

**Construcción de los objetos
profesionales, orden corporal
y desigualdad social.
Una reflexión en torno a las
interacciones médicos-usuarias
de servicios ginecológicos¹**

:: Joaquina Erviti

¹ Agradezco el apoyo financiero otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), (Grant 41057). Expreso también el reconocimiento a las autoridades de las instituciones de salud por las facilidades otorgadas y, especialmente, a los médicos que accedieron a participar, cediéndonos parte de su tiempo.

Introducción

La cosificación de las mujeres en la implementación de las políticas de salud reproductiva y su contribución a la continua intervención médica sobre sus cuerpos ha sido tema de estudio en las últimas décadas. Asimismo, desde distintos foros se ha cuestionado la vigilancia médica ejercida sobre los cuerpos de las mujeres, especialmente en el ámbito de la reproducción, así como los obstáculos para el respeto al ejercicio de los derechos de las usuarias en los servicios de salud. En este sentido, se ha documentado acerca de la violencia institucional que sufren las mujeres durante la atención en servicios de salud (Castro y Erviti, 2003; D'Oliveira et al., 2002; Jacobson, 2009), con especial intensidad en los servicios de atención gineco-obstétrica, y que van desde la negligencia médica² hasta la violencia verbal y/o física, incluyendo bofetadas durante la atención del parto, no administración de medicamentos para calmar el dolor, realización de la episiotomía como forma de castigo, etc. Asimismo, en trabajos previos hemos mostrado cómo las actitudes y opiniones que tienen los médicos respecto a la sexualidad femenina, la maternidad y el aborto, permean su práctica y funcionan como filtros para evaluar en términos morales a las mujeres usuarias de los servicios de salud (Erviti, Sosa y Castro, 2007; Castro y Erviti, 2003; Erviti, Castro y Sosa, 2006).

Medicina, cuerpo y disciplina (el control social en la reproducción)

Tanto el cuerpo individual como el social y la población se han constituido en los principales objetos de la política moderna (Grosz, 1994). Así, el cuerpo es una expresión³ de los diversos regímenes, discursivos y no discursivos, que sobre él se aplican para la producción de cuerpos útiles y dóciles. Una de las técnicas fundamentales del poder disciplinario es la sanción normalizadora que establece los límites entre lo normal y lo anormal. La medicina ha jugado un papel central en la construcción de la normalidad (Foucault, 1983; Canguilhem, 2005), participando activamente por medio de los procesos de medicalización de la vida cotidiana y del control social de los cuerpos y de las sexualidades. Estos procesos conllevan la estigmatización de determinadas prácticas sociales consideradas como desviadas, con especial intensidad en el ámbito sexual y reproductivo (Foucault, 1977; Zola, 1975).

2 La negligencia médica, como forma de maltrato, se entiende como el castigo sistemático y disuasivo que se ejerce sobre una mujer por no someterse ante el sistema obstétrico, por ejemplo no acudir a la atención prenatal y no aceptar un método anticonceptivo (D'Oliveira et al., 2002).

3 El cuerpo-texto, desde la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1979).

Las nociones profesionales sobre los cuerpos, femeninos y masculinos, así como las asignaciones diferenciales en el ámbito reproductivo, definen las orientaciones médicas en torno a las decisiones reproductivas relacionadas con la anticoncepción, los embarazos, partos y abortos. Estas construcciones sociales y profesionales en el ámbito reproductivo están relacionadas con elementos sociales, políticos y culturales más que propiamente biológicos (Viveros, 1999). Los discursos profesionales participan también en la configuración de valoraciones sociales en relación con la sexualidad, la reproducción y la maternidad. A través de estos discursos y especialmente en las interacciones que ocurren en los servicios de salud reproductiva, a las mujeres se les asigna la culpa y se les penaliza por los embarazos “fuera de la norma” o socialmente “inconvenientes”, por los abortos, por no acudir a la atención prenatal y por los partos con resultados poco exitosos, entre otras cosas. Además de estas cuestiones, en el desarrollo de las formas de interacción que se establecen entre médicos y mujeres, intervienen elementos como el género, la clase social, la etnia, la edad, el estado civil y la situación social que participan en las evaluaciones morales que los médicos hacen durante los procesos de atención.

Los “expertos”, en este caso los médicos, construyen y normalizan los cuerpos, imponiendo una determinada forma de vida y cuidados. La promoción y diseminación de los discursos, prácticas y conocimientos de los expertos (los médicos) ha tendido a incentivar la creencia de que los individuos pueden manejar y controlar los riesgos de su propia salud, exigiendo a la población ciertas disciplinas sobre sus cuerpos (Lupton 1995; Turner 1992). El discurso hegemónico de la salud y el bombardeo de información en los medios de comunicación han creado una medicalización de la cultura popular que, llevada al extremo, genera ansiedad en la población y sitúa el problema de la salud en el nivel de lo individual, proponiendo respuestas también a nivel individual, lo que refuerza la culpabilidad e invisibiliza las dimensiones políticas del fenómeno (Chrysanthou, 2002). Esto es evidente en la mirada médica, así como en el control y vigilancia que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas y/o en edad reproductiva. Al respecto, se ha documentado acerca de la angustia que experimentan algunas mujeres embarazadas en estos contextos (Lupton, 1999).

Así, los discursos de los profesionales de la salud producen y reproducen identidades femeninas, así como etiquetaciones sobre la conducta femenina vinculadas con su afiliación genérica, mediadas por la moral hegemónica y el orden genérico prevaleciente que controlan y supervisan la conducta sexual y reproductiva. Asimismo se reconoce que la manera en que los individuos

se relacionan con el orden moral supone una afiliación al mismo tiempo que está condicionada por su obediencia a los imperativos que se desprenden de ese orden (en este caso referidos a la conducta sexual y reproductiva) (Amir y Orly, 1997). Asumir y definir un embarazo como no deseado contradice el orden moral y social prevaleciente en donde un embarazo es visto como “siempre bienvenido”. Esto coloca en el centro de la discusión el significado social de la maternidad, vista como un compromiso hacia el orden moral y hacia la sociedad a la que se pertenece. Estos compromisos, al igual que la construcción de las identidades, son mediados por los discursos oficiales y hegemónicos, donde la identidad femenina se ha constituido históricamente a través de la maternidad. Por otra parte, también se pone atención en el manejo de la “normalidad” no sólo física sino también social de la situación del embarazo, como un criterio que refleja normatividades acerca del recién nacido y de la madre, una lectura que se vincula con el significado social de la maternidad.

En los encuentros entre los médicos y las mujeres que definen su embarazo como “no deseado” se manifiesta y construye la normatividad hegemónica, así como interpretaciones de las leyes (del aborto, por ejemplo) en interacciones concretas. Estos encuentros son considerados como espacios adecuados para “educar a las mujeres”, promover el uso de anticonceptivos y resaltar la responsabilidad que éstas tienen para con su cuerpo y la comunidad. Resalta así que estos profesionales tienden a definir en sus discursos a las mujeres con embarazos “no deseados” que buscan su interrupción, impulsivas, y poco conocedoras de los métodos anticonceptivos, predominando tres características: irresponsables, poco comprometidas, insensibles (Amir y Orly, 1997). El uso de anticonceptivos sitúa socialmente a las mujeres, dado el rol predominantemente reproductivo asignado a las mujeres, lo que se refleja en el compromiso que éstas deben tener con la maternidad y con el control de los embarazos para no tener que estar en la situación de definir un embarazo como no deseado.

Medicalización del embarazo y parto

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. El parto medicalizado se mantiene y la

práctica de las parteras todavía es atacada por un conjunto de fuerzas del sistema médico, los administradores y los políticos (Plechner, 2000), y las mujeres que no se atienden los partos en el hospital son cuestionadas por ello. El parto se mantiene firmemente bajo el control médico y en ello participan tanto el imperativo tecnológico como las mismas mujeres que son renuentes a elegir alternativas, aunque éstas estén disponibles. En el proceso de atención hospitalaria del parto las mujeres son más vulnerables a la violación de sus derechos reproductivos, experimentando lo que se ha denominado la “violencia obstétrica”. En México, en el estado de Veracruz, desde 2008 se ha incorporado en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el concepto de “Violencia Obstétrica”, como un tipo violencia contra las mujeres⁴ (Gobierno del Estado de Veracruz, 2008).

También el embarazo y sus cuidados han pasado a estar en manos del control y la vigilancia médica. Incluso, en sociedades muy reguladas, la no prevención del daño fetal ha llevado a sanciones legales contra las mujeres embarazadas. Cada vez más las mujeres son forzadas a mantener tratamientos médicos y quirúrgicos para prevenir el daño en el feto. Esto ha llevado a un desafío sin precedentes a la autonomía de las mujeres donde los derechos de los fetos están remplazando a los derechos de las mujeres. Así, en estas sociedades, algunas mujeres han sido acusadas legalmente bajo el estatuto de abuso infantil durante el embarazo. Esto incrementa las desigualdades y lleva a una mayor discriminación hacia las mujeres pobres embarazadas por los problemas de acceso a la atención de salud y las condiciones de vida deterioradas, entre otras cuestiones. Se ha planteado que esto está relacionado con nociones acerca de la amenaza de salud que emana de los cuerpos de las mujeres pobres, y con la noción de que el cuerpo materno es el contenedor de miedos sociales y fantasías que van desde la visión del cuerpo de la mujer como peligroso y enfermo hasta la percepción de las mujeres pobres como inmorales e irresponsables (Plechner, 2000).

La asociación de los cuerpos de las mujeres pobres con la enfermedad y la inmoralidad, así como la noción de que ellas son una amenaza para la salud

⁴ En la citada ley se define como “violencia obstétrica”, la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer” (Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, 2009).

pública de la sociedad están vinculadas también con el surgimiento de políticas coercitivas que enlazan la esterilización con los beneficios de programas sociales. Aunque las esterilizaciones no son inherentemente “opresivas” y muchas mujeres eligen estos procedimientos, lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyos sociales, por ejemplo en el Programa Oportunidades⁵. Además la experiencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones no consentidas pone en evidencia la existencia de valoraciones sociales jerárquicas en torno a la maternidad y los cuerpos de las mujeres lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad (Petchesky, 1990). Por ello, es importante problematizar el papel de la medicina y de los profesionales médicos en relación a las tecnologías médicas relacionadas con el control del embarazo y la atención del parto, en tanto estos profesionales son los que deciden quiénes y bajo qué condiciones pueden o no acceder a las tecnologías reproductivas disponibles, lo que facilita los abusos en la atención obstétrica en función de la posición social de las mujeres y de valoraciones ideológicas y morales.

Los ‘problemas’ de los embarazos y partos desde la medicina

Se ha mostrado que el modo en que se constituyen los problemas dignos de atención al interior de la práctica y la institución médica⁶ así como los procesos y prácticas formativas (Good, 2003) a través de las cuales se formulan las distintas dimensiones que constituyen las realidades médicas, se reflejan en las interacciones y atención brindada a la población usuaria de servicios médicos. Esto repercute en la institucionalización de las respuestas profesionales ante lo que se ha identificado y constituido como un problema digno de atención en el ámbito de la salud reproductiva y en concreto en los servicios de atención gineco-obstétrica. Ello tiene implicaciones sobre la validación que se hace de determinados discursos y problemas, así como en la percepción de las respuestas institucionales y políticas en la práctica profesional cotidiana. Las intervenciones vinculadas con lo que médicamente se considera riesgoso, se presentan como necesarias, justificables y basadas en criterios exclusivamente médicos y por tanto científicos y neutrales (Zola, 1983), y de esta manera alejadas de la lógica de los derechos reproductivos (Erviti, Sosa y Castro, 2007).

5 “Oportunidades” es un programa federal enfocado al desarrollo humano de la población en pobreza extrema que brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingresos económicos. Para más información, ver www.oportunidades.gob.mx.

6 Good (2003) considera central explorar la constitución de los objetos de atención médica en la práctica clínica contemporánea, así como los procesos formativos a través de los cuales se formulan determinadas realidades al interior de la medicina, asumiendo a ésta como una *formación simbólica*, entendida como “un modo de aprehender el mundo y de influir en él a través de símbolos” (pp. 168).

En este trabajo se busca comprender la manera en que los profesionales médicos construyen y definen discursivamente las respuestas profesionales ante lo que previamente han definido como un problema, un reto o un desafío prioritario en salud reproductiva, en concreto en los cuidados y la atención del embarazo y parto.

Método

Lo que aquí se presenta es parte de un estudio cualitativo realizado, durante 2004-2005, en servicios de salud públicos en las dos principales instituciones de salud en México –servicios médicos de seguridad social (IMSS) e instituciones de asistencia pública (SSA)– en dos entidades federativas del centro de México. A través de entrevistas a 31 médicos varones vinculados con la atención de procesos reproductivos, se indagó en torno a los esquemas de percepción y apreciación acerca de la reproducción (anticoncepción, embarazos, partos, abortos) y de las mujeres que demandan atención en los servicios de salud reproductiva, así como acerca de los sentimientos que les genera la atención y las prácticas específicas (exclusión y penalización) relacionadas con los derechos reproductivos. El proyecto de investigación fue aprobado por los comités de bioética de todas las instituciones participantes.

Las entrevistas se realizaron en hospitales, clínicas o centros de salud donde los médicos trabajaban y duraron en promedio hora y media. Paralelamente al registro de las entrevistas, se recopiló información adicional por medio de un diario de campo que permitió hacer anotaciones acerca del contexto de cada entrevista, de la comunicación no verbal que se estableció durante la misma, así como de explicaciones que al finalizar la entrevista muchos participantes continuaban ampliando en torno a la conversación sostenida.

La mitad de los participantes en el estudio tenía menos de 45 años y el rango de edad fluctuó entre los 23 y los 70 años de edad. Tres de cada cuatro entrevistados estaban casados y, en promedio, tenían más de dos hijos. Dos de cada tres (21) trabajaban en instituciones médicas de la seguridad social (IMSS) –en servicios de ginecología y obstetricia, materno-infantil, medicina familiar, urología y en las direcciones de los programas de salud reproductiva– y 13 en instituciones de asistencia social (SSA) –en centros de atención primaria y en servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia– y en su mayoría (25) ejercían también la medicina en consultorios o clínicas privadas. Dos de cada tres contaba con al menos una especialidad, la mayoría eran ginecólogos. Todos los entrevistados habían estudiado en universidades públicas.

Para la codificación de las entrevistas se buscó organizar el material según los temas identificados como claves en la guía de entrevista: género, sexualidad, embarazo, anticoncepción, parto y aborto. La interpretación de los textos de las entrevistas se sustentó después de sucesivas lecturas de cada testimonio privilegiándose el método propuesto por la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). Ante la diversidad de los discursos y el material obtenido en campo, se identificaron las regularidades empíricas, ambivalencias y contradicciones que emergieron durante esta fase y sobre las cuales se procedió a realizar un análisis más profundo.

La hipótesis interpretativa más general de este proyecto, perfeccionada gradualmente en el ir y venir entre la teoría y los textos de las entrevistas, es que los esquemas de percepción y apreciación de los médicos definen sus disposiciones y prácticas cuando atienden a las mujeres en los servicios de salud reproductiva.

Hallazgos y discusión

En los textos de las entrevistas emergen expresiones y reacciones que aluden a un orden social generizado en el ejercicio de la práctica profesional cotidiana, desde donde los médicos obtienen los elementos para interpretar las circunstancias y eventos que tienen lugar en las interacciones que establecen en su entorno profesional. Los hallazgos muestran que los médicos (varones), situados dentro de una institución de control social como la medicina, juegan un papel central en la producción y reproducción de nociones específicas acerca de la sexualidad y la maternidad.

Si bien se parte de reconocer la diversidad y heterogeneidad de los discursos, en las construcciones discursivas de los participantes emerge un entramado complejo de creencias, mitos y dispositivos sociales que permiten cuestionar la credibilidad de algunas mujeres y al mismo tiempo responsabilizarlas de los resultados de los embarazos. La existencia de dispositivos sociales de asignación y acatamiento de los cuidados y la responsabilidad ante los embarazos se despliega en las interacciones de los médicos con las mujeres en la atención del parto. Estos dispositivos aparecen más claramente identificados cuando se relata la manera en que los médicos se relacionan con las mujeres que “no cooperan” en la atención del parto. Las interpretaciones vertidas por los médicos en sus construcciones discursivas, respecto a evadirse de la atención a estas mujeres, se lee como un ‘castigo’, como un mensaje para que las demás mujeres sepan qué puede ocurrirles en la misma situación. En

este dispositivo social, el mensaje parece ser claro: es la mujer la que debe de cooperar con el médico ante un embarazo y es sobre ella que recaen las consecuencias más severas y el señalamiento social si los resultados no son positivos en términos de la salud y la vida del feto.

Los encuentros médicos/mujeres en los servicios de atención de parto

Los esquemas de percepción e interpretación de los profesionales médicos, así como la constitución de los objetos de intervención médica en los servicios de salud reproductiva –mujeres, embarazo, parto y aborto– definen las disposiciones y los modos de interacción, las actitudes y las valoraciones médicas en la atención de los procesos reproductivos, concretamente en la atención del parto. Los médicos deciden las formas de atención, sus modos de práctica, conforme al comportamiento anticonceptivo de la mujer, al cumplimiento de las indicaciones médicas en los cuidados del embarazo (asistencia y cumplimiento en la atención prenatal), a la evaluación de la credibilidad de la mujer, así como a otros criterios morales que permean sus decisiones durante el proceso de atención.

Para los profesionales que atienden a las mujeres en las salas de atención de parto, las mujeres embarazadas se constituyen en “objetos” de atención, construidas desde la noción médica del cuerpo-máquina, como “receptores” del feto⁷ que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, así como colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico que es el nacimiento de un ser vivo en óptimas condiciones. De esta manera, en los encuentros obstétricos la mirada médica se centra en la salud y la vida del feto y es desde esa posición que interactúan con las mujeres y emiten indicaciones que las mujeres deben seguir sin cuestionarlas, so pena de ser culpabilizadas y penalizadas. A partir de la construcción del cuerpo embarazado como un cuerpo en riesgo, una cuestión central que emerge en los testimonios de los médicos entrevistados es la necesidad de controlar a las mujeres embarazadas y prepararlas para que *colaboren* con los médicos durante el trabajo de parto. En este contexto, los derechos reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud no son visibilizados y, por el contrario, entrarían en conflicto con los derechos del feto, a partir del desplazamiento de la mirada médica enfocada en la dupla madre-hijo hacia la mirada centrada en el feto.

7 Emily Martin (1987) analiza cómo el trabajo de parto fue construido profesionalmente como un trabajo mecánico realizado por el útero. De esta manera, según esta autora, el parto es visto por la medicina como un proceso de producción de bebés, en el cual los médicos controlan el trabajo de las mujeres y sus úteros. La mujer ocupa un lugar subordinado y pasivo en este proceso, desde esta creencia médica que identifica al útero como el principal responsable del trabajo de parto y cuyos movimientos son involuntarios.

Las mujeres en la atención del parto: ¿colaboradoras o protagonistas y ciudadanas?

En los testimonios de los médicos, las mujeres no son visualizadas como sujetos de derechos. La incorporación de la perspectiva de salud reproductiva y las recomendaciones vinculadas con el derecho a una atención digna resulta ajena a la lógica que prima al interior del campo médico y de las instituciones médicas, lo que podría estar vinculado con los roles y funciones sociales que asumen los profesionales médicos, así como con la manera en que la medicina ha sido instituida socialmente. Discursivamente, los profesionales médicos se presentan a sí mismos como actores obligados a intervenir sobre los cuerpos de las mujeres, como responsables de evaluar la situación de riesgo reproductivo y de definir las acciones a seguir en pro de preservar la vida y la salud del feto y también la de las mujeres embarazadas, en tanto en ocasiones las conductas de las mismas son vistas como irresponsables. Bajo esta lógica profesional, la presión a las mujeres para que acaten las indicaciones médicas no se construye como una falta de respeto a los derechos reproductivos. Por el contrario, la intervención de los profesionales médicos sobre los cuerpos, los deseos y las decisiones de las mujeres durante el embarazo y el parto, desde su mirada, se torna no sólo justificable sino deseable.

Ante la construcción de las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva como desobedientes e ignorantes, las intervenciones médicas se presentan como una necesidad orientada a controlar los riesgos reproductivos. Es preciso señalar que no todas las mujeres son definidas como irresponsables, sino que los médicos elaboran y asignan determinadas identidades sociales a las mujeres durante la interacción con las usuarias, articuladas bajo la lógica del potencial riesgo reproductivo. Esto se presenta como resultado de la identificación de lo que médicamente se considera como riesgoso durante el parto, y en los testimonios se reconoce de esta manera a las mujeres que *no cooperan* con los médicos durante la atención del parto.

Las clasificaciones de los médicos sobre las mujeres responden a ciertos atributos y comportamientos que se vinculan con la situación social de la mujer y la del embarazo, la cual también estaría relacionada con los cuidados en el embarazo y la asistencia a las consultas prenatales.

En los testimonios emerge una gran irritación en los profesionales ante la “desobediencia” de las mujeres en trabajo de parto a las indicaciones médicas, entre otras a la obligación de mantenerse acostadas. Ante ello, las actitudes de infantilización de las mujeres y de un paternalismo autoritario, desde

los médicos, pueden verse como una estrategia que contribuye a reforzar el rol subordinado que se les asigna durante el trabajo de parto. Los médicos narraban sus experiencias en la atención obstétrica donde se dirigen a las mujeres con términos como “hija”, “mi reina”, entre otras, como se puede ver en el siguiente testimonio acerca de las experiencias en la atención de partos:

“Recuerdo muchos, por la gran ignorancia que tenemos. Ahorita vengo de la Tococirugía, hay una muchachita que se está parando, bueno, no se está parando, ahorita que fui estaba parada. O sea, se paró, ella dijo: “ya no quiero que me atiendan, ahí nos vemos”, agarró, se paró, se acercó a la puerta y pues entre que la jalen y no la jalen, les dije en un momento “espérenme tantito” y le dije: “¿qué pasa hija?”, y me dice: “es que me está doliendo mucho”, “pero mi reina ¿y nunca te dijeron que te iba a doler?”, dice ella: “mi tía me había dicho que me iba a doler mucho, que me iba a morir y mi mamá me dijo que no iba a sentir nada, entonces yo le creí a mi mamá y esperaba que no me doliera nada, pero me está doliendo mucho”. Entonces, eso es fundamental, debemos de darles educación a través de hablar con la verdad, el método ideal sería que a todas nuestras pacientes⁸ las bloquearan para que no sintieran dolor, eso sería lo ideal, pero no se puede, pero lo que sí se puede es irles dando información, pero información verídica, y les digo: “no es con la vecina, no es con tal y tal”; y también lo que les digo a mis pacientes: “un parto es para disfrutarlo, no para padecerlo”.

En este testimonio se sugiere que uno de los problemas que enfrentan los médicos en la atención de parto está relacionado con el bajo nivel educativo de la población atendida y la “ignorancia” de algunas mujeres acerca de lo que es un embarazo y un parto: “la gran ignorancia que tenemos”, haciendo referencia a la alta proporción de la población femenina con escasa formación escolar.

La cooperación en el parto se asocia con la información recibida y la no cooperación con la desinformación. Esto guarda relación con la visión médica de la atención prenatal como el periodo donde se capacita a las mujeres para acatar las indicaciones médicas, sin cuestionarlas, durante el embarazo y especialmente en la atención del parto. Un médico nos narraba “el peor caso de su vida”, el de una mujer *no-cooperadora* que, desde su punto de vista, por esa actitud tuvo un parto complicado: fue un parto terrible, fue terriblemente feo

⁸ Es notable que los médicos siguen refiriéndose a las mujeres con el término de pacientes, como se puede observar en los diferentes testimonios.

y todo porque ella no tenía ni idea. En el siguiente testimonio este médico da las razones por las que son frecuentes los casos de mujeres *no cooperadoras*:

“A la desinformación, a la no preparación, todo parto duele, algunas mujeres tienen cierto umbral al dolor, otras tienen otro, sin embargo aunque tengan un nivel muy bajo al dolor si tienen la preparación lo enfrentan de otra manera, lo enfrentan con más ánimo. Vamos, un caso así extraordinario que recuerdo, uno especial, y le digo a ella todavía “el peor parto de mi vida” (...) fue un parto terrible, no fue feo, fue terriblemente feo y todo por qué, porque ella no tenía ni idea, no quería estar embarazada, quería al muchacho pero no tenía idea de lo que era un embarazo, no tenía ganas de estar embarazada y mucho menos sabía lo que era un parto. Se enfrenta con todo esto en un día, porque en ese día creo que fue que captó que estaba embarazada, que tenía que tener a su bebé y etc., o sea, independientemente de los nueve meses que se bloqueó y no quería saber, ese día en especial fue terrible, porque tuvo que enfrentarse a su embarazo, a su parto y a todo y sin embargo tuvo otras dos bebés y fueron condiciones totalmente diferentes, porque entonces ya pudimos platicar con ella, ya fueron hijos deseados y en esos si fueron sonrisas, sonrisas y sonrisas.”

Este médico aludía a las características que desde el punto de vista de muchos médicos se asocian con la falta de colaboración de las mujeres durante el trabajo de parto: embarazo no deseado, desinformación y falta de preparación entre otras. Asimismo mencionaba las complicaciones relacionadas con ser un embarazo no deseado y la falta de colaboración durante el embarazo y el parto: “desde amenazas de aborto, preeclampsia, sufrimiento fetal y un parto mal llevado, porque simple y sencillamente no quieren al bebé y no quieren cooperar”.

La *no-cooperación*, la desobediencia a las indicaciones médicas, conlleva pues desde la mirada médica, determinadas actitudes y prácticas de estas mujeres, negativas social y profesionalmente. De esta manera las describen como personas irracionales, desobedientes e irresponsables porque ponen en riesgo la conclusión del proceso con un parto exitoso, es decir, son un peligro para la vida y la salud del feto y, desde esta lógica del riesgo, para los profesionales no pueden ser visualizados los derechos reproductivos de las mujeres. Un médico narra así los “*típicos comportamientos no-cooperadores*”:

“Básicamente es eso, el que no quieren hacer lo que uno les indica, que se avientan, que golpean, alguna de ellas, alguna

muchachita de 17 años, estaba sobre mi mesa de exploración y empieza a patear y le digo: “momento, momento espérame, me vas a destruir mi mesa, déjame te pongo una tablita para que le pegues todo lo que quieras”, ya no le volvió a pegar, la mesa hacía ruido, llamó la atención, pero como lo otro le iba a doler mejor ya no le pegó, pero básicamente la no cooperación es en primera, no logran relajarse para que el tacto no les lastime, no se relajan, entonces uno les quiere tocar, alzan su cadera, lógico, cierran sus tejidos y les duele, yo les digo: “a mí me puede doler mi dedo, pero a ustedes se les va a inflamar y les va a doler y les van a tener que seguir haciendo el tacto y les va a doler cada vez peor”; entonces esa es la primera y luego en el servicio de Tococirugía están para un lado, para el otro, respiran como quieren cuando se debe de mantener cierto ritmo de respiración entre dolor y dolor, para lograr recuperar a su bebé, deben estar recostadas sobre su lado izquierdo para que tenga mejor oxigenación su producto, sin embargo las que no están preparadas y no cooperan, se pasan para su derecha, se pasan para la izquierda, se sientan, se quieren levantar al baño, alguna vez me tocó una patada en la cara, de una paciente que ya la teníamos para salir el bebé, baja la pierna y me patea; sí, esas son todas las conductas.”

También emergen expresiones acerca del sufrimiento, del dolor que viven las mujeres, que se ajustan al conjunto de expectativas normativas constitutivas de los esquemas de percepción vigentes en la práctica médica. En las construcciones discursivas de los médicos sobresale cómo el dolor de parto se presenta como un requisito para lograr “un premio”, es decir como una prueba que uno debe de pasar para ser merecedor de algo, en este caso un hijo sano. De esta manera, se clasifica a las mujeres en trabajo de parto desde una mirada dualizadora, del bien y el mal: las mujeres que *cooperan* obtienen la recompensa a su sufrimiento y obediencia, y las que *no cooperan* sufren las consecuencias en su cuerpo de la falta de disposición de los médicos para atenderlas y de resultados del parto que podría ser negativos o implicar más sufrimiento para ellas y para el “bebé”, como lo vemos en el siguiente testimonio:

“(…) yo les digo: “los dolores de parto no es como cualquier dolor, un dolor de parto al final va a tener su premio, cualquier otro dolor podrá tener lo que quiera pero nunca va a tener un premio”, un dolor de parto sí tiene un premio al final que es el bebé y entre mejor cooperen, mejores condiciones del producto;

aun sea en forma de atención, no debiera ser, pero todo mundo batallaría por atender a alguien que esta sonriendo, todo mundo batallaría por atender a alguien que es amable, sin embargo todo mundo le rehuiría a alguien que esté pataleando o aventándose, vamos que aquí los estudiantes tienen que lidiar con eso, pero, por ejemplo, yo si una paciente es amable y permite, la atiendo; nosotros difícilmente atendemos partos aquí, pero si cooperan, si le echan ganas, nosotros les ayudamos de esa manera y las otras terminan hasta con aplicación de forceps, las que no cooperan.”

En los testimonios se aprecian imágenes estereotipadas de las mujeres que no obedecen las indicaciones médicas durante el embarazo y el parto que resultan de valoraciones morales de cómo debe ocurrir (el “ideal”) de la maternidad. De esta manera, se les construyen identidades cargadas de valores negativos, como irresponsables: “que no desean la maternidad”, “no quieren tener responsabilidades”, “tienen menos participación, no quieren tener dolor, no quieren tener angustia”. Atributos como ser joven, madre soltera, con un embarazo no deseado, bajo nivel educativo sobresalen en las identidades mencionadas por los médicos de las mujeres que no cooperan, como vemos en el siguiente testimonio:

“...desde que inicia su trabajo de parto empieza a quejarse, bueno, es normal que les duela mucho pero hay veces que, es común que digan: “pues ya, sáquenmelo, ya no lo quiero tener, ya me quiero ir”, es muy común. (...) Yo creo que falta de preparación y de conocimiento de lo que en realidad es un embarazo, porque yo creo que nadie les informa. (...) Si, en este caso era soltera, madre soltera, no es lo mismo un embarazo deseado que por más dolor que tenga, o sea es comprensible que se quejen, pero no decir que: “ya no lo quiero tener” o esto, porque se supone que es algo deseado, si ya está por salir pues qué bueno, o sea, quejarse lo normal, pero ciertas restricciones que van haciendo las pacientes y como que se van delatando, ahí uno sabe si es embarazo deseado o no.”

Las expresiones de ‘no cooperación’ son vistas, por algunos médicos como señales de que las mujeres no deseaban el embarazo. Tanto los síntomas de malestar de algunas mujeres durante el embarazo, como el “rechazo” del bebé que según sus expresiones manifiestan otras, son percibidos como datos clínicos que emergen directamente de cada caso. Lo que los médicos no suelen constatar es el carácter profundamente social de las interpretaciones que

hacen de estos “datos”, interpretaciones cuya génesis se puede rastrear en la estructura del campo médico incorporada en el habitus de los entrevistados. En los médicos se observan percepciones de que en las mujeres embarazadas hay signos y señales que revelan cuándo es un embarazo no deseado. Asimismo existe una lógica médica que articula las valoraciones “morales” de lo que es un buen embarazo, un buen trabajo de parto y un buen parto; así como de las posibles consecuencias en el parto de un embarazo no deseado que lleva a la ausencia de cuidados y la no cooperación durante el proceso de parto. Lo mismo ocurre con el carácter normalizador de la mirada médica. Las situaciones que constituyen una transgresión al orden prescrito, tales como no tener una pareja formal, u optar por ser madre soltera, o bien no contar con “educación suficiente”, se asocian más fácilmente con la posibilidad de mujeres “no cooperadoras”. En el siguiente testimonio, un médico narra cómo se clasifica a las mujeres desde los inicios del proceso:

“Sí, obviamente, cuando llega la paciente de inmediato se ve el tono en el que está platicando, de inmediato la alegría o no, de cuando escuchan el latir del corazón, la alegría o no de ver las imágenes y ya en el trabajo de parto o en el parto hay muchas veces que me ha tocado ver, que rechazan a su bebé, ni siquiera lo quieren ver ni agarrar, sí, es palpable cuando es un embarazo no deseado. (...) obviamente, porque si una paciente no desea el embarazo, no va a tener los cuidados necesarios que debe de tener por sí misma o por las indicaciones médicas, es obvio y eso repercute en un mal resultado, usualmente un buen embarazo pudiera orientar hacia un buen trabajo de parto y un buen parto y viceversa. (...) si no hay cooperación de la paciente pues obviamente las cosas pueden salir mal.”

Asimismo, la atención prenatal se plantea como un espacio para educar a las mujeres, de forma que si no van son unas “irresponsables” que “intencionalmente buscan problemas” y también se repite la actitud negativa contra las parteras y la importancia de la atención prenatal: “...hablando del método de control prenatal, nuestras niñas están muy mal educadas, bueno, niñas y adultas están muy mal educadas, (...) lo importante es la preparación que debemos de darle antes del parto, durante el parto y al final del mismo”.

Los estereotipos dominantes de género cumplen una función reproductora del orden social dentro del cuál se originan. Asimismo las definiciones que hacen los profesionales sobre su práctica son ante todo elementos constitutivos de un esquema de percepción y apreciación que los médicos ponen en

funcionamiento cada vez que se les presenta un caso de una mujer en trabajo de parto. Se trata de mecanismos de expresión y de reproducción de una estructura caracterizada por la desigualdad de género, estructura que los médicos incorporan a su habitus bajo la forma de esquemas de percepción y apreciación del mundo. Desde esta perspectiva se puede apreciar la doble verdad de la práctica médica⁹, esa que les permite a la mayoría de los médicos ser responsables, honestos y bien intencionados en lo individual, pero que al mismo tiempo los tiene cumpliendo funciones específicas en la reproducción de un orden social jerarquizado, desigual y autoritario (Erviti, Castro y Sosa, 2006).

Médicos y varones (parejas) en la reproducción del orden desigual de género

Sobresale en los testimonios, la demanda de apoyo de los médicos a la pareja u otro familiar como una estrategia para controlar a algunas mujeres en trabajo de parto: “*si no se puede definitivamente con la paciente, hablamos con los familiares para que la convenzan de que se quede o se la lleven*”. La presencia del varón, desde su posición de dominio en la pareja, se construye como el trasmisor de las órdenes del médico y controlador de la mujer, y desde esta visión, colabora también en la expropiación del protagonismo de la mujer y en la minimización de su participación: “lo único que tienes que hacer es colaborar”. La entrada del varón se construye como una forma de complicidad con el médico para controlar a la mujer y desde una imagen ideal de la pareja y las relaciones al interior:

“...me llegaron a tocar varias pacientes que no colaboraban mucho... uno les daba indicaciones de en qué momento pujar, en qué momento llevar a cabo la maniobra ginecológica para tratar de que en el momento de que ocurre la contracción, la paciente tenga que pujar, levemente aunque sea, para que el producto poco a poco vaya saliendo y son pacientes que no cooperan, no colaboran y nos dificultan la atención del parto. (...) el hombre le puede decir a la mujer “¿sabes qué? Tranquila, obedece las instrucciones del médico, estás en buenas manos, lo único que

9 La práctica médica se sustenta sobre una doble verdad objetiva, ya que por el grado de acumulación de conocimientos clínicos que ha logrado, por su nivel de especialización técnica, y por el manejo de tecnologías modernas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, es una práctica profesional orientada a brindar servicios de salud a la población, y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en el encuentro entre médicos y pacientes, la práctica médica es una estructura de dominación a la búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación. La inmensa mayoría de los médicos no están conscientes del papel que juega la práctica médica como estrategia de dominación, y centran su atención en su práctica clínica, es decir su compromiso es con la dimensión técnica de la profesión, pero no por ello dejan de estar comprometidos con la dimensión política de su práctica (Erviti, Castro y Sosa, 2006).

tienes que hacer es colaborar” y la mujer al tener la presencia de su pareja, que para ella representa el amor, el cariño, la comprensión, puede colaborar más, (...) cuando de plano vemos que no hay mucha cooperación de parte de la mujer, sí le pedimos al esposo o pareja que se ponga la ropa adecuada para entrar a la sala de atención de partos y que trate de estar cerca de su mujer para que la convenza, la calme, que la tranquilice y sí ha dado buenos resultados, en pocos casos que tuve la oportunidad de hacerlo así, dio buenos resultados.”

Para concluir

Las clasificaciones que hacen los médicos acerca de las mujeres durante la atención del parto deben ser vistas como expresiones de la estructura de poder de la cuál los médicos forman parte. Por lo que más allá que pensar en prejuicios individuales de los médicos deben ser vistas como acciones pedagógicas, formuladas desde una posición de poder, que sirven para orientar la práctica de aquellos sobre los cuales se imponen (Bourdieu y Passeron, 2005). La frecuente asociación de los profesionales entre la cooperación de la mujer, la situación social del embarazo y los cuidados del mismo con la idea de caos o desorden que atribuyen a algunas de sus pacientes, refleja las normatividades que estructuran los esquemas de percepción y apreciación derivados de un orden social generizado. La asignación de la responsabilidad ante los embarazos no deseados y la construcción de una imagen negativa de este tipo de embarazos, se despliega en las interacciones de los médicos con las mujeres en la atención del parto. Estos dispositivos aparecen más claramente identificados cuando se relata la manera en que se relacionan con las mujeres que *no cooperan* en la atención del parto. Las interpretaciones vertidas por los médicos en sus construcciones discursivas, respecto a evadirse de la atención a estas mujeres, se leen como un *castigo*, como un mensaje para que las demás mujeres sepan que puede ocurrirles en la misma situación.

Estos resultados confirman lo que ya venimos documentando en otros trabajos (Erviti, Castro y Sosa, 2006), y es que la vigencia de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, en el marco de sus encuentros con médicos en el área de ginecobstetricia, es más probable en aquellos casos en los que los médicos perciben una mayor consistencia entre su diagnóstico del caso y sus propias expectativas normativas (producto de los esquemas de percepción y apreciación del mundo); y a la inversa, la violación de derechos reproductivos es más probable en contextos donde se produce un desencuen-

tro entre los datos clínicos y la interpretación médica que se hace de ellos y las expectativas normativas con las que funcionan los médicos. Es decir, la violación de derechos humanos y reproductivos de las mujeres en el contexto hospitalario es un efecto de la propia estructura de poder del campo médico.

En este trabajo ha sido posible poner en evidencia la relación que existe entre el orden social generizado y los discursos producidos por los profesionales médicos en el ámbito reproductivo, en tanto es en ese orden social en el que estos discursos se enmarcan y adquieren sentido. En este orden social y corporal se han legitimado y construido regulaciones y controles corporales y simbólicos que mediante distintos mecanismos sociales contribuyen a mantener y reproducir las desigualdades (no sólo de género) en el área de la reproducción. Por ello, se vuelve pertinente dimensionar los cuerpos como territorios de las políticas, prácticas y representaciones específicas de las regulaciones de su uso reproductivo. Por ejemplo, el estigma social asociado con “diferentes tipos de maternidad” estratifica y categoriza a las mujeres por su estado civil, reproduciendo la violencia implícita en los modelos normativos de sexualidad y maternidad femenina y la retórica de lo que significa ser una “buena” mujer, madre y esposa (Ellison, 2003).

Es también relevante el papel jugado por la medicalización del embarazo y el parto, así como el hecho de ignorar las relaciones desiguales de poder presentes entre los géneros que termina por validar “especializaciones” y exclusiones basadas en la pertenencia genérica que responden al orden corporal hegemónico. Esto ha ocasionado que socialmente los varones sean conceptualizados como agentes que obstaculizan o facilitan la atención pero no como agentes co-activos, corresponsales y copartícipes en la misma, contribuyendo así a la subordinación de las mujeres. Asimismo se hace necesario cuestionar y evidenciar el papel que juegan las distintas instituciones sociales en la reproducción de las desigualdades de género y poder en el mantenimiento del orden social hegemónico. Las respuestas médicas se construyen en el marco de un orden social de género que asigna lo reproductivo como un rol y una responsabilidad femenina. En sus discursos, se identifica explícitamente a las identidades y roles de género como un factor que condiciona las interacciones y prácticas profesionales. De forma que determinados elementos, presentados como profesionales y neutros, responden a valoraciones que rebasan el ámbito profesional y que son profesionalizadas como una forma de legitimarlos y dotarlos de mayor autoridad.

En este mismo orden social y de género se enmarcan las políticas de salud reproductiva, políticas que, al tiempo que se dirigen a atender las necesidades

de la población, también emiten mensajes claros que “disciplinan” y educan desde su área a la población. Los discursos de los entrevistados apuntan también hacia una complicidad profesional con este orden social, complicidad que reproduce y genera formas específicas de desigualdad de género que permean y condicionan la práctica profesional de los médicos, sobre todo en materia de salud reproductiva.

Referencias

Amir, D. y Orly, B. (1997). Defining encounters: Who are women entitled to join the Israeli collective. *Women's Studies International Forum*, 21, 639-650.

Bourdieu, P. y Passeron J.C. (2005). La reproducción. *Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara.

Canguilhem, G. (2005). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.

Castro, R. y Erviti J. (2003). Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico, *Health and Human Rights*, 7(1), 90-110.

Chrysanthou, M. (2002). Transparency and selfhood: Utopia and the informed body. *Social Science and Medicine*, 54, 469-479.

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la SSA. (2009). La atención intercultural del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud. Posición vertical del trabajo de parto. (consultada el 6 de mayo de 2010) http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/intercultural/Modelo%20de%20parto%20vertical%20en%20la%20S%20de%20Salud%2008.pdf.

D'Oliveira, A., Flavia, P.L., Diniz, S. y Schraiber L.B. (2002). Violence against women in health care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, 1681-1685.

Ellison, M. (2003). Authoritative knowledge and single's women's unintentional pregnancies, abortion, adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence, *Medical Anthropology Quarterly*, 17(13), 322-347.

Erviti, J., Sosa, I. y Castro, R. (2007). Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos (pp. E161-E165). *Salud Pública de México*, 49, edición especial, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.

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*, XXIV(72), 637-665.

Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad 1 La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1983). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.

Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Gobierno del Estado de Veracruz. (2008). *Gaceta Oficial*, 28 de febrero de 2008.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Grosz, E. (1994). *Volatile bodies. Toward a corporeal feminism*. USA: Indiana University Press.

Jacobson, N. (2009). Dignity violation in health care. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1536-1547.

Lupton, D. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. En: Deborah Lupton (edit.). *Risk and sociocultural theory: new directions and perspective* (pp. 59-85). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and regulated body*. London: Sage.

Martin, E. (1987). *The women in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.

Petchesky, R. (1990). *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*. Longman: New York.

Plechner, D. (2000). Women, medicine, and sociology: Thoughts on the need for a critical feminist perspective. *Health, Illness, and Use of Care: The impact on Social Factors*, 18, 69-94.

Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.

Viveros, M. (1999). Orden Corporal y Esterilización Masculina. In: Mara Viveros Vigoya y Gloria Garay Ariza (comps.). *Cuerpos, diferencias y desigualdades* (pp. 164-184). Santa Fe de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional.

Zola, I. (1975). In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Social Science and Medicine*, 9, 87-99.

Zola, I. (1983). *Sociomedical inquires. Recollections, Reflections and Reconsiderations* (pp. 247-268I). Philadelphia: Temple University Press.