

EL PARTO HOSPITALARIO EN AMÉRICA LATINA: PRÁCTICAS DE PATOLOGIZACIÓN, MEDICALIZACIÓN E INSTRUMENTALIZACIÓN

MARÍA RENEE ACEVES VALENCIA*

Resumen

La patologización del cuerpo femenino que pare, su medicalización y la creciente instrumentalización ejercida sobre él, son prácticas concretas en las que se despliega el conglomerado de formas moderno-capitalistas de *hacer y pensar* el nacimiento en América Latina. El texto esboza una reflexión en torno al término que ha sido construido con el afán de dar cuenta y denunciar prácticas violentas ejecutadas sobre la mujer embarazada, que pare y en puerperio: *violencia obstétrica*. Se ha convertido al siglo XVIII y el acaecer de la era industrial, como el acontecimiento que brinda explicación a las prácticas antes mencionadas (Mangnone Alemán, 2013: 79). El escrito cuestiona tal enunciado y propone una vinculación entre la instauración de la lógica de acumulación de capital en la región latinoamericana, suscitada en los siglos XVI y XVII, y el ejercicio de las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización del parto llevadas a cabo en la actualidad.

Palabras clave: parto, violencia obstétrica, patologización, medicalización, instrumentalización

-
- Licenciatura en Sociología, Universidad de Guadalajara. Contacto: ma.renee@hotmail.com.
Recibido: 3/2/2020. Aceptado: 21/3/2020.

HOSPITAL DELIVERY IN LATIN AMERICA: PATHOLOGIZATION, MEDICALIZATION AND INSTRUMENTALIZATION PRACTICES

Abstract

The pathologization of the female body that gives birth, its medicalization and the increasing instrumentalization exerted on it, are concrete practices that unfold the conglomerate of modern-capitalist ways of doing and thinking about birth in Latin America. The text outlines a reflection on the term that has been built with the eagerness to account and denounce violent practices previously mentioned on a pregnant woman, which births and goes into puerperium: *obstetric violence*. It has been converted to the eighteenth century and the befall of the industrial era as the event that provides explanation for the practices mentioned above (Mangnone Alemán, 2013: 79). The text questions such statement and proposes a link in between the establishment of the logic of capital accumulation in the Latin-American region, emerged on the XVI and XVII centuries, and the exercise of the pathological practices, medicalization and instrumentalization of birth carried out nowadays.

Keywords: childbirth, obstetric violence, pathologization, medicalization, instrumentalization

Introducción

En el ámbito del pensamiento social, mucho se ha escrito en defensa de la objetividad en el hacer científico y en apoyo al posicionamiento teórico-metodológico empeñado en sostener la relación sujeto-objeto, basado en una perspectiva ético-política que, consideramos, es contraria a la vida. También mucho es lo que se ha escrito como respuesta a ello. Mi labor no consiste en extender una discusión, ya de por sí prolongada en demasía. La mención a tal disputa me sirve solo de preámbulo, pues no sucumbo ante el mandato del desapasionamiento y la neutralidad al observar, ni cedo ante el precepto del distanciamiento y la superioridad al pensar. ¿Qué hay de impersonal en el hacer investigativo? Mamá habla sobre sus partos: el parto de la nena, del varón y de aquel que no sucedió. Voy de a poco pescando el rastro del ejercicio violento contra el cuerpo pariendo de ella y el cuerpo naciente nuestro. La insolencia de la voz

ensayada en humillaciones y reprimendas; la tosquedad del antebrazo presionando su vientre, empeinado en hacer salir el producto de aquella línea manufacturera que es la sala de partos; la agresividad de la vena transportadora de líquido sintético, que sabe de tiempos cortos y marchas aceleradas; la arbitrariedad de la mano que traza la herida de bisturí sobre su vulva para acelerar la expulsión de la cría; la atrocidad cometida al negarle al recién nacido el pecho de su madre. La voz de mamá es la voz de todas las mujeres que paren en América Latina. Las prácticas de dominación y control ejercidas sobre nuestros cuerpos constituyen un malestar generalizado y diversificado, históricamente invisibilizado e ininterrumpidamente replicado.

A modo de acuse

Se denuncia en redes sociales al personal de una clínica de salud pública guatemalteca que retrasó el parto de una mujer, en contra de su voluntad, con la intención de que fuese el primer nacimiento del año. Más de una decena de personas apiñadas alrededor de la mujer que pare celebran sin medida el nacimiento de la cría (Gerardo, 2019). “Acá el médico soy yo, así que te callás la boca”, enunció el jefe de guardia del segundo sanatorio que visitó una mujer argentina luego de habersele negado la atención en reiteradas ocasiones. La mujer, aun habiendo manifestado dolor, fue enviada de vuelta a casa, donde más tarde murió la criatura aún en su vientre. Tenía ocho meses de gestación (Arenas, 2016). En Colombia, una mujer asiste a la revisión periódica de su embarazo en la que exterioriza el deseo de ser acompañada por su pareja al momento de parir. El obstetra en turno la despide diciendo “después de ver eso, él ya no va a querer hacer el amor contigo” (Levy, 2019). El Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca, negó la atención a una mujer a la que no le quedó otra opción que parir en el jardín del mismo sitio (Cortés, 2014). En Cuscatlán una mujer que había sido violada y desconocía que estaba embarazada pare en el retrete de su hogar un cuerpo sin vida. Fue culpada de homicidio por las autoridades salvadoreñas (Salinas, 2019).

Un término ha sido creado con la pretensión de nombrar, visibilizar y denunciar prácticas como las señaladas anteriormente: *violencia obstétrica*. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) la considera una violación a los derechos humanos y la define como el tipo de violencia que consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante embarazo, parto y posparto. El organismo señala la intersección de al menos dos expresiones de violencia como las conformantes de tal conjunto de prácticas: la violencia institucional y la violencia de género. Aunque el presente escrito concentra su atención en las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización sobre el cuerpo femenino que pare, y no respecto del cuerpo gestante, ni en torno al periodo posterior al nacimiento, resulta conveniente aludir a tal conceptualización.

La pertinencia de la cita radica en la aparición del término dentro del escenario legislativo de algunos países de la región, así como en la utilización de este por parte de ciertas mujeres y colectivos feministas a modo de acuse. Es cierto, ahora la expresión tiene cabida en el ámbito constitucional latinoamericano. No obstante, la situación normativa del conjunto de prácticas ejercidas contra el cuerpo femenino gestante, pariendo y en puerperio, en los países de la región, es frágil y deficiente. “La gran mayoría de los países de América Latina carecen de una regulación que haga frente de manera directa a la violencia obstétrica”, señalan Yasna Fernández e Iván Díaz (2018: 140). Según la información expuesta por los autores, los únicos tres aparatos normativos nacionales que han incluido leyes en relación con esta temática son los de México, Venezuela y Argentina.

A tenor con tal panorama, es preciso elaborar una reflexión sobre la base de las siguientes preguntas: ¿resulta sensato recurrir a la vía legal para dar solución a la problemática? ¿Pueden nuestros esfuerzos por liberarnos del yugo patriarcal apoyarse en un aparato estatal? ¿Qué implicaciones conlleva la utilización de *violencia obstétrica* como herramienta conceptual? ¿Logra esta agotar la interpretación del fenómeno observado?

Escenario brasileño

Érica de Paula, en conjunto con Eduardo Chauvet, presentó en 2013 la primera parte de una serie de filmes que buscan, por medio de la entrevista a especialistas de la salud y la recuperación de las experiencias de parto de mujeres brasileñas, elaborar una crítica en torno a la práctica del parto hospitalario en Brasil: *El renacimiento del parto*. El conjunto de documentales exhibe una recopilación de relatos en los que médicas y médicos ginecobstetras, enfermeras, antropólogas, funcionarios públicos, madres, padres y más, exponen sus reflexiones en torno a las formas de hacer y pensar el nacimiento brasileño en el contexto moderno-capitalista. “El modelo de atención al parto en Brasil, muy centrado en la tecnología, fue creando de a poco la cultura de la cesárea como la manera más cómoda de nacer; quizás más adecuado a nuestra sociedad de consumo” —expresa Esther Vilela, encargada del ministerio de salud brasileño—. La referencia al caso brasileño resulta oportuna, pues es este uno de los países latinoamericanos en los que se produce el fenómeno de la *pandemia cesariana*. Según información presentada por el diario *El País*, “entre 1990 y 2014 la tasa de cesáreas en América Latina y el Caribe aumentó del 23% al 42%”. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que una tasa óptima de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15%. En Brasil la cifra es superior al 55%, lo que lo posiciona como el segundo país en la región con el más alto número de partos realizados por esta vía, después de República Dominicana y seguido por Ecuador, con el 48.97%, y México, con el 45.2% (Larraz, 2017).

La realización de cesáreas en condiciones de bajo riesgo (cuando estas son innecesarias y no justificadas), corresponde a una de las formas concretas en que se manifiestan las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización ejercidas sobre el cuerpo femenino que pare.

Considero apropiado detenerme a recuperar algunas reflexiones contenidas en el material audiovisual citado, unidas a una breve descripción de los términos enunciados.

Patologización

Percepción del cuerpo gestante y el cuerpo pariendo como cuerpos enfermos. El proceso de patologización, de acuerdo con Gisela Untoiglich, “implica un conjunto de operaciones políticas, programas, estrategias, dispositivos e intervenciones cuyos efectos ubican en un lugar de enfermo a aquellos que quedan por fuera de los criterios de normalidad de su época” (2014: 25). Según señala Natalia Magnone, si la mujer que pare “es asistida en una lógica preparada para encarar patologías, será sometida a intervenciones innecesarias que obstaculizan el desenlace natural del proceso” (2013: 81), aun cuando el embarazo haya sido clasificado como de bajo riesgo.

La creciente expansión del dominio del saber y poder médico sobre aspectos de la vida que antes estaban fuera de su área de incumbencia implica necesariamente la categorización de esos aspectos en términos de salud/enfermedad y normal/patológico. Las categorías de medicalización y patologización se complementan una a la otra formando un circuito que caracteriza las intervenciones médicas en los momentos del parto (Martínez y Orobich, 2018: 4).

“Nuestro modelo de parto en Brasil y otros países del mundo se fundamenta en la enfermedad. Se van creando constantemente cuestiones menores para probar que la mujer tiene problemas” —declara Heloísa Lessa, enfermera obstétrica.

Medicalización

Exclusión de saberes históricamente contruidos por la mujer, simultánea a la inserción del conocimiento médico hegemónico. “Imposición de un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo” (Sánchez *et al.*, 2012).

Robbie Davis-Floyd (2001) señala que “antes de la era contemporánea, industrial, el nacimiento era un proceso natural. Era parte del tejido de la vida social y las comadronas atendieron el parto en todas las sociedades”.

Unido a ello, el médico obstetra Ricardo Jones enuncia que “la entrada de los hombres en ese universo sagrado y escondido del nacimiento terminó por traer, junto con las luces de la razón, el cambio de los modelos de los paradigmas del parto”.

Instrumentalización

Intervencionismo rutinario y estandarización extrema durante la labor de parto. Medios quirúrgicos, farmacológicos y técnicos utilizados al momento del parto sobre el cuerpo femenino.

La ginecóloga Fernanda Macedo afirma (en los materiales audiovisuales referidos), que “el parto en Brasil en la época actual pasó de ser de un acto fisiológico a un acto quirúrgico”. A la par que Heloísa Lessa, asevera que el parto era absolutamente cosa entre mujeres:

desde entonces hemos presenciado muchos cambios: tuvimos grandes avances en la tecnología, el surgimiento de la figura del médico en el parto. Está claro que, al situar a la mujer en el hospital, aparecen dos factores históricos importantes: el parto horizontal y la episiotomía.

Patologización, medicalización e instrumentalización sobre el cuerpo que pare

En la región latinoamericana se han hecho presentes la burocratización, la estandarización, el control y la regulación del cuerpo femenino que pare, llevados a cabo por la institución médica obstétrica de carácter capitalista-patriarcal. Las expresiones observables de dichos mecanismos de dominio incluyen principalmente:

- La dotación al parto, como fenómeno fisiológico, de un carácter patológico acoplado a la percepción del cuerpo pariendo como cuerpo enfermo, lo que ha traído como consecuencia un aumento en la ejecución de procedimientos médicos innecesarios e invasivos al tiempo que se pare.

- La negación de saberes femeninos sumada a la simultánea imposición del conocimiento médico con supuesto fundamento en la ciencia. Esto ha derivado en el desplazamiento de la figura femenina durante la labor de parto (matrona y partera), en paralelo a la inserción de la figura del profesional de la salud (médico ginecobstetra), así como la modificación del sitio en que ocurre el parto en que el hospital sustituye al espacio privado e íntimo.
- La atribución de caracteres tales como *riesgo*, *imprevisibilidad* y *anomalía* al cuerpo femenino. Ello ha promovido y sustentado la excesiva intromisión del hacer médico-institucional sobre el cuerpo pariendo; esto es, la utilización en demasía de medios quirúrgicos, farmacológicos y técnicos sobre el cuerpo pariendo.

Las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización antes esbozadas se traducen en ejercicios aún más concretos, como:

- Obligar a parir en una posición poco benéfica para la parturienta, en beneficio del profesional de la salud.
A placer del varón, se ha privado a la mujer de decidir cómo y cuánto moverse cuando se prepara para parir, y la forma que adoptará su cuerpo al momento de la expulsión del cuerpo naciente. Es muy probable que la imagen que venga a nuestra mente al pensar en un parto sea la de una mujer recostada. Debemos atribuir la popularización de tal práctica al capricho del rey Luis XIV, quien pidió que la mujer que pariría a su hijo se recostara para poder observarlo todo. En el siglo XVII se expide un documento oficial que exhorta a las mujeres a posicionarse boca arriba al momento del alumbramiento. De acuerdo con Ina May Gaskin, “la recomendación estaba pensada en beneficio del médico que quisiera usar el instrumento, no de la mujer” (2003: 283).
- Suministrar oxitocina sintética.
Un conglomerado de hormonas y sustancias químicas están involucradas en el proceso de parto: las prostaglandinas, la oxitocina, la adrenalina y las endorfinas. De acuerdo con Gaskin, dicho conjunto hormonal “contribuye de forma crucial a regular y espaciar las contracciones uterinas durante el proceso [...] y son fundamentales para

la supervivencia del recién nacido” (2003: 188), dado que se encargan de estimular las reacciones del cuerpo que pare y el cuerpo que nace ocurridas durante el nacimiento. El suministro de oxitocina sintética se realiza con la finalidad de acelerar el proceso de parto. Esta tendrá la función de aumentar e intensificar las contracciones uterinas que permiten la expulsión de la cría.

- Esterilizar a la parturienta sin su consentimiento o coaccionarla para que acceda.

Como parte de un proyecto gubernamental de control de la natalidad, la esterilización al momento del parto se ha convertido en una práctica común en los hospitales de la región. Los centros de salud públicos suelen imponer instrumentos anticonceptivos a las mujeres que paren, tales como la oclusión tubaria bilateral, la histerectomía y la colocación de un dispositivo intrauterino. Múltiples son los casos de mujeres a las que no se les dio noticia de que serían sometidas a tales procedimientos médicos, así como aquellos en los que se obligó o presionó a la parturienta a firmar el documento que avala un supuesto consentimiento informado. El dolor y la desesperación de la parturienta allanan el camino al chantaje médico. Las herramientas coercitivas sobran; por ejemplo, la suspensión de apoyos gubernamentales es una de las amenazas que reciben las mujeres en comunidades rurales. Las mujeres con VIH, así como aquellas con discapacidad cognitiva o intelectual, son con frecuencia sometidas a esterilizaciones forzadas. El diario *Por Esto!* señaló en 2018, respecto del caso mexicano, la realización de tales prácticas quirúrgicas en jóvenes con discapacidad que han sido abusadas; el personal de las clínicas de salud arguye que las operaciones son llevadas a cabo “para evitar que cuando sean violadas queden embarazadas”.

- Efectuar una episiotomía.
Es esta una incisión quirúrgica realizada sobre la vulva del cuerpo que pare con la intención de evitar un desgarre. Tal incisión resulta, en la mayoría de los casos, innecesaria. Su ejercicio rutinario está sustentado en la idea de que “infligir ese trauma a la mujer le evita graves desgarros, mejora la vida sexual de su marido, le ahorra incontinen-

cias urinarias y fecales, facilita su propia labor de costura posterior” (Gaskin, 2003: 314). Ina May asegura que tales aseveraciones no tienen justificación suficiente, que carecen de pruebas fidedignas.

- Realizar la maniobra de Kristeller.
Ella es una técnica que consiste en hacer presión con los puños y antebrazo sobre la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el empuje de la parturienta. En muchas ocasiones resulta ser perjudicial tanto para la parturienta como para la cría.
- Utilizar fórceps.
Estos son un instrumento en forma de tenaza que facilita al médico ginecobstetra la extracción del cuerpo naciente. Recurrir a su empleo implica un riesgo considerable para la madre y la criatura. La ruptura de útero y las lesiones en vejiga y uretra son dos de los posibles daños, además del riesgo de lesión neurológica que corre la cría.
- Negar atención médica a la parturienta.
- Negar el acompañamiento durante el parto.
- Negar a la parturienta cuidar del recién nacido en las horas posteriores, inmediatas al parto.
- Negar información sobre el procedimiento que está por realizarse.
- Agredir física o psicológicamente (humillaciones, insultos, amenazas, entre otros).
- Utilizar a la parturienta como recurso didáctico.
- Someter a una cesárea innecesaria a la parturienta.

Prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización y su articulación con la lógica de acumulación de capital

Constreñir la observación y el entendimiento del fenómeno al concepto *violencia obstétrica* es una limitante que debe eludirse. Evitemos contener el análisis en la conceptualización instituida y recientemente institucionalizada. Sin pretensiones de desechar el concepto, sugiero ampliar la reflexión. Escudriñemos: propongo trazar un vínculo entre el conglome-

rado de formas de hacer, ser y pensar de carácter estructural propias del sistema capitalista-patriarcal, y las prácticas concretas de patologización, medicalización e instrumentalización del parto en la región latinoamericana. El confinamiento de la problemática dentro de los límites inherentes a la conceptualización retomada por organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) imposibilita interpretar al fenómeno como resultado del entramado de relaciones sociales moderno-capitalistas. Considerarlo una anomalía perteneciente al sistema que es posible erradicar por medio de aparatos y mecanismos constitucionales implica, pues, negar dicha articulación.

Robbie Davis-Floyd (2001), pensadora estadounidense que se ha dedicado al estudio del nacimiento, la obstetricia y la partería desde una perspectiva antropológica, ha señalado y descrito los tres paradigmas de la atención sanitaria que influyen de manera considerable al parto. De acuerdo con ella, el sistema de valores y creencias de la sociedad occidental moderna permea e interviene en la construcción del sistema de asistencia sanitaria (encargada de gestionar, institucionalizar y reproducir las formas de hacer y pensar el parto). Para la autora, dicho sistema de valores se erige sobre los cuatro siguientes fundamentos:

- a. La ciencia [cientificismo]
- b. La alta tecnología [acelerada y exhaustiva tecnificación de los procesos]
- c. El beneficio económico [lógica de acumulación de capital]
- d. Las instituciones patriarcalmente gobernadas.

Pienso en esta propuesta como un punto de partida acertado y conveniente al estudio del parto, sobre la base de la cual es posible comenzar a observar, criticar y analizar las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización del cuerpo femenino que pare.

Escribe Gaskin: “se puede ganar tanto dinero con los partos que este acto fisiológico y personal se ha vuelto político”. Ella es quien inició en Norteamérica la fundación *The Safe Motherhood Quilt Project*, además de crear el *Centro de Partería de la Granja*, ubicada en Tennessee (2003: 317). De acuerdo, el parto es un acto político. Por tanto, resulta pertinente precisar

desde cuándo se convirtió en tal y cuáles son las razones por las que esto sucedió. ¿Qué lo que le ha conferido *politicidad* al proceso de parir-nacer? ¿El alto beneficio monetario que incentiva al profesional de la salud a ejercer prácticas *patologizantes, medicalizantes e instrumentales* sobre el cuerpo que pare satisface nuestro afán por dar solución a las preguntas planteadas? Es decir, ¿es solo, o principalmente, la jugosa remuneración que percibe el médico ginecologista luego de realizar un parto hospitalario, lo único que confiere *politicidad* al fenómeno del nacimiento? Desconfío de una respuesta afirmativa sin más.

Reitero la importancia de pensar al parto no únicamente como fenómeno fisiológico, sino también como práctica histórico-social, como un *hacer* atravesado por el entramado de relaciones sociales moderno-capitalistas. Dicha labor puede ser bien consumada retomando algunas de las ideas expuestas tanto por Silvia Federici, en *Calibán y la bruja*, como por Rita Segato (2019), quien se ha encargado de desarrollar una extensa reflexión en torno a lo que ha denominado *pedagogías de la crueldad*.

Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida». La comunidad de mujeres que se reunía alrededor de la cama de la futura madre tuvo que ser expulsada de la sala de partos, al tiempo que las parteras eran puestas bajo vigilancia del doctor o eran reclutadas para vigilar a otras mujeres (Federici, 2004: 137).

Federici alude al modo en que se desplegó la caza de brujas europea, una de las medidas estatales que tuvo como pretensión ejercer control sobre el cuerpo femenino y que está estrechamente vinculado con la etapa insaurativa del capitalismo.

Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista (2004: 138).

Sería la mujer quien a partir de entonces se encargara, no de forma voluntaria y ejerciendo resistencia, de la reproducción de la fuerza de trabajo que posibilitó la continuación y el fortalecimiento de la lógica de acumulación de capital. Segato, por su parte, ha sugerido no observar la problemática de género “exclusivamente como una cuestión de la relación entre hombres y mujeres, sino como el modo en que esas relaciones se producen en el contexto de sus circunstancias históricas” (2019: 28). La caza de brujas en América, que no emuló la dinámica con que fue llevada a cabo en el viejo continente, debe ser observada sin perder de vista dicha noción. La intersección de por lo menos tres condicionantes (género, clase y raza) no deben eludirse al tratar de interpretar el fenómeno. Para Federici,

la extensión de la caza de brujas a las colonias americanas constituye un ejemplo notable de la lógica que rige tanto el desarrollo del capitalismo como conforma el carácter estructural de las atrocidades perpetradas en este proceso (2004: 288).

La caza de brujas, tanto en Europa como en América, implicó un intento por erradicar aquellas mujeres cuyo *ser, hacer y pensar* era considerado amenazante al orden social que estaba siendo conformado e instaurado.

También en el Nuevo Mundo, la caza de brujas constituyó una estrategia deliberada, utilizada por las autoridades con el objetivo de infundir terror, destruir la resistencia colectiva, silenciar a comunidades enteras y enfrentar a sus miembros entre sí. También fue una estrategia de cercamiento que, según el contexto, podía consistir en cercamientos de tierra, de cuerpos o relaciones sociales. Al igual que en Europa, la caza de brujas fue, sobre todo, un medio de deshumanización y, como tal, la forma paradigmática de represión que servía para justificar la esclavitud y el genocidio (Federici, 2004: 289).

Segato ha definido las *pedagogías de la crueldad* como aquellas que “enseñan a matar de una muerte desritualizada, de una muerte que deja apenas residuos en el lugar del difunto” (2019: 27). La caza de brujas extendida a América sirvió para perfeccionar la estrategia que después sería aplicada en tierras europeas y así continuar con el combate a la figura femenina que

había sido demonizada. “La adopción de la exterminación como estrategia política por parte de los Estados europeos constituyó otra importación proveniente del Nuevo Mundo”, señala Federici (2004: 309). La consecuencia que trajo consigo la persecución de quienes habían sido consideradas como brujas en esta región fue la redefinición de “las esferas de actividad en las que las mujeres indígenas podían participar” (2004: 306).

Ciencia, tecnologización y tecnificación de los procesos, beneficio económico e instituciones patriarcalmente gobernadas, los cuatro sustentos del paradigma tecnocrático de atención a la salud que ha observado Davis-Floyd, se asoman de formas complejas y diversas. Las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización del parto pueden entonces ser comprendidas como efecto de un proceso de dominio y control sobre el cuerpo femenino, utilizado como instrumento para expandir la dinámica de reproducción de la lógica de acumulación de capital en la era moderna por Occidente. El fenómeno histórico-social *parto* está atravesado por el cúmulo de significaciones características de la cultura occidental: las propias del cristianismo, que no ha cesado de intervenir en el *hacer* de la vida cotidiana; las concernientes a la ciencia como producto del proyecto social que es la modernidad; las relativas al patriarcado, que plantea formas determinadas y hegemónicas de *ser* y *pensar* los sujetos sociales *hombre* y *mujer*, y las que corresponden al capitalismo como modo de producción de la vida.

Conclusiones

El cuerpo femenino ha sido sometido a la lógica de acumulación de capital. No hemos podido escapar a dicha construcción práctico-ideológica; tampoco han podido hacerlo nuestros cuerpos. La mercantilización de la vida no condona ni excluye ámbito alguno: el cuerpo femenino ha sido colonizado. El despliegue de la colonización de nuestros cuerpos es amplio. Existen múltiples y variadas formas concretas en que dicho atravesar se manifiesta. Las prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización ejercidas al momento del parto son algunas de ellas.

“En la fantasía europea, América misma era una mujer desnuda reclinada que invitaba seductoramente al extranjero blanco que se le acercaba”, escribe Federici (2004: 305). La tierra, que ni era América ni era Latina, fue colonizada, violada y despojada. “Estos [los europeos] trajeron consigo su bagaje de creencias misóginas y reestructuraron la economía y el poder político en favor de los hombres” (Federici, 2004: 305). La tierra, que ahora es América y es Latina por capricho de quien tuvo intenciones de poseerla, ha sido históricamente resguardada por mujeres. Mujeres a quienes, igualmente y de forma sistemática, se ha intentado colonizar, violar y despojar. Mujeres que, desde una ética de la vida, han resistido y resisten a tal reestructuración impuesta y nunca elegida. Nuestros cuerpos son testigos. El cuerpo que parece dar constancia de las formas de *hacer*, *ser* y *pensar* erigidas por imposición.

Esos “actos y prácticas que enseñan, habitúan y programan a los sujetos a transmutar lo vivo en cosas”, como se refiere Segato (2019: 27) a las *pedagogías de la crueldad*, dan cuenta del mandato que se ha pretendido ejercer en contra del cuerpo femenino. La práctica moderna ginecobstétrica pone de manifiesto tal aseveración. Esta se ha encargado de negar los saberes femeninos. El acervo de conocimientos propio de las mujeres encomendadas al cuidado de la salud en las sociedades precolombinas, y en general anticapitalistas, ha sido desplazado y casi sofocado en su totalidad. La reificación de nuestros cuerpos está estrechamente vinculada a su inserción dentro la dinámica de producción de mercancías. El cuerpo que parece ser patologiza con el afán de controlarlo. El cuerpo que parece ser medicaliza con la pretensión de dominarlo. El cuerpo que parece ser es sobre el que se han ejercido instrumentos de opresión. Asegura Segato que nos enfrentamos, en el siglo XXI, a una “expansión de los escenarios de las nuevas formas de la guerra en América Latina” (2019: 28). Esto es, a una expansión de la ética de la muerte en contraposición a una ética de la vida. Una ética que atenta contra la vida humana y no humana a la que es preciso entender, enfrentar y fracturar. Cuestionar y reflexionar en torno a las implicaciones que tiene es una tarea necesaria, urgente. Preguntémonos si es al mismo tiempo labor suficiente.

Bibliografía

- Arenas, Natalia (2016). “Mataron a mi bebé”. *El Espectador*, 25 de noviembre. Venezuela.
- Davis-Floyd, Robbie (2001). “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, num. 75. Texas: Department of Anthropology, University of Texas Austin.
- Federici, Silvia (2004). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fernández, Yasna e Iván Díaz (2018). “Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile”. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, núm. 51. Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- Gerardo, Laura (2019). “El polémico parto del primer bebé del 2019 en Guatemala”. *Debate*. México. Disponible en: <https://www.debate.com.mx/mundo/El-polemico-parto-del-primero-bebe-del-2019-en-Guatemala-20190102-0064.html>. Consultado: 18 de enero de 2020.
- GIRE (s/f). “Violencia obstétrica”. En *Grupo de Información en Reproducción Elegida*. Disponible en: <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>. Consultado: 20 de enero de 2020.
- Larraz, Irene (2017). “Latinoamérica gana por cesárea”. *El País*, 11 de agosto. México.
- Levy, Goldy (2019). “Tenemos que hablar de violencia obstétrica”. En *Creosetenta*. Colombia: Universidad de los Andes. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/tenemos-que-hablar-de-violencia-obstetrica/>. Consultado: 22 de enero de 2020.
- Magnone, Natalia (2013). “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, núm. 12. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba Argentina.
- Martínez, Berenise y Ludmila Orobich (2018). “De la casa al hospital: una breve historización de la atención del embarazo y parto”. En *x Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de la Plata*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata.
- Paula, Érica de (productora) y Eduardo Chauvet (director) (2013). “El renacimiento del parto”. [Película documental]. Brasil: Chauvet Filmes.

- Salinas Maldonado, Carlos (2019). "Absuelta mujer que dio a luz a un bebé muerto y fue acusada de abortar en El Salvador". *El País*, 20 de agosto. México.
- Segato, Rita (2019). "Pedagogías de la crueldad. El mandato de la masculinidad" (fragmentos). *Revista de la Universidad de México*, núm. 854. México: UNAM.
- Untoiglich, Gisela (2014). "Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica". *Nuances: Estudos sobre Educação*, núm. 1. Buenos Aires: Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Buenos Aires.