento de los cirujanos obstetras durante el siglo XVII en Francia.

Estos cambios se pueden rastrear hasta el Hotel Diêu, donde Amboise Paré y sus seguidores iniciaron con estos procedimientos. Cincuenta años después, el parto en decúbito se generalizó por la influencia de Francois Mauriceau en la corte de Luis XIV. Al parecer, además, el Rey prefería esta posición para poder observar el nacimiento de sus hijos. En 1668, Mauriceau publicó su trabajo *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées*. Dos años más tarde, Mauriceau recibió la visita de Hugh Chamberlen, miembro de la aristocracia británica, quien desarrolló el uso del fórceps obstétrico y luego traduciría al inglés el libro de aquel.

Los investigadores Gupta y Nikodem consideran que la permanencia y persistencia del parto en decúbito se relaciona con el advenimiento de la

Revolución Industrial. Durante los siglos XIX y XX, las prácticas sociales y del ámbito de la salud fueron profundamente modeladas por las transformaciones asociadas a esta revolución tecnológica, política y económica. Uno de esos cambios fue el traslado del parto de la casa al hospital.

Aunque la justificación racional expuesta por el discurso médico era la protección en casos patológicos, lo cierto es que el ambiente hospitalario impone la institucionalización médica a todas las mujeres parturientas, inclusive en los casos en los que tanto el embarazo, como el parto y el bebé recién nacido son saludables, es decir, que se han desarrollado sin que medie ningún evento patológico.

Además, el modelo ideal de mujer (la mujer pura), propio de la época victoriana, contribuyó a reforzar el rol de enferma de la parturienta. Así, el foco en las enfermedades y la visión del parto como padecimiento impulsaron un tipo de cuidado similar al de un paciente en una cama de hospital.

Encontramos, pues, una característica fundamental de lo que queremos conceptualizar como poder obstétrico (en tanto forma de poder disciplinario): el abordaje está orientado a la enfermedad, por lo que patologiza el proceso de parir. La medicalización del embarazo y el parto constituyen, por lo tanto, el eje medular de la colonización del útero (como lo ha acuñado Ehrenreich) y del cuerpo de las mujeres.

Gupta y Nikodem coinciden con Silvia Federici[5], y las autoras citadas por ella en sus investigaciones, en que el proceso de remplazo de las parteras por hombres parteros y luego cirujanos obstetras permitió el desarrollo de un punto de vista distinto: el de la medicina perinatal. La inmovilidad durante el trabajo de parto, que llega incluso al punto de sujetar a la mujer durante la labor, se tornó una práctica común; más aún con el uso de drogas anestésicas, a partir de la primera mitad del siglo XX.

En su artículo, estos autores citan a una de las más prolíficas escritoras sobre el parto y el embarazo, Sheila Kitzinger, quien afirma:

> *In contemporary Western Society the culture pattern imposed on women is predominantly medical. Medicine has taken over from religion the power and authority of the priesthood. Birth is a medical crisis, the termination of a disease called pregnancy. Labour is the sum of the interaction between the passage, the powers and the passenger. The woman has no part in this equation. There is a skeletal framework, uterine contractions, and a fetus. This reproductive mechanism is always at risk of functioning ineffectively. The obstetrician is the senior mechanic and primer of the endocrine pump* (Gupta & Nikodem, 2000, 274)[6].

5 Silvia Federici es una activista de larga data, filósofa e historiadora, feminista y marxista. Ha trabajado en universidades de Estados Unidos y en algunas del continente africano.

6 Traducción de la cita: "En la sociedad occidental contemporánea el patrón cultural impuesto sobre las mujeres es predominantemente médico. La medicina ha tomado de la religión el poder y la

En las conclusiones los investigadores indican que no es posible recomendar una única práctica de atención durante el parto, puesto que es un proceso dinámico y cambiante. Los operadores sanitarios y colaboradores de la mujer que se encuentra en dicha labor deben mantener una buena disposición, tener suficiente conocimiento y deben contar con la libertad dentro de sus instituciones, para ayudarla a probar posiciones distintas, según su preferencia.

Asimismo, insisten en que, de acuerdo con la evidencia disponible, la postura vertical no es dañina para la mujer, ni para el feto ni para el proceso de parto y, además, aceptan la reivindicación feminista de que las mujeres deberían estar en libertad de adoptar la postura que ellas encuentran confortable, sea cual sea.

Hacia una definición de poder obstétrico

La propuesta que ofrecemos está basada en la arquitectura conceptual foucaultiana y en las teorías feministas; esperamos que sea de utilidad para el análisis profundo del problema de la violencia obstétrica, sus efectos y las dinámicas sociales que la producen.

Para Foucault 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. Son los saberes de la persona enferma, del paciente psiquiátrico (Foucault, 1980, 82). Nos preguntamos entonces ¿cuál lugar, en la jerarquía del conocimiento, ocupa el saber que de su propio cuerpo y de sus propios procesos fisiológicos y psicológicos, tiene la mujer embarazada y la mujer parturienta?

Como hemos visto en las secciones anteriores, ese saber es descalificado por la institucionalidad médica; es definido como un saber ingenuo, insuficiente, acientífico. Es, por lo tanto, un saber subyugado. Está doblemente subyugado, además, en razón del lugar social que las mujeres ocupan de acuerdo con la dominante estructura social de género que privilegia lo masculino sobre lo femenino. Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica. Es decir que, en principio, no existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien una relación de poder.

autoridad del sacerdocio. El nacimiento es una crisis médica, la terminación de una enfermedad llamada embarazo. La labor de parto es la suma de la interacción entre el pasaje, los poderes y el pasajero. La mujer no tiene parte en esta ecuación. Hay un esqueleto que enmarca, unas contracciones uterinas y un feto. Este mecanismo reproductivo está siempre en riesgo de funcionar de modo infectivo. El obstetra es el mecánico en jefe y conductor de la bomba endocrina" (Traducción propia).

Los cuerpos de las mujeres, durante el embarazo y el parto, están bajo la tutela médica que producirá unos cuerpos dóciles, disciplinados y sexuados. El embarazo es el centro de atención. A partir de las tesis foucaultianas, el cuerpo de la mujer embarazada vendría a ser el cuerpo del anormal, a saber, un cuerpo alterado que es preciso conocer en detalle, en primera instancia, para luego someterlo a un disciplinamiento que permita su control y normalización.

Desde el consultorio médico hasta la sala de partos, los diversos lugares donde se sigue el *control* del embarazo hasta el parto, interconectados entre sí, conforman una institución total, en los términos definidos por Goffman (2001). La mujer embarazada, al ser reducida a la circunstancia de su preñez, es violentada en su condición de sujeto moral. A partir de ese primer acto violento se desprenden los demás.

El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias.

La vigilancia, la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto, son parte de los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico.

Un pabellón hospitalario de gineco-obstetricia se asemeja en mucho a una prisión. El control del tiempo, del movimiento, de los ritmos, es constante. Nada sucede sin autorización y sin un propósito de utilidad definido desde la perspectiva de los tomadores de decisiones. La expresión de voluntades contrarias al orden establecido es censurada e inclusive sancionada a través del castigo ejemplarizante. Así, la docilidad se impone como único camino para obtener algún grado de bienestar.

El objetivo o función de utilidad del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos. Esto solo es posible si el embarazo y el parto se construyen subjetivamente como procesos de alteración y desorden que deben ser vigilados con minuciosidad para que no causen caos. De ahí que la mujer embarazada haya terminado transformada en una persona discapacitada o enferma.

El discurso cotidiano referido al embarazo y al parto nos brinda múltiples muestras de cuánto hemos internalizado la patologización de un proceso biológico natural. Con respecto a los procesos administrativos, por ejemplo, se utiliza la palabra “incapacidad” en lugar del término “licencia por maternidad”.

Los partos en casa se consideran un signo de retraso, de irresponsabilidad o de pobreza y la figura de la partera es, para una gran mayoría, un signo de lo rural, de lo pre-moderno, contrario a lo citadino y lo civilizado.

Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. El maltrato adultocéntrico hacia las adolescentes que están en los salones de maternidad, forma parte de las lecciones morales que también se asocian al poder obstétrico. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer.

Este es el proceso que Adrienne Rich (1986) denominó "la institucionalización de la maternidad". La apropiación de los cuerpos y psiques de las mujeres mediante un proceso histórico de esclavitud, es el eje de la acción patriarcal que instaura a la maternidad como único elemento de valoración social de lo femenino. Del amor materno en la cultura hebrea, se pasó luego a la idealización de la maternidad en la cultura greco-romana tardía y, más tarde, en la Edad Media, surgió el mito de la virgen madre, que simboliza la máxima forma de glorificación de la maternidad como institución social (Burgaleta Pérez, 2011, 24).

Rich (1986) explica que el patriarcado requiere que las mujeres asuman no solo una mayor carga de dolor, sino que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. Esta teórica feminista lo llama la subutilización de la conciencia de las mujeres, de lo cual dependería una cierta moralidad y emocionalidad indispensables para la estructura de la familia patriarcal.

Dado que estos cuerpos son especialmente vulnerables debido a la carga simbólica que recae sobre el proceso fisiológico que experimentan –el embarazo–, el ejercicio del poder obstétrico impone algunos elementos preponderantes en la institución de la maternidad en los términos descritos por Rich.

El control sobre los cuerpos reproductores de la fuerza de trabajo y el disciplinamiento que los hace dóciles, domésticos, hieren al yo de la mujer al tiempo que producen la subjetividad de la madre en el sistema de dominación patriarcal.

La dimensión institucional y las voces de las mujeres

Un panorama general sobre el uso institucional del concepto violencia obstétrica[7]

El término violencia obstétrica se acuñó hace poco tiempo en el ámbito del activismo feminista por los derechos reproductivos. El primer caso de reconocimiento institucional de este concepto se dio en Venezuela, con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en el año 2006. Este concepto fue acogido más tarde en otros países latinoamericanos, dentro de los marcos legislativos dirigidos a erradicar la violencia de género. En algunos estados de México se introdujo este concepto en 2008 y en Argentina en 2009, al votarse afirmativamente la Ley Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) apoyó de cerca el proceso de construcción del proyecto de ley en Venezuela y, después, incluyó el término en sus documentos oficiales y recomendaciones generales a los países (UNFPA, 2007, 16).

La ley venezolana sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia establece, en su artículo 51, que:

> *Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

En la legislación argentina se define de esta manera:

> *e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato*

7 Son numerosos los grupos de mujeres activistas organizadas en lucha por la eliminación de la violencia obstétrica. El parto es nuestro, es una de esas organizaciones, su página web es: http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/11/27/la-violencia-obstetrica-no-existe-o-eso-quisiera-decirte También, la Organización de Naciones Unidas ha acogido esta reivindicación, tal y como se observa en esta campaña para el 25 de noviembre (Día Internacional por la no violencia hacia las mujeres) http://saynotoviolence.org/es/unete-a-di-no/di-no-la-violencia-durante-el-parto

deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929[8].

Basándonos en estas definiciones, podemos afirmar que el término violencia obstétrica vendría a ser una categoría que reúne diversas formas de expresión de control y opresión sobre los cuerpos/psiques[9] de las mujeres y niñas que están embarazadas o que se encuentran en trabajo de parto. Mencionamos a las niñas para hacer visible una trágica situación que continuamos enfrentando, tanto en Costa Rica como en toda América Latina, el embarazo impuesto a niñas[10], causado por actos de violencia sexual. Recordemos, por ejemplo, el famoso caso de Rosita[11], ocurrido en Costa Rica en 2003, una niña nicaragüense de nueve años, quien quedó embarazada como resultado de una violación sexual. En el Hospital William Allen, en Turrialba, donde fue atendida cuando su familia se percató del embarazo, no consideraron ni siquiera la posibilidad de un aborto terapéutico, dado el alto riesgo que implicaban, para una niña tan pequeña, tanto el embarazo como el parto.

Al hacer una revisión de las legislaciones en materia de salud encontramos que en ninguno de los países centroamericanos el concepto *violencia obstétrica* ha sido reconocido en el plano normativo institucional. Sin embargo, sí está siendo utilizado por las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres y las niñas. Se utiliza para encuadrar la severa problemática que muchas mujeres (sobre todo las más vulnerables por su situación económica, educativa, migratoria o por su origen étnico) afrontan durante la atención sanitaria del embarazo, el parto y el postparto.

En Costa Rica afrontamos un escenario muy complejo en lo que respecta a la atención médica de la salud reproductiva. La intensa medicalización

8 La ley 25.929 se conoce como "Ley de parto humanizado".

9 Con esta forma de nombrar cuerpo y mente, queremos romper con el pensamiento dualista que separa la mente, la emocionalidad y la afectividad, del cuerpo tangible.

10 La violación a los derechos de las niñas es una situación cotidiana y naturalizada, tanto así que el Fondo de Población de Naciones Unidas, decretó la necesidad de celebrar el día mundial de la niña, para llamar la atención sobre la gravedad del problema, especialmente, en lo que respecta a la violencia sexual. En Costa Rica se considera que toda relación sexual con una niña menor de 13 años es violación. Según las estadísticas del Ministerio de Salud, más de 14.000 adolescentes al año se convierten en madres y de esas, al menos 500 son niñas menores de 15 años. Entre esos casos se encuentran niñas que apenas han cumplido los 9 años. En Costa Rica se mantiene penalizado el aborto, incluso en casos de violación o incesto. Para más información, se puede consultar este reportaje http://www.crhoy.com/el-embarazo-en-adolescentes-un-drama-que-va-en-aumento-en-america-latina/

11 Acontinuación se puede encontrar más información sobre la persecución que sufrieron las médicas que le ayudaron a Rosita en Nicaragua. Rosita tuvo que salir de Costa Rica, dado que aquí se le imponía continuar con ese embarazo y su salud peligraba http://www.puntos.org.ni/index.php/es/ediciones-boletina/boletina-edicion-71/no-es-delito-defender-los-derechos-de-las-ninas-adolescentes-jovenes-y-adultas.html

del embarazo y del parto[12], el paradigma cultural del paternalismo médico[13] que persiste, arraigado dentro de los gremios de las profesiones sanitarias, el limitado o nulo acceso que tiene la población a una educación en derechos humanos y una marcada influencia de los sectores conservadores religiosos en la política pública de salud, producen una serie de obstáculos para el reconocimiento y garantía de los derechos humanos de las mujeres en materia de sexualidad y reproducción (MINSALUD, OPS, OMS, 2005).

No obstante, debemos reconocer que desde algunos departamentos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), se han impulsado iniciativas para corregir al menos algunas de las dificultades mencionadas. Según la Dra. Ileana Quirós, quien fungió como coordinadora del Programa de Salud de la Mujer de dicha institución, una de las limitaciones que más afecta el avance de las transformaciones institucionales es "la naturalización de las conductas sexistas en el marco de la relación operador sanitario/a-paciente". Para Quirós, el problema de la violencia obstétrica es un reto que "amerita acciones inmediatas pero que será difícil de afrontar" (Ileana Quirós, 26 de agosto de 2013)[14].

El ejercicio del poder obstétrico mediante la violencia obstétrica

Desde los estudios de género, feministas y *queer* se ha producido una amplísima base de conocimiento sobre los modos en que la sociedad occidental ordena jerárquicamente los cuerpos según el sexo, la capacidad reproductiva y el rol de género que se les asigna al nacer; entre otras características[15] que dibujan nuestro lugar dentro de la colectividad.

Cuando Foucault describió los diversos mecanismos que forman parte de la producción de cuerpos dóciles, no profundizó[16] en su análisis sobre las diferencias que la categoría sexo/género podría ocasionar en esa serie

12 El término *medicalización de la vida*, propuesto por el historiador Iván Illich, se refiere al proceso de invasión del cuerpo y de la vida cotidiana, a través de las técnicas médicas, de los productos farmacéuticos, etcetéra, los cuales no tienen como objetivo proteger la salud o el bienestar, sino la producción de un sujeto dependiente de la institución de salud (Illich, 1976). Al hablar de la medicalización del embarazo y el parto, se señala el excesivo uso de intervenciones médico-tecnológicas en un proceso que no es patológico en sí mismo (Barker, 1998), (Zwelling, 2008).

13 El paternalismo médico, como se entiende en el ámbito de la bioética, consiste en el ejercicio de autoridad por parte del profesional en salud, en contra (o sin dar espacio para el ejercicio) de la autonomía y libre determinación del paciente o de la paciente (Childress, 1982).

14 Quirós, Ileana. (23 de noviembre de 2012). Opinión acerca del cumplimiento del protocolo de la CCSS sobre atención al parto. (Comunicación personal. Gabriela Arguedas, entrevistadora).

15 Origen étnico-racial, edad, condición migratoria, discapacidad física, orientación sexual, estrato socio-económico, entre otras categorías de discriminación que se intersecan con la categoría género.

16 Por supuesto, no hacemos este señalamiento queriendo decir que fue una decisión deliberada ni mucho menos, siendo Foucault unos de los pensadores más innovadores con respecto a los estudios sobre la sexualidad, sino que consideramos como necesaria la ampliación de la mirada, desde las teorías foucaultianas, sobre la dimensión del género, en el marco de las sociedades occidentales.

de procesos y relaciones. Lo que queremos proponer acá, siguiendo a Judith Butler y su noción del género como performatividad, es que el poder disciplinario ejercido en el marco de los procesos corporales ligados al ideal occidental y patriarcal de la maternidad, está enlazado de manera estructural a la dominación y opresión de aquello que se entiende, construye o define como femenino.

Gracias a la producción teórica de Foucault, enriquecida con los análisis feministas sobre los efectos de la opresión de género y las diversas estrategias de resistencia que han surgido para confrontar esa opresión, podemos aproximarnos de una forma mucho más amplia al estudio sobre el ejercicio de la violencia obstétrica y su funcionamiento como mecanismo disciplinario que produce cuerpos dóciles, pero que además, produce cuerpos sexuados.

Pasaremos ahora a presentar un panorama sobre la dinámica propia de las salas de partos, la forma en que se gobiernan los cuerpos *de*[17] las parturientas y cómo las mujeres hemos sido desterradas de nuestros cuerpos, a raíz de un largo proceso histórico de dominación.

En la sala de partos

En este apartado se presentan, de manera general, retratos de la cotidianidad en la atención al parto, según lo que está descrito en una reciente investigación cualitativa realizada en Costa Rica. La *Guía de atención al embarazo, parto y postparto en Costa Rica* (2008) establece algunos lineamientos que podrían sugerir una mayor sensibilidad con respecto al ejercicio de la autonomía de las mujeres embarazadas, sobre las necesidades y deseos que ellas pueden manifestar en estas etapas. Sin embargo, esa guía no incluye la definición de violencia obstétrica, ni está elaborada desde una perspectiva de género y de derechos humanos.

Al respecto, el M.Sc. Manuel Monge, jefe de enfermería obstétrica del Hospital Calderón Guardia, opina que:

> *La nueva normativa contempla el derecho de la mujer a decidir sobre el parto [...]. De alguna manera se incorporan elementos de los derechos sexuales y reproductivos que son derechos humanos. El asunto es que en la práctica cotidiana, a una gran mayoría de mujeres no se les da la oportunidad de decidir sobre su proceso de parto. La utilización de tecnologías perinatales cuestionadas incluso por la OMS se sigue utilizando de manera rutinaria. Esto impide, entre otras causas, un cumplimiento real y efectivo de los derechos de las mujeres en las salas de parto. Otros elementos como un modelo de atención paternalista en el cual el agente de salud es quien decide en muchos de*

17 Nos es problemático utilizar la imagen del cuerpo como propiedad, pues nos acercamos más a la idea de ser el cuerpo, no se poseer el cuerpo. Esta discusión no se desarrolla en este trabajo, pero sí consideramos que en una próxima investigación será un punto que deberá ampliarse.

los casos invisibilizan a la mujer en el proceso de toma de decisiones (Manuel Monge,19 de octubre de 2013)[18].

Manuel Antonio Serrano, quien posee una maestría en enfermería obstétrica, describe en su artículo *"Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad"* (2012) una serie de casos de los cuales se seleccionan algunos a manera de ilustración acerca de las vivencias de las mujeres en las salas de parto de los hospitales en Costa Rica:

> *Ana (nombre ficticio, hecho real) de 17 años de edad se encuentra en franco trabajo de parto; se observa intranquila con fases obvias de dolor debido a las contracciones uterinas […] se encuentra sola, ya que a su madre se le ha negado estar con ella, pues el lugar es pequeño y hay más mujeres en las mismas condiciones que Ana […] voltea la mirada como buscando alguna persona en quien afirmarse […] se acerca una enfermera para auscultar la frecuencia cardiaca del bebe de Ana […] ella la toma del brazo y expresa […] ayúdeme por favor […] la enfermera reacciona y le dice […] suélteme niña […] ustedes agarran muy duro […] se aleja rápidamente del lugar diciéndole [...] recuéstese de medio lado […] respire profundo […] así es esto niña […]* (Serrano, 2012, 70).

En este caso, se evidencian varias conductas hostiles hacia la mujer joven que se encuentra en labor de parto[19]. Al negarle la compañía de una persona de confianza (en este caso, la madre de la joven en labor), se la está obligando a depender del personal de salud que, a su vez, le niega un trato respetuoso que le permita pasar por las diversas etapas del parto de la mejor manera posible. Además, también se observa la expresión de comportamientos adultocéntricos.

> *José y María (nombres ficticios, hecho real) están en labor de parto… recibieron la preparación durante el embarazo para afrontar este momento de la mejor manera […] ella quiere que su hija nazca lo más natural posible […] se encuentra en la sala de labor ligada a una cama ya que no le facilitan el levantarse […] le han colocado un suero en su brazo derecho […] y justo ahora es valorada para determinar su progreso en la labor[…] la enfermera afirma que deben acelerar la labor con "pitocin"[20] ya que está lerda […] mira como la enfermera inyecta en el suero colocado una sustancia que casi de manera inmediata incrementa el ritmo y la intensidad de las contracciones […]* (Serrano, 2012, 70).

18 Monge, Manuel. (23 de Noviembre de 2012). Opinión acerca del cumplimiento del protocolo de la CCSS sobre la atención al parto. (Comunicación personal. Gabriela. Arguedas, entrevistadora).

19 Proceso que si bien no debe patologizarse, sí requiere de atención empática, colaboración y apoyo tanto emocional como físico.

20 *Pitocín* es el nombre comercial de la hormona oxitocina, cuyos efectos consisten en aumentar el ritmo e intensidad de las contracciones uterinas. Se aplica para acelerar la labor de parto. El uso correcto de la oxitocina se limita, en exclusivo, a los casos que ameritan intervención, sobre todo cuando hay signos de sufrimiento fetal. Tiene efectos secundarios importantes, por lo que su uso debe estar racionalmente justificado.

El caso No. 2 describe procedimientos rutinarios en las salas de partos de los hospitales costarricenses. Acelerar las labores de parto, cual si se estuviera en una fábrica con líneas fordistas de producción[21], es una práctica cotidiana y naturalizada en las salas de maternidad.

> *[…] además la enfermera le expresa que la va a revisar para ver cómo va la dilatación […] al hacer el procedimiento refiere que tiene cinco centímetros y va a romper la bolsa para ayudarla […] la mujer ante todo este proceso que no tarda más de cinco minutos no ha emitido palabra alguna […] solo se muestra como espectadora […] parece que no entiende lo que se le está realizando […] hace exactamente todo lo que se le solicita […] su esposo en sala de espera sólo pide a Dios que todo sea de la mejor manera y lo más rápido posible […] le han informado que le avisaran sólo cuando la niña esté por nacer […] y que por favor no pregunte nada hasta ese momento […] espere y nosotros lo llamamos […]* (Serrano, 2012, 70).

La mujer embarazada es confinada al lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Se le informa a medias y no se la incluye en la toma de decisiones. Es decir, se le anula su condición de sujeto moral, su voluntad es negada porque de ella se demanda solo aceptación y obediencia, bajo el supuesto de brindarle ayuda. De igual forma, el compañero de la mujer, al que se le asigna la tarea de esperar en silencio, es considerado un estorbo en este escenario. Narra el autor:

> *Ahora son las 17 horas ya oscurece en la sala programada para la atención de mujeres en labor de parto. Juana (nombre ficticio hecho real) es una mujer indígena panameña que se encuentra en franco trabajo de parto, su mirada define y determina angustia y algo de desesperanza. Nadie en el lugar la orienta y guía para que pueda determinarse en el cuidado de su salud o realizar más acciones que podrían facilitar su evolución en labor de parto mismo […]* (Serrano, 2012, 71).

La xenofobia y el racismo son expresiones discriminatorias que también se hacen presentes en las salas de parto de los hospitales. Pensemos que ya es bastante aterrador estar en un espacio hospitalario en el que, aunque hablemos el mismo idioma, desconocemos la jerga técnica. ¿Cuánto temor pudo haber experimentado esta mujer si, además, nadie ahí habla su idioma? El silencio es entonces el único refugio disponible, porque no tiene derecho a la palabra.

> *[…] ella comprende el español de forma efectiva sin embargo el lenguaje que se utiliza más bien parece como el expresado a un niño […] "Ustedes como no hablan tiran el chiquito en la cama" refiere una enfermera encargada de la atención de las mujeres en esa área. Ella se queda callada y se voltea*

21 Fiona Dykes lo explica así: "This model for managing women´s labour and birth is closely aligned to the industrial model exemplified in a car Factory and referred to as Fordism" (Dykes, 2006, 19). "Este modelo para administrar la labor de parto de la mujer y el nacimiento está muy próximo al modelo industrial ejemplificado en la fábrica de autos y referido como fordismo" (Traducción propia).

hacia la pared como buscando en ella el apoyo humano que no encuentra en ese lugar […] (Serrano, 2012, 71).

Como se puede apreciar en el caso citado, esta mujer experimenta de manera interseccional, varias formas de discriminación (por etnia y por condición migratoria) que profundizan su vulnerabilidad ante el ejercicio de la violencia obstétrica.

A esta paciente hay que apurarla si no nunca va a salir" refiere una enfermera que recién inicia sus labores en la atención directa de las mujeres en la atención de parto […]."Doctora, creo que voy progresando bien ya tengo siete y entré con cinco, ya casi ¿verdad?". Casi al instante la enfermera realiza una revisión ginecológica para determinar la dilatación cervical de la mujer "Pongámosle candela" refiere la enfermera: "Por favor ayúdeme ya no aguanto" "Señora nosotros conocemos nuestro trabajo, esté tranquila". "Páseme ya, por favor." "No insista señora yo sé cuándo hacer lo que corresponde". Casi en el acto la señora concibe a su hijo en la misma cama de la sala ante la mirada y presencia de cinco mujeres más y al menos siete personas presentes "Se lo dije doctora". "Ya pasó todo señora, tranquila" (Serrano, 2012, 71).

A partir de la cita anterior, retomando a Foucault, observamos que todo ejercicio de poder conlleva también una producción de saber. En el gradiente de poder que se establece dentro del ámbito hospitalario y, en particular para nuestro estudio, en los servicios de gineco-obstetricia, unos sujetos estarán legitimados para participar de ese conocimiento mientras que a otras les estará vedada esa participación. Sin duda, lo más notable es que las mujeres son descalificadas sobre el conocimiento que tienen de sus propios cuerpos, de sus sensaciones y percepciones. El mensaje parece ser "en este lugar Ud. no sabe nada, ni siquiera sobre Ud. misma". La información que se transmite por el dolor, por los cambios corporales, que solo la mujer en labor de parto puede percibir, todos esos datos serán inexistentes hasta no ser validados por quien ejerce la autoridad dentro del escenario clínico.

Señora, aquí es así, el dolor no se le quita hasta que puje el güila". La mujer luce desesperada, atada a una cama grita, "Tengo demasiado dolor, no puedo más, sáquenmelo". Ante este escenario se desarrolla la labor de parto de una mujer en el proceso de concebir a su hijo. La mujer es esquiva ante las personas a su alrededor, desconoce el grado de responsabilidad que tienen para con ella, incluso no conoce sus nombres, a todos los llama doctor, no acata ninguna disposición que se le brinda (Serrano, 2012, 72).

Este caso resulta muy revelador, por eso lo elegimos para cerrar esta sección, porque ilustra el peso simbólico de la idea dominante de maternidad y de feminidad que prevalece en nuestra sociedad occidental y patriarcal. Según este marco ideológico, una mujer debe acatar órdenes, sobre todo, si se encuentra bajo la tutela de un operador sanitario que está controlando su labor de parto. Soportar el dolor es parte de la mística maternal y de la ética

sacrificial que están llamadas a adoptar todas aquellas mujeres que deseen ser catalogadas como buenas madres[22].

> *Señora no grite, estése quieta, todo lo que hace es contra su hijo, voy a pasar a su familiar para que sea testigo de lo que está haciendo y el ridículo que está haciendo, aquí todas las señoras tienen esos dolores y no se comportan como usted, usted no es digna de llamarse madre, las madres aguantamos todo* (Serrano, 2012, 72).

En este caso también se puede apreciar un gesto característico de la sociedad disciplinaria estudiada por Foucault: el castigo. La enfermera amenaza a esta mujer con una forma de punición que radica en ser sometida al escarnio público. Una amenaza como esta, muy probablemente, sea suficiente para tornar dócil ese cuerpo y para enviar una advertencia a todas las demás mujeres en labor de parto que comparten ese espacio.

Queremos también subrayar que, si bien reconocemos que muchos funcionarios en el ámbito de la salud realizan su trabajo en atención y respeto por la integridad de las mujeres embarazadas, nuestro objetivo de investigación gira en torno a la violencia obstétrica, razón por la cual estamos concentrándonos en casos que ilustran la forma en que este tipo de violencia se manifiesta.

Conclusiones preliminares

En este trabajo inicial de investigación, nos propusimos explicar qué se entiende por *violencia obstétrica* y cómo emerge. De igual forma, quisimos presentar una aproximación inicial al análisis crítico de este fenómeno, mediante el concepto de poder obstétrico y destacar la forma como se enlaza la violencia obstétrica –mecanismo de ese tipo de poder disciplinario– con la jerarquización de género.

Uno de los hallazgos que podemos resaltar en esta etapa, es que la violencia obstétrica, como noción incorporada a un discurso oficial, nace en el ámbito jurídico gracias al trabajo del activismo feminista en Venezuela, Argentina y México.

22 La investigadora Martha Fineman, al estudiar los discursos en torno a la maternidad en contextos de pobreza, altamente intervenidos por el Estado por medio de políticas asistenciales, indica lo siguiente: "I define this phenomenon ("cross-over discourses") as the propensity for rhetorical images associated with being female in our culture, which are generated and perpetuated in one context, to spill over and define our understanding of women in other contexts. Any process in which "Mother" is explicitly the focus of attention generates images that ultimately are significant in shaping societal attitudes toward regulation of motherhood through the creation of rules governing such things as reproduction, child custody, and other areas of the law in which the institution "Mother" is implicated" (Fineman, 1991, 276). "Defino este fenómeno (discursos cruzados) como la propensión al uso de imágenes retóricas asociadas con el hecho de ser de sexo femenino en nuestra cultura, imágenes que son generadas y perpetuadas en un contexto para derramarse y definir nuestro entendimiento de las mujeres en otros contextos. Cualquier proceso en el cual "madre" es explícitamente el foco de atención, genera imágenes que a fin de cuentas son significativas en la formación de actitudes societales hacia la regulación de la maternidad, a través de la creación de reglas que gobiernan cosas como la reproducción, la custodia de hijos e hijas y otras áreas de la ley en las que la institución "madre" está implicada" (Traducción propia).

Al ser acogido por una instancia de Naciones Unidas, como lo es UNFPA, ha logrado permear en ciertos espacios institucionales debido a su notable carga simbólica. La idea de asociar actos de violencia en un momento de vulnerabilidad que está revestido, aún hoy, por el halo sacro de la imagen de *la madre* en el mundo patriarcal, resulta atemorizante y puede generar inclusive escepticismo.

Desde el activismo feminista y de derechos humanos, así como las numerosas investigaciones empíricas y teóricas rastreables hasta los años setenta –con Kate Millet y su libro *Sexual Politics*, o Diane Russell y Jill Radford (1992) con su definición de femicidio (que incluye las muertes por negligencia en la atención del parto y el postparto)–, ha quedado en evidencia que sí hay un ejercicio de una forma particular de violencia relacionada con las mujeres y la reproducción.

El aporte que pretendemos construir tiene que ver con un andamiaje conceptual que alce la mirada por encima de este ejercicio de violencia y lo vincule a un estudio sobre el poder. Es así como la perspectiva teórica elaborada por Michel Foucault resulta idónea para realizar este tipo de análisis.

Aunque acudir a Foucault (2001) para estudiar y comprender la forma como opera el poder dentro de las relaciones sociales (*construyendo* a los anormales para así abrir el "refugio" de la *normalidad*) es ya una tradición desde los estudios de género y de la teoría queer, de la cual Foucault es considerado un precursor, en el caso de la investigación sobre la violencia obstétrica, que apenas comienza, no hemos encontrado todavía ninguna referencia puntual a sus textos, ni tampoco una robusta producción teórica que ahonde en el análisis crítico de este serio y extendido problema social.

De tal forma, la noción de poder obstétrico como una forma de poder disciplinario que funciona dentro de la institución médica –que es a su vez una institución patriarcal- nos permite comprender que la violencia obstétrica es un mecanismo para disciplinar los cuerpos de las mujeres, para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad.

Referencias

Argentina, Senado y Cámara de Diputados de la Nación. (2009). Ley nº 26.485. *Ley de proteccion integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires, Argentina: Información Legislativa.

Barker, K. (1998). A ship upong a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social Science and Medicine*, 1067-1076.

Boletina Puntos de Encuentro. (30 de octubre de 2007). *Puntos de encuentro para la transformación de la vida cotidiana*. Obtenido de http://www.pun-

tos.org.ni/index.php/es/no-es-delito-defender-los-derechos-de-las-ninas-adolescentes-jovenes-y-adultas

Burgaleta Pérez, Elena. (2011). *Género, identidad y consumo: Las "nuevas maternidades" en España*. Memoria para optar por el grado de Doctor en Sociología. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Butler, J. (1989). Foucault and the Paradox of Bodily Inscriptions. *The Journal of Philosophy*, 601-607.

Caja Costarricense del Seguro Social. (2008). *Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. San José, Costa Rica: CCSS.

Childress, J. (1982). *Who should decide? Paternalism in Health Care.* Oxford: Oxford University Press.

Condren, M. (1989). *The Serpent and the Goddess: Women, Religion and Power in Celtic Ireland.* San Francisco: Harper & Row.

Del Popolo, Fabiana, Schkolnik, Susana, Oyarce, Ana María y López, Mariana. (2013). *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos.* Santiago de Chile: CEPAL.

Dykes, F. (2006). *Breastfeeding in hospital. Mothers, midwives and the production line.* New York: Routledge.

EFE. (10 de mayo de 2012). El embarazo en adolescentes, un drama que va en aumento en América Latina. *crhoy.com* Recuperado el 10 de abril del 2014, de http://www.crhoy.com/el-embarazo-en-adolescentes-un-drama-que-va-en-aumento-en-america-latina/.

Ehrenreich, B., & English, D. (2009). *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers.* California: Quiver distro.

Ehrenreich, N. (1993). The colonization of the womb. *Duke Law Journal, 43* (3), 492-587.

Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality.* Nueva York: Basic Books.

Fausto-Sterling, A. (2012). *Sex/Gender: Biology in a social world*. Nueva York: Routledge.

Federici, Silvia. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria.* Madrid: Traficantes de Sueños.

Fineman, M. (1991). Images of mothers in poverty discourses. *Duke Law Journal*, 274-295.

Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews & other Wrintings.* New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel. (2001). *Los anormales.* Madrid: Akal.

Foucault, Michel. (2005). *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión.* Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gelis, J. (1988). *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie.* París: Fayard.

Gender, Human Rights and Culturee Branch UNFPA. (2008). *UNFPA Strategy and Framework for Action to Adrressing Gender-based Violence.* New York: UNFPA.

Goffman, Erving. (2001). *Internados.* Buenos Aires: Amorrortu.

Gupta, J., & Nikodem, C. (2000). Maternal Posture in Labour. *European Journall of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 273-277.

Illich, I. (1976). *Medical Nemesis. The expropiation of health.* Nueva York: Random House.

Kramer, H., & Sprenger, J. (1975) [1486]. *Malleus Maleficarum.* Buenos Aires: Ediciones Orión.

Millet, K. (1975). *Política Sexual.* México: Editorial Aguilar.

MINSALUD, O. O. (2005). *Informe Salud de las Mujeres en Costa Rica.* San José: Ministerio de Salud de la República de Costa Rica.

Murray, Margaret y Condren, Mary. (2006). *El Dios de los Brujos.* México: Fondo de Cultura Económica.

Naranjo, Plutarco y Escaleras, Ruperto. (1995). *La medicina tradicional en el Ecuador.* Quito: Corporación Editora Nacional.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Mexico´s midwives enter the mainstream. *Bulletin of the World Health Organization*, *86* (4).

Quezada, Naomí. (1975). Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales. *Anales de Antropología*, 223243.

Rich, A. (1986). *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution.* New York: Norton.

Radford, J. & Russell, D. (1992). *Femicide. The Politics of Women Killing.* New York: Twayne Publishers.

Serrano, Manuel. (2012). Prácticas en la atención de la salud que favorecen el derecho humano a la protección de la maternidad. *Enfermería en Costa Rica*, 67-74.

Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela, Instituto Nacional de la Mujer, UNFPA. (2007). *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.* Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

UNFPA. (2007). *UNFPA Strategy and Framework for Action to Addressing Gender-based Violence 2008-2011.* Nueva York: Gender, Human Rights and Culture Branch UNFPA Technical Division.

Zwelling, E. (2008). The emergence of high-tech birthing. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 85-93.