

## **“El *proceso* de la reproducción y el nacimiento: una mirada desde la historia...”**

Miguel Ángel Curioni<sup>1</sup>

Mariángeles de los Milagros Santillán<sup>2</sup>

### Resumen

Este artículo está basado en una revisión bibliográfica producto del seminario de posgrado “Perspectivas antropológicas sobre la reproducción y el nacimiento: maternidades, instituciones y violencias”, y tiene el objetivo de llegar a la comunidad educativa, en especial de aquellas carreras que en cierta forma guardan algún tipo de relación con la mujer en edad reproductiva y su camino hacia la maternidad. El proceso reproductivo no se limita solamente a lo biológico, sino que también involucra temáticas de género y violencia que se remontan en la historia y que han sido rescatadas mediante numerosas exploraciones por parte de destacados exponentes en el campo de la investigación. Este trabajo pretende ser un aporte más en el proceso histórico del nacimiento y la labor de las parteras o matronas desde la Edad Media hasta la Modernidad. Con esta mirada al pasado consideramos que desde la docencia se debería generar una reflexión acerca del aspecto social y humanitario de la intervención profesional en el proceso del embarazo y el parto. Las competencias y destrezas adquiridas en los establecimientos e instituciones educativas, donde se forman profesionales relacionados con las mujeres y familias próximas a un nacimiento, deberían centrarse en desterrar definitivamente la violencia obstétrica, fomentando el

---

<sup>1</sup> Médico Gineco-Obstetra / Magíster en Salud Pública/ Prof. Asociado FHCSyS y FCM- UNSE /Investigador Categoría IV. Director de proyecto de Investigación FHCSyS-UNSE. E-mail: curionimiguel@gmail.com

<sup>2</sup> Obstétrica / Auxiliar docente / FHCSyS / UNSE / E-mail: mariangeles.santillan@gmail.com

trato respetuoso junto con la participación activa de la mujer y su entorno acompañante como una manera de recuperar las prácticas humanitarias y respetuosas.

Palabras clave: proceso- matrona- nacimiento- historia- docencia

#### Summary

This article is based on a bibliographic review resulting from the Postgraduate Seminar "Anthropological perspectives on reproduction and birth: maternity, institutions and violence" and aims to reach the educational community, especially those careers that are somehow related to women of reproductive age and their path towards motherhood. The reproductive process is not only limited to the biological, but also involves issues of gender and violence that go back in history and have been rescued through numerous explorations by leading exponents in the field of research. This work aims to be a further contribution to the historical process of childbirth and the work of midwives from the Middle Ages to modernism. With this look at the past, we believe that teaching should generate a reflection on the social and humanitarian aspect of professional intervention in the process of pregnancy and childbirth. The competences and skills acquired in educational establishments and institutions, where professionals related to women and families close to a birth are trained, should focus on definitively banishing obstetric violence, promoting respectful treatment together with the active participation of women and their accompanying environment as a way to recover humane and respectful practices.

Keywords: process- midwife- birth- history- teaching

#### Resumo

Este artigo é baseado em uma revisão bibliográfica resultante do Seminário de Pós-Graduação "Perspectivas antropológicas sobre reprodução e nascimento: maternidade,

instituições e violência", e tem como objetivo atingir a comunidade educacional, especialmente aquelas carreiras que de certa forma mantêm algum tipo de relação com mulheres em idade reprodutiva e seu caminho para a maternidade. O processo reprodutivo não se limita apenas ao biológico, mas também envolve questões de gênero e violência que remontam à história e foram resgatadas por meio de inúmeras explorações por destacados expoentes no campo da pesquisa. Este trabalho pretende ser mais uma contribuição ao processo histórico do nascimento e do trabalho das parteiras ou "comadres" desde a Idade Média ao modernismo. Com esse olhar para o passado, acreditamos que o ensino deve gerar uma reflexão sobre o aspecto social e humanitário da intervenção profissional no processo de gestação e parto. As competências e habilidades adquiridas nos estabelecimentos e instituições de ensino, onde são formados os profissionais ligados à mulher e às famílias próximas ao parto, devem ter como foco o banimento definitivo da violência obstétrica, promovendo o tratamento respeitoso e a participação ativa da mulher e seu ambiente de acompanhamento como forma de resgatar práticas humanitárias e respeitadas.

Palavras-chave: processo- parteira- parto- história- ensino

## Introducción

Desde la mirada de la docencia, el proceso reproductivo y el nacimiento, sin dudas, representan y contienen una importancia sustancial, dado que en la formación de los/as futuros/as profesionales obstétricos/as, es fundamental que estén incluidos los acontecimientos históricos, antropológicos y sociológicos además de lo fisiológico.

La enseñanza debería basarse en principios éticos, de costumbres humanitarias y respetuosas, como lo fueron algunas/os representantes de la obstetricia histórica.

Adrienne Rich, en su libro *Nacemos de mujer*, refiere como la primera comadrona *oficial* a Louise Buourgeois (siglo XVII), quien predicó, entre otras cosas, una enseñanza para reflexionar aún en la actualidad: el valor del trabajo del obstétrico/a debe ser remunerado dignamente por aquellos que lo soliciten, pero también debería incluir la gratuidad para quienes más lo necesiten y no tienen cómo afrontar un pago: “(...) *Comprometerse hasta la muerte a aprender.(...) requiere gran humildad (...) nunca emplear medicinas cuyos efectos no conozcas bien*”; este mensaje va dirigido a los/las discípulos/as, representados por los/las alumnos/as de nuestra institución.

## De Europa a las Américas

En el siglo XVII Williams Harvey<sup>3</sup>, descubridor de la circulación sanguínea, también realizó -sobre cadáveres- los primeros estudios anatómicos de los órganos ginecológicos que participan en el embarazo y en el parto. Hasta ese momento solo se conocían escasos elementos que fueron graficados por *matronas*, generalmente con representaciones en papel y/o talladas en madera consideradas como cosas fantásticas y poco creíbles.

<sup>3</sup> William Harvey fue un médico inglés a quien se le atribuye describir correctamente, por primera vez, la circulación y las propiedades de la sangre al ser distribuida por todo el cuerpo a través del bombeo del corazón

La relativización de los conocimientos de las parteras o matronas de aquellos tiempos por parte de los médicos llamados *cultos*, sumada a la misoginia existente, tal vez fueron las principales causas que motivaron un aumento de muertes de mujeres por complicaciones del proceso del embarazo, el parto y el posparto. Los conocimientos que relataban y aportaban aquellas parteras eran considerados como “*cosas de brujas, hechizos paganos, fábulas de viejas, etc*”. , aunque no demoraban en apropiarse y transformarlos en tratados o textos que luego se atribuían su autoría.

Se sospechaba de esas complicaciones, pero no de sus posibles soluciones. La habilidad de la atención y el acompañamiento durante el parto por parte de mujeres preparadas y capacitadas de forma empírica para esas actividades, era constantemente eclipsada por el incesante surgimiento de jóvenes médicos que se dedicaban a criticar su accionar. Con el afán de solucionar el problema de la etapa expulsiva del feto, los médicos inventaron el *fórceps*, también llamado en aquellos tiempos *manos de hierro*. Se crea así una especie de *distancia* en los conocimientos ya que este instrumento (todavía en uso, aunque en situaciones limitadas) era utilizado solamente por médicos, lográndose en muchos casos la solución al parto detenido u obstruido, pero a costa de innumerables consecuencias graves para la madre y el niño, especialmente por su uso indiscriminado, muchas veces, sin necesidad manifiesta.

A este instrumento (fórceps) se le sumaron otros para la realización de craneotomía (perforación del cráneo fetal para reducir su tamaño) y la embriotomía (procedimiento para eviscerar el feto y poder extraerlo). A estos procedimientos se los atribuyeron generaciones familiares de médicos; ejemplo de ello, Williams Chamberlain<sup>4</sup> y dos de sus hijos y su nieto a fines del siglo XVI, no sin antes desatar polémicas y serios enfrentamientos entre colegas como con el célebre obstetra francés François Mauriceau<sup>5</sup>, con el objetivo de atribuirse los logros buscando quedar como

<sup>8</sup> Robbie Davis-Floyd; antropóloga, conocida principalmente por sus investigaciones sobre el parto, la partería y la obstetricia.

<sup>9</sup> Cecilia Canevari; investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Indes) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

héroes ante la sociedad y la mayoría de los ricos, quienes podían pagar esas intervenciones. Este accionar mediante instrumentos, solucionaba la complicación más temida en aquellos tiempos (y en estos también) que era la *obstrucción del parto* en su fase intrapélvica final. Pero se debe tener en cuenta que estos procedimientos, tremendamente traumáticos para la madre y el feto, se realizaban *sin anestesia* (no existía) y sin saber (en muchos casos) si el feto estaba vivo o muerto; y los peores resultados podían ser la muerte materno-fetal o terribles secuelas para ambos. Así y todo, muchas veces se elogiaba este proceder por parte de la sociedad ya que, a pesar de las consecuencias, se *solucionaba* un serio problema...

Sin embargo, estos *actos médicos* torturantes no serían los únicos que los diferenciaban de las parteras sino también acciones como el cambio de la posición para el parto (Clement J. en Francia y Leake J. en Inglaterra), que pasó de ser en sillas para partos (sentada), erguida o en cuclillas (*cómodas y activas* para la mujer, pero *incómodas* para los operadores), a la posición supina (acostada) totalmente pasiva. También se distinguían usando guantes, ropa blanca, gorros etc., para contrariar a las comadronas a quienes llamaban “*sucias hechiceras*”. Las comadronas también habían descubierto las acciones útero tónicas (aumento de contracciones uterinas) del cornezuelo de centeno, y otras “sustancias para ayudar en el trance del parto como la ruda, la quinina, el azúcar, el succinato de amoníaco, la glicerina, el opio, la pirocarpina, la uva ursi, el salicilato de soda, el ácido salicílico, el cannabis índica, la canela y la pulsatilla”. (Correa, 2002: 204).

La lucha de las mujeres (matronas, parteras) por su reconocimiento o reivindicación en un hostil escenario de hombres que imponían sus principios y conocimientos de forma inescrupulosa por sobre las bondadosas tareas de empatía, acompañamiento y respeto por las mujeres en trance de embarazo y parto, fue apoyada

<sup>8</sup> Robbie Davis-Floyd; antropóloga, conocida principalmente por sus investigaciones sobre el parto, la partería y la obstetricia.

<sup>9</sup> Cecilia Canevari; investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Indes) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

fuertemente en el año 1760 por Elizabeth Nihell<sup>6</sup>, graduada como matrona en la escuela del Hôtel Dieu (Francia).

Nihell merece un sitio en la historia de las polémicas feministas. Ella se opone fervientemente a la utilización indiscriminada del fórceps, argumentando que la obstetricia *no era más segura por la presencia del hombre*, que la decencia, la modestia y el sacrificio por parte de las matronas sí... “que los hombres irrumpieron en la profesión forjando el fantasma de la incapacidad femenina y la utilización de instrumentos sanguinarios...” (Rich, 1986:146) y que pese al haber utilizado como experimento la vida de las mujeres y los niños, ni ellos podían concluir que ese proceder fuera más beneficioso. Por lo tanto, propone a las matronas no desviarse de los conocimientos y procedimientos benevolentes e impulsa la creación de escuelas de graduación para matronas, para así lograr un mayor *status* y poder ejercer la partería aplicando las cualidades de amigas y maestras, pero entendiendo que, ante complicaciones eventuales, se debería recurrir al médico en busca de llegar juntos a las soluciones.

En el siglo XVII y durante unos doscientos años, se produjeron graves complicaciones en los partos y el puerperio, que algunos denominaron *plaga* y otros, *fiebre del parto o fiebre puerperal* que costó la vida de numerosas madres, hijos por nacer y recién nacidos.

El origen de esta epidemia, para muchos fue consecuencia de la intromisión de los varones en el proceso del parto ya que estos llegaban en los períodos avanzados e introducían sus manos y también instrumentos en los genitales maternos. En cambio, las matronas no solamente le estaban prestando compañía, sino que además continuaban sus cuidados hasta mucho tiempo después del parto. No fue difícil atribuir a estas maniobras (de los hombres) la posibilidad de

<sup>8</sup> Robbie Davis-Floyd; antropóloga, conocida principalmente por sus investigaciones sobre el parto, la partería y la obstetricia.

<sup>9</sup> Cecilia Canevari; investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Indes) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

que se terminara, a corto y mediano plazo, con adversas secuelas. En numerosas e importantes ciudades de Europa la mortalidad materna llegó casi al 100%, probablemente por consecuencia del proceso de institucionalización de los nacimientos. Además, hay que recordar que en aquellos tiempos todavía no se conocían los mecanismos de acción, ni agentes patógenos productores de enfermedades transmisibles: La indiferencia y el fatalismo respecto de las enfermedades de las mujeres, que subsisten aún hoy entre ginecólogos y cirujanos, se reflejaron en el desinterés, cuando no en la abierta hostilidad con que se encontraron los tres hombres que, durante doscientos años, se esforzaron en modificar la situación. (Rich, 1986: 151).

Ellos fueron, Alexander Gordon (escocés), Oliver Wendell Holmes (americano) e Ignaz Philips Semmelweis (Vienés).

Argentina, a pesar de ser una nueva nación, no estaba ajena a los hechos que ocurrían en Europa y sin dudas heredamos tal vez lo peor de nuestros conquistadores. Como señala la psicoanalista Eva Gilberti<sup>7</sup>: “Al desactivar la capacidad paridora de las mujeres, la Medicina se apropió de sus partos, y la relación que la mujer estableció con ellos fue precisamente de incapacidad, extrañamiento y temor. A partir de entonces, embarazo y parto fueron para las mujeres una permanente fuente de hipocondría en la que supo abreviar el poder médico”. (Gil, 2000: 194)

## América

En Europa surge la ciencia moderna que a partir de la colonización se traslada a nuestro continente. En esta región, entre los siglos XVII y XIX, los partos se realizaban en la privacidad de domicilios particulares o lugares apropiados. Las mujeres solían parir en soledad o acompañadas por algún familiar y/o comadrona.

<sup>8</sup> Robbie Davis-Floyd; antropóloga, conocida principalmente por sus investigaciones sobre el parto, la partería y la obstetricia.

<sup>9</sup> Cecilia Canevari; investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Indes) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.



Los hombres permanecían alejados de la situación o participaban en muy contadas ocasiones. La información y libros de texto que llegaban de Europa, se incorporaron a la formación de los médicos con pocos conocimientos en obstetricia, pero más como técnicos con herramientas para la extracción fetal, ya sea vivo o muerto. A estas y otras prácticas nocivas, pero de uso corriente se las llamaba el *arte de partear*. El diagnóstico de vitalidad fetal antes del nacimiento, seguía siendo un enigma. Las parteras seguían brindando acompañamiento y buen trato a las parturientas, mientras que los médicos solo respondían en casos muy especiales... se consideraban seres superiores. En este sentido, la antropóloga Robbie Davis-Floyd<sup>8</sup> toma a estos ejemplos como modelos (o paradigmas) de cuidado/ atención/ acompañamiento que se contraponen.

En este modelo, el cuerpo humano se considera una máquina que se puede desmontar y volver a montar para asegurarse que funciona adecuadamente. En el siglo XVII, la utilidad práctica de esta metáfora del cuerpo-como-máquina residía en la separación de cuerpo, mente y alma. El alma podía dejarse a la religión, la mente a los filósofos y el cuerpo podía abrirse a la investigación científica (Davis-Floyd, 2009: 61).

#### Del domicilio a las instituciones

A fines del siglo XIX y hasta principios del siglo XX se traslada el parto a los hospitales, lo que da comienzo a una nueva etapa y hasta se podría decir, a un cambio de paradigma ya que las mujeres que ingresaban embarazadas en trabajo de parto o no, eran llamadas *enfermas*. Traducido a términos socioeconómicos sería la transición de una economía de subsistencia al capitalismo, con una *disociación entre producción y reproducción*.

<sup>8</sup> Robbie Davis-Floyd; antropóloga, conocida principalmente por sus investigaciones sobre el parto, la partería y la obstetricia.

<sup>9</sup> Cecilia Canevari; investigadora del Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (Indes) de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

*La revolución industrial*, que en nuestro continente ocurrió en ese período, marca un punto de inflexión en la Historia, al modificar e influenciar todos los aspectos de la vida cotidiana de una u otra manera: especialmente el medio ambiente y la salud de las personas. En lo demográfico, ocurrió un traspaso de la población del campo a la ciudad (éxodo rural). En lo social nace el proletariado y la *cuestión social*. La economía mercantilizada transformó las familias: se pasó de estructuras de producción en los hogares -más comunitarias-, a las familias nucleares y funcionales al capitalismo, en donde los obreros pudieran ir todos los días a trabajar en las fábricas y las mujeres quedaran a cargo del hogar. En lo laboral comenzó una feroz explotación del hombre mediante trabajos forzados con mezquinos salarios que solo enriquecían al poder y a los *señores industriales*.

Privadas del uso de las tierras comunes y apartadas de la economía mercantilizada, las mujeres campesinas y proletarias se volvieron particularmente vulnerables a la miseria y se hicieron dependientes del trabajo asalariado de sus parientes masculinos para su supervivencia. (Federici, 2010:112).

El Hospital de Mujeres, existente desde 1782 en Buenos Aires, no había recibido a las mujeres gestantes sino hasta 1882, y hubo que esperar tres décadas más para que se inaugurara la primera sala de maternidad para *las enfermas de parto*: un lugar estrecho, poco higiénico y deficiente. La mayoría de las mujeres de clases socioeconómicas bajas eran atendidas y contenidas por enfermeras y parteras. Los médicos tenían participaciones lamentables ya que experimentaban sobre las mujeres y sus niños por nacer, con las herramientas de extracción fetal (fórceps, craneótomos, etc.) e instrumentos quirúrgicos causando tremendas escenas de angustia y dolor.

Otros procedimientos de tortura eran la dilatación del cuello del útero con los dedos y la sinficiotomía (desarticulación del pubis). A estas se sumó la operación cesárea... todos prácticamente sin anestésicos. Estas prácticas en general eran seguidas por complicaciones, la mayoría de las veces de extrema gravedad como desgarros de órganos y tejidos, sangrados abundantes e infecciones que terminaban causando la muerte de la mujer.

La institucionalización es el proceso por el cual se ponen bajo control del Estado, de los poderes religiosos y/o los poderes científicos, las prácticas y los significados en torno al papel de las mujeres en la reproducción humana y social. El acompañamiento y cuidado durante los sucesos reproductivos fue arrebatado de las manos de las mujeres como parte de un proceso mayor de devaluación y persecución de los cuerpos y los saberes de las mujeres que comenzó en el siglo XVI en Europa, se extendió a América del Norte en el siglo XVIII y llegó a nuestro país en el siglo XIX (Yáñez, 2013: 1).

A principios del siglo XX comenzó una leve y constante mejora en los manejos de los procedimientos durante el embarazo, el parto y el puerperio ya que aparecieron mayores conocimientos sobre higienismo y salud pública. Se crearon escuelas de formación para parteras y enfermeras que contribuyeron a controlar las complicaciones más serias.

Las instituciones médicas creadas para atender a la salud maternoinfantil se constituyeron en transmisoras de una pedagogía higienista de la maternidad que pretendía “uniformar una serie de comportamientos, hábitos, sentimientos y valores alrededor de la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos en función del nuevo modelo de madre: sufriente, amorosa y altruista” (Nari, 2004: 141).

La doctora en Historia, Karina Felitti, manifiesta: “La corporación médica invirtió grandes esfuerzos en la educación de las madres, con el objetivo de preservar a la familia, a la que consideraban verdadero resguardo de la *raza blanca* y de la salud colectiva” (Felitti, 2011: 28). En este contexto, “los cuerpos femeninos serían resignificados en busca de indicios de la maternidad. Todo otro posible uso del cuerpo, desde la sexualidad hasta el trabajo asalariado, amenazaban la reproducción y todo lo vinculado a ella, la sociedad, la familia, la raza” (Nari, 2004: 101).

Recién en la década de 1930 se empiezan a ver los frutos de los esfuerzos para institucionalizar los procesos reproductivos y transformarlos en asuntos de salud pública. En esta década se terminan de afianzar las ideas eugenésicas. (Yáñez, 2013:15).

En 1937 se crea la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, dependiente del Departamento Nacional de Higiene” (Nari, 2004: 189). “En esta década se da el salto más importante en cuanto a la institucionalización de los partos, duplicándose del 30 al 60 por ciento de atención hospitalaria” (Nari, 2004: 179). En el Censo de 1936 se puede apreciar un perfeccionamiento en los instrumentos de registro poblacional que atañen a las actividades reproductivas de las mujeres (nacidos vivos y muertos, tasa de fertilidad, esterilidad, mujeres con más de 20 hijos, etc.). (19).

Durante el tercer gobierno peronista (1973-76), se dictó el Decreto 659 que prohibía toda actividad o modos de control de la natalidad. En realidad, se trató de una medida estrictamente coercitiva hacia las mujeres con respecto al derecho y a la libertad individual de elegir y tomar sus propias decisiones sobre la reproducción. Este decreto no solo impactó en la venta libre de anticonceptivos sino también impidió las acciones y prestaciones en el ámbito de la salud pública, ya que fue “drásticamente eficaz en

obstaculizar el conocimiento y el acceso a métodos anticonceptivos modernos (e incluso tradicionales) a los grupos sociales más desfavorecidos de todo el espectro social (que eran también los de mayor fecundidad)” (Torrado, 2003: 157). Otro aspecto llamativo y negativo para la toma de decisiones de las propias mujeres, fue “la unanimidad con la que gobernantes, dirigentes políticos, intelectuales, religiosos militares, empresarios, militantes izquierdistas –con filiaciones contradictorias y a veces antagónicas-, argumentan en pro de la natalidad y/o en contra de la planificación familiar (...)” (Torrado: 2003: 160).

La Dra. Sabrina Yáñez, en un documento presentado en las XI Jornadas Internacionales de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres en la Universidad Nacional de Cuyo (2017) cita el siguiente texto:

El embarazo, el parto y el puerperio son, se supone, procesos universales y dependientes de la fisiología del cuerpo. Sin embargo, cada cultura y cada momento histórico ha impreso formas de organización vinculadas a las construcciones sociales, políticas y económicas del género, el parentesco y la sexualidad. La antropología de la reproducción ha puesto, precisamente, de manifiesto que tales experiencias no ocurren “...como un mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales. (Blázquez Rodríguez, 2005: 2).

Las antropólogas han hecho aportes cruciales para el estudio de la medicalización de los procesos reproductivos y de la maternidad, enfocándose en las representaciones de la reproducción como proceso fisiológico, patológico y productivo y como fenómeno que da lugar a las dicotomías naturaleza-cultura y producción-reproducción. (Blázquez Rodríguez, 2005: 1).

De la Universidad al ámbito laboral

Hemos podido observar, cómo la historia de la obstetricia y la evolución del proceso reproductivo de las mujeres a través del tiempo, a pesar de las *ganancias* obtenidas, tuvo sus luchas para no desaparecer del mundo de la salud. Actualmente todavía continúan sin tener el reconocimiento que merecen, numerosos/as obstétricos/as de excelente formación y desempeño, que incluso son llamados *los y las parteros/as* en forma despectiva por otros profesionales del medio y también por gran parte de la sociedad.

Cuando hablamos de reproducción no solamente nos referimos a los procesos biológicos del embarazo, parto y puerperio, sino que vamos mucho más allá. Los numerosos estudios antropológicos y etnográficos sobre la historia del nacimiento nos ubican en un plano mucho más profundo y nos permiten responder a infinidad de interrogantes que surgen actualmente y que la Obstetricia moderna no debe dejar de estudiar.

Según comenta Blázquez Rodríguez (2005), en los comienzos de la Antropología el foco de interés de estudio era la cultura y la sociedad, buscando conocer acerca de tabúes y de rituales que se realizaban. A partir de la década de los 70 varios antropólogos deciden estudiar la etnografía tomando contacto con el objeto de estudio del nacimiento, que mostraba la culturalidad de distintas sociedades con respecto al momento del parto. Posteriormente, estos trabajos tendrían a *la mujer* como principal objeto de estudio, seguido del sistema que la acompaña, que tal como vemos en la actualidad serían las *instituciones de salud*. Estas instituciones adoptaron medidas de trabajo que muchas veces dejan a un lado lo humanístico, siendo allí en donde cuesta centrar una mirada antropológica.

Sobre la base de lo anterior, surge la etnografía institucional que busca las relaciones existentes entre la institución y aquellos/as que la concurren. También muestra las problemáticas que existen en otros estudios etnográficos que sólo ven aquellos procesos como fisiológicos, basándose más en una reproducción biológica, no en una *social* (Edhlo, Harris y Young. 1977) y el control que existe de parte de los profesionales con respecto al proceso reproductivo.

Sabrina Yáñez (2016) plantea sobre cómo la definición del verbo *procesar* es bastante acertada en relación con lo que realizan las instituciones de salud con respecto a las mujeres en el período del embarazo, parto y puerperio para controlarlos de acuerdo con nuestra conveniencia esperando que la mujer obedezca lo que se le dice porque debe seguir las órdenes de alguien que está por *encima de ella* de forma jerárquica, y de cómo nosotros buscamos *educar a la embarazada* (Davis Floyd, 1994). Le imponemos ese rol de que ya no es mujer, sino más bien es madre y que debe cumplir los ideales del mismo.

Existe una contradicción cuando queremos que una mujer embarazada cumpla las normas como si fuese un tratamiento riguroso que servirá para que se *cure*, definiendo al embarazo como un proceso patológico y no como un proceso natural que engloba mayormente lo biofísico-psicocultural. Por lo tanto, el incumplimiento de los dictámenes *institucionalizados* derivará en una catástrofe en la cual las únicas culpables serán las mujeres mismas.

En estas relaciones de poder, hay marcas de las expresiones de violencia sobre los cuerpos de las mujeres por parte de las prácticas médicas y el acceso a los derechos se da en un contexto en donde las desigualdades sociales operan como ordenadoras de estas mismas relaciones. (Canevari<sup>9</sup>, 2011: 137).

Yáñez, basándose en Davis Floyd comenta que existe a su vez una discontinuidad en la atención de salud ya que, en el ámbito público, generalmente quien la acompañó durante todo el proceso de embarazo, no estará en el parto y/o puerperio.

Mientras que, en instituciones privadas, quien la atendió durante el embarazo, también la asistirá en el parto, pero esa situación le permite poder mandar sobre su cuerpo haciendo notar lo que vemos en cifras actuales en donde se observa el incremento de una práctica instrumental: *la cesárea* (Spencer, 2016), no realizada por obstétricos sino por médicos.

En nuestro ámbito de docentes formadores y en papel de ex alumnos, observamos cómo cambian el desarrollo y las actitudes que tienen los alumnos desde que ingresan a la institución educativa y cómo estos se desempeñan luego en sus tareas profesionales. Se presenta un quiebre el cual cambia totalmente la mirada de la persona que está ahora en el mundo de la salud sexual y reproductiva institucionalizada. Aquí es en donde nos basaremos en los rituales que plantea Davis-Floyd (2009) sobre el parto hospitalario, de cómo al comienzo un proceso bastante humanístico desde la historia de la obstetricia se transforma en tecnocrático; y de que existe algo que determina al parto institucionalizado, citando: “(...) una fuerza (...) invisible que proviene de las bases conceptuales de nuestra sociedad (...)” (56).

Esos rituales poseen características de las cuales resaltaremos el *simbolismo* que existe en las prácticas rutinarias obstétricas; Davis-Floyd ejemplifica el uso de la silla de ruedas para movilizar a la parturienta hacia la sala de partos, situación que simboliza dependencia y que presenta el embarazo como una incapacidad cuando en realidad no lo es. Los y las estudiantes observan cómo la institución se apodera del cuerpo de las mujeres, y no dejan que ellas nos muestren sus saberes aprendidos o adquiridos; las



juzgamos y nos apropiamos de lo que es suyo; seguimos tratándolas como si fuesen máquinas cuya función es solo la de *cargar con el bebé*.

Los mandatos de la institución se contradicen con lo aprendido en la teoría, por ejemplo: nunca realizar procesos invasivos cuando sean innecesarios; siempre hablarle por su nombre no como si fuese un objeto (*la de la cama 7; la del FM, sigla de feto muerto*, que en los hospitales se utiliza por confidencialidad de la usuaria); llamarla por su nombre y no paciente o usuaria (porque no está enferma); no mirarla a los ojos cuando se le hable y solamente darle más atención a la panza, al *contenido de ese envase*. Es el momento en donde existe una encrucijada con respecto a lo que se estudió y se preparó, con lo que se tiene que realizar en la práctica. La institución utiliza la reducción cognitiva, somete a confusiones al estudiante y termina por cambiar su mentalidad. El estudiante al comienzo elige la profesión para ser un agente de cambio, y en cuanto se intenta hacer algo distinto, la institución, incluyendo colegas y formadores, ponen los límites o hacen que tengan la misma idea, como si fuéramos militares en un entrenamiento demasiado agotador, lo que provoca que finalmente nos hundamos en la monotonía del sistema de salud institucionalizado.

En las asignaturas prácticas de los años más avanzados cuando ya se toma contacto con las mujeres embarazadas, se da la situación de que son *muchos estudiantes y pocas pacientes* en el momento del acompañamiento del trabajo de parto, en donde está incluido el período dilatante. Uno de los procedimientos que generalmente se realizan en esta etapa es el tacto vaginal que, en vez de ser como máximo dos personas para que lo realicen, culmina siendo un método más invasivo solo por el hecho de que se *debe* aprender y todos/as también tienen que realizarlo a la misma mujer invadiendo no solo su integridad física sino también su privacidad.

Y así nos vamos introduciendo en el mundo de la violencia, en donde nace nuestro narcisismo por creer que sabemos más, tratando de opacar a la verdadera protagonista del embarazo, a quien muchas veces tratamos de ignorante sobre los conocimientos que tiene de su propio cuerpo, y no escuchamos para aprender más sobre su vida sin tener que romper la relación entre nosotros/as y ella. “La violencia está sustentada en una historia de siglos de sometimiento de las mujeres por parte del patriarcado, a través de sus manifestaciones institucionalizadas, las religiones, los estados, la medicina, la sociedad”. (Canevari, 2011:137).

La violencia obstétrica sin dudas, forma parte de uno de los principales factores de riesgo para desencadenar un problema no menor que es *la depresión*.

La depresión es un problema de salud mental que afecta a millones de personas en el mundo, por lo tanto, es un problema de salud pública que con mayor frecuencia afecta a mujeres siendo dos veces más en mujeres que en varones. (OMS. 2004). La gestación constituye un evento que socialmente se relaciona a sentimientos de felicidad, donde no hay espacio para la tristeza, sin embargo, la depresión es una realidad que está presente y va en aumento. Es una preocupación por los resultados y consecuencias desfavorables para la mujer, porque puede conducir a una mala alimentación, contribuir a resultados adversos fetales y/o neonatales, así como la ausencia de autocuidado personal, pocos controles prenatales y además predisposición al consumo de sustancias como alcohol, tabaco y cocaína. El peor desenlace que puede desembocar la depresión es el intento del suicidio y el suicidio mismo. Este problema se podría minimizar si escucháramos con atención lo que nos plantean las mujeres gestantes durante el control prenatal y acudiéramos al trato respetuoso durante el parto y posparto.

Durante el proceso de aprendizaje les preguntamos a los alumnos, *¿Qué sentido tiene que se sepan todo un libro de memoria, cuando todavía ni siquiera saben saludar*

*y respetar? No se olviden que, para ser buenos profesionales, primero deben ser buenas personas.*

Canevari, para su libro “Cuerpos enajenados” realiza entrevistas a grupos focales con mujeres usuarias de la maternidad del Hospital Regional de Santiago del Estero y cita:

Que antes de llevar el título a la cabeza, lo lleven al corazón y que consideren que no todas las mujeres somos iguales. (...) El/la médico/a tiene que ser humilde, que te hable, te cuente, te explique, que tenga paciencia, sepa ponerse en tu lugar, entenderte a vos. Comprenderte, capaz que viene de su casa con problemas, entonces que no le agrave el problema al paciente porque peor se va a poner. Él no sabe de qué situación vengo, entonces que no me atienda mal...

(Canevari, 2011: 148-149)

#### Reflexiones finales

Tanto la Historia como también la Antropología del proceso reproductivo y el nacimiento, deberían incluirse como parte de la formación de los alumnos ya que constituyen un aspecto fundamental para entender que lo fisiológico y natural supera ampliamente lo patológico y anormal.

Consideramos que desde el inicio de la formación profesional y sumado a las competencias y destrezas se debería promover profundamente el aspecto social y humanitario, con una fuerte impronta sobre la temática de género, desde todos los establecimientos e instituciones educativas donde se formen y capaciten profesionales y no profesionales que tengan participación directa con las mujeres y familias en trance de embarazo, parto y puerperio. Desterrar definitivamente la violencia obstétrica (medicalización, prácticas torturantes, autoritarismo, desinformación, tecnocracia, etc.) y fomentar el trato respetuoso, la participación activa de la mujer y su entorno

acompañante serían una acertada forma de trabajar en la actualidad, y disminuir así las altas tasas de cesáreas, morbomortalidad materna y perinatal.

#### Referencias bibliográficas

- Blázquez Rodríguez María (2005). *Aproximación a la antropología de la reproducción*. AIBR. Ed. Electrónica N.º 42. Madrid.
- Canevari Bledel Cecilia (2011). *Cuerpos enajenados*, Santiago del Estero: Barco Edita.
- Correa Alejandra (2002). *Parir es morir un poco*. Buenos Aires: Taurus.
- Davis Floyd, Robbie (2009) *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento*. - 1ra ed. - Buenos Aires: Fund. Creavida.
- Federichi Silvia (2010) *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, Traficantes de Sueños.
- Felitti Karina (2011) “Entre el deber y el derecho: maternidad y política en la Argentina del siglo XX” en Felitti (coord.), *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*, Buenos Aires: CICCUS, pp. 23-52.
- Gil Lozano, Fernanda ; Valeria Silvina Pita y Maria Gabriela (2000) . *Historia de las mujeres en Argentina, colonia y siglo XIX*. Taurus, Buenos Aires.
- Nari Marcela (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Edit. Biblos.
- Organización Mundial de la Salud (2004) *Prevención de los Trastornos Mentales*.

Intervenciones efectivas y opiniones de política. Recuperado de

[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorder](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorder).

- Rich Adrienne, *Of Woman Born* (1996). *Motherhood as Experience and Institution*, New York, WW Norton, 1986. Trad. esp, *Nacemos mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid, Traficantes de sueños.
- Torrado Susana (2003) *Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870-2000)*, Buenos Aires, La Flor.
- Yáñez Sabrina (2013). Apunte de clase preparado por la docente en base al artículo “De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad” en *Nómadas*. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Universidad Complutense de Madrid, N° 37, 1-17.
- Yáñez Sabrina (2016). Ponencia: El procesamiento de los “cuerpos maternos” en la salud pública. Notas desde la etnografía institucional. Presentada en I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo “Perspectivas actuales en la investigación en ciencias sociales: problemáticas, enfoques epistemológicos y abordajes teórico-metodológicos”
- Yáñez Sabrina (2017). *La medicalización como núcleo de la institucionalización de la maternidad*”. *Obstetricia Mujer y Sociedad. Miradas antropológicas sobre la obstetricia occidental*. Documento presentado en las XI Jornadas Internacionales de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres, realizadas en la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.