

PARIR COMO LA INSTITUCIÓN MÉDICA MANDA. ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DEL MODELO HEGEMÓNICO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

ESPACIO ABIERTO

BELÉN CASTRILLO - mbcastrillo@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales, Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales

FECHA DE RECEPCIÓN: 22-4-2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 22-5-2020

Resumen

En el presente artículo, que retoma reflexiones de mi tesis doctoral en ciencias sociales sobre atención de embarazos y partos, presento las dimensiones de análisis sociológicos de la atención obstétrica hegemónica, centralmente intervencionista y medicalizante. Se trata de la problematización de seis dimensiones que permiten interrogar desde la sociología la atención dominante de los nacimientos, señalada como causante de violencias obstétricas e índices de intervencionismo superadores de lo estimado por los organismos internacionales de salud. Se trata de la hegemonía biomédica; la construcción del saber obstétrico experto; la medicalización y patologización del proceso perinatal; la dominancia del enfoque de riesgo reproductivo; la centralidad del trinomio tecnología, productivismo y gestión temporal; y los mecanismos de dominación sobre las mujeres, sus cuerpos y sus procesos –el componente patriarcal.

Palabras claves: sociología; atención obstétrica; modelos; parto respetado

309

GIVE BIRTH AS THE MEDICAL INSTITUTION COMMANDS. SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF THE HEGEMONIC MODEL OF OBSTETRIC CARE

Abstract

In this article, which takes up reflections from my doctoral thesis in social sciences on pregnancy and delivery care, I present the dimensions of sociological analysis of hegemonic obstetric care, centrally interventionist and medicalizing. This is the problematization of six dimensions that allow interrogating the dominant care of births from sociology, identified as the cause of obstetric violence and rates of interventionism that are higher than estimated by international health organizations. It is about biomedical hegemony; the construction of expert obstetric knowledge; the

medicalization and pathologization of the perinatal process; the dominance of the reproductive risk approach; the centrality of the technology, productivism and temporal management trinomial; and the mechanisms of domination over women, their bodies and their processes - the patriarchal component.

Key words: sociology; obstetric care; Models; respected childbirth

1. Presentación: pensar sociológicamente los partos

Al mandato cristiano clásico del “parirás con dolor” se sumó, como efecto de la extensión y normalización de la atención biomédica de los nacimientos, el mandato médico sobre cómo parir. Así, hace décadas se ha internalizado que la medicalización, patologización y sobreintervencionismo médico son *naturales* e *inherentes* al proceso perinatal. En paralelo, y a partir de las demandas de los feminismos y de las revisiones de los organismos internacionales de salud (Organización Mundial de la Salud –OMS-, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF-), se ha propuesto mundialmente deconstruir dicho modelo hegemónico¹ y realizar modificaciones con el horizonte en un modelo humanizado, vinculado a una asistencia centrada en la fisiología, con enfoque de derechos humanos² y género. El parteaguas que implicó la revisión del primer modelo se relaciona a la preocupación mundial por la violencia obstétrica³ que deriva de él y a los índices de intervencionismo superadores de lo estimado por los organismos internacionales de salud.

310

¹ El hito que marca esta llamada de los organismos internacionales de salud a desmedicalizar los nacimientos es la Conferencia de la OMS en Fortaleza (Brasil) en el año 1985, cuyas nociones principales se publican en el Informe “Tecnología apropiada para el parto”.

² En diversos países, pero originalmente en América Latina –siendo Argentina uno de las primeras naciones en pronunciarse al respecto– se sancionaron leyes que establecen los derechos de las mujeres y sus familias en la atención al parto. En nuestro país, se encuentran condensados en la Ley 25.929 de 2004.

³ Excede a este artículo, pero es preciso mencionar que Argentina define la violencia obstétrica en 2009 (en el marco de la Ley 26485, conocida popularmente como “Ley de violencia de género”) como una de las seis modalidades de violencia contra las mujeres. Específicamente, la define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 [“De derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento”].”

A partir de los desarrollos teóricos sistematizados en mi tesis doctoral sobre atención médica de procesos de embarazo y parto⁴ defendida en 2019, que reconstruye la disputa histórica entre aquellos dos modelos de atención obstétrica; presento en este artículo las seis dimensiones de análisis centrales que, desde una mirada sociológica, podrían describir y explicar el modelo hegemónico.

Así, desde una sociología de la atención médica de embarazos y partos⁵, propongo analizar el modo en que cotidianamente parimos y nacemos, signado por el mandato médico que concibe un hecho sexual y de salud como un evento médico, patológico y demandante de una atención profesionalizada.

¿Por y para qué pensar sociológicamente un proceso “ eminentemente biológico y médico ”? Justamente para desnaturalizar esa idea, y reponer su carácter sociocultural y los procesos ideológico-político-morales y socioeconómicos que han sido negados en su devenir evento médico. En este sentido, el abordaje y construcción sociológica de la atención médica de los procesos de embarazo y parto (PEP), tiene como objetivo “ descubrir las estructuras de dominación que subyacen a la práctica médica y que explican tanto la conducta del personal de salud como de las usuarias de los servicios ” (Castro y Erviti, 2015: 22). Así, la perspectiva sociológica permite, por un lado, reconstruir los esquemas de percepción y apreciación de mujeres y médicos/as, los patrones de interacción y las lógicas prácticas (re)producidas en la atención, la formación, la estructura jerárquica y las condiciones laborales de la “ clase médica ” (Castro y Erviti, 2015),

⁴ Ver Castrillo (2019), tesis doctoral defendida en julio de 2019 en la Universidad Nacional de La Plata, que analiza experiencias de atención médica de PEP de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de la ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina, para el período 2013-2019.

⁵ Hernández Garré y Echevarría Pérez (2016) propusieron una sociología del parto, en relación a los conflictos asistenciales en el parto intervenido, que llaman parto tecnocrático. Su principal conclusión es que “ estamos ante un ritual medicalizado impregnado de vivencias de obediencia pasiva, en el que el miedo al peligro siembra la desconfianza corporal, a la vez que la voluntad de la mujer es moldeada por los expertos. Realidad que las parturientas asumen como inevitable, e incluso demandan, como consecuencia de la seguridad que les aporta el control biotecnológico, una vez asumidos los discursos clínicos que representan al parto como un proceso patológico y de riesgo ” (p. 1).

y, por otro, dar cuenta de otros procesos sociales –estructurales, institucionales, privados.

Desde este marco teórico que cruza sociología y salud, retomo un aporte que sirve como lente analítica para el objeto de estudio propuesto: aquél que sostiene que es posible ver en la práctica médica una “doble verdad” o “acción”: la acción técnica o práctica profesional, y la acción moral o “estructura de dominación” que (re) produce a partir de la primera (Erviti, Castro y Sosa, 2006; Castro y Erviti, 2015; Schraiber, 2015). Tomando como punto de partida esta “doble verdad de la práctica médica” me he concentrado en ver la atención médica de embarazos y partos como una práctica de dominación, tratando de desentrañar los pilares ideológicos que son núcleo de las intervenciones clínicas supuestamente inocuas.

A continuación y como pilar de esta sociología del parto que (re)construyo, presento la sistematización analítica del modelo hegemónico de atención obstétrica, como aporte para problematizar por qué parimos y nacemos en un contexto de epidemia de cesáreas y violencias obstétricas cotidianas.

312

2. Modelo hegemónico de atención al parto

A partir de la concepción de Menéndez (1992: 86) sobre los modelos y su utilización para las ciencias sociales de la salud, hago uso de ellos⁶ como un instrumento metodológico construido por el/la investigador/a, con fines heurísticos, que exige la “referencia a situaciones históricamente determinadas” para poder actuar como medio de explicación de los problemas específicos, y las transacciones o tensiones entre sí⁷.

Para caracterizar este modelo intervencionista, es preciso situar un origen, que es posible ubicar en torno a dos ocurrencias históricas que se dieron entre fines del

⁶ En la tesis doctoral realizo un abordaje integral del embarazo y el parto como un continuum, pero a los fines de este artículo me concentraré en el momento del parto.

⁷ “Los modelos están planteados a partir de una perspectiva metodológica relacional, que supone procesos de hegemonía/subalternidad entre los mismos, y que halla en el términos “transacciones” el concepto con el cual se puede describir y explicar al conjunto de relaciones que operan potencialmente. Las transacciones suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos” (Menéndez, 1992:86).

siglo XIX y principios del siglo XX a escala mundial, que explican la emergencia y consolidación de dicha hegemonía. Se trata de la institucionalización de los partos –que pasaron del espacio privado doméstico al hospital– y la profesionalización de su atención –que quitó de la escena a parteras formadas empíricamente y masculinizó la asistencia, por la imposibilidad de las mujeres de titularse formalmente en ese momento. Esta doble dinámica se imbrica con las dimensiones de análisis que aquí desarrollo, para dar forma a la atención hegemónica nominadas por los/as autores/as de diversos modos: “control biomédico del parto”⁸ (Blázquez Rodríguez, 2009), “parto hospitalario” (Montes Muñoz, 2007) o “sistema médico oficial o imperante” (Sadler, 2003). Aquí me refiero a ella como modelo hegemónico o intervencionista de atención obstétrica.

Estas seis dimensiones de análisis permiten pensar la atención médica de los partos como expresión de procesos sociales generales, están interrelacionadas, imbricadas y suponen una red de categorías explicativas. Se trata de la hegemonía biomédica; la construcción del saber obstétrico experto; la medicalización y patologización del proceso perinatal; la dominancia del enfoque de riesgo reproductivo; la centralidad del trinomio tecnología, productivismo y gestión temporal; y los mecanismos de dominación sobre las mujeres, sus cuerpos y sus procesos –el componente patriarcal. Constituyen un entramado de dimensiones analíticas que una sociología del parto puede aportar para entender la disputa de modelos, la expansión de las violencias y las dificultades para establecer una asistencia humanizada, respetuosa de los derechos.

a) **Hegemonía médica.** Al analizar la práctica médica en términos de hegemonía, se vuelve relevante e ineludible la referencia al concepto de *modelo médico hegemónico* (MMH) que designa al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados históricamente por la medicina científica, la cual logró identificarse en Occidente como la única forma legítima de atender la salud-enfermedad. Esta

⁸ Blázquez Rodríguez (2009: 90) sostiene, citando a Stoller, que este control biomédico del parto tiene cinco elementos principales: medicalización/monopolio médico; institucionalización; especialización y rutinización de la atención; confianza en la tecnología y uso del poder/jerarquía médica.

categoría, construida por Menéndez (1988) en el seno de la corriente de la medicina social latinoamericana, permite dar cuenta de la relevancia cognitiva de la construcción de modelos de atención a la salud.

El MMH constituye una construcción teórica que maneja en varios niveles de abstracción (...) La construcción de este modelo suponen detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico (p. 2).

En este sentido, se verá que las características que Menéndez identifica en la construcción de su modelo de MMH, son claves en la construcción de un modelo de atención obstétrica hegemónica, con los elementos que se describen a continuación. Así, la hegemonización de una atención biomédica de los nacimientos, que se origina en aquellas dos ocurrencias históricas mencionadas, se (re) produce y potencia con los siguientes procesos.

b) **Saber experto.** Blázquez Rodríguez (2009) sostiene que uno de los principales pilares del control biomédico de partos es su presunción de cientificidad, amparada en cinco elementos: la determinación de la desviación y la normalidad a través de la construcción estadística; la universalización y uniformización; la (pretendida) neutralidad; la legitimación de la tecnología; y su constitución como saber experto o conocimiento autorizado⁹. En este marco, la hegemonización de esta concepción biomédica de atender los partos, encuentra su núcleo duro en su constitución como único saber habilitado.

⁹ El concepto fue acuñado por la antropóloga norteamericana Brigitte Jordan como *authoritative knowledge*. “La constitución del conocimiento autorizado es un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad. Y llega a ocurrir que los participantes ven el orden social así construido como el orden natural de las cosas. De este modo, se puede decir que el conocimiento autorizado es persuasivo porque parece natural, razonable y construido consensualmente, por tanto, su poder radica no en que sea el conocimiento correcto, sino el que cuenta” (Sadler, 2003: 6).

El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos: podríamos hablar de un conocimiento autorizado, como el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado (Jordan, 1993: 152).

El conocimiento autorizado que se impone en occidente es uno que patologiza las etapas del ciclo vital de las mujeres, concibiéndose la menstruación, gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas (...) Esta propensión ha significado que el parto se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, que la mujer gestante se conciba como una pasiva y dependiente *paciente*" (Sadler, 2003: 9).

La reproducción de este *régimen particular de verdad* (Sadler, 2003) se explica por "la puesta en escena del ritual terapéutico es también 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 Echazú, 2010: 130).

Este modelo de atención se asienta sobre un control simbólico del saber (Villanueva Egan, 2010): esto es, por un lado, la descalificación de la información y el conocimiento que poseen las mujeres sobre su proceso de parto; y, por el otro, un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud (estructurándose ésta como una forma de poder simbólico en el marco de un orden jerárquico). "Las dos condiciones anteriores (...) sirven de base para un tercer patrón de interacción de consecuencias más graves: se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren" (p. 148-9). Por tanto, el conocimiento femenino del propio proceso reproductivo

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” (Arguedas Ramírez, 2014: 166)¹⁰.

c) **Medicalización y patologización.** Para que el saber médico experto se legitime como el único capaz de atender los nacimientos, fue (y es) necesario que se internalice colectivamente su necesidad y validez. De ahí la funcionalidad del proceso histórico social medicalizador, que adquirió peculiaridades en las intervenciones sobre los procesos reproductivos: algunas de tipo simbólico, que han permitido construir el parto como un evento médico, y otras intervenciones prácticas y clínicas que han reafirmado dicha construcción. El proceso de medicalización general de la sociedad, encuentra expresiones particulares en los modos en que se efectúa en el proceso de nacimiento¹¹. Se trata de 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 función de un criterio de validación científico que recorta lo biológico como elemento central en la explicación y que *devienen* hegemónicas, transformando los partos (tanto como la sexualidad, el cuerpo y la subjetividad femeninas) en pasibles focos de un control activo y normalizador. “Esta visión patológica de los cuerpos y procesos de las mujeres es muy influyente en el modo actual de concebir los partos” (Gainza et al., 2014: 188).

316

Montes Muñoz (2007) analiza la definición médica del parto y sostiene que su construcción como problema (que se acompaña de la definición de las mujeres

¹⁰ Al respecto, otros/as autores/as suman que “el conocimiento de las mujeres era (¿o es?) descartado por ser supuestamente acientífico y por considerarse producto de la irracionalidad. Lo anterior resulta en la ironía de que, al parecer, *todo* el mundo puede conocer sobre las mujeres y su cuerpo excepto ellas mismas. No se les considera “adecuadas” para producir conocimiento por diferentes razones; por ejemplo, el ser juzgadas por estereotipos y prejuicios acerca de qué y cómo pueden conocer; su experiencia no equivale a conocimiento y a esa misma experiencia tampoco se le atribuye su valor total diferenciándola de la experiencia masculina” (Cárdenes y Ugarte, 2002: 131).

¹¹ “La medicalización del parto y su construcción como una condición patológica están ligados en sus orígenes a las nociones acerca de la mujer decente (era victoriana). Los partos fueron cada vez más atendidos sólo por médicos, y en esta situación los familiares eran excluidos físicamente y las mujeres anestesiadas y relegadas corporalmente del proceso del parto. El resultado fue que los médicos ganaron el control sobre el proceso y la consignación de las mujeres a las salas de parto” (Erviti, 2010: 4).

como sujetos asistibles), legitima la intervención profesional. Esto es efecto de la medicalización, un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización (Menéndez, 1988). Magnone Aleman (2010) estudia la medicalización de la vida social (y de los procesos vitales) retomando las tres tesis de Illich (1975, citado en Camacaro Cuevas, 2009) que sostienen que la medicalización es iatrogénica (produce efectos negativos en la salud), que impide el ejercicio del autocuidado (por el monopolio médico, que desestima también otros modos de atención) y que se expande y penetra todo el tejido social (por la estandarización del conocimiento y de las intervenciones sanitarias). Al respecto, Camacaro Cuevas (2000) afirma que la iatrogenia¹², entendida en términos simples como los daños que produce la intervención médica que se realiza para evitar o tratar daños tiene, se corporiza en “consecuencias biomédicas del acto técnico” (p. 124).

Como sostiene Schwartz (2010) “la redefinición del parto como un evento médico depende del carácter potencialmente problemático del mismo, justificando así la intervención médica” (p. 98). Esto se da en el marco de lo que Esteban (2001) considera que es una medicalización particular de las mujeres, que se realiza “específicamente a través del control de procesos corporales y reproductivos” (p. 35). Es justamente la definición del proceso perinatal como evento médico lo que exige, por ende, el seguimiento/ control/ vigilancia/ cuidado/ asistencia/ atención/ e/ intervención por parte de la profesión médica hegemónica como única capaz por su saber experto.

d) **Enfoque del riesgo reproductivo.** Tal como he establecido en trabajos previos (Castrillo 2016a, 2016b) creo que en la atención hegemónica obstétrica, *todos los partos son riesgosos hasta que se demuestre lo contrario*, amparado esto incluso en

¹² Magnone Aleman (2010) estudia la medicalización de la vida social (y de los procesos vitales) retomando las tres tesis de Illich (1975, citado en Camacaro Cuevas, 2009) que sostienen que la medicalización es iatrogénica (produce efectos negativos en la salud), que impide el ejercicio del autocuidado (por el monopolio médico, que desestima también otros modos de atención) y que se expande y penetra todo el tejido social (por la estandarización del conocimiento y de las intervenciones sanitarias).

las definiciones médicas y estatales del bajo y alto riesgo para el proceso perinatal: el establecimiento del score de riesgo es postfáctico, una vez concluido el parto, razón por la cual se actuará con presunción de riesgo.

Mitjavila (1998) sostiene que la lógica del riesgo es una “justificación de la intervención médica en nombre de la probabilidad y no de la certeza de que ocurra un daño en la salud” (p.15). Esta presunción, que pasa de probabilidad a certeza/condena, constituye una acción política-ideológica propia del modelo médico en tanto se trata de “elaboraciones socioculturales realizadas por el saber biomédico” (Blázquez Rodríguez, 2009: 192). Me refiero a la construcción/expansión de factores de riesgo y el exceso de etiquetas de riesgo, que individualizan procesos sociales, culpabilizan y responsabilizan a los sujetos y que permiten la patologización del proceso, justifican las intervenciones médicas y determinan los itinerarios asistenciales de las mujeres usuarias. En este sentido, Magnone Aleman (2010) entiende el enfoque de riesgo reproductivo como un “dispositivo biopolítico de dominación” en tanto “las formas como una sociedad produce y enfrenta los riesgos siempre dependen de los mecanismos de poder hegemónico” (p. 78).

318

El paradigma de atención al parto basado en el enfoque de riesgos, se trata de adelantar a cualquier complicación realizando intervenciones preventivas, cuestión que en la mayoría de las situaciones es la causa del `intervencionismo obstétrico`. En donde una intervención crea una necesidad de otra intervención y así sucesivamente; lo cual transforma un parto que podría haber sido liderado por los tiempos y requerimientos de la que pare, en un parto intervenido o una cesárea, protagonizado por la institución de salud (Magnone Aleman, 2010: 77).

Los discursos del riesgo, a su vez, consolidan la idea de que el parto es un evento explosivo y urgente, lo que produce la redención y entrega al saber-poder médico. Es así que “un parto que no progresa según la norma médica se torna peligroso y debe ser intervenido” (Sadler, 2004: 15). En el mismo sentido, Sadler (2003) sostiene que el parto se define como una “experiencia trágica del mundo (...) [a partir de una] concepción desde la biomedicina como un proceso patológico, dramático, peligroso, que necesita ser intervenido” (p.61).

El enfoque del riesgo reproductivo, asimismo, potencia la uniformización y estandarización de los cuerpos, procesos reproductivos y la forma de atenderlos¹³: “independientemente de la situación en que ellas lleguen al hospital, siempre serán sometidas a una rutina que pretende cubrir los riesgos obstétricos que puedan presentarse” (Camacaro Cuevas, 2000: 123). El riesgo es un apriorismo indiscutible y se construye a partir de una escala de factores de riesgo en la que la iatrogenia que produce no aparece: los riesgos son de los cuerpos, no de las intervenciones.

Finalmente, la lógica del riesgo anula la perspectiva de derechos en la atención (Erviti, 2010), en cuando lo que estructura la atención es la carrera contra posibles riesgos y no la garantía y accesibilidad a derechos sexuales y reproductivos de las usuarias.

e) **Tecnología, productivismo y gestión de los tiempos.** Aunque podrían considerarse por separado, los tres ejes conforman un núcleo problemático clave, en tanto la concepción productivista, industrializada y mercantilizada del parto se retroalimenta con el uso de tecnología para acelerar y gestionar los tiempos. La construcción de la asistencia intervencionista se asienta en tres elementos: el uso abusivo de la tecnología, la aceleración de los tiempos y la imposición de tiempos límites (de embarazo, de trabajo de parto, de parto) (Magnone Aleman, 2010).

En la atención hegemónica, los partos se han convertido en “trances tecnológicos” (Hernández Garré y Echevarría Pérez, 2016: 2).

La manera como la sociedad concibe y utiliza la tecnología refleja y perpetúa el sistema de valores y de creencias que la sustenta (...) El sistema de valores fundamentales de la sociedad occidental está fuertemente orientado hacia la ciencia, la alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente (Davis-Floyd, 2001:1).

¹³Al respecto, Magnone Aleman (2013: 84) sostiene: “el parto es concebido de forma estandarizada, con una pauta temporal que no se adapta a las particularidades de cada proceso”.

Esto es, la tecnología “no actúa en el vacío social sino que refuerza y reproduce su ideología” (Montes Muñoz, 2007: 156). Esta confianza exacerbada en la tecnología implica que el conocimiento de los procesos reproductivos (tanto para los/as profesionales como para las mujeres) se asienta en datos científicos emitidos por instrumentos de tecnología médica, sujetos a interpretación de los/as agentes de salud, y no en las sensaciones y saberes femeninos (se confirma el embarazo por un análisis clínico, la vivacidad del feto por una ecografía, la presencia de latidos o movimientos del/la bebé por un monitoreo fetal, la progresión del trabajo de parto por intervenciones como el tacto). Sobre el productivismo, Hernández Garré y Echevarría Pérez (2016) lo vinculan a la biopolítica, como el “mecanismo estatal para garantizar la reproducción de ciudadanos sanos y productivos” (p. 10) y sostienen que, en su nombre, “se da mayor prelación a las rutinas clínicas que a las propias necesidades maternas” (p. 10).

Tecnología y tiempos se unen a una concepción productivista del parto, que implica que en el binomio madre-hijo/a, la centralidad está en el producto (el/la recién nacido/a). “De la mujer se espera que ocupe su lugar en esta cadena de producción y que acepte las pautas y cumpla con el rol específico” (Blázquez Rodríguez, 2009: 232). En este sentido, la mujer aparece como una “fábrica de bebés” sin ser propietaria de los medios de producción¹⁴ (Montes Muñoz, 2007).

f) **Mecanismos de dominación/desautorización sobre las mujeres, sus cuerpos y sus procesos.** Los *mecanismos de desautorización* de los saberes de las mujeres que propone Sadler (2003) son dispositivos propios de la violencia simbólica que permite la reproducción del sistema hegemónico: la homogenización (a partir de la pacientización de todas las mujeres), la patologización (que implica la estandarización de los procedimientos), la fragmentación (del proceso perinatal,

¹⁴La metáfora de la mujer y el hospital como fábrica de bebés nace con la teoría de Emily Martin quien “encuentra una analogía entre la producción industrial capitalista y la producción de niños en Occidente” (Schwartz, 2010: 97). Blázquez Rodríguez (2005: 11-12) refiere a este proceso como la “taylorización del parto” que implica “la progresiva reducción de los tiempos normales para las fases del parto según los conocimientos científicos disponibles”.

del cuerpo de la mujer¹⁵), la infantilización y des-sexualización del EPP, y la culpabilización y responsabilización de las mujeres por lo que sucede¹⁶ (con la contradicción de que los/as únicos/as capacitados/as para actuar son los/as profesionales).

En paralelo, Montes Muñoz (2007) sostiene que, en la atención obstétrica hegemónica, existen dos representaciones claves que estructuran las prácticas: una afirma que “las mujeres no saben” lo que sienten y sucede en sus cuerpos, lo que legitima su pacientización, el protagonismo tecnológico y la expropiación progresiva de sus saberes, y la otra que “el embarazo-parto son de los profesionales”, consolidando su cosificación y enajenación.

La invalidación de las mujeres para poder conducir sus partos y para poder decidir libremente sobre su salud sexual y reproductivas es cultural y está fuertemente anclada en la mirada biomédica que ha marcado la autopercepción que las mujeres tenemos de nuestro cuerpo (García Fernández, 2014: 6).

En suma, una de las principales particularidades por las cuales analizo el objeto de estudio desde una perspectiva de género en salud, se da porque “la atención biomédica del parto es una poderosa metáfora de la opresión que el sistema patriarcal ejerce sobre las vidas femeninas, lo cual es a su vez símbolo de la supresión de todas las maneras de conocer no hegemónicas” (Sadler, 2003: 154). De este modo, en la atención dominante de partos muchas veces el derecho a la decisión sobre cómo, dónde y con quién parir (que en Argentina están establecidos por ley desde hace más de una década), es sustituida por los efectos del tutelaje

¹⁵ Blázquez Rodríguez (2009: 97) afirma que el embarazo-parto-puerperio es un continuum que ha sido desagregado por la medicina.

¹⁶ Camacaro Cuevas (2009) lo expresa del siguiente modo: “Ahora bien, si el médico/a es la autoridad, es a la vez quien sabe qué se debe hacer y cómo se debe hacer en relación a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. Partiendo de allí, todo lo que ocurra fuera de lo esperado, fuera de la norma médica, se considera que no es responsabilidad del cuerpo médico, sino en nuestro caso de la mujer, quien tal vez: no sea obediente y deje de cumplir los tratamientos, o sea desaseada y se infecte, o sea ignorante y no entienda las indicaciones médicas” (p. 159). Y Sadler (2004: 24) lo resume así: “como parte de la violencia simbólica, las mujeres introyectan la culpa, sintiéndose responsables por el curso de los eventos”.

médico, que se explica por los elementos de la caja de herramientas conceptuales que propongo¹⁷.

Aunque no se explicita en este desarrollo de las seis dimensiones analíticas propuestas el lugar de los/as actores/as principales de la escena del parto (profesionales de la salud y mujeres gestantes), todas los/as implican en su (re)producción. Es decir, para que pueda darse (o cuestionarse) el proceso de hegemonización del modelo intervencionista y su reactualización, es necesaria la participación de todos los sujetos implicados en la atención perinatal. En este sentido, la relación médico-paciente en la atención obstétrica supone la legitimación de quien porta el saber y excluye la autorización de otras voces, en este caso las mujeres que paren. Considero que este elemento del saber es núcleo y motor de los procesos de medicalización, de las relaciones de poder y hegemonía médico-paciente, en tanto el lugar de saber-poder y el de saber-hacer son los ladrillos que dan firmeza a la autoridad y jerarquía médica tanto para definir como para intervenir los PEP. Lo que la sociología de la atención obstétrica puede aportar, entre otras cosas, es el análisis de esa “ciencia” pretendidamente neutral, como resultado y productor de procesos de dominación patriarcales, elitistas y excluyentes de otros tipos de saberes. De allí que uno de los hallazgos de la tesis de la que deviene este artículo radica en que es preciso dejar de intervenir los cuerpos de las mujeres para concentrarnos en intervenir los programas y currículas de las facultades de medicina, para generar una formación médica amparada en derechos humanos, género y fisiología. Al respecto, los trabajos de Castro (2011, 2014) sobre la génesis del *habitus médico autoritario* guían nuestra indagación sobre cómo se están formando los/as profesionales de la salud obstétrica en el marco de un modelo médico intervencionista; y es a partir de estas herramientas conceptuales que es posible pensar alternativas de cambio hacia un horizonte humanizador de la atención perinatal.

¹⁷Al respecto ver las referencias de Marton y Echazu (2010) sobre tutelaje y contrato médico.

3. A modo de cierre

En la construcción sociológica de una pregunta por los modos en los que se nace y se pare en la actualidad, construí un entramado de herramientas conceptuales a los fines de aglutinar un conjunto de análisis que otros/as investigadores realizaron sobre la temática. En este sentido, a partir de seis dimensiones analíticas articulé algunas aristas que permiten dar respuesta a aquella pregunta sobre la atención perinatal dominante.

Así, he considerado que la *hegemonía* biomédica es central para entender cómo se ha construido el parto en un hecho médico que requiere la asistencia de profesionales biomédicos, amparado a su vez en el proceso de *medicalización* y *patologización* del proceso perinatal que los/as autoriza a ser los/as únicos/as legitimados/as para asistir e intervenir los nacimientos. Dicha autoridad proviene de la construcción del *saber obstétrico* experto, que se retroalimenta de los dos procesos recién señalados y garantiza, a su vez, la dominación sobre las mujeres, sus cuerpos y sus procesos –el componente patriarcal. Finalmente, todo ellos se da en el marco de una dominancia del enfoque de riesgo reproductivo, que, a su vez, retroalimenta la centralidad del trinomio tecnología, productivismo y gestión temporal de los nacimientos.

Considero que estas seis herramientas conceptuales –cuya presentación no pretende ser absoluta ni excluyente–, por un lado, reúnen las principales perspectivas y dimensiones de análisis del campo de estudios de la socioantropología de la atención obstétrica; y, por el otro, abren las puertas para la crítica, lectura y análisis de cómo se nace y se pare actualmente en el paradigma hegemónico, productor de parto traumáticos, plagados de experiencias de violencia obstétrica. Esto es, constituyen un entramado de dimensiones analíticas que una sociología del parto puede aportar para entender la disputa de modelos, la expansión de las violencias y las dificultades para establecer una asistencia humanizada, respetuosa de los derechos.

En este sentido, en tanto “las dicotomías medicalización/no medicalización y trato humanizado/deshumanizado estructuran en gran medida el campo simbólico de la

atención del parto” (Arosteguy et al., 2017: 4), es preciso, para cerrar, mencionar algunos elementos de la contrapuesta. La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, que tiene raigambre en diversas áreas de la salud. En la atención de partos de bajo riesgo, específicamente, pone el acento en que durante el proceso perinatal, se garanticen derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y las familias, se lo entienda como un proceso integral (que adquiere significaciones psicoafectivas, emocionales, culturales y sociales) y se modifiquen las prácticas profesionales clínicas y, por tanto, las relaciones médicas. De este modo, la humanización de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico (Porto et al., 2015). En este sentido, la humanización aparece como alternativa al exceso de intervencionismo médico, patologización y medicalización construida alrededor de estos procesos, que ha tendido a generar una cultura del nacimiento estandarizada, homogénea, tecnologizada, supeditada a protocolos clínicos e institucionales, y desvinculada de los derechos y necesidades de las mujeres que paren.

No es en vano destacar que en este artículo propongo un abordaje sociológico del modelo de atención obstétrica dominante y no de los partos, las usuarias o los sujetos en escena, porque la asistencia tiende a estructurarse de arriba hacia abajo. Esto es, los partos se deben adaptar al modelo hegemónico y no al revés. Esta tendencia es una de las modificaciones que propugna el modelo humanizado, que busca justamente centrarse en el caso particular de cada embarazo, parto y nacimiento.

De todos modos, la construcción metodológica de modelos, representaciones como opuestos, solo sirve al fin heurístico de marcar matices y transiciones. Para ello, en la tesis propongo pensar las intervenciones médicas obstétricas –técnicas y simbólicas–, 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 poder comprender la complejidad tanto de dichas intervenciones como de las experiencias que construyen las mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud. Pienso 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.

Finalmente estas intervenciones médicas y estos modelos de atención obstétrica se imbrican con normativas y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, cuya garantía exige que se modifiquen dichas intervenciones tanto prácticas como simbólicas: tanto cómo se concibe el proceso perinatal como la forma de abordarlo. En ese entramado se halla el aporte de la sociología de la atención médica de partos.

¿Cómo se cita este artículo?

CASTRILLO, B. (2020). Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica. *Argumentos: revista de crítica social*, 22, 309-329. Recuperado de: [link]

Bibliografía

Arguedaz Ramírez, J. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. Vol. 11, Núm. 1, pp. 155-180.

Arosteguy, J., Canevari, C., Righetti, N., y Vallejos, C. (2017). Violencia obstétrica: un desafío para la salud pública. Trabajo presentado para *las XIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres*, Universidad de Buenos Aires y Universidad Nacional de Quilmes.

Blázquez Rodríguez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. (Tesis doctoral en Antropología Social. España: Universitat Rovira i Virgili).

Blázquez Rodríguez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Núm. 42, pp. 1-25.

Camacaro Cuevas, M. (2000). *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. (Tesis doctoral en Antropología Social. Venezuela: Universidad de Carabobo).

Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer*, Vol. 14, Núm. 32, pp. 147-162.

Cardenes, G. C., & Ugarte Barquero, M. (2002). La mujer frente a las tecnologías médicas: Problemas éticos en el proceso del parto. *Revista de filosofía de la Universidad de Costa Rica*, Vol. 40, Núm. 100, pp. 125-132.

Castrillo, B. (2016a). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, Núm. 24, pp. 43-68.

Castrillo, B. (2016b). Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales. *II Jornadas de Género y Diversidad Sexual* de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. La Plata, octubre de 2016.

Castrillo, B. (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos*. (Tesis doctoral en Ciencias Sociales, Argentina: Universidad Nacional de La Plata).

Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM, CRiM.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. Vol 76, Núm. 2, pp. 167-197.

- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. CRIM. Buenos Aires. Ed. Lugar.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1).
- 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.
- 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.
- Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Miqueo, Consuelo.
- Fornes, L. (2010). Entre el instinto y el derecho. Representaciones de la maternidad en la humanización del parto. *VI Jornadas de Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Gainza, P. P., Labastie, M., & Magnone Aleman, N. (2013). La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *ULÚA. Revista de Historia, Sociedad y Cultura*. Núm 22, pp. 175-196.
- García Fernández, T. (2014). De la palabra a la carne, cuerpo femenino y maternidad. *I Jornadas de Género y Diversidad Sexual*, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.
- Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*. Vol. 74, Núm 1, pp. 1-13.

Jerez, C. (2015). Paradojas de la “Humanización” del parto: ¿Qué partos merecen ser “empoderados”. XI Jornadas de Sociología, Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures, a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press

Magnone Aleman, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización* (Tesis de la Maestría en Sociología. Uruguay: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República).

Magnone Aleman, N., (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Núm.12. Año 5, pp. 79-92.

Marton, B. y Echazú, M. (2010). La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre-hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna. *Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana*, Núm. 5, pp. 119-143.

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*. Núm. 30, pp. 451-464.

Menéndez, E. (1992). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Edit. Alianza.

Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo DTS. Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales.

Montes Muñoz, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. (Tesis doctoral en Antropología Social. España: Universitat Rovira i Virgili).

Porto, A. A. S., Da Costa, L. P., & Velloso, N. A. (2015). Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *CIÊNCIA & TECNOLOGIA*, Vol. 1, Núm. 1, pp. 12-19.

Sadler, M. (2003). *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* (Tesis de grado para la Licenciatura en Antropología Social. Chile: Universidad de Chile).

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, pp. 15-66.

Schraiber, L. (2015). Acción técnica y acción moral en los profesionales de la salud. En Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Schwarz, P. (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 2010, Núm 6, pp. 83-104.

Tornquist, C. (2003). "Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil", en *Cad. Saúde Pública*, Núm. 19, Sup 2, pp.419-427.

Villanueva Egan, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra. *Revista CONAMED*. Vol. 15, Núm. 3, pp. 147-151.