

“Los caminos de la llegada”: El parto humanizado y las rutas de la gestación y el parto en el municipio de Jardín, Antioquia.

Mónica Berrío Vélez
Ilustraciones:
(Roja Manzana Roja)



**“Los caminos de la llegada”: El parto humanizado y las rutas de la
gestación y el parto en el municipio de Jardín, Antioquia.**

Mónica Berrío Vélez.

Universidad de Antioquia
Maestría en Antropología
Departamento de Antropología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Medellín
2020

**“Los caminos de la llegada”: El parto humanizado y las rutas de la
gestación y el parto en el municipio de Jardín, Antioquia.**

Mónica Berrío Vélez.

Trabajo para optar al título de:

Magíster en Antropología.

Asesora:

Natalia Quiceno Toro

PhD. En Antropología Social.

Grupo de Investigación:

Cultura, Violencia y Territorio.

Universidad de Antioquia
Maestría en Antropología
Departamento de Antropología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Medellín
2020

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo Nawal, razón de todos mis sueños, a mi esposo, Juan Carlos, por su profundo amor, constancia y acompañamiento en este proceso académico; a mi mamá y a mi abuela, mujeres ejemplares en mi vida; a mis amigos siempre prestos a escuchar y a enseñar, entre ellos a Gloria “mi loca” favorita, con quien pude entablar diversas reflexiones sobre el parto humanizado cuando nuestros estados gestacionales coincidieron; a mis compañeros de maestría, por los debates, las risas y todas las emociones en las aulas y fuera de ellas, especialmente a Marta Gómez y a Kelly Manosalva, mujeres brillantes de quienes aprendí mucho; a mi asesora académica, Natalia, por su dirección, acompañamiento y toda la sabiduría que generosamente compartió conmigo; a los docentes que no dejaron de maravillarme con su conocimiento, como Robert Dover, Claudia Puerta, Rubiela Arboleda y Juan Carlos Orrego; al Hospital Gabriel Peláez Montoya, el gerente y todo su personal, quienes siempre con amabilidad respondieron a mis peticiones y abrieron el camino que me permitiría encontrar a las mujeres, alma de esta investigación, a quienes les debo también toda mi gratitud y amor. Finalmente, a la Universidad de Antioquia, mi casa desde hace más de 10 años, que no deja de ser un escenario para el reconocimiento de la diversidad y el pluralismo.

Resumen

Este trabajo indaga por las formas en que se conjuga la diversidad de las mujeres gestantes habitantes del municipio de Jardín-Antioquia, con los discursos institucionales sobre el parto humanizado que ha implementado el hospital Gabriel Peláez Montoya, en un contexto de interacción entre pacientes/usuarias y Empresa social del Estado. Para esto, se abordan temas como el carácter cultural de la gestación y el parto, la historia del parto humanizado, la violencia obstétrica, los roles de género y el sistema de salud colombiano, como elementos determinantes para comprender el discurso del parto humanizado, así como también el despliegue de las relaciones entre usuarias e institución de salud bajo dicho discurso.

Este recorrido se desarrolla a la luz de la antropología de la reproducción, la antropología del cuerpo y la antropología médica, además la investigación parte de una perspectiva política que reafirma el feminismo como herramienta analítica y de transformación que permite comprender la implementación del parto humanizado como un avance en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el entendimiento del nacimiento como un evento determinante en la vida misma y el reconocimiento de estos aspectos como un asunto de salud pública que necesita inscribirse en la agenda legislativa de la República de Colombia.

Contenido

Introducción	1
<i>Donde todo comienza.</i>	3
Metodología.	8
Algunos conceptos.	13
Estructura del trabajo.	14
Contexto	16
<i>Jardín, un municipio de suroeste antioqueño.</i>	16
<i>Economía</i>	17
<i>Población</i>	18
<i>Salud</i>	18
<i>El Hospital Gabriel Peláez Montoya</i>	19
<i>Los participantes</i>	20
<i>Las mujeres.</i>	20
<i>Los profesionales</i>	21
.....	22
1. El cuerpo gestante, un cuerpo “otro”.	23
2.1 El cuerpo gestante un cuerpo social.	24
2.2 Biopolítica de la reproducción humana.	35
Conclusión	46

.....	49
Capítulo 2. Percepciones y prácticas sobre la gestación y el parto.....	50
2.1 Idearios sobre la gestación y el parto.....	50
<i>Maternidad y cuerpo de la mujer (Nacidas para parir).</i>	50
<i>Idearios del dolor en el parto</i>	56
<i>El miedo y el riesgo, compañeros en la gestación y el parto.</i>	60
Los cuidados de luna.....	67
Conclusión	80
Capítulo 3: Parto humanizado entre Movimientos y lineamientos.	83
3.1 El Movimiento internacional de Parto y la lucha feminista.....	84
3.2 Los lineamientos internacionales del parto humanizado y la visibilización de la violencia obstétrica.	89
3.3 El parto humanizado en Colombia.....	94
3.3.1 Lo que dice el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano sobre el parto humanizado.....	97
3.3.2 La Estrategia IAMI y el parto humanizado.....	101
Conclusión.	104
.....	106
4. El curso psicoprofiláctico como estrategia pedagógica del parto humanizado en el hospital Gabriel Peláez Montoya.	107

4.1. Hospital Gabriel Peláez Montoya en búsqueda del Parto Humanizado	107
4.2 Etnografía de un curso psicoprofiláctico.	114
Las Mujeres.....	115
4.3.2 La falta de asistencia.....	122
4.3.3 La información brindada por los profesionales	126
4.3.4 Relación entre los encargados del curso y las gestantes asistentes.	133
Conclusión.	134
.....	136
5. Parir en Jardín (Experiencias de “parto humanizado” en Jardín)	137
5.1. Parto humanizado para las mujeres de Jardín.	137
5.1.1 “El parto humanizado, un asunto de clases”	138
5.1.2 “Parto humanizado, como se paría anteriormente”.....	142
5.1.3 Parto humanizado, cuerpo, intimidad y derechos de las mujeres.	144
5.2 “El lugar del nacimiento”: La dimensión socio-espacial del paritorio.	148
5.3 Cinco relatos de gestación y parto	160
Isabela y las mujeres “de las plantas”.	163
Matílda, la invisibilización del saber corporal.	166
Elizabeth, la fuerza de las mujeres.....	168
Amelia, descubriendo qué es un parto.	171
Ida, camino de Karmatarrúa.	173

Acerca de los relatos...	174
Conclusión Parcial	179
CONCLUSIONES	181
Bibliografía	192

ÍNDICE DE IMÁGENES

- Despedida del curso Psicoprofiláctico 132
- Consultorio PyP y entrada hospital..... 147
- Ingreso principal 149
- Zona de parqueo hospital..... 149
- Entrada sala de parto.....156
- Camilla sala de parto..... 157

Introducción

Donde todo comienza.

En la búsqueda de una experiencia positiva para mi parto, me encontré a mediados del año 2014 con el Movimiento de Parto Humanizado. Este es un movimiento feminista de índole mundial que trabaja, a través del activismo, por la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los terrenos específicos de la gestación y el parto. Además de esto, el movimiento se ha encargado de denunciar constantemente cómo la medicina occidental ha propiciado, en diversas ocasiones, escenarios que podrían estar poniendo en vilo el bienestar de mujeres y niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva, período de embarazo, parto y postparto (Santos, 2015), fenómeno denominado “violencia obstétrica”, la cual es reconocida como una forma específica de violencia hacia las mujeres.

En dicha pesquisa hallé, además, que la gestión del movimiento a través de los años ha sido tal que ha conseguido que instituciones como la Organización Mundial de La Salud (OMS, 2014) se manifestara al respecto, lo que fortaleció sus actividades y hoy en día es común encontrar redes de profesionales de la salud y también mujeres y hombres del común que reconocen en la humanización del parto un avance importante en materia de equidad de género. Como yo tenía planeado que mi parto se llevara a cabo en Colombia, me enfoqué en encontrar estas redes en el país, lo que, según mis expectativas, me permitiría tener una experiencia de parto humanizado propia.

Las redes sociales propiciaron mi encuentro con colectivos en la ciudad de Medellín que empezaban a hablar del tema; sitios en Facebook como *Parto Humanizado-Medellín*, *Mamás tejiendo camino* y *Parto Humanizado y Respetado en Colombia* me permitieron conocer figuras como las *doulas*, que son personas que brindan apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y que se forman específicamente para ello; también me topé con médicos generales, obstetras y enfermeras que pretendían cambiar los enfoques clásicos de atención hospitalaria al parto por procesos que hicieran énfasis en el protagonismo y participación activa de las pacientes; estos profesionales promovían igualmente los partos en casa como una alternativa segura y más íntima. Además de representantes del campo

biomédico, encontré profesionales de otras áreas como abogados especialistas en derechos sexuales y reproductivos y también gente de las ciencias sociales, las artes escénicas y otras disciplinas adscritos al proyecto en condición de activistas. En general, todo esto estaba enmarcado en discursos muy estructurados sobre el papel social de la medicina, en el uso de la información como una herramienta para prevenir posibles violencias obstétricas y en el carácter político de eventos como la gestación, el parto y el postparto.

Mis encuentros presenciales con estas personas empezaron a darse de manera periódica en conversatorios y charlas donde noté que las asistentes gestantes teníamos características en común, como por ejemplo, algunas pertenecían a colectivos feministas de la ciudad, ninguna era adolescente, ninguna era indígena, negra o campesina, muchas éramos profesionales y algunas mujeres iban acompañadas todo el tiempo de sus doulas, lo que habla de cierta capacidad económica dado que este servicio oscilaba, en ese tiempo, entre \$600.000 y \$1'000.000 (COP). Así, aunque la convocatoria era abierta y ampliamente difundida en redes sociales el público asistente era siempre muy homogéneo.

Meses más tarde pude contrastar esa primera lectura personal, mientras buscaba las ofertas sobre parto humanizado que tenían algunas instituciones de salud en Medellín. La mayoría de estas clínicas u hospitales podían cumplir con los preceptos mínimos que proponían las redes para el parto respetado¹, por ejemplo, permitir el acompañamiento de la pareja o la doula, la elección de la posición al parir y la libertad de movimiento en el trabajo de parto, esto, siempre y cuando la paciente contara un plan de medicina prepagada, lo que evidentemente excluía a las mujeres que tuvieran planes básicos de salud (POS) o salud subsidiada por el Estado (SISBEN), sin mencionar que de pensar en la alternativa del parto en casa, este tendría un costo mínimo de \$3'000.000 (COP).

En esta búsqueda de ofertas asequibles, coincidí con algunas compañeras asistentes a los foros y también miembros de los grupos de Facebook, que ya habían vivido sus experiencias de parto y pudieron llegar, luego de no encontrar sitios apropiados en Medellín, a un consenso con hospitales ubicados en municipios aledaños. Razón que me llevó inmediatamente a indagar por la oferta que tenía el Hospital Gabriel Peláez Montoya del municipio de Jardín,

¹ “Parto respetado” es una manera alternativa de llamar al parto humanizado. A lo largo de todo el trabajo hago uso de ambos términos, sin distinción, para referirme al mismo asunto: El Parto humanizado.

una institución que venía implementando dentro de sus políticas de atención la humanización de los partos, para la comunidad en general.

El acercamiento a este hospital se dio básicamente porque al iniciar mi embarazo me había mudado a este municipio, y si bien este hospital es el encargado de los asuntos en salud de la zona, mis controles se desarrollaban en la ciudad hasta ese momento – guiada tal vez un asunto de confianza hacia los escenarios clínicos que conocía de toda la vida–. No obstante, dicha confianza se fue desdibujando por la realidad que sobre los servicios de atención humanizada del parto encontré en Medellín. Y fue así como mi ciudad natal, quedó descartada como el escenario para el nacimiento de mi hijo.

Pues bien, cuando definitivamente determiné que en el hospital de Jardín se llevaría a cabo mi parto, empecé a asistir a los cursos de preparación prenatal o cursos psicoprofilácticos que allí ofrecen, en estos espacios conocí a otras mujeres gestantes entre campesinas, emberas y habitantes del casco urbano de variadas edades. Al momento de socializar con ellas pude notar que el concepto de *parto humanizado* les resultaba totalmente extraño, lo que relacioné inmediatamente, con mi observación sobre la falta de diversidad en el público presente en los encuentros de parto humanizado de Medellín. También, con asombro, constaté que, aunque el hospital mencionaba constantemente el componente de humanización del parto, muchas de estas mujeres tenían proyectado viajar a Medellín a hospitales de mayor nivel a dar a luz a sus hijos, a pesar de que aquellas instituciones no contaran con oferta de parto humanizado y estuvieran lejos de sus hogares.

Fue entonces cuando – y tal vez por mi formación como antropóloga– empecé a cuestionarme por este hecho, ¿Por qué pese a que las herramientas informativas sobre parto humanizado parecían estar a la mano de cualquiera, había un gran desconocimiento al respecto? ¿Por qué si el hospital de Jardín ofrecía un servicio humanizado de atención a los partos, las mujeres preferían viajar a hospitales en Medellín, Ciudad Bolívar y Caldas? Sin un análisis profundo e hipotéticamente asumí estas posiciones como falta de interés, consecuente de la “naturalización de la violencia” que pueden llegar a tener algunas mujeres frente a las violencias de las que son víctimas; así como también el resultado de un posible sistema de salud excluyente que diferenciaba a los pacientes según sus planes de pago. No obstante, por el acercamiento que logré con mis compañeras del curso, el hecho no dejó de

generarme dudas y pequeñas reflexiones, pues, si bien los distintos tipos de violencia hacia las mujeres han llegado al punto de pasar inadvertidos, también es claro que esto obedece a procesos históricos que han dado cuenta del orden de las cosas en cada época de la humanidad. A partir de allí empecé a inquirir y al respecto encontré autores como Silvia Federici (2004), Susana Narotzky (1995), Michelle Sadler (2003), Davis Floyd (2009) y Richard Odent (2011) los cuales hablan, en algunos de sus textos, del posicionamiento de la medicina occidental y la salud sexual y reproductiva como formas de control sobre el cuerpo de la mujer en la historia, además los aspectos culturales que, en sí, pueden contener fenómenos como el embarazo, el parto, el puerperio, el aborto, la menarquia y la menopausia. Por otro lado, varios autores habían hablado ya del parto humanizado como una forma de reclamación de los derechos de las mujeres que en su camino de consolidación aún generaba exclusiones, toda vez que solo poblaciones privilegiadas (mujeres blancas, profesionales, de clase media y alta, entre otras) podían acceder a los mismos (Castro y Erviti 2015; Silva 2011; Jerez, 2015).

A esta altura, desde el recorrido hecho en la búsqueda por un parto humanizado y desde mi propia experiencia física, emocional y espiritual como mujer gestante, pude concretar que los procesos de la gestación, el parto y el puerperio son eventos que reflejan el entramado social de los grupos humanos y que las representaciones sociales, propias de las redes comunitarias que rodean a quien atraviesa estos estados, se conjugan con discursos institucionales, prototipos, lógicas excluyentes, relaciones de poder y un sinnúmero adicional de dinámicas sociales en los que el cuerpo de la mujer se ubica en el centro. A partir de esta reflexión y dado que en el pregrado me había acercado, en mi trabajo de grado, a las teorías del cuerpo y los estudios de género, me propuse, a futuro abordar este asunto desde mi área de estudio.

Años más tarde, en el 2017, ingresé a la maestría en Antropología ofrecida por la Universidad de Antioquia, pero no con una investigación sobre el parto humanizado, sino con el propósito de desarrollar la segunda parte de un proyecto en el que había estado trabajando en la Asociación de Mujeres de Jardín (AMUCAJAR) este, pretendía indagar por la Violencia Moral como una modalidad de las violencias hacia las mujeres. Por la naturaleza del tema, ingresé al grupo de investigación *Cultura, Violencia y Territorio* (CVT) del

Instituto de Estudios Regionales (INER) de la universidad de Antioquia, y de la mano de mi asesora Natalia Quiceno, iniciamos el trabajo sobre la Violencia Moral. No obstante, como si de una deuda se tratara, siempre tuve presente aquellas elucubraciones que me propuse abordar desde la antropología cuando fui gestante, y como los mandatos del corazón no dan espera, decidí, con el apoyo de Natalia, dejar de lado el tema de la Violencia Moral y emprender el viaje por las rutas de aquello que me apasionaba desde hacía casi tres años. Y fue así, después de un recorrido que inició con mi embarazo, como se germinó la intención principal del presente proyecto: *Establecer y analizar cómo se conjuga la diversidad de las mujeres gestantes habitantes del municipio de Jardín, con los discursos institucionales sobre el parto humanizado que ha implementado el hospital Gabriel Peláez Montoya, en un contexto de interacción entre pacientes/usuarias y Empresa social del Estado.*²

Esto podría sonar a primera vista un tanto generalizador, pues es claro que las instituciones de salud que prestan servicios de atención al parto reciben en su cotidianidad pacientes distintas que atraviesan estos procesos y, a menos que haya algo extraordinario, dichos eventos no parecieran alterar el orden de las cosas. Sin embargo, como mencioné líneas atrás, el embarazo, el parto y el puerperio están totalmente cargados de símbolos, creencias y representaciones sociales que los dotan de un carácter cultural y que son determinantes para el bienestar de las mujeres. Justo aquí, en los contrastes que se pueden dar entre las lógicas institucionales y las realidades socioculturales que envuelven a los procesos de la reproducción humana, radica la clave para comprender por qué el éxito en la difusión de las propuestas del Movimiento de Parto Humanizado no depende sólo de las redes sociales (virtuales y no virtuales) o de las estrategias de promoción que pueda tener el hospital que las ofrezca. Pues, aunque puede reconocerse como un gran avance en materia de derechos humanos el que algunas instituciones de salud implementen en sus servicios de atención las recomendaciones de la OMS y el Movimiento de Parto Humanizado, es por otro lado cierto

² Los objetivos específicos para lograr tal acometido son:

1. Describir los procesos llevados a cabo por los programas de Salud Sexual y Reproductiva que tiene el hospital a partir de los lineamientos sobre parto humanizado.
2. Reconstruir las experiencias de gestación y parto de cinco mujeres de Jardín que hayan vivido este proceso en el marco de las políticas de parto humanizado implementadas por el hospital Gabriel Peláez Montoya.
3. Analizar las experiencias de las mujeres en relación con lo definido en los lineamientos de parto humanizado del hospital.

que quienes deberían plantear estos requerimientos son las mujeres que los viven desde sus experiencias personales, y no solo las instituciones de salud y sus discursos oficiales. Así las cosas, el tema del parto humanizado no tendría que reducirse a un mero discurso diseñado para determinada población; debería más bien acercarse, como lo han propuesto las feministas del sur, a las realidades de mujeres que el feminismo clásico no incluyó dentro de sus enunciados: orígenes geográficos, socioeconómicos, religiosos y órdenes poblacionales, entre otros (Lagarde, 1990; Segato 2003, Espinosa 2014), ya que aunque el camino por la lucha y reivindicación de los derechos de las mujeres ha significado un trasegar largo y escarpado en el que se han conquistado importantes terrenos, también es cierto que algunos de ellos todavía son borrosos, más si se tiene en cuenta la naturaleza diversa de los grupos humanos y sus acepciones sobre el lugar de los sujetos frente a determinados eventos de la vida misma.

Entonces, una vez con el proyecto estructurado lo siguiente era un trabajo de campo que reuniera las particularidades atrás requeridas, es decir, la voz de las mujeres como guía esclarecedora y la perspectiva del hospital como la institución oficialmente a cargo de atender los procesos de salud reproductiva de estas mujeres en unos contextos de interacción específicos. Para ello, me acerqué inicialmente a socializar el proyecto con el gerente del hospital, quien de forma cordial puso a mi disposición lo necesario para el desarrollo de mi investigación. Una vez con este permiso, me puse manos a la obra con el método oficial diseñado, desde el inicio, para este trabajo, a saber, la etnografía, desde sus tres acepciones: como enfoque, como método y como texto.

Metodología.

Cuando se aborda como enfoque, la etnografía se refiere, según Rossana Guber, a “una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros”, estos últimos entendidos como “actores”, “agentes” o “sujetos sociales” (Guber,2004. Pp. 5). La característica principal de este enfoque es la descripción, la cual estará ligada a un proceso constante de observación, escucha y percepción que surge o se desarrolla en medio la interacción con el entorno por el que se indaga; sus realidades, formas y otredades. El enfoque etnográfico se tornó de suma

importancia en el trabajo de campo dado que, en este, los actores sociales representaron un punto central. Además, claro está, a que el hospital fue el lugar donde se desarrollaron determinadas actividades que, aunque enmarcadas en el contexto puntual de la salud, estaban a su vez, dando lugar al despliegue de lógicas, imaginarios y relacionamientos del más amplio carácter. Así bien, este enfoque pudo develar elementos como las percepciones de usuarias y profesionales de la salud, el uso de las materialidades de la institución y los discursos biomédicos en torno al cuidado de los estados de gestación y el parto. Todo esto, en relación con los programas de salud sexual y reproductiva que hacen parte de los procesos que el Hospital Gabriel Peláez Montoya ha implementado a partir las políticas de parto humanizado y que describo detenidamente en el capítulo IV.

Ahora bien, la etnografía en tanto método de investigación cualitativa, fue aplicada en el espacio educativo que ofrece el hospital como parte de sus programas a las gestantes: el Curso Psicoprofiláctico; y también en los pasillos, consultorios y la sala de parto del lugar. Este curso, del que yo misma fui asistente años atrás, se convirtió en el lugar idóneo para la observación participante. En mi agenda tenía programado que los encuentros del curso fueran semanales, como en mi época, empero, para mi sorpresa estas actividades ahora se desarrollaban mensualmente dada la poca afluencia que tenía en estos tiempos. Esta situación me llevó a buscar soluciones inmediatas y así hice contacto con Entorno Familiar, un programa del gobierno que en esos meses era apoyado por el hospital. En Entorno se reunían mujeres gestantes y mujeres con hijos de cero a cinco años. Encontrar este grupo, aunque sus dinámicas internas no tenían mucho que ver con el parto humanizado, fue de suma pertinencia toda vez que entablé una relación amena con sus participantes y por ello pude reunir algunos relatos de gestación y parto, así como también realizar tres talleres. La etnografía que desarrollé en estos espacios se basó principalmente en la observación de las dinámicas internas, los discursos de las mujeres y de la institución.

El método etnográfico ha sido definido tradicionalmente como aquel que describe las formas de vida de los pueblos. Sin embargo, este concepto ha cambiado con el tiempo en razón de fenómenos como la globalización, por lo que el abordaje de nuevos grupos humanos se ubicó en frente del horizonte etnográfico (Guber, 2005. Pp.7). En este sentido, la etnografía como método se encarga de describir e interpretar las prácticas humanas, y lo que estas

significan para quienes las llevan a cabo. Según Restrepo (2016) “lo que busca un estudio etnográfico es describir contextualmente las relaciones complejas entre prácticas y significados para unas personas concretas sobre algo en particular (sea esto un lugar, un ritual, una actividad económica, una institución, una red social, o un programa gubernamental)” (Pp. 16). Esta articulación entre prácticas y sus significados me permitió un acercamiento a las formas de vida de los participantes teniendo en cuenta cómo estos comprenden los aspectos ligados a sus propias realidades. Así, por ejemplo, las prácticas de cuidado, los tabús, las permisiones y restricciones en torno a los procesos de la gestación, el parto y el postparto, además de sus vidas más allá de los espacios institucionales, que en el caso de las mujeres dejaron ver que la gestación, para muchas de ellas, es una dimensión más dentro de sus amplias tareas cotidianas, mientras que para otras representaban pasos de la vida de suma restricción física y espiritual. De esta manera, no sólo fueron importantes sus percepciones sobre el parto humanizado y su participación en los espacios físicos, clínicos y pedagógicos del hospital sino también cómo esta noción se va construyendo de acuerdo a sus necesidades.

Además de la observación participante, también hice uso de la entrevista y el diario de campo. Las entrevistas para este caso fueron de dos tipos: semiestructuradas y la entrevista individual a profundidad. En primera instancia, la entrevista semiestructurada la empleé con los profesionales de la salud de la E.S.E, encargados de desarrollar los programas y la atención humanizada de la gestación, el parto y el postparto, esto último con el fin de comprender las formas institucionales en que se llevan a cabo.

El segundo tipo de entrevista fue la individual narrativa. Con esta me enfoqué en las memorias de cinco mujeres para recoger sus experiencias de gestación y parto vividas en el marco de los programas del hospital. Entre mujeres campesinas, emberas y habitantes del casco urbano del municipio fue posible construir textos que recogieron las percepciones y recuerdos de sus experiencias, así como también el reconocimiento de cuán humanizados fueron sus partos, de acuerdo a lo que estas creían necesario para que estos eventos tuvieran dicha denominación.

El diario de campo fue el receptor de mis constantes percepciones, anotaciones, ideas y sensaciones, este me permitió muchas veces regresar a cuestiones que se van olvidando por

el paso de los días en campo. Muchas de las reflexiones que suscito a lo largo de los capítulos venideros, iniciaron en las hojas de este diario.

Asimismo, con las mujeres desarrollé, como técnicas interactivas, algunos talleres y las Bitácoras de control prenatal. Los talleres los llevé a cabo en los grupos de Entorno dado que estos contaron siempre con mayor público, en uno de ellos el tema que abordamos fue el parto humanizado desde las percepciones, sentires y palabras de las mujeres, este lo realicé en los dos grupos, el del casco urbano y el de las veredas. El segundo, llamado “Cuidados de Luna” indagó por los cuidados y restricciones que desde la sabiduría popular estas mujeres tenían en sus procesos de embarazo y trabajo de parto.

Las Bitácoras de control prenatal, eran básicamente unos folletos diseñados de tal modo que en ellos aparecían las rutas a seguir por las mujeres en estado de gestación una vez iniciaban sus procesos de atención en el hospital: las citas a cumplir, los profesionales a visitar y las capacitaciones ofrecidas, todo esto, según la etapa gestacional. Con estas bitácoras esperaba que las cinco mujeres voluntarias registraran allí las experiencias que tenían con la atención en salud brindada por el hospital durante sus citas de control y así obtener testimonios contruidos desde la periodicidad y sincronizados con los tiempos de la investigación, es decir, que ocurrieran mientras se llevaba a cabo la investigación. No obstante, aunque todas ellas recibieron el folleto con amabilidad, siempre al indagar por este, lo habían olvidado o incluso perdido. Por lo que después de varios intentos decidí descartar esta opción. Este desenlace inesperado me llevó a reafirmar la naturaleza ligada a posibles cambios del trabajo de campo, pues en su desarrollo, lo planeado puede tomar formas diferentes y en el camino surgen elementos inesperados que, paradójicamente, nos acercan más a la información que buscamos.

Uno de estos elementos emergentes fue aquel al que decidí nombrar “*Círculo de Mujeres embarazadas*”, este espacio nació a partir de mi etnografía en el Curso Psicoprofiláctico. Después de la primera reunión, una de las mujeres asistentes del grupo me abordó y me propuso que nos reuniéramos, en un espacio extra al curso, para continuar con el tema. Acepté encantada y seguí reuniéndome con esta mujer, dos más del curso y una chica que llegó al encuentro gracias al “voz a voz” de las demás; durante todo el proceso, a excepción de un par de semanas donde paramos porque dos de las asistentes habían parido en esos días.

Este fue un espacio gratificante y de mucho aprendizaje pues hablábamos de nuestras experiencias y resolvíamos dudas de manera conjunta, a la par que yo podía observar cómo estas mujeres vivían sus procesos. En este círculo llevamos a cabo un grupo focal también sobre el parto humanizado, cada vez más reiterativo en su naturaleza subjetiva. Si bien el tamaño del grupo era pequeño, en este pude ampliar mi percepción de las cosas, además de representar una buena fuente de información en campo. Como un aspecto positivo, y quizá generador de futuras reflexiones, hay que sumar que, desde la creación del círculo, varias mujeres del municipio se acercaron interesadas en aportar desde sus áreas de conocimiento al proceso llevado a cabo, entre ellas una doula y una educadora física que encontraban en el tema del parto respetado, más allá de los conceptos oficiales, un aspecto firme de cambio y labor social.

Finalmente, antes, durante y después del trabajo de campo, la revisión de datos y fuentes secundarias como datos, estudios y lineamientos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos establecidos por el Ministerio de Salud Colombiano y la OMS, me ayudó a enriquecer teóricamente el trabajo y a comprender un poco más cómo ha sido el proceso de implementación del parto humanizado en las políticas de salud colombianas y más concretamente en los programas de la E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya.

En este punto, el lector ya habrá evidenciado por qué la elección del municipio y el hospital de Jardín para el desarrollo de la investigación; no obstante, no está de más aclarar que esta se dio gracias a que este fue el único lugar donde recibí respuestas a cada una de mis inquietudes y temores en la época de mi embarazo. Tal vez como gratitud, pues el resultado fue totalmente positivo, o tal vez, como ya dije, porque allí surgieron mis reflexiones iniciales, las que luego se materializarían en el presente proyecto. Además de que este hospital representó, junto con sus usuarias, un escenario idóneo donde vislumbrar a la luz de la antropología el carácter cultural de la triada de la vida³ desde diversos casos y concepciones sobre la gestación y el parto. Esto último propició pistas centrales sobre las

³ “Triada de la vida” es una forma cercana y cálida de referirme a los tres procesos que abarco en este proyecto: embarazo, parto y puerperio.

acepciones y realidades que envuelven a un concepto aún en proceso de implementación como es el parto humanizado.

Por otro lado, todo el proceso de este trabajo se ha desarrollado a la luz de unas nociones de la disciplina antropológica que fueron clave para zurear el análisis. Y si bien estos conceptos son profundizados en capítulos venideros, es pertinente nombrarlos acá como abre bocas.

Algunos conceptos.

El primero, transversal al texto es el concepto de Parto humanizado. Este puede entenderse en dos acepciones: Como un movimiento social, que a nivel mundial y por años, ha buscado reivindicar los derechos de las mujeres durante las etapas de gestación y parto y en segunda instancia, como unas recomendaciones construidas por este movimiento y la OMS, las cuales se basan en preceptos médicos, antropológicos y feministas (Santos, 2015).

Ahora bien, al preguntarnos, por la relación de la antropología con conceptos como parto humanizado, derechos sexuales y reproductivos y violencia obstétrica, es necesario recordar que en su interés particular por estudiar la relación con el otro y las formas en que estas se erigen, dentro de su contexto social, la disciplina antropológica ha acumulado un sumario de maneras para abordar estas realidades (Augé, 2006). En el caso específico de los temas de salud, ha sido la antropología médica el ángulo de unión.

La antropología médica, como el sub campo de la antropología encargado de estudiar los procesos en torno a los sistemas de atención en salud, la salud y la enfermedad (individual y colectiva) en los grupos humanos, ha permitido entender el carácter diverso de dichos procesos. Es decir, situarlos no como modelos universales, sino como formas que varían de una sociedad a otra según sus necesidades, creencias y recursos. En este sentido, los antropólogos médicos han representado el papel de traductores culturales, y para ello han debido poner especial atención a los cánones acerca de la naturaleza, las causas y los tratamientos de los padecimientos presentes en los grupos humanos donde investigan (Kottak, 2011). Esta rama, bien ha permitido el entendimiento de un sinnúmero de fenómenos sólo posibles de leer a la luz de la disciplina antropológica, en tanto se manifiestan como

productos culturales. De esta manera, los temas en torno a los procesos de salud/enfermedad y bienestar individuales y colectivos, han podido ser abordados no sólo como elementos biológicos, como lo hace la medicina y sus ramas, sino también como construcciones culturales en las que se inscriben además códigos como relaciones de poder, socialización y prácticas cotidianas basadas en imaginarios sobre el cuerpo y sus procesos biológicos.

Cuando la antropología médica empieza a revisar la situación interna de las sociedades occidentales, emergen un sinnúmero de situaciones que antes parecían estar naturalizadas; de allí que, con la necesidad de visibilizar y hasta denunciar ciertos fenómenos, surge, como un brazo del mismo campo *la antropología médica crítica*. Gracias a esta vertiente, empiezan a ser analizados temas como las relaciones de poder dentro del campo médico; la salud sexual y reproductiva dentro de contextos conservadores; la violencia obstétrica y el parto humanizado; entre un número creciente de temas. Ahora bien, además de la antropología médica, existe un subcampo de la disciplina encargado de analizar la reproducción humana como un fenómeno más allá de un mero hecho biológico, determinado por las relaciones sociales, las condiciones materiales y los imaginarios que alrededor surgen, se trata de la antropología de la reproducción.

La antropología de la reproducción revisa asuntos dirigidos a la sexualidad, el embarazo, parto y puerperio como eventos socializadores en los que convergen posturas adscritas a los grupos humanos donde se den. Temas como la naturaleza social de la reproducción, su control y medicalización, los procesos fisiológicos, patológicos y productivos aparecen como engranajes que juegan un papel importante en la construcción de este fenómeno: naturaleza-cultura y producción-reproducción principalmente (Blázquez, 2015). Como mencioné, todos estos enfoques son abordados a lo largo del trabajo y en su desarrollo se despliegan otros tantos conceptos definidos según sea el caso.

Estructura del trabajo.

Para cerrar esta introducción, el proyecto está conformado por siete capítulos, cada uno de ellos acompañado, en su inicio, por ilustraciones que buscaron plasmar de manera gráfica mis reflexiones sobre los tópicos allí propuestos, todas de mi autoría. El capítulo I, se titula

“*El cuerpo gestante, un cuerpo “otro”*”, en este, el cuerpo de la mujer gestante es abordado como un terreno donde, a partir de su estado, subyacen un sinnúmero de representaciones sociales, imaginarios y relaciones de poder que dan cuenta de que el embarazo no es sólo una condición biológica pues este, de principio a fin, se acompaña de unas lecturas e interpretaciones propias de cada sociedad.

En consonancia con esta noción biocultural de los procesos reproductivos de la humanidad, el segundo capítulo titulado “*Percepciones y prácticas sobre la gestación y el parto*”, aborda desde la categoría de idearios, unas nociones comunes a la gestación, el parto y el puerperio. En este se retoman elementos como el miedo y el riesgo comprendidos como compañeros muy presentes en el desarrollo de la gestación y el parto; además de esto, los cuidados a partir de prácticas y saberes populares, dan pie a un acápite sobre las redes femeninas que rodean a estos eventos. Estos dos primeros capítulos reafirman que en este trabajo estamos partiendo de la comprensión de la gestación, el parto y el puerperio como dimensiones de un profundo carácter sociocultural, necesario de entender si se quiere llegar a un concepto de parto humanizado que incluya a las mujeres del común.

El tercer capítulo “*Parto humanizado entre Movimientos y lineamientos*” se basa en información retomada de fuentes secundarias para describir el panorama del Parto humanizado desde las dos acepciones que tomamos para este trabajo. En su desarrollo planteamos la situación de este concepto a nivel internacional y nacional.

El cuarto capítulo se llama “*El curso psicoprofiláctico como estrategia pedagógica del parto humanizado en el hospital Gabriel Peláez Montoya*”. Este da cuenta de las estrategias desarrolladas por el hospital en su empresa de implementación del parto humanizado. Así, desde las voces de los profesionales de la salud participantes, se describen los programas que tiene actualmente la institución en su componente de atención obstétrica. Además de que, como primer paso del ejercicio etnográfico, en este capítulo se describe, desde la observación participante, cómo se desarrollan las dinámicas del curso psicoprofiláctico, figura central en las estrategias pedagógicas para el parto humanizado en el hospital.

El quinto capítulo “*Parir en Jardín (Experiencias de “parto humanizado” en Jardín)*”, retoma, desde la etnografía, las voces de las mujeres sobre el parto humanizado; sus experiencias de gestación y parto; su presencia en el curso, y finalmente, la condición socio-

espacial del paritorio de Jardín, como un lugar donde también se llevan a cabo unas maneras especiales de interactuar.

Finalmente, el capítulo de las conclusiones retoma los hallazgos más relevantes de la investigación, en una reflexión donde se analiza a partir de lo visto en los apartados anteriores: las experiencias de las mujeres en relación con lo definido en los lineamientos de parto humanizado del hospital, los encuentros y desencuentros en los imaginarios, las formas en que los orígenes de las mujeres pueden ser determinantes en las acepciones acerca del discurso de parto humanizado y las herramientas que tiene la institución de salud para responder a estas realidades.

Contexto

Jardín⁴, un municipio de suroeste antioqueño.

El Municipio de Jardín se encuentra localizado en la Región Suroeste del Departamento de Antioquia, a 138 Km de Medellín, entre un ramal de la Cordillera Occidental y el Río San Juan. Limita al occidente con el Municipio de Andes, al norte con el Municipio de Jericó, al oriente con el Municipio de Támesis y al sur con el Departamento de Caldas. Su extensión es de 224 kilómetros cuadrados, con una altura de la cabecera municipal sobre el nivel del mar de 1750 metros; posee un clima medio 19°C, para esta cabecera, y para el resto de su extensión tiene: en clima templado 76 km², clima frío 146 km² y en zona de páramo 2 km². Su topografía presenta en las partes bajas formaciones de colinas suaves, que es la mayoría de su territorio, hacia los límites de los municipios de Támesis y Río Sucio se encuentran las alturas máximas hasta los 2950 msnm en la zona de ventanas; las pendientes en las zonas bajas oscilan entre el 25 y 50%, alcanzando pendientes hasta de un 75% en sus zonas intermedias y altas. La corriente más importante que recorre el territorio del municipio de Jardín es el Río Claro, afluente del Río San Juan. Jardín no cuenta con corregimientos, su

⁴ <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/aps/suroeste/images/Municipios/asis/Jardin.pdf>

territorio contiene la cabecera urbana y su área rural se encuentra dividida en 21 veredas⁵ entre las que está el Resguardo Indígena de Cristianía o Karmatarrúa perteneciente al pueblo Embera-Chamí.

Economía

Jardín cuenta todavía con elementos de agricultura tradicional, muy presentes en las actividades cotidianas de los habitantes de sus veredas. Así, es común encontrarse al caminar por estas zonas, pequeños cultivos de maíz, frijol, papa y yuca, labrados por los campesinos para el sustento familiar. Por otro lado, la caña de azúcar predomina en el paisaje y se relaciona con una activa producción que implica el cultivo, el transporte, la comercialización y el consumo de panela, gracias a la presencia de trapiches paneleros en diversos sectores rurales, entre los que se destacan el Trapiche Panelero del Resguardo Indígena de Cristianía. Su actividad económica central es la agricultura, en la que se destacan, actualmente, el café con 1.700 hectáreas (has) de cultivo, seguido del plátano con proporciones iguales, la caña de azúcar con 45 has, el lulo con 42 has, el frijol con un total de 35 has y la gulupa. La Actividad Pecuaria se refiere básicamente a actividades ganaderas, porcícolas, avícolas y piscícolas. Todas ellas se realizan en el municipio sobresaliendo la piscicultura que ha venido a diversificar y enriquecer la economía jardineña, con la explotación de crías intensivas de trucha, destacándose a nivel regional.

En la cabecera municipal se encuentra el sector representado por confecciones de ropa, panaderías, talabarterías, carpinterías ebanisterías, etc. los cuales le generan empleo a la comunidad urbana. Además, se realizan actividades entre sus diferentes procesos mercantiles, siendo los más importantes restaurantes y cafeterías. Le siguen en su orden: venta en graneros, salsamentarías y legumbrerías. Otras actividades son las de servicio social, las comerciales y las bancarias. El turismo también forma parte importante en la economía del municipio. La actividad turística cada vez más en crecimiento se centra en sus paisajes naturales y construidos de acuerdo a los estamentos que deben seguir los pueblos

⁵ Alto del Indio -La Selva -Caramanta -Macanas -El Tapado -Morro Amarillo -Gibraltar -Quebrada Bonita -La Arboleda -Río Claro -La Casiana -San Bartolo -La Herrera -Santa Gertrudis -La Linda -Serranías -La Mesenia -Verdun -La Salada -El tormento.

patrimoniales, pues Jardín es uno de los siete municipios del departamento que ostentan ese título.

Población⁶

La población total del municipio de Jardín, para el año 2015 era de 15.407 habitantes, esto según la base de datos del SISBEN y el censo Indígena en Cristianía⁷. De este total de personas, 50% son hombres y 49% mujeres. Según el DANE⁸ el 52% corresponde a la población que reside en la zona urbana y el otro 48% en zonas rurales, como las veredas. Además de que la población menor de cinco años representa el 5%(795), los mayores de 64 años representan el 11%(1.787), y las personas que están entre los 15 a 24 años el 19,2%(2.951).

Sobre los indicadores de población por pertenencia étnica, en Jardín está asentada la población indígena Embera Chamí, con un resguardo en zona rural –Cristianía-. El 10% de la población de Jardín pertenece a la comunidad indígena Embera Chamí, donde, según el Censo Indígena, más de la mitad son hombres (51%) y las mujeres son el 49% de la población, en promedio hay 4 personas por familia y solo el 35% de las familias comparten vivienda. El resto de la población, se divide, según en DANE en afrodescendientes, 0,7% y mestizos 89,3%.

Salud

En cuanto a la salud, esta está vinculada directamente a las condiciones ambientales y socioeconómicas de la población. El régimen de Seguridad Social varió ampliamente las condiciones de la atención de los servicios de salud dirigidos a la población de Jardín, generando situaciones de inequidad que aún no han alcanzado a superarse. En el municipio de Jardín el tema de Salud y el Bienestar Social es atendido por la Dirección Local de Salud –DLS-, y es esta quien debe velar por el cumplimiento de la normatividad ejerciendo control

⁶ http://jardinantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/jardinantioquia/content/files/000025/1228_asisjardn2015.pdf

⁷ Esta población es censada por el Censo Indígena, en el censo de 2014, se estableció que el Resguardo indígena contaba con una población de 1.634 personas, que sumadas a las 13.743 establecidas por el censo del SISBEN, dan como resultado un total de 15.407 habitantes en el municipio para el año 2015.

⁸ <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/antioquia/jardin.pdf>

y vigilancia sobre las entidades que prestan los servicios en salud. La principal entidad en este caso, es el Hospital Gabriel Peláez Montoya.

El Hospital Gabriel Peláez Montoya

El Hospital Gabriel Peláez Montoya, del municipio de Jardín, es una empresa social del Estado (E.S.E) que presta servicios de atención primaria en salud de primer nivel de complejidad⁹. Las E.S.E. son entidades públicas, por lo cual se consideran instituciones sin ánimo de lucro. Tienen como finalidad la rentabilidad social y la sostenibilidad financiera. Su principal objetivo es la producción de servicios de salud eficientes, efectivos y con la seguridad de que cumplan con todas las normas de calidad establecidas

En agosto de 1.886, habitantes del pueblo, preocupados por la necesidad de crear un lugar para la atención de los más necesitados tuvieron la idea de construir un hospital para el municipio de Jardín. En 1.889 fue inaugurado el primer hospital el cual se llamó “Hospital de la Caridad” y años más tarde, en 1.953 por iniciativa del médico Gabriel Peláez Montoya se da inicio a la construcción del nuevo edificio el cual llevaba el nombre de “Hospital San Juan de Dios de Jardín”. Fue sólo hasta el 11 de junio de 1.995 que, por medio del Acuerdo 006 se dispuso la reestructuración del hospital, ahora llamado Gabriel Peláez Montoya del

⁹ En Colombia, según la Resolución No. 5261 de 1994, los servicios de las clínicas y hospitales tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud, que van del nivel primario hasta el cuarto nivel de complejidad. Los niveles de atención en salud corresponden a las actividades y procedimientos permitidos según el grado. Así, por ejemplo, el nivel I cuenta con servicios de medicina general, personal auxiliar y de manera opcional otros profesionales; el nivel II cuenta con medicina general con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados; y los niveles III y IV cuentan con medicina especializada y con la participación del médico general.

La definición de los niveles de atención de atención en salud corresponde a la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones. Así, el nivel I, puede ofrecer dentro de su plan de atención ambulatoria: consulta médica general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales, citología, acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control. Y dentro de sus servicios con internación: atención obstétrica, atención no quirúrgica u obstétrica, laboratorio clínico, radiología, valoración diagnóstica y manejo médico.

El nivel II cuenta con atención ambulatoria especializada. Es decir, atención médica, no quirúrgica, no procedimental y no intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Esto tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles II y III de complejidad atención, es decir consulta ambulatoria de cualquier especialidad o subespecialidad, laboratorio clínico especializado, radiología especializada y otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. Procedimientos quirúrgicos derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, ginecobstetricia, dermatología y otras.

NIVEL III: laboratorio Clínico, para este nivel de complejidad se establecen los exámenes de laboratorio súper especializados según el listado que aparece en el artículo 112 de la Resolución No. 5261 de 1994. Tomado de: <http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf>

municipio de Jardín, y este se transformó en una Empresa Social del Estado del orden municipal de primer nivel de atención.

Actualmente el hospital cuenta, para el desarrollo de actividades con una estructura jerárquica encabezada por el gerente, al cual le siguen el subdirector administrativo, a cargo del cuerpo administrativo; el coordinador de calidad y jefe de control interno; el subdirector científico, a cargo del cuerpo clínico; y el coordinador de talento humano.

Esta E.S.E es la encargada de hacer frente a todos los asuntos de salud del municipio, acordes a su nivel de complejidad, por ende, la población en general del municipio está cobijada por la institución. Dentro de estos asuntos de salud se encuentran aquellos concernientes a la salud sexual y reproductiva de las mujeres a nivel rural y urbano, incluidas las mujeres del resguardo indígena Cristianía o Karmatarrúa. Todo esto enmarcado en una política que tiene como punto central la humanización de los servicios ofrecidos a la comunidad. Así las cosas, la gestación y el parto se abarcan de acuerdo a los lineamientos propuestos por el Ministerio de Salud colombiano en conformidad con el parto humanizado. Ahora bien, la adaptación de estas políticas bien se ha ceñido, como se mencionó, a las condiciones específicas que el hospital puede ofrecer.

Los participantes

Los actores participantes de este trabajo fueron un grupo de mujeres voluntarias habitantes del municipio de Jardín, usuarias de la E.S.E, en proceso de gestación o con niños menores de cuatro años. Así como también profesionales de la salud activos en el hospital, que, para el momento de la investigación, hacían parte de los programas del componente de humanización del parto.

Las mujeres.

Las mujeres participantes de esta investigación, tienen edades entre los 18 a los 60 años; todas son, como dije, residentes de distintas zonas del municipio, algunas del casco urbano y otras de las veredas: El Tapado, la Casiana, Verdúm, Caramanta y el resguardo Indígena Karmatarrúa. Entre sus oficios están el de amas de casa, profesionales de distintas áreas, meseras en bares y restaurantes, aseadoras en hoteles, agricultoras, artesanas y estudiantes.

Algunas eran asistentes del curso psicoprofiláctico, otras de Entorno Familiar, en sus dos versiones, una rural y otra para el casco urbano; otras conformaron el Círculo de Mujeres embarazadas y otro tanto llegaron a este trabajo gracias al “voz a voz” de amigas y conocidas.

Los aportes de estas mujeres fueron innumerables, cada una de ellas participó en distintas instancias, ya fuera a través de las técnicas de recolección de información, en conversaciones informales o bien sólo con su presencia en los espacios observados, en ocasiones silenciosa. Todas ellas están presentes a lo largo del trabajo, ya sea desde reflexiones evocativas de sus percepciones o bien, cuando sus voces aparecen de manera explícita a partir de sus respuestas. A estas últimas, quienes son citadas en algunos apartes del trabajo, les he cambiado los nombres, porque así lo prefirieron ellas mismas. En reemplazo de estos, les he asignado aquellos pertenecientes a grandes mujeres de la historia de la humanidad, como Sylvia Pankhurst, Julieta Lanteri, Ida Wells, Isabella Bomefree, Dolores Jiménez, Amelia Earhart, Elizabeth Gurley Flynn y Matilda Rabinowitz.

Los profesionales

Los profesionales participantes pertenecen a las áreas de psicología, nutrición, enfermería, medicina general y fisioterapia. De ellos se conservaron sus nombres originales.

1. El cuerpo gestante, un cuerpo "otro".



1. El cuerpo gestante, un cuerpo “otro”.

En este capítulo abordamos y entendemos el cuerpo desde una dimensión biocultural. Así, la existencia humana, indefectiblemente ligada a la corporalidad —*existimos porque tenemos y somos un cuerpo*— no puede reducirse a un mero hecho biológico, por el contrario, el cuerpo representa un territorio donde se constituyen, a partir de contextos específicos, unas lógicas que dotan al sujeto de herramientas para comprender y estar en el mundo.

En este paso por la existencia, todas las sociedades han desarrollado formas diferenciales que, como códigos comunicacionales, rotulan a los sujetos y los dotan de funciones puntuales dentro del sistema societal. Así, por ejemplo, vemos cómo los marcajes de la diferencia intersectados en el cuerpo han funcionado como estrategias históricamente presentes en el desarrollo de la humanidad. Este énfasis en las diferencias ha generado discursos, representaciones sociales y formas de control que tienen como fin mantener los órdenes establecidos.

Dentro de estos marcajes las diferencias de género son, sin duda, centrales. A partir de estas pueden explicarse fenómenos como la división sexual del trabajo, los estereotipos de género y más. Además de las diferencias basadas en el sexo, los fenotipos y el origen poblacional de las personas, existen también unas formas específicas de entender los cambios que estas, como sujetos y somas, puede llegar a tener. Por ejemplo, la niñez, la vejez y la enfermedad contienen en sí unas maneras puntuales de ser abordadas. Es decir que, pese a que el cuerpo humano es, como se dijo, un elemento plástico que se moldea de acuerdo a constructos y prácticas sociales, cuando este atraviesa estados específicos ligados a su naturaleza cambiante, los discursos que lo rodean también mutan. En este sentido, el cuerpo gestante se presenta como un *cuerpo otro*, territorio que, dada su condición, rompe la cotidianidad y en el escenario aparecen nuevas dinámicas solapadas por representaciones sociales, relaciones de poder y prácticas discursivas no presentes cuando se atraviesan otros estados.

2.1 El cuerpo gestante un cuerpo social.

Han sido diversas las acepciones que los estudios sociales le han dado al cuerpo. Después de siglos enteros bajo la sombra del dualismo cartesiano –el cual proponía una lectura del cuerpo mediada por la división entre naturaleza y cultura, es decir, alejada de cualquier realidad social– los estudios del cuerpo empiezan, desde principios del siglo XX, a tomar forma con propuestas como las de Marcel Mauss.

Según Mauss (1950, p. 70-88), cada sociedad tiene deseos distintos que se ven reflejados en el cuerpo de sus miembros a través de algo a lo que el autor denomina “técnicas del cuerpo”. Estas, hacen referencia a las posturas, actitudes y maneras mediante las cuales los sujetos usan sus cuerpos para desarrollar actividades cotidianas que van desde caminar, comer, hasta comunicarse y expresar sus sentimientos, entre otros. Dichas técnicas se establecen por tradición y son idiosincráticas, ya que se transmiten desde los grupos sociales de cada individuo. Así las cosas, todos los actos sociales son posibles gracias nuestros cuerpos, el cual además no puede reducirse a un mero elemento físico, pues es también portador de signos y reflejo de la cultura.

Por otro lado, años más tarde, la también antropóloga Mary Douglas (1979) esbozó que el cuerpo puede entenderse como un objeto natural moldeado por fuerzas sociales. Así, además de su realidad biológica, este también es, según Douglas, una entidad cultural en la que se inscriben representaciones determinadas por la sociedad. En dicha lectura, la autora ha planteado que realmente existen dos cuerpos, un “cuerpo social” y un “cuerpo físico”, el *social* restringe el modo en que se percibe el *cuerpo físico*, pues el cuerpo es un medio de expresión matizado por la cultura, que lo lleva a actuar de formas concretas, convirtiéndolo en un símbolo de la situación.

Desde una perspectiva similar, Bryan Turner (1989) también ha propuesto una lectura dual del cuerpo, esta vez desde las nociones de “tener un cuerpo” y “ser un cuerpo”. Así, el cuerpo, vendría siendo, por una parte, límite, construcción y restricción de los deseos, y, por otro lado, un entorno sobre el cual el sujeto que lo posee ejerce el control. Según el autor, la idea de *ser un cuerpo* es más adecuada para entender el cuerpo desde su dimensión social, mientras que *tener un cuerpo* obedece a la dimensión física del mismo. En este sentido el cuerpo, físico y social, es una presencia inmediata y espontánea más que un simple entorno objetivo.

Además de estos preceptos, Turner ha planteado la noción de “corporificación vivida”, con ello hace referencia a que el cuerpo se vive en un proceso en constante marcha. Y es a través de tal corporificación que los sujetos se construyen en relación con los otros, pues esta da cuenta de las identidades personales presentadas en marcos sociales. Así las cosas, en un ejercicio de intercambios, representamos y somos representados según las vivencias que puedan atravesar nuestros cuerpos. Un ejemplo de ello pueden ser las representaciones sociales en torno al cuerpo gestante que cambian justamente a partir de una realidad física que se enmarca en discursos sociales específicos.

Ahora bien, al ser el cuerpo un elemento que se moldea de acuerdo a unos factores comunes establecidos por la sociedad, que a su vez los individuos reproducen en forma de códigos comunicativos por medio de intercambios y experiencias; entonces es posible plantear que existe una relación de correspondencia entre el cuerpo (visto, ya sea desde las *técnicas corporales*, desde la idea de *entidad cultural* o desde la capacidad de *ser un cuerpo*) y las formas que los grupos humanos tienen para entender y hacer inteligible su realidad social, es decir las representaciones sociales del colectivo.

Según Serge Moscovici (1979, p. 251), las representaciones sociales son sistemas de valores, ideas y prácticas que tienen como función establecer un orden que permite al individuo orientarse y a la vez dominar su mundo material y social. Estas posibilitan la comunicación entre los miembros de la comunidad ya que los provee de códigos para nombrar y clasificar de manera simple los aspectos de su mundo y su historia individual y grupal. De acuerdo con este autor, las representaciones sociales no son otra cosa que los conocimientos de la sociedad funcionando a modo de teorías del sentido común sobre los aspectos de la vida (Moñivas, 1994, p. 411). Aunado a esto, Di Giacomo (1987, citado por Moñivas; 1994, p. 412) plantea que las representaciones sociales contienen dos características específicas: una relacional y otra social, lo que las hace comunes y compartidas por muchos individuos y por ende capaces de construir realidad social con posibilidad de influir en la conducta individual. Así pues, los marcos de aprehensión del individuo, como parte activa de un grupo social, su bagaje cultural, su sistema de referencias, símbolos, valores e ideologías han de estar determinados por las representaciones sociales con que este y su grupo, dotan de sentido la realidad de acuerdo a su contexto.

Esta dialéctica constante del sujeto con el mundo que habita, sitúa al cuerpo en el centro de la discusión, pues, aunque de la más variada índole, las representaciones sociales pasan primero por el individuo que es a la vez un cuerpo. Corinne Enaudeau describe esta relación como una paradoja: “El enigma de la representación se cifra en el punto del poder que tiene el cuerpo de pasar al mundo, y ser percibido allí, y en el poder que tiene el mundo para pasar al cuerpo” (Enaudeau, 1999, p. 62). Vemos cómo esta cualidad de la existencia humana, ligada indefectiblemente a la corporalidad (Le Breton, 2002) hace parte también de un proceso que el individuo atraviesa desde el nacimiento hasta su muerte; no se trata entonces sólo de una dimensión orgánica ni unidireccional, el cuerpo es también producto y productor de realidades sociales, parte activa y terreno existencial de la cultura y el ser (Csordas, 1994). Como si de una pedagogía de las representaciones sociales del grupo se tratara, los individuos se inmergen en los sistemas simbólicos de su grupo y a través de la interacción producen cualidades corporales, la corporeidad así “se construye socialmente” (Le Breton, 2002: 19)

Así las cosas, el cuerpo y sus marcajes dan cuenta de las estructuras socioculturales en los que el sujeto se sitúa en tiempos y espacios específicos. El cuerpo, es pues el espejo de su sociedad: las apariencias, el control político, las dinámicas económicas, las relaciones y el consumo, entre otros (Bauman, 2006, p. 10), por ello, en el cuerpo y la experiencia del mismo se construyen las subjetividades de cada individuo (Pedraza, 1996). Bajo esta noción pensar en las etapas biológicas que un cuerpo atraviesa, implica también pensar en el entramado de lecturas, interpretaciones y representaciones que el sujeto y su comunidad tiene sobre dichos estados. Es un hecho antropológico que cada sociedad atribuye connotaciones diferentes a los periodos de vida atravesados por el ser humano y las cualidades contenidas en cada una de estas etapas. Así, la historia de vida del sujeto, desde el nacimiento hasta la muerte, está demarcada por discursos, representaciones, y sistemas simbólicos que se materializan en el cuerpo (Corbin, Courtine, y Vigarello, 2005, p. 28)

Existe, además de las etapas del desarrollo humano, un factor de total transversalidad en las lecturas que cada sociedad hace del cuerpo; se trata de las diferencias de género. Así como cada grupo humano asume posiciones distintas frente a hechos como la niñez, la juventud o la vejez, también existen discursos específicos contruidos a partir de los ideales de género para mujeres y hombres. Paralelamente, dentro de estas estructuras surgen disidencias o

manifestaciones alternativas de dichos ideales. Con estas premisas puede argüirse que ser una mujer tiene implicaciones sociales, políticas y económicas distintas a las que puede tener ser un hombre, algo que fue parcialmente abordado en las investigaciones de antropología clásica con elementos de las organizaciones sociales de los pueblos como la división sexual del trabajo y el parentesco (Smith, Morgan, 1970. Maine, 1893. Margaret Mead, 1973). Y años más tarde, abordado de manera más profunda con el auge del feminismo y el nacimiento oficial de los estudios de género (Gayle Rubin (1975), Sherry Ortner (1974), Nancy Chodorow (1974; 1978), Louise Lamphere, Michelle Rosaldo (1974), Rayna Reiter (1975)

Dentro de estos últimos puede afirmarse que el que tiene más vigencia es el de Gayle Rubin. Esta antropóloga hace converger la perspectiva antropológica estructuralista con el psicoanálisis, conjugando el constructivismo relativista y la universalidad de la estructura. De esta manera enuncia la conocida fórmula “sexo-género”, separando la dimensión biológica del *sexo*, de la dimensión simbólica del *género*, preceptos ahora centrales en los estudios de género.

Aunado a lo anterior, diversas corrientes enfatizaron en esta dualidad y así extendieron el universo teórico de los estudios de género; el Construccinismo, por ejemplo, expone que las diferencias sexuales son culturalmente construidas y variables en el tiempo, y que el sexo en sí mismo es también socialmente construido. Con representantes como Rich, Foucault y Butler, surge desde el Construccinismo una teoría llamada Teoría Queer, la cual tiene dentro de sus preceptos la desnaturalización de las categorías; el rechazo al esencialismo y la disgregación de los términos sexo y género. Para Judith Butler (2006) el género es un elemento performativo, y a su vez Michel Foucault habla de un cuerpo social y estratégicamente modificado, moldeado. El cuerpo pues, se reitera como un factor central en las lecturas que de los sujetos puedan llegar a hacerse.

Vemos cómo son extensas las representaciones sociales que pueden recaer sobre un sujeto según su etapa de desarrollo, su sexo y su género, empero para fines de lo que nos convoca en el presente texto, centraremos la mirada en un estado sólo posible de ser vivido por las mujeres, esto gracias a su condición biológica: se trata de la gestación. Esta, sin duda alguna, es un espacio idóneo de observación para las representaciones sociales.

La gestación, el parto y el nacimiento representan eventos de gran centralidad sociocultural. Sea cual sea el contexto de la mujer embarazada, su estado irrumpe en la

cotidianidad del grupo y da paso a un nuevo miembro. La antropología médica y la antropología de la reproducción han planteado cómo la observación de estos sucesos puede develar un amplio panorama de prácticas socioculturales, toda vez que estos representan fenómenos dinámicos que varían, en tiempo y espacio, de una sociedad a otra (Martin, 1992). Por ejemplo, las formas propias que tiene cada sociedad de identificar, explicar y clasificar los procesos que rodean a la salud, entre ellos la gestación, el parto, la enfermedad y la muerte misma, han sido nombradas por los antropólogos George Foster y Bárbara Anderson como “teorías sistematizadas sobre la enfermedad” (1978), estas teorías pueden clasificarse, de acuerdo con dichos autores, en *personalistas*, *naturalistas* y *emocionales*; y si bien su descripción no se enfoca específicamente en los procesos reproductivos de las sociedades, sí se entiende que estos procesos hacen parte del entramado de figuras contenidas en los temas de salud en general.

Pues bien, las *personalistas* explican el entendimiento de la enfermedad, el dolor, y los procesos biológicos como la gestación y el parto, y asimismo la solución a estos, desde elementos como la brujería o el espiritismo; *las naturalistas* en cambio, no asocian los aspectos de la salud y la enfermedad a intenciones personales, tal es el caso de la medicina occidental, que no entiende la enfermedad como el producto de la maldad de un ser humano o espíritu, sino como el producto de virus, malformaciones genéticas, bacterias o accidentes; finalmente, la teoría *emocional* atribuye la aparición de padecimientos a las experiencias emocionales (Kottak, 2011). Esta última, ha sido asumida en Occidente por disciplinas como la psicología y el psicoanálisis; y en sociedades tradicionales, por chamanes o guías espirituales. Claude Levi-Strauss ofrece algunos ejemplos claros en su obra *El Hechicero y su magia* (1969), uno de ellos es el de la mujer que pare con ayuda de un chamán que “entra” con cantos a su vientre, que es la vez la metáfora de una cueva. En este sentido, puede entenderse que los principios y representaciones que rodean los procesos biológicos del cuerpo como la salud, la enfermedad y también la gestación y el parto, dan cuenta de los principios que rigen la forma de pensar y de existir de una sociedad (Floyd, 2001).

En su desarrollo, la gestación está determinada por prácticas, tabús, cuidados, permisos y un gran número de representaciones con las que los grupos humanos otorgan sentido al ciclo de la vida. Así, la mujer gestante pasa a tener una condición especial, como si se le

hubiera dotado de un nuevo cuerpo, esta se ubica en el centro de las construcciones culturales que su comunidad le otorga al hecho de estar en embarazo. Sobre este nuevo cuerpo o *cuerpo otro*, recaen los discursos que tienen como finalidad garantizar una culminación idónea del proceso; Todas las sociedades, en todos los tiempos han procurado por la exitosa reproducción social de su linaje (Oberman, 2000), pues este representa no sólo la extensión física del grupo, sino también la pervivencia de sus costumbres, su existencia en la tierra. Así las cosas, “la forma en que una sociedad organiza la conducta reproductiva de sus miembros refleja el conjunto de valores y principios que rigen la propia estructura de la sociedad” (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 193).

En su experiencia con la sociedad Arapesh, Margaret Mead (1973, p. 61-62) describe un listado de prácticas que estos tienen en torno a la gestación y el parto, todas ellas mediadas por el grupo. En primera instancia el padre es el responsable de moldear la personalidad del niño desde el vientre, y para ello, junto a la madre gestante, acude a un listado de tabús que contienen restricciones como el sexo, la ingesta de algunos alimentos, la cercanía con ciertos animales y elementos vegetales como el tabaco. Transgredir estas reglas podría traer implicaciones como la muerte fetal o el nacimiento de una mujer, que para este grupo tiene menos valor que el anhelado nacimiento de un hijo varón. Una vez terminado el advenimiento, son las mujeres las encargadas de cuidar al recién nacido y a la madre, y días después, los jóvenes inician a este bebé en la socialización, atribuyéndole la fortaleza de animales como serpientes y cerdos, representadas en una vara de madera fragmentada que es a la vez una alegoría de la columna vertebral.

Mead, finaliza estas descripciones aseverando que los Arapesh son totalmente conscientes de la utilidad de estos tabús, pues están enfocados en la regulación de los nacimientos, la inmersión social del individuo y la perpetuación de los roles de género.

Por otro lado, la antropóloga colombiana Ana María Arango (2014), en su trabajo sobre prácticas sonoro-corporales con comunidades afrochocoanas, despliega un listado de conocimientos en torno a la gestación, el parto y el puerperio que evidencian la cosmogonía de los pueblos del pacífico colombiano. Este encaminamiento al devenir, estas formas específicas de actuar durante dichos ciclos de la vida, determinarán, según el imaginario de

los pueblos afrochocoanos, el temperamento, la apariencia física del bebé y, probablemente, su destino en la vida (Arango, 2014, p. 88).

En un ejemplo similar, las antropólogas chilenas Ana Alarcón y Yolanda Nahuelcheo (2008, p. 200) en su acercamiento a las creencias sobre el embarazo y el parto en las mujeres Mapuche, dan cuenta de cómo la dieta, los espíritus de los muertos, el frío y los fluidos corporales tienen atención especial dentro del grupo. La gravidez, el parto y el nacimiento como símbolo de la resistencia mapuche constituyen eventos de importancia central dentro de sus dinámicas sociales; por lo que la oleada de partos hospitalarios representa un gran desencuentro con sus tradiciones ancestrales. La salud física y espiritual de los niños mapuche se empieza a cultivar desde que están en el vientre; alejarse de las bajas temperaturas, evitar alimentos deformes y evitar el contacto con moribundos, mantendrán a salvo a la madre y al hijo. También la placenta y la sangre emanada durante el parto han de tener disposiciones concretas para evitar ser víctima de brujería.

También, el periodista, guionista y director francés Gilles de Maistre se acercó a las profundas realidades culturales de la gestación y el parto, en su documental “Le Premier Cri” (2007) ¹⁰ (El Primer Grito). En este, el director muestra un panorama global sobre el nacimiento, y para ello, se encarga de documentar un sinnúmero de partos en diferentes lugares del mundo. Desde el desierto como lugar del nacimiento; pasando por un parto acuático asistido por delfines; hasta aquellos llevados en la selva por comunidades indígenas y algunos tecnocráticos en el centro de alguna gran ciudad. De Maistre pone en escena los diversos rituales, creencias y sentires que este evento de la vida puede conllevar y cómo las sociedades y culturas son determinantes en las formas de asumirlo.

Si bien estos ejemplos dan cuenta de situaciones ocurridas en lugares muy alejados, es posible encontrar en ellos similitudes muy cercanas, lo que nos permiten afirmar que el embarazo es una dimensión cultural en la que se empieza a construir la subjetividad del individuo a través de prácticas y representaciones visibles en aspectos como la dieta, la espiritualidad, y los idearios individuales y grupales. Dichas prácticas además de estar dirigidas a integrar al individuo (aún antes de su nacimiento) a las dinámicas del colectivo y

¹⁰ Disponible en http://myblogdecrianzaconamor.blogspot.com/2012/12/documental-el-primer-grito-subtitulado_22.html

todos sus componentes, también se encaminan a mantener su bienestar y el de su madre. En este trasegar el papel de los cuidados es central por la naturaleza misma de eventos como la gestación y el parto. Pues, aunque estos signifiquen la continuidad del ciclo de la vida, también es cierto que dichos estados se asocian con la muerte: “El parto es en todas las culturas una situación liminal, se da la vida, pero a la vez se está muy cerca de la muerte” (Oiberman, 2011, p. 6 Citado por Arango, p. 80). Al ubicarse en esta delgada línea, que por un lado puede entregar al grupo un nuevo integrante, símbolo de la pervivencia cultural, también existe la posibilidad de que su término no llegue a ser exitoso. Esta característica es justamente la que lo dota de un carácter vulnerable y por ende receptor de cuidados físicos y espirituales.

El cuidado de la preñez, con sus prescripciones y procripciones parece estar a cargo del grupo. Casi como si se tratara de un asunto de corresponsabilidad que va a procurar el mantenimiento del orden colectivo, todos los miembros participan de una u otra manera en la reproducción de preceptos para asegurar dichos órdenes: regular las restricciones por medio del señalamiento o el acompañamiento; asumir posturas éticas y morales sobre la posición de las mujeres en espera; y en general reproducir discursos basados en las representaciones sociales sobre las mujeres gestantes, parturientas y púerperas. Ahora bien, más cercano al ámbito privado, quienes por siglos han estado al frente de los cuidados específicos de estas fases han sido las redes de mujeres; son las mujeres quienes atienden, curan, alimentan, abrazan y acompañan los procesos de la vida. El embarazo y el parto se han constituido como parte del territorio femenino; espacio de parteras, matronas, doulas, abuelas y madres que por siglos han mantenido vivos los conocimientos hasta hoy presentes. Incluso, pese a que en la contemporaneidad en Occidente es la biomedicina quien ha asumido, por medio de un proceso paulatino, todos los aspectos relacionados con la salud de la reproducción humana, a la par las mujeres, desde sus lecturas del mundo, se mantienen al frente de estos aspectos de la existencia.

El posicionamiento de la biomedicina o medicina occidental como guía de los asuntos concernientes a la salud sexual y reproductiva ha resultado en la configuración y el surgimiento de nuevas prácticas discursivas sobre el embarazo, el advenimiento y el postparto. Estas nuevas prácticas han devenido también en nuevas representaciones sociales

sobre la tríada de la vida. Ahora la dimensión del cuidado está mediada por un asunto de profilaxis que ha desplazado el lugar de los nacimientos a salas de parto en centros clínicos, ha introducido la medicalización, la tecnología biomédica, las cesáreas y también la esterilización. Este posicionamiento ha sido extensivo y es hoy en día la forma convencional de abordar las etapas reproductivas en la mayoría de las sociedades.

Como nos mostró el ejemplo de las mujeres mapuche atrás citado, para algunos grupos humanos el establecimiento de la biomedicina ha significado ciertos choques con sus formas tradicionales de ver el mundo; mientras que para otros ya es una cuestión naturalizada, al punto de ver el proceso como un asunto de estricta pertinencia médica. Esto pone sobre la mesa otra representación, ligada también al carácter riesgoso de la gestación y el parto por ser hechos naturalmente liminales. Se trata del cuerpo de la mujer gestante como un objeto de constante auscultación médica, ya no sólo el grupo de la mujer genera las restricciones que para su bienestar esta deberá tener, también reproducirá las dimensiones de cuidado que la medicina sugiere. Así, por ejemplo, el consumo de licor, cigarrillo y otras sustancias están vetadas en las opciones que estas mujeres tienen.

Por otro lado, la tecnología biomédica es la herramienta que constata la buena marcha del proceso. En los encuentros asistenciales se revisan las pulsaciones, el crecimiento fetal y signos de alarma en general. Ya no se confía en los síntomas del cuerpo, ahora se recurre a pruebas y resultados que constaten lo que la mujer experimenta. De esta guisa se predeterminan unos patrones para el seguimiento de la gestación como el peso y algunos componentes bioquímicos similares, que se espera que las pacientes cumplan por igual. El cuerpo es pues, convertido en un objeto desligado de quien lo posee, desdibujando así su dimensión humana (Montes, Martorell, Jiménez, Verdura, y Burjalés, 2009, p. 7).

Bajo estas proposiciones es posible aludir a la metáfora del *Cyborg* de Donna Haraway. En sus palabras: “Un *cyborg* es un organismo cibernético, un híbrido de máquina y organismo, una criatura de realidad social y también de ficción.” (Haraway, 1991, p. 253). Este híbrido entre compuestos orgánicos y cibernéticos se crea con la intención de mejorar la parte orgánica mediante el uso de tecnología. En este proceso de mejoramiento, la biomedicina ha centrado la mirada en una representación del cuerpo gestante (y el cuerpo en general) desde una dimensión meramente biológica:

A partir de la mitad del siglo xx, los discursos biomédicos se han organizado progresivamente en torno a un grupo muy diferente de tecnologías y de prácticas, que han desestabilizado el privilegio simbólico del cuerpo orgánico, localizado y jerárquico. (...) El cuerpo es concebido como un sistema estratégico altamente militarizado en terrenos clave de imaginaria y de práctica. El sexo, la sexualidad y la reproducción son teorizados en términos de estrategias de inversión local. El cuerpo deja de ser un mapa espacial estable de funciones normalizadas para convertirse en un campo enormemente móvil de diferencias estratégicas. El cuerpo biomédico y biotécnico es un sistema semiótico, un terreno complejo productor de significados, para el que el discurso de la inmunología, es decir, el discurso fundamental biomédico sobre el «reconocimiento/falso reconocimiento» se ha convertido, en muchos sentidos en una práctica de alto riesgo. (Haraway, 1991, p. 362)

Esta dimensión biológica también se relaciona con la representación del cuerpo como algo ligado a la naturaleza (Ortner, 1979, p. 109-31.13. y Turner, 1989) lo que a su vez ha contribuido a que el acto reproductivo sea menos valorado que las creaciones culturales, por lo que la procreación no se considera como un trabajo. A partir de esto, es posible entender en cierta medida cómo se organizan algunos elementos de las estructuras sociales de los grupos humanos como la división sexual del trabajo y los roles de género; el parentesco; las relaciones de poder y la religión.

Esta reducción del cuerpo a un elemento meramente somático, esta conquista del cuerpo humano por la ciencia, esta transformación gradual del pensamiento occidental, enmarcada en el contexto de la globalización, ha generado en las sociedades modernas un sinnúmero de tensiones y desencuentros con las formas tradicionales en que el cuerpo era entendido. Así, por ejemplo, la ruptura y transformación de rituales en torno a la vida y la muerte dan cuenta de la colonización de aspectos fundamentales de los grupos por nuevos actores y saberes. De esta manera, las sociedades modernas establecen relaciones de gobernabilidad desde el nacimiento con unas formas específicas del sujeto/ciudadano, las cuales están mediadas por modelos ideológicos tecnocráticos y patriarcales (Arango, 2014, p. 82).

En esta escisión del cuerpo encinta y el ser que lo vivencia, la mujer es representada como un contenedor. Según Davis- Floyd, esta separación más la representación del cuerpo-*cyborg*, constituyen el proceso moderno de reproducción, en donde el bienestar emocional de la

madre y el acompañamiento de su grupo han pasado a un plano secundario (Davis- Floyd, 2001. Citado por Arango, 2014, p. 82).

En este panorama se han generado también unas nuevas formas entender los procesos reproductivos, en los que la ciencia interviene como programadora de los mismos. Así, es posible embarazarse de manera artificial, determinar el sexo del feto; elegir el día del nacimiento de los bebés, programar cesáreas por practicidad y no por prescripción médica; desaparecer el dolor del proceso de parto; congelar óvulos, suprimir por medio de medicación la lactancia materna; entre otros. Al respecto, Mara Viveros (2004) dice:

Por otra parte, las técnicas reproductivas médicamente asistidas han transformado los cuerpos, desplazando las fronteras de la fertilidad de los cuerpos femeninos (se puede por ejemplo estar encinta a los cincuenta años y más). En el lapso de tres décadas, los límites del cuerpo que eran percibidos como naturales se transgredieron y transformaron en datos que pueden ser manipulados con un número cada vez mayor de útiles y técnicas. La medicina ha transformado los cuerpos humanos en ciborgs, para utilizar el concepto de Haraway. En la tecnociencia, los cuerpos, las identidades y las subjetividades de género son transformados de tal manera que las nociones de sujeto y las relaciones de poder entre hombres y mujeres, entre médicos y pacientes, entre seres humanos y objetos han sido redefinidas. (Viveros, 2004, P. 4)

Estamos asistiendo entonces a unas formas de representación del cuerpo gestante en las que entran a dialogar un sinnúmero de discursos mediados por la institucionalidad, la ciencia y el sentido común de los grupos humanos. A esto hay que sumarle, que el escenario donde estas representaciones se desarrollan está enmarcado en un contexto globalizador en el que las formas occidentales de entender el embarazo, el parto y el puerperio se han diseminado, posesionando unos preceptos homogéneos ligados a la profilaxis y el discurso biomédico. No obstante, estas nuevas representaciones están matizadas por imaginarios, realidades locales y formas de resistencia que dan cuenta del gran carácter cultural que envuelve a la gravidez, el parto y el nacimiento. El discurso biomédico, el biopoder, las prácticas populares, las nociones de bienestar serán abordados en los acápites siguientes como complemento de lo atrás esbozado.

2.2 Biopolítica de la reproducción humana.

En el acápite anterior, quedó planteado que la existencia de los individuos está ligada, inevitablemente, a la corporalidad. Esta corporalidad o forma física es producto y, a la vez, productora de representaciones ligadas a las lógicas sociales que rodean al individuo. En concordancia con esto, en el presente acápite extiendo esta lectura del cuerpo a la noción de lugar y además centro la mirada en las lógicas de biopoder que determinan las realidades de dicho espacio, específicamente desde las esferas de la reproducción sexual. Así, la existencia humana es corporal y el cuerpo es a su vez un lugar donde subyacen representaciones, relaciones de poder, marcajes, imaginarios, idearios, etc.

El cuerpo ha sido entendido, desde siempre, como una forma de espacialidad. Ya sea como lugar donde se desarrollan los procesos biológicos de los sujetos, como contenedor del alma, o bien como producto/productor de los espacios habitados, este siempre se ha pensado como un *dónde*. A este respecto, el filósofo José Luis Pardo (1992) esboza que no es posible pensar en la existencia de los cuerpos sin un espacio para habitar, al tiempo que el cuerpo mismo representa un espacio habitado, así:

Nuestro existir es siempre un ‘estar en’, y ese ‘estar en’ es estar en el espacio, en algún espacio, y las diferentes maneras de existir son para empezar, diferentes maneras de estar en el espacio. El hecho de que nuestra existencia sea forzosamente espacial tiene, sin duda, que ver con el hecho de que somos cuerpo(s), de que ocupamos lugar. Pero ocupar lugar es sólo posible porque hay un lugar que ocupar, nuestro cuerpo mismo es espacio, espacialidad de la que no podemos liberarnos (Pardo, 1992, p. 15-16).

El entendimiento del cuerpo como *locus* habitado y habitante, o como construcción social determinada por preceptos de sus espacio-tiempos, supone un panorama aún más extenso. Según Michel Foucault (2000), las sociedades operan a través de instituciones diseñadas para sus propósitos, controlando a los individuos por medio de técnicas que aseguren la eficiencia del comportamiento de los mismos, así, el cuerpo se hace obediente gracias a la disciplina. Para indicar el producto de estas estrategias de control, el autor introduce los términos “Cuerpos dóciles y “cuerpos condenados” (Foucault, 2000). Así, como si se tratara de un sistema complejo, los cuerpos representan engranajes que funcionan de acuerdo a unos criterios específicos.

Esto ha sido procesal, pues cada época y lugar han definido, de diversas maneras, el funcionamiento de dichos engranajes. A este respecto, también Foucault (1979), ha planteado que desde el Medioevo hasta la Modernidad han existido diferentes formas en que los cuerpos han sido regulados. Pasando por el castigo físico, hasta llegar al conocimiento usado como tecnologías de poder, cada instancia de la vida de los sujetos ha sido controlada de diversas formas a través del cuerpo. De este modo es posible entender a qué se refería dicho autor al afirmar que “Nada es más material, más físico, más corporal que el ejercicio de poder” (Foucault, 1979, p. 113). Así las cosas, el poder es un fenómeno que no se posee, más bien, como si de una red se tratara, se ejerce a través y existiendo gracias a los cuerpos (Cevallos y Serra, 2006).

Para referirse a las formas de control sobre el individuo en la Modernidad, Foucault inserta el concepto “biopolítica”. Este hace referencia a unos mecanismos de poder fijados en las realidades biológicas de los individuos del siglo XVIII (1977-1978, p. 15). Contrario a lo que ocurría en la Edad Media, tiempo en el que el poder de un soberano determinaba y decidía sobre la vida de sus súbditos, la modernidad tiene como característica el control de las multitudes a través de unas formas racionales de coerción que operan desde el conocimiento y sobre el cuerpo. Ahora no se asesina al súbdito, ahora se propende por la extensión y control de su existencia desde el nacimiento hasta la muerte (Foucault, 2007). Como ejemplo, el Estado moderno puede controlar las nociones de bienestar del individuo, sus hábitos de salud, sus comportamientos sexuales y sus prácticas de reproducción, entre muchos otros (Bellón, 2015, p. 99).

El establecimiento de estas estrategias de control a través del cuidado de la vida de los ciudadanos, surge precisamente con la consolidación de los Estados-Nación. En este proceso, diversas ideas fueron replanteadas con miras a un naciente mundo envuelto en innovadores discursos sobre la existencia. Así, por ejemplo, en América Latina, la exploración en busca de nuevos lugares para la expansión del territorio, el nacimiento de la universidad pública, el conocimiento organizado y la exaltación de la ciencia tomaron lugares estratégicos en un ideal de progreso construido colectivamente (Pedraza, 2004. Pp. 10). Pues bien, precisamente dicho ideal de progreso puede entenderse como el discurso que dotó a los ciudadanos de una responsabilidad contundente: la reproducción de prácticas para el mantenimiento de esta empresa común. Esta responsabilidad representó el robustecimiento del vínculo Ciudadano-

Estado-Ciudadano, donde radica el *modus operandi* de dichas estrategias de control. Así, a partir de la coacción se han establecido puntos de encuentro entre el Estado y el ciudadano, que se traducen en convicciones compartidas sobre el cuidado de la vida, llevadas a cabo a través de acciones concretas alrededor del cuerpo individual y colectivo (Pp. 180).

Uno de los puntos centrales en dicho trasegar encaminado a la construcción de Nación fue la declaración de la biología como la ciencia de la vida, por lo cual, basados en un conocimiento científicamente legitimado, se reconoce oficialmente que la vida es el período comprendido entre el nacimiento y la muerte, y por ende, cada fenómeno ocurrido dentro de este lapso (nacimiento, sexualidad, reproducción, crecimiento, muerte) es un asunto gobernable por el Estado; ejercicio desplegado, a través del cuerpo de cada sujeto/ciudadano y sus prácticas. En este caso, estas prácticas, que como se dijo son responsabilidad de cada sujeto, se evidenciaban desde las más cotidianas actividades, como los hábitos de higiene personal y el ejercicio, pero también los programas de salud, la vacunación y la salud colectiva en general.

El pensamiento biopolítico se expresa en formas diversas. Una compete la concepción del cuerpo humano y su cuidado. A partir del siglo XIX, la higiene fue la especialidad responsable de tales asuntos dado su carácter ecológico, pues promete conservar la salud y prevenir enfermedades en función de las relaciones que establece entre la fisiología humana y el entorno, es decir, la forma de vida individual y poblacional. La forma de vida comprende las condiciones materiales de la existencia y las costumbres, por cuanto éstas afectan directa e indirectamente el cuerpo humano, como sucede con los hábitos alimenticios, cinéticos, sexuales, de vestuario, trabajo o habitación (Pedraza 2002). (En Pedraza, 2004)

Otro de los tantos frentes determinantes en este proceso de control sobre la vida ha sido, sin duda, la sexualidad. Aunque son muchas las formas en que este sistema opera sobre el cuerpo, es difícil pensar en una dimensión más importante que aquella que tiene que ver con los procesos reproductivos. Así, el sexo, la gestación, el parto, el nacimiento, el aborto y el control natal de las poblaciones, entre otros, han constituido un terreno de regulación de los sujetos como cuerpos que obedecen a objetivos de quien domina.

A esto se suma, que el control sobre esta dimensión de la vida ha recaído más fuertemente sobre las mujeres, porque estas representan los cuerpos de sujetos marcados simbólicamente en un sistema desigual de género. Desde el establecimiento de su existencia como un

individuo femenino, en Occidente, a las mujeres se les atribuye la responsabilidad de la reproducción y cuidado del grupo en diferentes instancias. En esta dialéctica de control, Foucault ubicó a las mujeres, junto con los marginados, los enfermos, los pobres, en el lado de los oprimidos, es decir, aquellos sujetos sobre los que recaen con mayor fuerza los mecanismos de poder, dada la condición que la sociedad les ha atribuido. Un ejemplo de ello puede verse en los discursos de la iglesia católica sobre el cuerpo en general, y el cuerpo de las mujeres en particular: “La postura religiosa impide que [las mujeres] utilicen o dispongan de sus cuerpos como si les pertenecieran, y alude a la referencia de un ser supremo que decide sobre lo correcto e incorrecto de su comportamiento” (Tejada, 2011, p. 81).

Ahora bien, aunque los procesos reproductivos de las mujeres en Occidente están en el centro discursivo de todas las instituciones sociales, puede decirse que, en la modernidad, la institución de mayor influencia sobre esta parte de la vida ha sido la institución médica. Narotzky (1995), por ejemplo, habla de cómo en la Inglaterra del siglo XIX la penalización del aborto estuvo ligada al establecimiento de la medicina y su lucha por el control de los recintos de la gestación, parto y puerperio, antes en manos de parteras y comadronas, lo que sugiere que, desde la institucionalización, se empezaban a implementar unos imaginarios sobre las etapas de la salud sexual y reproductiva fundados en los preceptos morales de los dominantes.

Este surgimiento de la biomedicina en detrimento de saberes y prácticas populares como la partería, da cuenta de unas maneras de reafirmación en las que se establecen también unas lógicas basadas en el poder. Vemos cómo la consagración de la medicina occidental como una autoridad casi absoluta en temas de salud, reafirmó a su vez la posición de los hombres como autoridades en la toma de decisiones sobre los cuerpos de las mujeres, ya no sólo desde el ámbito doméstico, ahora los dueños del quirófano eran representantes del sexo masculino. Este proceso obedece a un entramado histórico y político que se ha inclinado en instancias de una novedosa biopolítica interesada en la reproducción del cuerpo social y en el control de la vida de los sujetos desde el nacimiento (Ortiz, 2001).

Fue así como en la consolidación de la medicina obstétrica como especialista en procesos de la reproducción humana, se estableció una hegemonía de su conocimiento a través de la regulación de los saberes populares de grupos tradicionalmente dedicados a estos temas,

excluyendo de este modo otras formas de entender el embarazo, parto y puerperio (Blázquez, 2005, p. 7). Si bien esto puede variar de una sociedad a otra, la empresa colonizadora trajo consigo un sinnúmero de prácticas que, de manera paulatina, reemplazaron conocimientos ancestrales moviendo también la posición de los sujetos y generando nuevos marcajes o significantes de exclusión (Mignolo, 2003). Una ilustración concreta de esta situación es la prohibición histórica del parto vertical, práctica que permite a las mujeres tomar una postura activa en el desarrollo de sus partos y muy común antes del siglo XVII (García, 2017, p. 131). Aunque parezca un simple cambio postural, acostar a la parturienta tiene como intención facilitar la observación del médico durante el parto, esto, claro está, en contravía de aspectos como la ley de gravedad, la comodidad y la naturaleza del cuerpo de las mujeres, que sin más son relegadas a un segundo plano en un discurso enmarcado en la profilaxis y la biomedicina.

En el caso específico de la atención al parto, este discurso profiláctico se enfoca en el mantenimiento de un orden establecido como el ideal; el control de la morti-morbilidad en neonatos y en el manejo del cuerpo femenino bajo condicionamientos de cánones morales. Para asegurar esos órdenes, los médicos desarrollaron técnicas garantes del buen resultado de los procesos y establecieron elementos como la revisión periódica de los embarazos, la medicalización y los partos hospitalarios. Este modelo redujo de manera significativa las muertes neonatales y de mujeres al parir. No obstante, en la implementación del mismo se encuentra, según el movimiento Feminista y muchos otros autores (Floyd, 1993. Fernández, 2012. Galimberti, 2015, Bellón, 2015), un factor de importancia crucial para comprender la violencia obstétrica¹¹.

Este tipo de violencia se da por parte del personal de salud y se relaciona directamente con el papel de autoridad que pueden llegar a representar estos profesionales. La figura del médico/obstetra es la del poseedor del conocimiento y, por ende, el que detenta el poder. Según Roberto Castro (2013), en nuestra sociedad los médicos hacen parte de los sujetos que regulan la vida a través de una autoridad hegemónica y legítima, mientras que, por otro lado,

¹¹ Se entiende por 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, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”. (Carvalho y Brito, 2017, p.2)

los pacientes/clientes/usuarios conformarían el grupo de los marginados, aquellos que tienen menos poder de maniobra (P. 145-149).

En una investigación sobre violencia obstétrica en México, realizada en el año 2015, Castro, en compañía de la socióloga Joaquina Erviti mencionan cómo muchas de las mujeres participantes del proyecto fueron víctimas de violencia obstétrica por razones de jerarquía social. La mayoría de ellas eran mujeres indígenas que se acogían a lo que los médicos les indicaran, soportando en silencio procedimientos cuestionables, y pese a que esto pudo representar un trato inadecuado para ellas, pocas se atrevieron a denunciar, porque veían en los profesionales de la salud figuras de autoridad (2015, p. 102). Este ejemplo muestra cómo el conocimiento autorizado puede llegar a ser artífice de sublevaciones sutiles y cotidianas gracias a su posición en una lógica jerárquica de saberes.

Si bien no todos los procesos de parto llevados a cabo en instituciones médicas son blanco de violencia obstétrica, sí se han establecido, en el área de la salud, unas representaciones sobre el cuerpo de la mujer gestante que hacen parte del discurso médico del orden. El campo médico construye el cuerpo gestante y lo carga de sentidos específicos: “En los servicios de salud, señala Erviti Erice, que el cuerpo de los pacientes está bajo la mirada médica, la que, como parte del proceso de revisión, diagnóstico y tratamiento médico, destaca lo que diferencia a los pacientes de la norma y los ubica del lado de los enfermos; de modo que la mirada médica produce corporalidades dentro y fuera de la norma” (Erviti, 2013, p. 121 Citado por Fidel García, 2017, p. 134). Esto, retomando a Foucault (2011) puede verse como el producto de la relación *saber-poder* que recae sobre el cuerpo y la comunidad; tanto como tecnología disciplinaria del cuerpo y tecnología disciplinaria de la vida.

Al respecto, desde la antropología de la reproducción se han planteado varios ejemplos. La antropóloga María Isabel Blázquez (2005) señala, a partir de su acercamiento a varios trabajos sobre antropología, gestación parto y postparto (Menéndez, 1978- Martín, 1987- Tabet, 1985- y Narotzky 1995) la conexión existente entre el modelo biomédico/obstétrico occidental, el capitalismo y el biopoder. Blázquez muestra la relación existente entre las tecnologías disciplinarias y la medicina en el campo de la salud sexual y reproductiva. A partir de allí, esta autora plantea cómo el parto en instituciones hospitalarias se regula por estándares o medidas de productividad, por lo que los cuerpos de las mujeres son tratados

como obreros, blanco de disciplina y control; también esboza que existe una división del trabajo y el tiempo, con la intención radical de obtener el resultado esperado: un bebé sano. Según la perspectiva de Blázquez, la medicalización y la biotecnología se tornan elementos centrales en el control de la reproducción biológica, así como también constituyen una forma de reforzar discursos sobre la maternidad que perpetúan el orden social. Por ejemplo, en este transcurso, las madres deben asumir una postura de obediencia y sumisión ante el control de los médicos, mientras que los padres, reemplazados por personal de enfermería, se excluyen de los primeros cuidados del recién nacido, (Blázquez, 2005, 4).

Esta perpetuación de unos órdenes diferenciales de género está enmarcada en un sistema patriarcal y capitalista, del cual se desprenden otras relaciones desiguales también mantenidas por discursos del biopoder. En este sentido, la institución no sólo fijará la mirada en las mujeres gestantes por su estado, también entrarán a jugar aspectos como los orígenes poblacionales, el estrato socioeconómico, la edad, entre otros.

En su *texto Justicia, naturaleza y la geografía de la diferencia* (2018, p. 356) David Harvey, ilustra esta situación al retomar la postura de autores como Mijaíl Bajtín y Norbert Elías para plantear que los distintos tipos de cuerpos están mediados por representaciones que, en función de procesos sociales específicos, graban sobre los sujetos diferencias (población, género y clase) que aparecen como distinciones determinantes en la vida de las personas.

A su vez, Harvey propone que estas diferenciaciones, inscritas sobre el cuerpo, se desarrollan dentro de un escenario de tiempos y espacios específicos, al que el autor define como “Espacio-Tiempo”. Con esto está haciendo referencia a una perspectiva relacional entre el espacio y el tiempo, en la que el cuerpo, como constructo cultural, aparece como algo inevitablemente ligado al contexto, o en palabras de Harvey: “La producción del espacio-tiempo está inextricablemente conectada con la producción del cuerpo.” (2018, p. 357). De este modo, se plantea que el cuerpo (con sus inscripciones físicas diferenciales), el espacio y el tiempo mantienen una correlación constante que determina/construye y a la vez es determinada/construida por el contexto o espacio-tiempo de los sujetos.

Así las cosas, representar el lugar de *los otros* o los *marginados* en el contexto al que asistimos puede, en función de un orden establecido, significar otras formas de control sobre el cuerpo y más específicamente sobre los ámbitos de la reproducción sexual.

El control poblacional, por ejemplo, se ha centrado en grupos humanos de sectores altamente excluidos, donde la presencia del Estado es casi nula y la colonización se presenta a diario. Este asunto, también es nombrado por el atrás citado trabajo de Castro y Erviti (2015), donde se afirma que después de los partos, muchas mujeres eran increpadas por haber tenido más de un hijo en contextos de pobreza y por ende se les presionaba a iniciar con métodos de planificación familiar, apelando a una dimensión moral la autoridad de los profesionales se imponía sobre estas mujeres (Castro y Erviti, 2015, p. 201). Por otro lado, la autora Flor María Cáceres (2017, p. 130), menciona que existen al menos tres grupos de mujeres que son más propensas a ser víctimas de violencia obstétrica y señalamiento de los médicos después del parto que se traduce en la presión a iniciar con algún método anticonceptivo: estas son las adolescentes, las mujeres de bajos recursos, las mujeres multíparas y las mujeres de origen indígena o negro. Un ejemplo equiparable, han sido las famosas esterilizaciones forzadas en Perú¹²: Durante el gobierno del expresidente Alberto Fujimori, entre los años 1996 y 2000, se implementó una política de planificación familiar que dejó como resultado un aproximado de 276.272 mujeres y 22.004 hombres esterilizados de manera forzada (Molina, 2017, p. 32). Este programa que actuó con el aval del gobierno, tenía como meta reducir la pobreza del país y para ello, reducir el nacimiento de niños pobres se presentó como una solución eficaz. Las víctimas fueron hombres y mujeres quechua-hablantes de sectores de bajos recursos económicos. En la actualidad se ha entablado una comisión de víctimas y se está investigando por presuntas responsabilidades (Comisión de la Verdad y Reconciliación de Perú, 2003). La gravedad de este asunto radica no sólo en que se vulneró el cuerpo de miles de ciudadanos contra su voluntad, sino también en que este hecho representa la eliminación cultural sistemática de una comunidad por parte del Estado en complicidad con la institución médica.

Estos ejemplos, nos muestran que, si bien estas formas de control desde el biopoder en la modernidad están dirigidas a la extensión y control de la vida, también existe un lado de la

¹² Recomiendo ver el documental Esterilizaciones forzadas en Perú: El silencio. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=-fsceggK5VU&t=1s>

biopolítica que opera desde otras intenciones, no dirigidas al bienestar del ciudadano sino más bien basado en unas lógicas de exclusión que mantienen el orden y reducen las posibilidades de quienes están en la base de una pirámide social diseñada por el sistema. José Luis Tejada (2011, p. 90) menciona que el carácter omnipresente del biopoder permea incluso nuestras libertades y derechos lo que, al estar bajo el dominio de los Estados, nos hace vulnerables ante la negación de dichos derechos. En este sentido, el control se ejercería no sólo desde la recreación de nociones como el bienestar sino desde la negación del mismo, basado en Foster, Tejada (2011) arguye:

Cuando la presencia de lo biopolítico es para bien, como la atención a los ciudadanos, a los sectores vulnerables, a los débiles y a los desposeídos, no hay mayor problema y hasta se reclama la presencia del Estado y de la autoridad. Es distinto cuando el poder del soberano resuelve sobre quién vive y quién muere a la usanza de los métodos antiguos. Este componente bárbaro de la política, aparentemente eliminado, anulado y contenido en sociedades modernas con garantías individuales plenas y la universalización de los derechos humanos, sigue ahí, con menor incidencia y relevancia, pero no se ha ido y amenaza con quedarse para siempre. Se nutre de los rasgos dictatoriales de la política de la excepción. Es el trato del Estado hacia quienes han perdido o nunca han adquirido el derecho a la igualdad política y resienten el dramatismo de la política de la barbarie (Forster, 2001: 101 y 102 interpretado por Tejada).

Frente a estas formas de control de la alteridad, también la antropología médica crítica, que bien puede entenderse como una disidencia de la antropología médica clásica, ha denunciado un sinnúmero de situaciones que visibilizan asuntos de tinte sociopolítico y sus posibles conexiones con diversos factores como el abandono estatal, la reproducción de violencias basadas en órdenes de desigualdad (racismo, género o estratificación socioeconómica), sistemas de salud a favor del capital, violación de derechos humanos, entre muchísimos otros. Para César Abadía (2014), esta vertiente de la antropología, al igual que la medicina crítica, abordan la salud como un campo de indagación en el que sus tópicos (el bienestar, el enfermar, el curar) se entienden como un conjunto de fenómenos dinámicos atravesados no sólo por procesos culturales, sino por conflictos de poder históricos. Es decir, que esta corriente se asume como un asunto netamente político, o como lo nombra Abadía “un campo de investigación contra-hegemónico” (2014). Según esto, los conceptos y

prácticas consensuadas en las expresiones de salud y bienestar, surgen dentro de un marco de poder definitorio de la existencia humana. De ahí que, esta perspectiva al denunciar condiciones de desigualdad como las causas principales de los problemas en la salud individual y colectiva, puso sobre la mesa a actores antes no tenidos en cuenta por la disciplina; o al menos, no bajo el foco de las relaciones de poder en contextos de salud específicamente en Occidente.

Así las cosas, la antropología médica crítica logró entender el bienestar, la salud y la enfermedad como elementos ligados a un contexto de constante interacción social, en la que determinados grupos de individuos se veían claramente afectados respecto a otros que parecían gozar de un sinnúmero de privilegios por estar ubicados en la cima de la pirámide social. Este ha sido el caso de los marginados –en términos de Foucault – que, haciendo parte de sociedades occidentales, se ven constantemente relegados por sus diversos orígenes o posiciones. La visibilización de estos colectivos ha estado aunada a vertientes de la teoría crítica sobre desigualdad social, como el poscolonialismo, el antirracismo y el feminismo (Abadía, 2014).

En el caso específico de las mujeres, la antropología médica crítica ha analizado desde enfoques feministas su situación en los temas de salud. Sin embargo, hay que aclarar que estos análisis van más allá de descripciones que, basadas en la división sexual de los grupos humanos, pretenden explicar los roles femeninos en los sistemas de salud, enfermedades de la mujer, o participación de las mismas en lo concerniente a esta rama de la antropología. Se trata, más bien, del entendimiento de los ámbitos de la salud teniendo como trasfondo los sistemas de género. En otras palabras, lo que se busca la antropología médica crítica con enfoque feminista, es brindar datos que den cuenta del porqué de las desigualdades; o una exploración de lo que subyace a dichos constructos sociales. En este sentido, se entiende el concepto de género como un elemento relacional; que permite advertir de manera conjunta la construcción de lo masculino y lo femenino, un producto dinámico, no esencial y en constante construcción (Esteban, 2007). Ahora bien, cuando se habla de sistemas de género, se está haciendo referencia a un sistema socialmente ordenado; con determinadas relaciones de poder, distribución de funciones y posiciones entre hombres y mujeres. Donde, además, esto se articula con factores de estratificación social, racial, prácticas sexuales, etc. En

palabras de Esteban, citando a Connell: “El género sería así una estructura de relaciones sociales y el sistema social una totalidad donde se articula lo institucional, lo simbólico y lo material en un contexto histórico concreto; pero la integración de los distintos niveles no se da de manera armoniosa, sino que aparecen siempre contradicciones, conflictos y prácticas alternativas” (Connell, 1997: Citado por Esteban 2007). Prosiguiendo con Esteban, este sistema estaría integrado por relaciones de poder, relaciones de producción/división del trabajo, y la organización de la sexualidad y las emociones. Bajo las premisas mencionadas, la antropología médica crítica al indagar por los asuntos de salud en clave de género dentro de sus sociedades, ha puesto sobre la mesa un buen número de situaciones que se desarrollan en la cotidianidad de sus propios contextos y que van más allá de las afecciones físicas de los sujetos observados, ya que, a partir de allí, logra develar circunstancias transversales a dichas afecciones, tales como sus causas y efectos sociales. Cuando se plantea que estos escenarios están atravesados por relaciones de poder, se habla de que el funcionamiento del sistema biomédico está constituido por engranajes que garantizan su andanza. Estos engranajes pueden entenderse como los sujetos que, jugando papeles determinados, mantienen las relaciones internas presentes allí, estas, de manera jerárquica garantizan que la “locomotora” vaya sobre la marcha. Estaríamos hablando entonces, de una institución.

Cuando con este trasfondo se aborda la situación específica de las mujeres, se abre un amplio abanico de realidades, que sin dejar de reconocer los aportes que ha tenido la medicina occidental, también generan cuestionamientos sobre las formas en que algunas prácticas son llevadas a cabo; desde intervenciones indebidas, hasta acepciones sobre el “deber ser” e imaginarios atravesados, muchas veces, por posiciones moralistas como ocurre reiteradamente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Tovar, 2004).

Hasta aquí, hemos planteado que el cuerpo de los sujetos puede reconocerse como un territorio mediado y mediador de realidades contextuales. En estas mediaciones aparecen las relaciones de poder, que a partir de las instituciones y tecnologías moldean los cuerpos de acuerdo a los intereses de un sistema omnipresente. Una de las maneras más contundentes en que estos sistemas han operado, ha sido a través de la sexualidad de los sujetos, empero el cuerpo de la mujer ha sido central en esta esfera, pues sobre esta recaen discursos en torno al cuidado y la reproducción de la especie. Aunque el ámbito de la salud sexual y reproductiva

perteneció, por siglos, a colectivos de mujeres, la modernidad trajo consigo lo que Michael Odent (2011) denomina “masculinización del parto”, esto quiere decir que las mujeres fueron desplazadas de este terreno, no sólo como encargadas de la atención a estos procesos, sino como ausentes por no poder tomar decisiones propias sobre sus cuerpos, aunque Odent, lo nombra como un desplazamiento en torno al parto, esta noción puede extenderse a todos los aspectos de la reproducción sexual, entre ellas el aborto y el control natal.

Si bien una característica de la biopolítica en Foucault es el aseguramiento de la vida de los sujetos, que funcionan como engranajes de un sistema, es cierto también que este sistema está basado en unas lógicas que propenden a desigualdades sociales. Acá, el papel de los *marginados/excluidos/ los otros*, es crucial ya que ellos representan la base de la pirámide. Dentro de esta lista de marginados están las mujeres, sobre las que recaen discursos morales que apelan al mantenimiento de posturas sumisas y obedientes; también dentro del grupo se encuentran sujetos pertenecientes a minorías poblacionales, y personas de bajos recursos económicos, la contracara de lo que pretende el discurso occidental/capitalista.

Este proceso que ubica al cuerpo en el centro de los intereses de poder del Estado y lo moldea a través de dispositivos que mantienen el orden social; nos lleva a entender que eventos como la gestación, el parto y el puerperio, aún como procesos orgánicos, están atravesados por un sinnúmero de símbolos, representaciones y discursos que determinan las formas en que los ciudadanos están en el mundo, incluso antes de su nacimiento.

Conclusión

Los procesos de la gestación, el parto y el puerperio yacen en el centro de dos perspectivas que, aunque aparentemente contrarias, se relacionan en diferentes aspectos. La primera perspectiva es la de la reproducción biológica; realidad por la cual, ya sea “natural” o “artificialmente” la reproducción humana es posible gracias a la fecundación de un óvulo, que luego de un proceso de gravidez tendrá como resultado un nacimiento. Esta perspectiva es común, hasta nuestros días, a toda la humanidad toda vez que, en cualquier lugar de la tierra, los humanos nos reproducimos a partir de este proceso. La segunda es la cultural, desde esta podemos comprender que si bien la gestación, el parto y postparto son acontecimientos biológicos comunes a nuestra especie, las representaciones, lecturas y

formas en que son abordados pertenecen a las particularidades del grupo humano donde ocurren. Bajo esta noción, es posible entender que la tríada de la vida contiene tantas interpretaciones como sociedades hay en el mundo, sujetas todas, claro está, a las mediaciones, sistemas simbólicos y construcciones sociales de cada contexto.

Nos dice Oiberman (2000: 88) que todas las sociedades del mundo, en todos los tiempos han procurado por la exitosa reproducción social de su linaje, garantía de la pervivencia de sus costumbres y, como indicio de un rasgo antropológico, la continuidad de la especie misma. Pues bien, en esta procura por una reproducción social exitosa, la gestación, el parto y el postparto se ven rodeados de todo un esquema de restricciones, tabús y cuidados que guiarán a la gestante por el camino del éxito, meta posible de representar en un nacimiento a término. Además del nacimiento a término, estos tabús, restricciones y cuidados, tienen como función la regulación física y espiritual de la mujer y sus redes sociales, con el fin de evitar posibles acontecimientos “infortunados”; es decir, un niño o niña que como individuo no sea funcional a los preceptos de la sociedad. De ahí se explican las restricciones y los cuidados que, aunque varíen de un lugar a otro, tienen en común que todos dotan a la gestación y el parto de un carácter liminal, situado entre la vida y muerte, y por ende posiblemente riesgoso y blanco de temores.

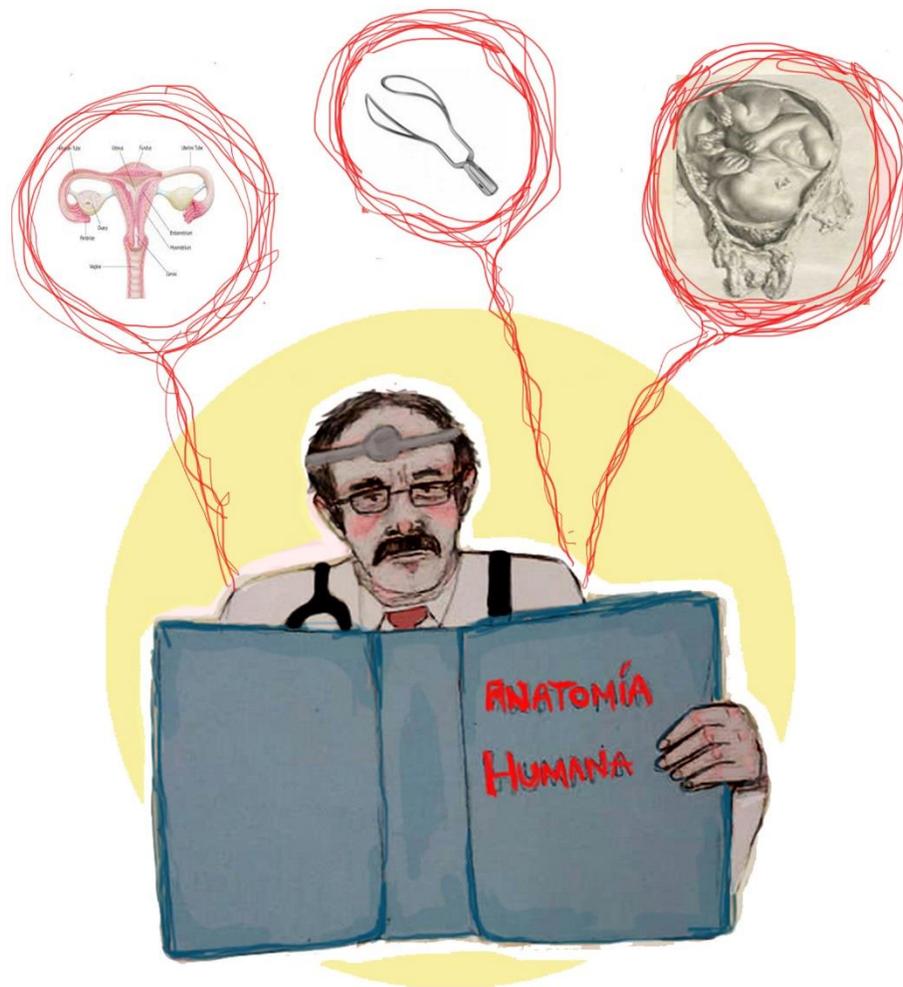
Si bien estos diversos y variables sistemas de creencias son reproducidos por el colectivo, la realidad es que los discursos que lo conforman recaen específicamente sobre el cuerpo de la mujer que atraviesa alguna de estas fases, razón evidente en tanto este organismo es el único biológicamente capaz de desarrollar dichos procesos. Así las cosas, el cuerpo de la mujer, portador de un período particular, se ubica en el centro de unas realidades no posibles de encontrar cuando se atraviesan otros estados. Es ella quien debe restringirse de ciertos contactos, prácticas, acciones y reacciones, otrora cotidianas. El cuerpo gestante, así, anclaje y condición de la existencia humana (Le Breton, 2002), y también reflejo de su sociedad (Bauman, 2006), va tomando forma a partir de un moldeamiento sociocultural, en tiempos y espacios específicos.

En nuestro tiempo y espacio globalizador, estas reflexiones en torno a la gestación y el parto parecen estar cada vez más homogenizadas bajo la lente de la medicina occidental, institución que, a partir de su posicionamiento en el siglo XVIII, es la encargada de hacer frente a los

asuntos generales de la salud en nuestra sociedad. En el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva, este posicionamiento implicó la reconfiguración de muchas de las representaciones en torno a la gestación, el parto y el puerperio, y así, cobijados por un discurso profiláctico e incluso colonizador, las formas particulares de entendimiento tradicional de la tríada de la vida han tomado sentidos distintos, muy acordes al sistema al que asistimos. Por esta razón, y dado el carácter biocultural de la tríada de la vida, se hace necesario entablar nuevos debates y cavilaciones que abran paso a miradas críticas que reconozcan que, tras estos eventos de la diversidad humana, además de formas sociales de expresión, también existen prácticas históricas hegemónicas que bien deben ser cuestionadas, como ya lo han hecho la antropología de la reproducción y la antropología médica crítica.

En el siguiente capítulo veremos que, a pesar de esta homogenización, en nuestra sociedad todavía se asoman prácticas populares que dan cuenta de la pervivencia de lecturas no occidentales sobre la vida, a las que podríamos plantear como marcas de resistencia en este mundo moderno. Ya sea desde las prescripciones, proscipciones y los cuidados tradicionales o “alternativos”, que se despliegan en diferente medida, aún es posible encontrar en los tránsitos de la reproducción unas formas más cercanas al sentido común de los sujetos “de a pie”. Aunado a esto, también se abordan unos idearios específicos que acompañan a las mujeres gestantes por su condición genérica, como, por ejemplo: *la maternidad definida como un canon obligatorio de las mujeres*; y, por otro lado, algunos elementos subyacentes a las ideas de la mujer que gesta como son *el dolor, el riesgo y el miedo*.

2. Percepciones y prácticas sobre la gestación y el parto.



2. Percepciones y prácticas sobre la gestación y el parto.

La gestación, el parto y el puerperio son aspectos percibidos por la mujer que los vive y también por el colectivo que la rodea. En este capítulo retomamos algunas de las prácticas y percepciones más comunes que existen en torno a dichos estados, desde los ámbitos populares hasta los contextos biomédicos. Además de esto, como puntada inicial del ejercicio etnográfico que termina de tejerse en los capítulos finales, nos hemos acercado a través de la metodología descrita en la introducción, a las percepciones y prácticas de cuidado de un grupo de mujeres participantes a partir de sus experiencias de embarazo, parto y puerperio.

2.1 Idearios sobre la gestación y el parto

Los procesos de la reproducción humana están cargados de un amplio espectro de interpretaciones y usos determinados por el contexto donde acontecen. Estas interpretaciones variarán de un grupo a otro. No obstante, existen, en torno a los mismos, unos rasgos comunes en las diferentes culturas del mundo (Arboleda, 2005, p. 16). Ya sea la menstruación, la preñez, el parto, es postparto o el aborto hay, en cada cultura, unas formas de representación que a su vez generan comportamientos, prácticas y tradiciones que reafirman el papel del cuerpo y sus procesos dentro de la vida individual y grupal. El conjunto de ideas que solapan dichos comportamientos y prácticas constituyen los idearios. Estos nos hablan de las formas en que se conciben los procesos del cuerpo desde las interpretaciones del grupo y se traducen en rituales, restricciones, avales y un sinnúmero de prácticas discursivas que rodearán al sujeto. Si bien estos gozan de gran amplitud, en el presente acápite me centraré en dos idearios sobre la gestación y el parto, a saber: *La maternidad y el cuerpo de la mujer; y el dolor en el parto.*

Maternidad y cuerpo de la mujer (Nacidas para parir).

Indagar por aquellas interpretaciones que envuelven aspectos como la reproducción sexual bien puede dar cuenta de la construcción que los grupos humanos hacen el sobre el cuerpo y el lugar que, según esta, se les otorga a los sujetos. Dicen Browner y Sargent (1990, p. 219)

que las formas en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros proyecta sus principios estructurales. De ahí que observar estos fenómenos puede dar cuenta del sistema de género, sus formas de aplicación en la vida y los medios usados para su perpetuación.

Pensar entonces en los idearios sobre la reproducción sexual de los grupos humanos implica también pensar en el papel que tienen los hombres y las mujeres alrededor de estos procesos. La división tradicional de los roles de género en Occidente, la cual vierte sobre los hombres el papel de proveedores y sobre las mujeres el de cuidadoras del hogar, ha propiciado una organización del mundo que, aunque cuestionada por el movimiento feminista, aún podemos observar. El atavismo del cazador y la recolectora nos deja ver en la contemporaneidad, un sinnúmero de estereotipos que acompañan y justifican algunas prácticas que pueden resultar deterministas. Tal vez por la capacidad de gestar, adscrita a la condición biológica del cuerpo femenino, las mujeres han estado en el centro de todo tipo de concepciones que han delimitado su accionar social; la maternidad es sin duda una de ellas.

En su texto *Los Cautiverios de Las Mujeres (2005)*, la antropóloga mexicana Marcela Lagarde plantea que históricamente las mujeres han sido cautivas en un mundo patriarcal con profundas diferenciaciones genéricas naturalizadas y justificadas. Estas diferenciaciones son causantes constantes de opresión y exclusión sobre las mismas: “He llamado cautiverio a la expresión político-cultural de la condición de la mujer. Las mujeres están cautivas de su condición genérica en el mundo patriarcal” (Lagarde, 2005, P. 36). Para desarrollar su idea, Lagarde expone una lista de cautiverios o estereotipos que recaen sobre las mujeres y que mantienen el orden en este sistema patriarcal. La primera de ellas, y transversal al resto, es la de “Madre-Esposas” (2005, 363), según la autora, el ideal de la maternidad ha estado ligado a las mujeres desde tiempos inmemoriales. Como si de un destino natural se tratara, la mujer sólo estará completa cuando sea madre. Este ideal social sobre la condición de las mujeres, es hoy en día, altamente cuestionado, no obstante, como si se tratara de un destino prefijado, las mujeres que renuncian a esta forma de reproducción están al frente de señalamientos. Nos dice Rubiela Arboleda, que esto se explica en el hecho de que la

maternidad como condición femenina, más que un estereotipo es un arquetipo¹³ (2005,p.18). Esta es la razón por la que a pesar del gran avance que se ha logrado desde el feminismo aún son vigentes estas estructuras.

Este hecho, por el cual se asegura la multiplicación y la descendencia, permite además el despliegue de otros aspectos como el tabú y el señalamiento frente a realidades como la esterilidad. Si se reconoce en la maternidad un ideal femenino que llevará a la mujer a realizarse en su naturaleza emotiva y cuidadora, por el contrario, la esterilidad representa una forma de transgresión a la norma. En la tradición Judeo-cristiana la infertilidad era considerada una señal de desaprobación divina. El mito de Sara, mujer estéril y esposa de Abraham por ejemplo, muestra cómo ella sólo alcanzó su realización como hija de Jehová al ser bendecida con el embarazo que dio como fruto a su hijo Isaac (Génesis 18:12.)

Hoy en día es posible hacer frente a este asunto con métodos de reproducción asistida diseñados por la ciencia. La inseminación artificial, cada día más popular, permite a pacientes no fecundos, por medio de técnicas que reemplazan la copulación, lograr la gestación. Lo que habla de la vigencia del imaginario en torno al ideal de maternidad y la infertilidad como un peso que recae sobre quien lo vive.

Retomando a Arboleda, esta arguye que en las “comunidades simples”, la esterilidad se asocia con las mujeres, es decir que no existe una noción de esterilidad masculina. A partir de esto, sobre las mujeres estériles se asienta la idea del incumplimiento de reglas espirituales, errores en los rituales de purificación, brujería, infidelidad o promiscuidad femeninas (2005, p. 18). Esta desviación de la norma, este incumplimiento de los mandatos divinos y naturales, tendrán implicaciones serias como el exilio. La antropóloga francesa Françoise Héritier narra cómo para los Bobo de Burkina, las mujeres infértiles son parias. Una vez fallecidas, a sus cadáveres se les cortará el dedo meñique y se arrojarán a un río para señalar la desviación sexual de las mismas (Heritier, 1996, p. 104-105 Citado por Arboleda, 2005, p. 18)

¹³ Un arquetipo puede entenderse como un tipo de arquitectura que subyace en la estructura psíquica, cuyos trazos rigen la acción colectiva. Estos reaparecen como matrices de nuestros modos de comprensión y conducción del mundo (Kerenyi, 1994. Citado por Arboleda, 2005)

Esto además de establecer sobre las mujeres unas rutas a cumplir en sus vidas, las hace responsables no sólo de la reproducción sexual sino también de la reproducción social del grupo. La cual, bajo esta lógica, inicia desde la gravidez, cuando la mujer debe atender a las prescripciones y proscipciones de las que se hace acreedora y posterior a ello, con la crianza de los niños. Muy de la mano de la noción del cuidado femenino se encuentran las interpretaciones sobre el cuerpo de la mujer y la fertilidad que tienen algunas comunidades indígenas. De allí que el evento de la gestación, asociado a la esencia de las mujeres, se relacione también con la Naturaleza misma.

Para la comunidad Sora de Boyacá, el cuerpo de la mujer representa a la tierra. Se trata de un terreno que debe cultivarse. Cuando una mujer está preñada, se dice que su compañero sembró sobre ella la semilla del maíz, de la cual nacerán buenos frutos (hijos fuertes) si la concepción se dio en tiempo de buena cosecha; o malos frutos, si esta se da en malos tiempos, lo que se evidencia en el nacimiento de un niño enfermo y poco productivo. Para la mujer es fundamental ceñirse al sistema de creencias de su comunidad, de lo contrario el castigo de los dioses puede convertirla en una tierra improductiva (Pinzón y Suárez, 1992, p.107-109).

Estas representaciones metafóricas del cuerpo gestante, se traducen en el vínculo que algunas comunidades tienen con la tierra como madre proveedora de alimentos. La concepción de Madre Tierra, da cuenta de la dimensión afectiva que algunos grupos humanos guardan con la agricultura. La siembra del ombligo en las comunidades chocoanas, Wayú y Emberas también es común de encontrar en algunas comunidades mexicanas, donde además este se siembra en lugares específicos y funcionales a sus lógicas, según el sexo del recién nacido: debajo del fogón si es niña, para que sea una gran madre y ama de casa; y en el campo si es varón, para que sea un gran trabajador (Arboleda, 2002, p. 50).

En la antigua Grecia, por otro lado, es posible entender los fenómenos de las estaciones del año a partir de todo un sistema simbólico que relaciona a la maternidad con la agricultura. El Himno homérico a Deméter, relata cómo cuando Hades rapta a Perséfone, hija de Deméter, diosa de la fertilidad de la tierra y las cosechas; esta entra en una tristeza tan profunda que impide el renacimiento de la naturaleza, poniendo en vilo la existencia de hombres y animales. Con la intervención de Zeus, Hades devuelve a Perséfone a los brazos de su madre, no obstante, en su estancia en el inframundo este le ofreció frutos de la granada a la joven,

que ella incautamente comió, sin saber que, por esto, debería regresar junto a su captor durante unos meses del año, por la eternidad. Cuando esto sucede, la tierra se torna árida e infértil, deviene el invierno; pero cuando llegan los meses de su liberación temporal, la tierra reverdece y se dan las cosechas, es decir la primavera, el nacimiento. El campo florece cuando Deméter “materna”.

La infertilidad en la tierra y en las mujeres entonces puede entenderse como sinónimo de escasez e improductividad, ambas representadas en los ideales de la buena madre, abundante en leche y con el útero dispuesto.

El ideal de la buena madre, también recreado por el Judeo-cristianismo en la imagen de la virgen María, madre de todos los hombres, sumisa, obediente y amorosa que intercede ante la divinidad masculina para rogar por las peticiones de los humanos, ha logrado establecer unas lógicas sobre el papel de las mujeres frente a la maternidad, que a su vez reconfiguraron elementos de la más antigua índole; el infanticidio funcional, práctica común del pasado en algunos grupos humano, según la cual los niños con enfermedades, deformidades físicas u otras representaciones negativas para la comunidad, eran abandonados a su suerte (*Siles González*, *Solano Ruiz*, 2012, p. 1020), es hoy regulada por autoridades occidentales que acentúan su moralidad en el cristianismo.

A su vez, el aborto se centra hoy en día en el meollo de una discusión sobre la ética y los derechos de las mujeres que pone en tensión unos principios religiosos con la posición política que frente a la vida exigen los movimientos feministas. Abortar, representa de una u otra manera, para la tradición que juzga esta práctica, el abandono del ideal materno. La buena madre no abandona a sus hijos porque en su esencia subyace un instinto protector. Mientras que, para el feminismo, este campo encarna una de las principales maneras en que el poder masculino ha controlado a las mujeres históricamente (*Tamayo*, 2001; *Segato*, 2003, 2004).

Miriam Mitjavila (1994, p. 283-300) afirma que alrededor del control de la reproducción sexual se han establecido unos discursos que, como estrategias de control, han idealizado a las mujeres: una buena mujer será una buena madre que organizará su vida en función del cuidado de sus hijos. Cuando, la atrás citada, *Marcela Lagarde* (2005) esboza que el cautiverio de *madre-esposas* es transversal al resto de cautiverios que ocupan a las mujeres,

se refiere a que, en nuestra cultura, las mujeres siempre son madres, aun cuando no han parido. Esto porque los roles de género imprimen en ella unas formas específicas de operar. Así, la dimensión del cuidado, por ejemplo, recae sobre las mujeres. No es gratuito que las profesiones que implican cuidados tengan mayoritariamente representantes del sexo femenino (Molinier y Arango, 2011).

Vemos pues cómo los eventos de la gestación y la maternidad están asistidos por unas ideas que a su vez sobrevienen en comportamientos y prácticas sociales. Estas son de infinita variedad, pero tienen en común que están presentes en todas las sociedades y todos los tiempos. Bien sea en Occidente, en Oriente, en grupos humanos simples o complejos, las formas de entender la reproducción establecen unos roles de género que organizan el mundo y lo ponen a conversar con realidades espirituales, políticas y económicas.

La mujer tiene un papel principal en estas lecturas a causa de su realidad biológica, es decir, su capacidad de gestar y parir. Este papel ha impreso sobre estas un sinnúmero de características que pueden llegar a determinar sus formas de estar en el mundo. Por ejemplo, la idea de que existe una esencia femenina ligada a la maternidad y la emocionalidad; el señalamiento de la esterilidad y del aborto vistos como formas de transgresión a esta esencia o naturaleza femenina; y también, en algunas sociedades, la delegación del cuidado de todos los aspectos de la vida. Cuidado que además se traduce, en algunos grupos, con la tenencia y mantenimiento de la tierra, base de la existencia de muchas comunidades, por lo que traer hijos al mundo, al igual que cosechar, constituye un elemento principal para sus dimensiones vitales. De esta guisa, la tierra y la mujer representan los vehículos que asegurarán la pervivencia de la comunidad, de ahí los estereotipos que las cargan de funciones sociales que pueden guardar tras de sí, las más variadas formas de exclusión y opresión. En el caso de las mujeres desde la noción de *cautiverios*, y en el caso de la tierra desde las prácticas extractivistas tan comunes en las sociedades regidas por el capitalismo.

Idearios del dolor en el parto

El dolor es algo siempre presente en la labor de parto. Este puede ser fuerte, o bien estar acompañado por leves sensaciones, mas, nunca está ausente en el proceso. No obstante, no se trata de un dolor cualquiera pues el dolor de parto, nos dice Raquel Schallman (2012) es el único dolor que es natural y fisiológico, es decir, que no es un síntoma de una falla en el sistema corporal, es la señal de que el cuello uterino se está abriendo para dar paso a un bebé.

Ahora bien, esta característica intrínseca a la fisionomía de nuestra especie, puede ser variable porque cada cultura tiene nociones sobre el dolor distintas. A mediados del siglo pasado, el sociólogo Mark Zborowski (1952), llevó a cabo estudios con veteranos de guerra en Nueva York donde concluyó que la percepción del dolor estaba condicionada por el sujeto e incluso su nivel educativo. Para Zborowski, hay grupos humanos para los que el dolor es esperable y normal, por ejemplo, el dolor de parto, mientras que otros prefieren evitarlo (Zborowski, 1952, P.130-131)

Así las cosas, aunque todas las mujeres pueden experimentar dolor durante el parto, la intensidad del mismo, las reacciones que se tienen, los paliativos y los idearios están determinados por el contexto (Arboleda, 2005, p. 29). En relación con esto, los estudios comparativos reunidos más recientemente por la bioquímica Laura García Carrascota (2010), muestran que en sociedades donde se ha naturalizado el uso de medicalización para disminuir el dolor de parto, como la anestesia, hay una visión generalizada de parturientas y gestantes que liga sus procesos a experiencias doloras y arriesgadas. Este, como sabemos, es un modelo común en nuestra sociedad y se relaciona directamente con el uso de medicalización por parte de la institución biomédica, tan cuestionado por la OMS (1985). Contrario a ello, en sociedades donde el dolor de parto se define como algo natural y llevadero, las madres son menos vulnerables al temor durante su alumbramiento (Senden, 1988 y Johnson, 2007). Al respecto Christiane Northrup en su texto *Madres e hijas* (2006) dice:

“Las prácticas para el parto dicen más acerca de los valores y creencias de una cultura que cualquiera de sus otras costumbres. En nuestra cultura, como se refleja en todo, desde series de televisión a los dramas de Hollywood, el parto se describe como un trance intensamente doloroso y muy peligroso para la vida. (...) ¿Cuántas veces has visto describir a una mujer parturienta como a una histérica descontrolada suplicando que le den analgésicos para calmar sus sufrimientos? La intervención en crisis, la fijación en la tecnología, la mentalidad de urgencia de nuestra cultura se expresa día a día en las salas de parto de hospitales y en la psique de cada mujer individual” (2006, p. 125, citada por Cardús, 2015).

El modelo tecnocrático del parto, ha posibilitado que hoy en días las mujeres decidan sobre el dolor en sus procesos. Esto ha resultado en toda una reconfiguración del cuerpo frente a este aspecto biológico, naturalmente doloroso. La solución al dolor de parto con anestésicos, presentada como una ruta de salvación de las mujeres, también es responsable de unas formas nuevas de pensar el cuerpo y sus funciones naturales. Una mujer adscrita a este modelo tecnocrático difícilmente pensará en un parto lejos de la institución médica, y de hacerlo será víctima de señalamientos, así, el proceso no dependerá de su sistema somático, sino de todas unas tecnologías que la guíen hasta dar a luz sin riesgo alguno. La noción sobre la percepción del riesgo en el parto es también una de las tantas reconfiguraciones que el modelo biomédico de la atención obstétrica ha generado, este es un punto que se desarrolla en un acápite futuro.

Frente a estas formas modernas de percibir y atender el dolor de parto, varios representantes de la institución médica y profesionales de otras áreas han generado diversas críticas promoviendo a su vez el parto desmedicalizado y el tratamiento del dolor de forma natural, esto en razón de los efectos secundarios de los fármacos usados al momento del parto y del reemplazo sistemático de la naturaleza somática de las personas, quienes son educadas dentro de un contexto de autoridad médica, que crea dependencias al punto de ser la institución quien gestiona los procesos del cuerpo.

Uno de los pioneros del movimiento “pro-parto natural” es el obstetra británico Grantly Dick-Read, autor de *Childbirth without Fear* (1942). Este indagó de manera profunda por la relación existente entre el dolor de parto y las expectativas de la mujer sobre lo que debería

sentirse dar a luz. Según Dick-Read, en unas condiciones adecuadas, las mujeres podrían parir de manera natural con un mínimo de dolor. Mientras que, por el contrario, cuando la mujer es sometida a situaciones de estrés y miedo, el cuerpo genera una reacción de movimientos espásticos que se traduce en dolor y sufrimiento. Así las cosas, Dick-Read plantea que las mujeres saben dar a luz de manera inconsciente dado que sus cuerpos están programados para esto, no obstante, cuando la cultura interfiere con símbolos que asocian el proceso al dolor y el sufrimiento, entonces este aparece (1942).

En la actualidad, la perspectiva de Dick-Read es retomada y reproducida por representantes como Frédérick Leboyer (autor de *Por un nacimiento sin violencia*, 1976) y Michel Odent (autor de *El Nacimiento en la era del plástico*, 2011), quienes afirman que el parto es un momento que requiere intimidad y respeto, para que así la generación de hormonas se dé con plenitud, y el parto pueda suceder sin riesgo y con mínimo dolor.

Si bien en nuestra sociedad el dolor de parto se asume como un proceso posible de paliar con la tecnología biomédica, es cierto también que no en todos los casos se acude a estas soluciones. En el contexto de las culturas populares latinoamericanas, es posible encontrar un sinnúmero de formas de menguar el dolor basadas en saberes tradicionales. Estas nos hablan de una consciencia corporal que asume el dolor de parto como algo normal, y para ello se han planteado diversas formas de asumirlo a través de técnicas como baños, infusiones y también elementos motrices como el ejercicio, las posturas, la respiración, entre otras. El acompañamiento y la preparación de estos analgésicos naturales se da usualmente por mujeres, quienes también en este ámbito hacen las veces de centinelas del cuidado. (*Ver acápite Los Cuidados de Luna*)

Los idearios frente al dolor de parto son un rasgo antropológico, es decir, común a los grupos humanos, precisamente porque la gestación es un hecho universal que ha asegurado la reproducción de nuestra especie. Las formas de abordaje de dichos imaginarios se ligan directamente con las expectativas del grupo; en cómo se educa a los sujetos dentro de unas nociones de normalidad o anormalidad frente al dolor. Adicional a ello, los ejemplos planteados para reconocer la percepción del dolor como un hecho cultural, también dan cuenta de cómo las mujeres parturientas cargan por su condición, unas formas de reacción

ligadas a las expectativas de sus comunidades. Estas, trascienden la dimensión somática y permean de diversas formas la realidad de las mujeres. Por ejemplo, su dimensión emocional, cuando se habla de las emociones que una mujer debe sentir frente al dolor de parto; y su dimensión moral cuando se le imponen comportamientos ligados a las nociones de correcto e incorrecto dentro de las reglas del grupo. Aunado a esto, estas expectativas también perpetúan órdenes de género que dotan a la mujer de características específicas dentro de la sociedad. Común a todas las culturas es posible encontrar estos idearios en tiempos y espacios remotos. Para los cristianos, por ejemplo, en siglos pasados, el uso de anestésicos estuvo prohibido, en primer lugar, por el ideal del dolor y el sufrimiento redentor tan unido a esta doctrina, y en segunda instancia, porque el uso de plantas se asociaba con brujería.

Por otro lado, las mujeres Arapesh deben actuar con dignidad y decoro durante la labor de parto, ya que para esta comunidad el dolor en este proceso es casi inexistente, sólo puede percibirse una primera molestia cuando este inicia, esto se explica porque el bebé se acomoda. Los partos allí son fáciles y manifestar dolor es motivo de señalamientos (De Mues, 1994, p. 43). En las comunidades Embera del municipio de Dabeiba, en el desarrollo del trabajo de parto, la mujer no debe emitir quejidos, mucho menos gritar, más bien debe mantener una actitud de silencio similar a la que guarda durante la relación sexual (Alcaraz, Arias, Gálvez, 1988, p. 531). Mientras tanto, para las mujeres de Upanda y de Hawái gritar durante el parto las hará el “hazmerreir” del grupo (Dunhan, Myers y Barden, 1992, p. 71. Citado por Arboleda, 2005, p. 29).

Claramente, el parto supera los órdenes biológicos porque mientras este sucede la única responsabilidad de la mujer no es sólo traer un nuevo ser al mundo, también debe reproducir en su comportamiento los ideales del grupo. Su sentir y las formas de manifestarlo, sus acciones y reacciones están determinadas por los preceptos sociales de su comunidad. A pesar del dolor que pueda generar esta situación, la mujer debe estar atendiendo a su entramado social. Así, el parto constituye un estado de tránsito donde la cultura y la biología se funden.

Los idearios componen los principios orientadores de los grupos humanos; así, la pertenencia a un entorno, la interacción grupal, la construcción constante de la identidad y la

reafirmación de roles culturalmente dados dotan de sentido y comprensión a los individuos. En el caso de los idearios sobre el dolor de parto, las mujeres y sus pares hacen parte de unas dinámicas que explican, solucionan e interpretan lo que acontece. Vimos cómo las concepciones de dolor son distintas según la cultura; mientras que para algunos grupos este es leve y llevadero, para otros representa algo imposible de vivir sin anestesia. Estas lecturas, a su vez, nos hablan de la posición del cuerpo de las mujeres en sus sociedades; las formas en que estas deben asumir un proceso doloroso, ya sea con atención de su comunidad o de manera solitaria, en silencio o en medio de quejas, su reacción será el reflejo de su contexto, lo que confirma que el dolor del parto se origina de aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales (Rocha Pereira, Franco, Baldin. 2011, p. 204)

El miedo y el riesgo, compañeros en la gestación y el parto.

El embarazo y el parto, son, como ya se dijo, estados liminales. Cuando se atraviesan, se gesta la vida, pero también se está muy cerca de la muerte (Oberman, 2011, p. 6. Citado por Arango, 2014, p. 80). Esta, es tal vez la razón por la que ambos, proceso y advenimiento, suelen estar rodeados de restricciones y cuidados espirituales y físicos, reflejo de temores y del riesgo percibido. Nos dice Gadamer (2011, P. 168) que el miedo es una característica propia del ser humano y que se encuentra estrechamente conectado con las situaciones de exposición a lo vasto y lo desconocido. Cuando una mujer gesta no sabremos qué vendrá –Dicen los médicos, en su cotidianidad, que un proceso de embarazo y parto pueden complicarse en cualquier momento– por eso la necesidad de observación periódica con tecnología biomédica. También, en comunidades más ligadas a la religiosidad, en el pasado y en el presente, se acude a una lista de rituales que buscan asegurar el futuro de la mujer y su fruto.

Esta propiedad de posibles cambios inesperados, dota a la gravidez de un carácter incierto, que cada sociedad responde de manera específica. Gadamer (2011, P. 168), arguye que cuando reconocemos el miedo podemos nombrarlo, así, este desaparece porque deja de ser algo desconocido. Retomar esta perspectiva frente al parto y su naturaleza aleatoria, puede dar cuenta de que el miedo es un compañero inherente a este evento: Tememos a lo desconocido y el final del parto es incierto hasta el último segundo. Ahora bien, las formas

en que se pueden manifestar los temores son propias de las lecturas que cada grupo social hace según sus realidades, por lo que el miedo es también un constructo cultural.

A los temores que acompañan a procesos como el parto, vividos por la parturienta, pero también por su red social, se les llama “miedo colectivo”. Este es aquel que goza de un sentido grupal y que, si bien se expresa de manera individual, está cimentado en contextos culturales específicos que lo hacen común a los individuos (Reguillo, 2001). Es decir que este tipo de miedo surge a partir de los imaginarios del grupo social y se refuerza en el individuo, que, como si se tratara de un ejercicio de enculturación, lo siente, lo comparte y lo reproduce.

Puede decirse que los miedos colectivos más comunes durante el tránsito de la preñez al alumbramiento son el miedo a la muerte, el miedo al dolor, y el miedo a resultados inesperados como niños enfermos o deformes. Está claro que ambos fenómenos tienen variadas explicaciones adscritas al sistema de creencias de la parturienta y el recién nacido.

El miedo a la muerte de la mujer que pare o del bebé nonato, ha sido una constante en la historia de la humanidad, ya que estas situaciones han estado muy presentes a lo largo del tiempo en nuestra especie. Por dicha razón grupos humanos en todas las latitudes han buscado dar sentido a estas realidades. En el México antiguo, por ejemplo, había una consciencia clara sobre la posibilidad de que las mujeres de parto y/o sus hijos fallecieran, por lo que sus cuerpos eran dispuestos de formas especiales en las ceremonias fúnebres, y se creía a la vez que sus almas iban a lugares también específicos en el más allá. Los Nahuas, consideraban que los niños muertos al nacer eran “amados de dios” y que, por ello, sus almas se iban a vivir la casa de Tonacatecutli; por otro lado, creían que las mujeres que morían en su primer parto se transformaban en diosas (Alfaro, Villaseñor, Valadez, Guzmán, y González; 2006, p. 51). Por el lado de la iglesia antigua, si un parto se complicaba se propendía a salvar la vida del niño, argumentando que era más importante esta vida pues la madre ya se encontraba bautizada, es decir que su alma estaba asegurada (Carrillo, spf. 12 Citado por Arboleda; 2005, p. 26)

Como estos, es posible encontrar muchos ejemplos que dan cuenta de que los grupos humanos han buscado dar sentido, desde siempre, a eventos como la muerte, que, si bien es un hecho cotidiano, también se torna desconocida e inasible para nuestro entendimiento. Esta

búsqueda del sentido, nos regresa a la perspectiva de Gadamer, ya que, de una u otra forma, explicar lo que se sucede después de la muerte, a través del alma, el bautizo o de lugares celestiales plantea unas bases de familiaridad sobre las que asentarse frente al miedo a lo desconocido.

Estos temores, también han sido generadores de unos códigos comportamentales, restricciones y rituales que buscan evitar riesgos en estas etapas. La noción de riesgo obedece a los temores construidos en sociedad y actúan como medidas preventivas que la madre deberá seguir. Las mujeres afrochocoanas, por ejemplo, entienden el embarazo como un estado de permanente vulnerabilidad y peligro. Por esto, cuidan de manera detallada sus movimientos, encuentros sociales y conversaciones. Para estas mujeres, los temores en el embarazo se asocian con eventos del medio cotidiano como la comida, algunos lugares del hogar, las relaciones extramatrimoniales de sus maridos y sus propios movimientos. Ante el riesgo, la mujer preñada deberá atender restricciones como evitar el consumo de alimentos picantes, sentarse en la puerta de la casa y contar públicamente cuántas semanas de embarazo tiene. Todas estas son medidas de protección que su comunidad le ha implantado desde la niñez (Arango, 2014, p. 90).

El riesgo hace también las veces de regulador y reflejo de la norma social. Para las mujeres emberas, por ejemplo, el incesto constituye un riesgo ya que implica la transgresión de mandatos divinos y por ende es motivo de puniciones: Entre los embera, las malformaciones congénitas se asocian a la procreación entre parientes por lo que el incesto constituye materia de severos señalamientos sociales; este fenómeno está modelado negativamente en la mítica embera, y en este caso se cruzan con racionalizaciones religiosas que lo interpretan como susceptible al castigo divino (Alcáraz, Arias, Gálvez, 2011). En este ejemplo (también posible de encontrar en otros grupos humanos) el miedo y el riesgo delimitan los órdenes de lo prohibido y lo admitido.

Aunque estas percepciones basadas en conocimientos y creencias populares, son de gran vigencia. Puede decirse que en la contemporaneidad las nociones de riesgo y miedo son mayormente determinadas por la institución médica. Esta, como el reemplazo de la religión frente al manejo del cuerpo femenino ha configurado de manera profunda las antiguas acepciones de miedo y riesgo durante la preñez y el parto.

El surgimiento de la analgesia en el proceso de parto, el chequeo constante como norma social, y el manejo del proceso de parto por parte del médico han movido los órdenes en la lista de temores adscritas al embarazo y el nacimiento; hoy en día puede decirse que, por encima del tradicional miedo a la muerte, se sobrepone el miedo al dolor.

Aunque todavía muy presentes en nuestra realidad, la mortalidad de parturientas y nonatos ha bajado en porcentajes importantes y paralelo a ello, el discurso de seguridad se ha establecido firmemente. Este discurso se basa en el constante monitoreo del estado gestacional, que busca con esto prevenir situaciones de gravedad para la mujer y el feto. Además del monitoreo y seguimiento periódico del proceso de gestación, este también está presente durante el parto, donde el médico es quien se encarga del manejo de la situación y la mujer se presenta como una mera seguidora de instrucciones. Así, el médico le podrá indicar a la parturienta cuándo pujar, elegirá una posición cómoda para su observación, como la litotomía, y también podrá adelantar o ralentizar el proceso con medicalización.

Al respecto, diferentes autores han referenciado que el miedo a los procesos de la gestación y el parto, tiene su origen en la historia del posicionamiento de la biomedicina como autoridad absoluta en el ámbito de la salud (Restrepo, 2006. Sadler, 2003. Blázquez, 2005). Esta explicación se basa en que, a partir del reemplazo de saberes de matronas y parteras por conocimientos médico/institucionales; y del desplazamiento de este evento a centros clínicos, se sembró la creencia de que para parir se necesitaba, en todos los casos, un médico que presenciara el hecho, pues su conocimiento era el único autorizado y seguro. Este discurso de seguridad biomédica se estableció como una fuente de control efectivo hacia la sociedad, a través de la legitimación y la dependencia, lo que reafirma el papel de los médicos como autoridades, que las mujeres prefieren no cuestionar (Starr, 1982). Así las cosas, las mujeres empezaron a temerle a sus propios procesos biológicos, el parto, por siglos atendido en la intimidad del hogar, pasó a ser un evento propio de escenarios hospitalarios (Blázquez, 2005).

Aunado a esta esto, la institución médica desarrolló métodos paliativos que disminuyen el dolor de las contracciones. Si bien estos métodos han sido fuertemente cuestionados por algunos obstetras y gestantes, lo cierto es que, en Occidente, existe un índice alto de

medicalización con respecto a lo que sugiere la OMS (1985). Este dato, da cuenta de cómo las formas de asumir el dolor en el parto ahora son percibidas de manera distinta.

En un acápite pasado se mencionó que el dolor es un hecho cultural que en nuestra sociedad parece inaceptable. Al ser un hecho cultural, las formas de sentirlo están determinadas por el contexto de los sujetos. La antropóloga Laura Cardús (2015, p. 139), afirma que las maneras en que se educa a las mujeres frente al dolor de parto en nuestra sociedad es generadora de inseguridades durante este proceso, pues el discurso más común frente a este evento en nuestro entorno, es que se trata de un paso riesgoso y posiblemente doloroso.

Además de temer al dolor, el discurso biomédico de seguridad ofrece, hoy en día, la posibilidad de responder a posibles complicaciones adelantando los procesos; para esto, la inducción artificial y las cesáreas se presentan como soluciones a la mano. Si bien la cesárea ha sido desarrollada para atender partos complicados y salvar vidas, la OMS asegura que en nuestro tiempo existe un uso desmedido de estas prácticas sin justificación alguna. Para esta organización los partos por cesárea no deben superar, en ninguna región geográfica un porcentaje del 10%, en el caso específico de Colombia, para el año 2013 el porcentaje de cesáreas fue de aproximadamente un 45,51%. (Ibáñez, Mendía, Casado, Santos; 2017, p. 2)

En una reciente revisión bibliográfica sobre los motivos de elección de las cesáreas por parte de mujeres gestantes, realizada por el Instituto Nacional de Perinatología en México (2017), se encontró, luego de comparar a países de diferentes latitudes, que unas de las principales causas para efectuarse este procedimiento es el miedo al dolor, el miedo al parto y la seguridad (Vallejos, Espino, López, Durán; 2017). El común denominador de esta revisión fue que las cesáreas se realizaron en países occidentalizados donde la medicina es quien rige. Cabe anotar además que los porcentajes de cesáreas fueron variados, sin embargo, Latinoamérica es quien tiene la tasa más alta con 38%, según los datos del informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2012 de Unicef.

Además del miedo a la muerte y al dolor de parto, existe el temor a la enfermedad o la deformidad en el niño, un miedo que pareciera ser habitual a los grupos humanos. Atrás mencionamos la prohibición del incesto como una forma de prevenir estos acontecimientos. Ahora bien, el discurso de seguridad biomédica también hace frente a dichos asuntos; a través

de la biotecnología es posible rastrear posibles malformaciones congénitas fetales que, en casos especiales, como la baja probabilidad de supervivencia del niño al nacer, por su condición, o la representación de riesgo para la madre, son móviles de aborto, legal en Colombia en estos casos. Conjuntamente, estas tecnologías ofrecen la posibilidad de elegir, antes de la fecundación opciones como el sexo del feto, algunos rasgos fenotípicos y restringir posibles enfermedades (entre ellas las malformaciones congénitas) por medio de una selección hecha en laboratorios especializados. Lo que nos hace testigos de todo un esquema de control y seguridad para los eventos de la vida y su biología.

A pesar de las posibilidades que brinda tal esquema de seguridad para la vida, varios autores reconocen en este, el síntoma de una crisis de la humanidad. Esta crisis surge, ante la imposibilidad de impedir la muerte. Zygmunt Bauman (1992) por ejemplo, pensaba que, en la modernidad, la muerte evidenciaba un bastión de impotencia del ser humano en el mundo. La forma de sobrellevar esta humillante impotencia se da con el desarrollo de una serie de micro -tareas fáciles de cumplir y que se destinan al control de la vida por medio de la salud y la higiene personal (Bauman, 1992). Este control de la vida, como desafío de la muerte se concierta en Occidente en un culto a la estética corporal y una negación o rechazo al dolor o al deterioro del cuerpo “que en el ámbito reproductivo se manifiesta con la medicalización e implantación de rutinas obstétricas protocolarias” (Cardús, 2015, p. 130).

Finalmente, Gadamer, con quien iniciamos este acápite, se pregunta ¿Por qué en el mundo actual ha aumentado la angustia, consustancial al ser humano? A lo que responde, que los conocimientos y las certezas que nos ha brindado la ciencia moderna, por medio de la experimentación y el control, ha incrementado la necesidad de seguridad del ser humano. Gadamer se remite a Max Weber para usar la expresión “conocimiento de dominio” este tipo de conocimiento se vincula estrechamente con la exigencia de seguridad propia de la Edad Moderna: “El hombre está seguro de las cosas que sabe”, pero la muerte es incierta, y por ello, se replantea una ruta de pequeñas nociones familiares:

El hombre construye su vida con preocupación, ocupándose de muchas cosas y procurándose permanentemente objetos, y vive preocupado por cobijarse en ese mundo que está construyendo. El futuro parece no tener salida. No cabe duda: las religiones fueron, durante muchos miles de años de la historia humana, formas exitosas de adaptación al mundo.

Ofrecían, por así decirlo, ciertas objetivaciones contra la angustia existencial de ese ser peculiar, arrancado de la naturaleza, que piensa y se interroga a sí mismo. El miedo a la civilización de hoy representa, y no en última instancia, una expresión de esa amenaza que se inicia evidentemente con la vida misma y que encuentra su manifestación en ese grito propio del recién nacido, que describe Logau¹⁴. En nuestra civilización, la vida se ve expuesta a una amenaza sin nombre y que resulta cada vez más incomprensible. Ya no sabemos qué es, en realidad, aquello que domina todo nuestro orden de vida, sin dar lugar a nuestra intervención personal. (...) De hecho, ya no se puede decir quién es responsable ni ante quién se es responsable. Ninguno de nosotros lo es. En este superorganizado y complejo aparato existencial de hoy, nadie está en condiciones de tomar posición, investido con la autoridad de un saber dominante, respecto de aquellos problemas de nuestra civilización que nos preocupan y nos atemorizan. (Gadamer, 2011. P. 173)

El miedo es intrínseco al ser humano, gracias a este, nuestra especie sobrevivió sobreponiéndose a los más diversos riesgos de la existencia. Ahora bien, las formas de tramitar los temores y las representaciones que le pertenecen son terreno de cada grupo y su estancia en el mundo. A pesar de que la cotidianidad de los sujetos puede estar acompañada por pequeños temores, existen unos tipos de miedos que pertenecen a eventos especiales de la vida; la gestación y el parto son algunos de ellos.

El embarazo y el parto abren el paso a la llegada de un nuevo ser, sin embargo, sobre este pueden recaer algunos factores que representan ciertos grados de peligros. Estos grados se miden según la cultura; el miedo a la muerte es uno de ellos, además de este también el miedo al dolor o al nacimiento de un ser que transgreda la norma. Como mecanismo de familiarización, es decir, de hacerlo asible al entendimiento, los grupos humanos han generado códigos comportamentales, restricciones y elucidaciones para prevenir y explicar estos eventos, encauzando así el temor a lo desconocido en estos procesos. En nuestra sociedad y tiempo, la biomedicina ha generado un discurso de seguridad a través del control y cuidado del cuerpo que a su vez dio paso a unos cambios profundos en las formas tradicionales de percibir el miedo y el riesgo, esta realidad, trasciende las dimensiones corporales y mentales de los sujetos, al punto de imprimirse y parecer constitutivo de la

¹⁴ En su texto *El Estado Oculto de la salud*, Hans-Georg Gadamer cita un fragmento del poeta barroco Logau. En sus versos se dice que lo primero que hace un niño al nacer es llorar, de ahí, Gadamer propone que esta primera manifestación del miedo a lo desconocido es connatural a los seres humanos.

existencia humana, como si no fuera posible sobrevivir sin la seguridad que ofrece la institución. Estos modos de codependencia, en tanto las vidas se organizan alrededor de la institución y a su vez los principios de esta institución son reproducidos por los individuos son, sin duda, merecedores de las más profundas reflexiones.

Los cuidados de luna

Con prácticas populares nos referimos aquí a aquellas estrategias de cuidado en torno a la gestación, el parto y el puerperio que no están dentro de los preceptos oficiales de la institucionalidad. Las prácticas populares o "Cuidados de Luna" como los llamé para mi trabajo, representan además formas de resistencia, vestigios vivientes de todo ese saber de redes femeninas que fue reemplazado por el conocimiento tecnocrático que trajo consigo la medicina convencional. Para el caso de este acápite, estos cuidados se tejieron a través de varios ejercicios de interlocución que surgieron en medio de la etnografía usando técnicas como *el taller y la entrevista*. Esto parte del reconocimiento de que, para hablar de parto humanizado, es necesario también entablar un diálogo con el estado que lo antecede, la gravidez, como una dimensión especial de la vida ornamentada por prácticas particulares de cuidado, restricciones y permisos que, en su desarrollo, nos hablan de la gran diversidad cultural de los grupos humanos.

En Colombia, al igual que en muchas sociedades latinoamericanas, las rutas convencionales de atención en salud al embarazo están determinadas por la institución médica. De esta forma es habitual ver cómo las mujeres al iniciar el estado gestacional ingresan a controles médicos donde serán atendidas de manera periódica, con el fin de llevar un registro de las etapas de su embarazo. Usualmente, los sitios donde la mujer, ahora usuaria/paciente, recibe estos controles serán los designados para que se lleve a cabo el parto, cuando este acontezca. Incluso, es común que las mujeres que no acuden a estos controles médicos, vivan sus experiencias de parto también en clínicas u hospitales.

En estas visitas con diferentes profesionales de la salud, la mujer recibe toda una pedagogía de la profilaxis que procura por su cuidado y el cuidado del feto. Desde el consumo de vitaminas; el aumento de alimentos con ácido fólico, hierro y calcio; hasta el seguimiento cercano del pulso cardíaco y la presión arterial; las pacientes se encaminan durante 40

semanas aproximadamente, con el fin de tener un parto con bajo riesgo. No obstante, y sin prescindir de las recomendaciones atrás mencionadas, existen aún en nuestra sociedad algunas prácticas no médicas, que velan por el cuidado de la materna y el niño en camino; estas hacen parte del entorno cotidiano de la mujer gestante y, sin muchos cuestionamientos, se difunden y perviven en el grupo de generación en generación, principalmente desde la oralidad. Estamos hablando de "Los cuidados de luna", una expresión tomada del argot popular y rural, que hace referencia a las recomendaciones, arraigadas en el sistema de creencias, diálogo de saberes y sentido común que los grupos humanos tienen en torno al cuidado de la gestación y el parto. Estas tienen el fin aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales que puedan aparecer en el proceso de la tríada embarazo/parto/puerperio; por ejemplo: disminuir las náuseas y el reflujo, aliviar el dolor de parto, apurar el proceso, calentar el cuerpo, generar más leche materna, curar pezones agrietados, cerrar la cuarentena sin dolencias para la vida y curar el pujo de los recién nacidos, entre muchas otras.

Muy cercanas a este sistema de creencias, las mujeres participantes de esta investigación, nombraron de manera recurrente, en relatos y talleres, la presencia de este tipo de cuidados en sus experiencias. Aconsejadas por sus abuelas, madres, hermanas o amigas, estas interlocutoras hicieron uso de *los Cuidados de Luna* en algún momento de sus procesos reproductivos. Lo que devela cómo fenómenos corporales como la motricidad, el dolor, la producción de fluidos, la reproducción y la sexualidad, entablan un diálogo con elementos del entorno; Así, por ejemplo, la luna y el frío pueden ser representaciones de algunos males; en la caminata, la danza y el nado se pueden hallar formas de acelerar el advenimiento y abrir el canal de parto; y en la herbolaria encontrar soluciones a cada acontecimiento. Esto nos habla de un conocimiento e interpretación del cuerpo ligados a la cotidianidad de los grupos. Hay que aclarar que estos usos no son aleatorios, todos tienen fines específicos y por ende surgen en momentos determinados del proceso y de formas particulares.

En lo observado, desde mi experiencia de gestación y parto, y años después en la estancia con las mujeres de Jardín, ha sido posible ubicar estos cuidados según las etapas de la tríada. Pues como si se tratara de subir una colina, cada nivel de este proceso, desde los trimestres del embarazo, el parto y el cierre de la dieta, tienen restricciones y necesidades distintas. Por ejemplo, al primer trimestre gestacional, las participantes de los talleres lo nombraron como

una fase de restricciones y cuidados más constantes. Lectura que puede estar ligada a que esta es la etapa gestacional donde más pérdidas se dan. Estas mujeres señalaron que cuando alguno de sus embarazos coincidió con eclipse lunar, evitaron salir a la calle porque eran propensas a abortar; las mujeres del Resguardo Indígena Karmatarrúa incluso mencionaron que bajo el influjo del eclipse era muy común ver cómo las vacas perdían a sus crías en partos súbitos. Esta respuesta, la encontré también en una mujer que vivió uno de sus partos en Estados Unidos, donde cierto día dejó de asistir al trabajo por razón de este evento astronómico, aunque en dicho país esta creencia no es muy popular, nuestra interlocutora recibió el permiso para estar en casa. Otro asunto nombrado en el taller fueron los regalos, muchas mujeres coincidieron en que no se debía dar, ni recibir regalos durante el primer trimestre, esta práctica se asocia a la mala suerte, lo que las hace propensas a perder el bebé. Finalmente, en términos de motricidad, la quietud y estar alejadas de trabajos físicos duros o pesados, restricción también mencionada por la medicina occidental.

Si bien, por la época y el contexto de atención obstétrico del que son testigos, estas mujeres podrían denominarse “hijas del parto tecnocrático”, en ejemplos como los atrás suscitados, todavía es posible observar posturas similares a las de algunas sociedades no industrializadas que coligan la aparición de ciertas dolencias o riesgos en la gestación con el consumo de ciertos alimentos, fases lunares o cambio climáticos; esto, en consonancia con lo descrito en la *teoría naturalista* propuesta por Anderson y Foster (1978) en su esquema de *teorías etiológicas de la enfermedad*.

La luna como un elemento de posible influencia en la gestación y el parto es un referente más común de lo que se cree. Múltiples sociedades han reconocido en este astro una presencia de carácter femenino, que tienen explicación en su naturaleza cíclica, la cual coincide con los tiempos menstruales de la mujer; sus cambios de forma en estos ciclos, que la llenan y la vacían igual que la mujer durante el embarazo y el parto; y su capacidad de aparecer y desaparecer, como si de un nacimiento y una muerte se tratara. Pues bien, la observación milenaria de estas características ha propiciado, que al menos desde el Neolítico, se vincule a la luna con los ritmos de la vida, desde la fecundidad de la tierra, los animales y las mujeres. No es gratuito que los múltiples dioses o deidades vinculados a la luna, a través de las diferentes épocas y culturas, tengan poderes sobre la fertilidad, o que en muchos mitos

creacionistas esta sea representada como la madre de donde surge la vida. Formas de entendimiento del mundo que, como vemos, han calado profundamente en la superstición popular (Saiz, 2010). Estas nociones, son fácilmente hallables a lo ancho del país, lo que da cuenta de que en el contexto de la sociedad colombiana muchas de las prácticas sociales en torno a la gestación y el parto, aun en centros urbanos, están atravesadas por nociones del bien y del mal basadas en discursos religiosos, naturalistas y espirituales, entre otros rasgos que nos definen como una sociedad con fuertes matices rurales

Para el segundo trimestre, el precepto de la quietud cambia y ahora se recomienda el movimiento para que el día del parto este evento no tarde demasiado, por eso es importante caminar, bailar y nadar, según las mujeres con que se desarrolló el taller. Por el lado de la dieta es importante consumir alimentos que se asocian con altos contenidos nutricionales como leche y carne, sin embargo, la grasa aparece como un posible obstáculo. Al respecto una de las mujeres recordó que ella había tomado desde que tenía tres meses de embarazo un vaso diario de jugo de naranja con gotas de aceite de oliva, "para que el bebé naciera limpio" es decir, libre de cebo en la piel, pues según ella, consumir mucha leche puede cubrir de grasa la piel del feto.

La concepción de la alimentación rica en grasa y proteínas, tan común en Antioquia se refleja en la ingesta constante y abundante de alimentos, que por un lado simboliza la capacidad económica de los hogares y por otro, representa una forma de asegurar un niño grande y sano, también símbolo de salud en Antioquia. Realidad que contrasta con los ideales de belleza sobre las mujeres que luego de gestar también acuden a un sinnúmero de fórmulas para recuperar el peso que tenían antes de ser mamás. Además de este ideal de belleza sobre la madre, también acá presenciamos la idea de la limpieza, elemento central en nuestra cultura, así, el niño, además de gordo y rozagante, debe nacer limpio, sin cebo. Una idea muy relacionada con la noción cristiana de la pureza y el agua, elemento que se nos ha dado para mantenernos limpios, sin suciedad en la piel o el alma, purificada con el agua bautismal.

El tercer y último trimestre del proceso conlleva otros cuidados, pues es en este, donde se vive el advenimiento. Tiempo especial el noveno mes, ya que, en este, es donde se conjugan todos los cuidados, que como si de ingredientes se tratara, se juntaron y cocieron al calor de

la madre y sus redes femeninas, para asegurar el término seguro del ser que llega, como el pan que sale del horno.

Al nacer, los niños necesitan calor para sobrevivir, este calor, inicia desde de semanas antes del parto, cuando el cuerpo de la madre se dispone a calentarse por diversos medios. En el último trimestre, la mención de otro fenómeno natural estuvo presente en las narrativas de las mujeres como un elemento de cuidado: se trata del frío que, de entrar al cuerpo, puede hacer que el parto se retrase o se ralentice una vez esté pasando. Por ello, según las participantes no se recomienda serenarse¹⁵, o bañarse con agua muy fría; en cambio, se recomienda el consumo de bebidas calientes como chocolate con canela, y también infusiones de manzanilla. Una de las mujeres lo asociaba al período menstrual y los cólicos, que son más proclives a aparecer cuando hay frío.

Por otro lado, en medio de las conversaciones, surgió la presencia de la partería como práctica activa de las redes femeninas del grupo. Aunque inesperado, fue muy interesante esta aparición, ya que, si bien en el pueblo la atención al parto pertenece al terreno médico occidental, aún en la preparación del cuerpo se asoman las parteras, que se tornan como soluciones alternativas a diferentes vicisitudes en la gestación.

Cuando tenía más o menos 7 meses me caí, entonces el niño se sentó y me iban a programar cesárea para el 20 de marzo, y yo no quería, no me veía como que me hicieran un procedimiento de esos, no, porque yo pensaba en que tengo otro niño, en que tengo que pararme pues a trabajar y tantas cosas, entonces acudí donde una señora del pueblo que se llama Helena Zapata, es una partera muy conocida, ella me hizo bajar 6 días a la casa de ella y me sacudía, me cogía de un pie, y yo no sé esa señora cómo hacía pero ella me alzaba y después me masajaba la barriga, y ella decía que ya se estaba acomodando, pero entonces al ella hacerme todo eso, el niño se giró y se enredó en el cordón, tuvo tres, ¿tres circulares es? (Elizabeth, Comunicación personal, octubre de 2018)

Las parteras, aunque no son tan comunes como en tiempos pasados, aún son reconocidas por ser mujeres que cargan conocimientos ancestrales, envueltas en un halo de misticismo y sabiduría. Estas mujeres, aunque desarrollan la misma labor, pueden catalogarse en diferentes

¹⁵ Recibir directamente el frío nocturno.

tipos, las primeras son las tradicionales, que heredaron este conocimiento de sus antepasados y tienen un papel central en la sociedad. Aún hoy, en Occidente es común hallarlas, un ejemplo de ellas son las mujeres Mapuche que además ven en la partería un acto político de resistencia; asimismo, en Colombia, esta tradición todavía pervive, el trabajo de la antropóloga Carolina Luna (2015), “*Parteras guardianas de la vida*” desarrollado en resguardo indígena Embera Chamí de San Lorenzo en Río Sucio, Caldas da cuenta de cómo estas mujeres son las encargadas de asistir los asuntos concernientes a la salud sexual y reproductiva, entre ellos el cuidado de la gestación y la atención del parto. Además de este grupo, dentro de la partería tradicional también están las mujeres de rasgos rurales que por su lejanía de los centros de salud son las encargadas de recibir a los niños, aun así este tipo de atención a la salud sexual y reproductiva no siempre obedece a la distancia de los lugares, por ejemplo, entre las ya nombradas mujeres afrochocoanas del trabajo de Ana María Arango (2014) y otros múltiples trabajos sobre la partería en Chocó, esta labor se hereda y se aprende de mujeres mayores, y la elección de una partera no siempre se determina porque el hospital esté lejos del hogar de la parturienta. Finalmente, otro tipo de parteras, son aquellas que por años vienen formándose en academias a nivel mundial; en nuestros tiempos estas últimas están muy relacionadas con las ideas y la difusión del parto humanizado.

La presencia de parteras también es común en el Resguardo Indígena Karmatarrúa. Años atrás, las mujeres del resguardo parían con ayuda de estos personajes, ahora el hospital apoyado en políticas estatales es quien atiende estos eventos. Ida, mujer embera de 28 años narra:

[En el resguardo] durante el embarazo hay que mandar a sobar la barriga para que el niño coja buena posición, [lo hacen] las mujeres adultas, mayores, especialistas, una mujer que ya tiene experiencia de hacer eso, en seis meses, como para que coja buena posición durante el parto, que el niño salga ligero. (Ida, Comunicación personal, septiembre de 2018)

El ejercicio de las parteras en Jardín ya no se dirige a la atención del parto, esto por el sistema de salud y también por la noción de seguridad biomédica, tan presente en las mujeres que asisten al hospital. Más bien, la imagen de las parteras hace referencia a una figura de confianza y cercanía a la que se busca para solucionar situaciones inmediatas ocurridas en el proceso de gestación, no del parto, que es un terreno que le pertenece al médico. En este

diálogo vemos que la confianza y la seguridad rotan y, según la situación, la prioridad del agente auxiliar cambia; es decir, si se teme a la respuesta del médico, bien se le puede preguntar a la partera, mientras, que, de forma inversa, cuando no se cree en las respuestas de estas mujeres, el médico será la solución.

Finalmente, el día del parto recoge especialmente estos cuidados, en términos de movimiento, lo más común fue encontrar en el acto de caminar una forma de ayudar al cuerpo en el proceso. Mantenerse activa en el trabajo de parto asegura que el proceso no se “pase”, esta es otra forma de que el cuerpo esté caliente, por esto, es usual que cuando se acerca la fecha del parto o cuando llega la semana 40 y los dolores no han iniciado, las mujeres caminen y se muevan. El entorno paisajístico de Jardín, lo hace un lugar idóneo para la caminata, ya fuera en el casco urbano o en las veredas este fue una referencia muy citada por las interlocutoras. Caminar, como una forma de dar inicio o de acelerar el parto también aparece como una solución que puede evitar que las mujeres sean remitidas a otros hospitales, situación que puede llegar a generar tensiones y miedos.

Y ya llegaron las ¿40 semanas? y nada, nada que esta muchacha salía, y ya me dijeron un jueves, a los ocho días me dijeron “si usted, la niña ya no, tiene que venirse al viernes por urgencias pa´ver qué hacemos con la niña, si la niña toca transmitirla o ya aquí de pronto colocale droga a ver si de pronto”, entonces yo el día antes, el miércoles, a mí me tocaba presentarme un viernes, entonces el miércoles yo dije no, ¡esta muchacha va salir! Porque yo no quiero que me pongan ni droga, ni que me lleven pa´ ninguna parte entonces el día miércoles pegué una caminata que yo dije ¡no, esta noche va ser! Y hasta una compañera que se fue conmigo ella “¡este día tiene que ser, pa´ mañana, no tiene que llegar al viernes!” y entonces ya por la noche yo me acosté tranquila y yo pensando, y yo le hablé mucho a la bebé y le dije que, que saliera, que no se quedara más tiempo ahí pa´ que no nos tuvieran que hacer nada más, y le hablé mucho esa noche antes de acostarme, ya cuando como a las 12:00 AM, me empezaron los dolores. (Isabela, Comunicación personal, septiembre de 2018)

Las caminatas que acompañan al trabajo de parto muestran también unas formas de conocimiento de los procesos físicos del cuerpo, que se cree, puede ser programado con ejercicios específicos. Además de este conocimiento del cuerpo, también hay una consciencia de la fortaleza que implica un parto, evento maratónico, que se busca terminar con brevedad. Los pasos dados en la caminata del trabajo de parto, pueden comprenderse como aquellos

que se dan en el último tramo de la cuesta que lleva a la mujer al encuentro con su hijo, ella camina y se pierde en el trance que genera el dolor, avanza y se vuelve en sí para buscar la salida. Nos dice Shallman (2012), que el trabajo de parto es un “volverse para adentro” que puede menguarse con pequeños estímulos, como, por ejemplo, mirar y caminar el paisaje, que bien puede distraer a la materna de su dolor actual.

Sumado a las caminatas, también existe todo un legado herbolario y culinario que acompañan el trabajo de parto. El día del parto, es común usar brebajes con plantas específicas para acelerar el proceso. También, algunos alimentos “calientes” como el chocolate y la canela para menguar el dolor y ahuyentar el frío de la parturienta. En Jardín este legado se transmite de manera práctica, pues se lleva a cabo justo en el trabajo de parto, es algo que “se aprende viendo”, y que no tiene lugar en otros espacios, hace parte de un lenguaje específico que surge en este momento especial, una práctica que, si bien es común, no se ve todos los días. Así, estos saberes perviven entre las mujeres allí presentes que, como ya mencionamos, son las que usualmente acompañan y rodean, en la intimidad del hogar, la parte del proceso que antecede al parto. Intimidación que se rompe con la llegada al hospital donde la parturienta pasa a estar en manos de los representantes de la biomedicina y lejos de casa. Proceso que, justamente, pareciera ser una metáfora de las rupturas vividas con el posicionamiento de la medicina occidental.

Estos usos posibles de encontrar en diferentes sociedades parecieran hacer parte de los idearios sobre la gestación, que, como un estado especial, es dueña de diversas técnicas que la asisten en sus síntomas particulares. Además del uso de plantas y remedios caseros la espera en casa es importante, ya que el frío del hospital se asocia también al *pasmo*, para estas mujeres esperar en el hospital era arriesgarse a que se hiciera más largo el trabajo de parto, por esta razón se recomienda llegar a la institución médica cuando la fase expulsiva esté cerca.

Mi hermanita vivía en La Primavera, entonces yo me fui pa´ allá, en ese momento que yo llegué allá, como a los 20 minuticos me encontré a una tía que iba subiendo y me dijo que no, que ella me ayudaba pa´ que la niña acelerara, entonces ya me dieron pues las flores de lulo, bolitas de café. Que era pa´ que la niña saliera rápido. Entonces bueno, al final nosotros le íbamos a hacer caso, pero en ese momento mi mamá llamó a una tía que es partera, ella sí, eso ya casi no lo buscan, pero ella y la abuela de ella era partera, en el

tiempo atrás, que todavía está viva mamita, entonces, ella ahí mismo nos dijo “¡No, no se me la lleven pal hospital hasta que esa muchacha no esté, espere y verá yo le doy unos remedios!” entonces ya cogió, ya me dijo que las flores de lulo, hojas de brevo, el café, raíz de helecho, y [jengibre]. Ya me dijeron que a cada ratico tomara de eso, ya empezaban como las 9:00 AM , yo desayuné, pero ya después de eso ya, los dolores ya me iban aumentando a cada ratico me daban las bebidas y ya como a las 11:00 AM me iban aumentando más los dolores y cada vez me iban dando más bebidas, y así hasta que a la 1:00 PM los dolores era más continuos, más continuos, y la tía decía “¡No se me la lleven todavía, no se me la lleven todavía!” entonces, y me seguían dando la bebida, cuando a las, a la 1:30 PM, yo ya era desesperada y hasta mi hermanita era, era hasta triste “¡mamá no, dígame que se la lleven ya que ella ya no aguanta” y sí, yo estaba desesperada, cuando faltando un cuarto, ya llamamos la moto ratón y ya me echaron pal hospital”. (Isabela, comunicación personal, septiembre de 2018)

La observación de su entorno ha dotado de herramientas a la humanidad en su proceso evolutivo. Gracias a este conocimiento y lectura de los elementos que nos rodean, nuestra especie ha podido generar soluciones en respuesta a sus necesidades. La herbolaria, puede decirse que hace parte de estos conocimientos compilados, el uso y conocimiento profundo de los elementos vegetales que se tienen “a la mano”, para aliviar distintas dolencias devino, nada más y nada menos que en la ciencia farmacéutica. Este saber de las plantas dirigido a los asuntos de la reproducción humana es un aspecto de vieja data, al ser el dolor y el riesgo idearios que rodean los ámbitos de la gestación y el parto, las sociedades desarrollaron un sinnúmero de formas para hacerles frente, soluciones encontradas a partir de la observación del entorno. Por esta razón es común encontrar en diferentes sociedades la presencia de soluciones basadas en distintos usos de las plantas. En Chocó, las parteras cultivan sus propias huertas medicinales, entre ellas es común *el matarratón, el carpintero, el orozul y el saúco* (Arango, 2014); en San Lorenzo se usan plantas clasificadas como calientes, como *el prontoalivio, la canela y el romero* (Luna, 2015). Los usos de estas plantas, dependen del panorama; en Jardín, zona cafetera del Suroeste antioqueño, por ejemplo, estuvieron muy presentes el café, en forma de fruto o grano crudo, también el lulo, el helecho, el jengibre, la linaza, la caléndula, el brevo, y hasta la cebolla, que son elementos muy comunes en la vegetación local.

(...) me organicé, empaqué lo del bebé y bajé a que me revisaran más o menos a las ocho de la mañana, me dijeron que apenas iba en tres que debía regresar, si sentía que se me apuraban los dolores a las 4:00 PM y si no a las siete de la noche a ver en cuánto iba, y cómo estábamos, me vine pa' la casa de mi abuelita y allá me hicieron tomar ese cogollo de la cebolla de rama, que porque si eran fríos se me quitaba el dolor, y si ya era el momento de nacer, se apuraba; después de eso me hicieron tomar siete granos de café maduro, siete granos de café verde, siete flores de lulo, leche, miel y azúcar que pasaba pues lo mismo, pero eso lo que me puso fue a vomitar; ya de ahí me hicieron tomar una leche caliente con caléndula, y ya ahí sí se me apuraron mucho los dolores (Elizabeth, comunicación personal, octubre de 2018)

Sumado a los elementos vegetales también es común el uso de algunos ingredientes de origen animal, como la miel, la leche, el cuero o el cascarón de algunos animales. “[Al iniciar el trabajo de parto mi mamá] me bañó con agua caliente, me dio chocolate con ese cascarón de ese animalito, sí, [de gurre], de eso, cascarón de eso con chocolate pa' que me apurara. (Ida, comunicación personal en septiembre de 2018)

Además de estar presente en las diferentes etapas de la gestación, los *Cuidados de luna*, también se encuentran en el postparto, como parte de la recuperación, ya que se entiende que el parto es un proceso de alta demanda energética. Específicamente después del parto a la mujer se le brindan bebidas altas en calorías, pues se asume que en el parto perdió sangre y fuerzas; algunas interlocutoras pusieron como ejemplo el chocolate cocinado con canela para mantener el calor del cuerpo y en ocasiones con ojo de vaca para subir el valor calórico de la bebida; también algunas mujeres se hicieron lavados vaginales con agua de caléndula y alcanfor para evitar infecciones en los puntos hechos después del alumbramiento.

La vigorosidad de las mujeres, a la par de su pronta recuperación, también se asocia a su capacidad de lactar, aunque hoy en día es común el uso de leches de fórmula, aún existe un porcentaje importante de mujeres que amamantan a sus hijos, esto aparte de que representa una forma de nutrición eficiente para el recién nacido, estimulada por el hospital de Jardín, también aparece en el discurso de las mujeres como una forma de adelgazar, conectada con el atrás mencionado, ideal de belleza femenino, y como una manera de planificar, pues el tiempo de la lactancia se asocia a un tiempo de infertilidad. Para aumentar la producción de leche las interlocutoras tomaron bebidas de *hinojo*, agua de panela con plátano, y en el caso

de las mujeres del resguardo indígena, masticaban la mancha del plátano que se adquiere comiéndose los plátanos crudos y con cáscara.

Finalmente, los *Cuidados de luna* se cierran con un baño de plantas calientes, como hojas de naranjo, limoncillo, tomillo y romero, entre otras, que ha de hacerse el día 40 después del parto. Este representa el fin de la dieta y según las participantes, evita que la recién parida quede con alguna dolencia adquirida en la gestación o después del parto. De no aplicarse este baño, la mujer corre el riesgo de tener molestias físicas de por vida. Estos cuidados constituyen así unos pasos puntuales, que como si de un ritual se tratara, abarcan cada etapa del proceso reproductivo de manera específica. Aunque este tema no sea parte de las conversaciones cotidianas de las mujeres, está presente como una evocación que surge en el momento preciso, es decir, cuando se atraviesa alguno de los estados de la tríada. Este cierre, indica además que la mujer está lista para seguir con su vida, pues los peligros que rodean a la gestación, el parto y la cuarentena ya han sido superados.

Vemos pues, cómo en el caso de Jardín, es amplio y vigente el uso de remedios caseros para los diferentes “males” que puede traer el embarazo, parto y puerperio. Ahora bien, en estos testimonios hubo unos elementos siempre aunados a los cuidados de luna. El primero de ellos son las redes femeninas. En todos estos relatos aparecen abuelas, madres, hermanas y vecinas congregadas en torno a la mujer que atraviesa los caminos de la reproducción (como se sabe, estos caminos no sólo comprenden la gestación, el parto y el puerperio, pero por los intereses del presente trabajo no ahondaremos en los otros). Como un remedio para el frío, estas redes acogen, abrazan y alientan el camino de la gestante, la parturienta o la recién parida. Interpelando a la “masculinización del parto” propuesta por Odent, (2001)¹⁶, en prácticas como los *Cuidados de Luna* se evidencia que estos procesos parecieran tener sentidos cargados de energía femenina. Bien sea por órdenes históricos, división sexual de los asuntos internos de las sociedades, o porque las mujeres han logrado mantener y reivindicar sus posiciones, en el caso de los *Cuidados de luna* estas estuvieron muy asociadas

¹⁶ En su texto *El Nacimiento En La Era Del Plástico*, el médico obstetra francés Michel Odent, introduce el término “Masculinización del parto” para referirse a un proceso control paulatino que dejó como resultado la exclusión de los saberes populares de las mujeres en las dimensiones de la salud sexual y reproductiva y estableció la presencia del conocimiento médico occidental representado por hombres.

a la naturaleza, las plantas, la luna, la hoguera/hogar, el cuidado y la reproducción como parte constitutiva del nacimiento y la vida misma.

El segundo elemento presente fue el cuerpo entendido como un elemento plástico, realidad que se hace, se moldea y se adecua en los procesos de interacción con esos saberes y prácticas. Para cada vicisitud se plantea una solución. Estas soluciones denotan una tremenda conciencia corporal adquirida desde la cotidianidad: desde estar con el cuerpo mismo. Vemos, por ejemplo, cómo en todos los casos citados, la motricidad se presentó como una forma de inducir el advenimiento de manera natural, de este modo se previene que en el centro médico se aplique algún tipo de medicamento para dar inicio al proceso, en este caso oxitocina sintética; Además de esto, se buscaba evitar una remisión a Medellín, Ciudad Bolívar, Caldas o Santa Fe de Antioquia.

El dolor, asumido como un evento normal del trabajo de parto, fue matizado con infusiones y calor; frente a este, la espera paciente, aunque con artilugios para aumentar las contracciones, da cuenta de la ya mencionada conciencia sobre el cuerpo. Al ser el hospital de Jardín una institución de primer nivel, no es posible que allí se suministre a los pacientes medicamentos como la raquídea o anestesia para el dolor de parto; teniendo en cuenta esta realidad, las mujeres que deciden parir en Jardín, viven sus procesos de manera diferente a las mujeres que acceden a hospitales de mayor nivel, por ende, responden al dolor de sus procesos desde los saberes populares de sus redes. Este punto se torna más interesante todavía si vemos cómo la medicalización ha permitido toda una reconfiguración del parto y el nacimiento, que, aunque convive con los saberes populares, también ha planteado unos imaginarios nuevos, que ponen en segundo plano las funciones somáticas. Un ejemplo similar, es aquel dado por David Le Breton en su texto *Antropología del cuerpo y la Modernidad* (2002), donde se plantea cómo gracias a la invención e implementación masiva de escaleras eléctricas, las personas en Occidente han dejado de subir escaleras con el movimiento físico de sus piernas, como si hubieran asumido que estas no funcionan por sí solas. Este fenómeno es nombrado por el autor como “Subutilización del cuerpo”.

Otro aspecto fue la importancia de la fuerza tanto de la madre como del recién llegado; para mantener la fortaleza física de las mujeres, su gestación debe estar constantemente nutrida con alimentos adecuados; durante el parto, conjuntamente con las infusiones para

apurar, a esta se le suministran brebajes energéticos y se la anima a estar activa (caminando), evitar el pasmo con calor y movimiento para que el pujo sea fuerte. Una vez nacido el bebé, la mujer consume ingredientes para recuperar el ánimo y generar leche, que a su vez garantiza el bienestar de su hijo, quien ahora es parte activa de la comunidad. La fuerza entonces se presenta como un elemento necesario para gestar, se asume que, al portar un ser en su cuerpo, la mujer ha de adoptar una nueva posición frente a la vida, esta puede ser una lectura previa del estereotipo de la buena madre, bastión, en nuestra región de las familias extensas.

También, la cura a las dolencias del postparto tales como cólicos, entuertos, cicatrización de los puntos, ya sea por desgarro, episiotomía¹⁷ o cesáreas, nos habla de una ginecología popular que conoce de memoria la especificidad del cuerpo en puerperio, y ha sido interpretada en clave de redes sociales que por siglos han andado este terreno del cuerpo femenino y sus condiciones propias. Con *ginecología popular*, nos referimos a que si bien hay una especialidad occidental médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino, que es la convencional en nuestros días, existe a la par, y con un legado mucho más antiguo una “ciencia de la mujer” asentada en las tradiciones populares de los pueblos, esa que se encuentra en los remedios caseros, sacados de la huerta e incluso la cocina, prácticas que representan conocimientos accesibles y que no han requerido, por nuestra parte, un estudio profundo pues las conocemos de toda la vida gracias a la oralidad y las tradiciones familiares y cotidianas de nuestro contexto (Pérez, 2015)

Finalmente, estos *Cuidados de luna*, ubicados alrededor del cuerpo de la mujer y el recién llegado, se extienden a dimensiones más allá de la corporeidad. Enfermedades como el *pujo* y el *mal de ojo* son atribuidos a dimensiones espirituales del sujeto, que, por su naturaleza etérea, se abordan desde prácticas asentadas en universos mágico religiosos, que trascienden los preceptos oficiales de la academia médica. El cuerpo como lugar donde subyacen estas experiencias, de nuevo se ubica en el centro de rezos, plantas y otros artilugios productos de las representaciones sociales del contexto. Así las cosas, la tríada compuesta por la gestación, el devenir y el postparto son asuntos de cuidado físico y espiritual en las comunidades de nuestra sociedad, ya sea desde el discurso médico o desde la práctica popular, estos eventos sitúan a quien los atraviesa en una esfera superior de las relaciones humanas.

¹⁷ Incisión realizada en el periné para ampliar la abertura vaginal.

Conclusión

Las lecturas sociales sobre la gestación, el parto y el puerperio han propiciado unos idearios que recaen principalmente sobre las mujeres. Estos las llevan a transitar por caminos específicos e incluso pueden ser generadores de estereotipos o determinismos. La maternidad y el cuidado como dimensiones intrínsecas o naturales a la condición femenina, por ejemplo, son algunos de ellos. Si bien en nuestro tiempo, gracias al feminismo, se habla abiertamente de la maternidad como un factor opcional y no obligatorio, es cierto que quienes deciden no *maternar* todavía están en el centro de cuestionamientos sobre su posición. De manera similar también se señala a las mujeres que abortan o apoyan abiertamente este tipo prácticas, cuestionamientos basados precisamente el estereotipo de la mujer que nace para parir, criar y cuidar, y que es el reflejo de la presencia de imaginarios cristianos muy vigentes en nuestra sociedad.

Por otro lado, estos ámbitos de la reproducción humana están también atravesados por un conjunto de ideas que los caracterizan y los hacen asibles a las lógicas de la sociedad. Si bien estas pueden ser variables, existen dos particularmente comunes: la gestación y el parto como eventos asociados al binomio *riesgo/miedo* y el parto como un fenómeno doloroso. El dolor en el parto es una condición natural, pero las formas en que se entiende y se abarca pertenecen a cada comunidad. Asimismo, el miedo y el riesgo también son particulares de cada grupo, y tienen como función establecer los límites de lo correcto y lo prohibido, para que la gestación y el devenir sean seguros.

A su vez, el miedo y el riesgo percibido en la gestación y el parto, sea cual sea su origen, están relacionados con los cuidados, que, en este caso, vienen siendo elementos para confrontarlos o bien solucionarlos. Estos cuidados nos hablan de las formas en que las sociedades ordenan muchas de sus estructuras internas. Por ejemplo, el hecho de que el cuidado esté a cargo de las mujeres y no de los hombres; la preferencia y confianza en figuras institucionales o populares, como médicos o parteras, y, finalmente, los usos de elementos del entorno para efectuar estos cuidados, ya sean propios de la biomedicina o de los saberes tradicionales.

En nuestro contexto, como sabemos, los cuidados de la biomedicina son los pasos convencionales, no obstante, existen otras prácticas de cuidado mucho más antiguas que no pierde vigencia, se trata de aquellas que se basan en conocimientos populares, aprendidos desde la estancia con el entorno habitado, estas pueden entenderse como formas coloquiales de dar solución a los asuntos de la reproducción sexual y la salud de las mujeres, práctica denominada, en este capítulo como *ginecología popular*.

Esta *ginecología popular* es una práctica visiblemente presente en los relatos de nuestras interlocutoras, que haciendo uso de diferentes elementos vegetales de su entorno aliviaron las molestias como el dolor, el pasmo, las heridas, entre muchas otras situaciones que acompañaron su paso por la gestación, el parto y el puerperio, aspectos que dan cuenta de que la sociedad antioqueña conserva grandes rasgos rurales. Todos estos cuidados y usos nos hablan de unos conocimientos profundos del cuerpo, de la herbolaria y los fenómenos naturales, y a su vez, pueden entenderse como formas de resistencia en estos tiempos de homogénea modernidad.

Algo común a los idearios sobre la tríada y las formas de dar solución a sus vicisitudes es que son las mujeres los sujetos receptores de estos aspectos, ya sea como aquellas sobre quienes se fija el estereotipo, o como las que acompañan a la gestante en su proceso, los pasos de la salud reproductiva femenina, sigue perteneciendo, al menos en el ámbito privado, a las redes de mujeres.

Finalmente, el criterio profiláctico de la biomedicina y estas marcas de resistencia basadas en preceptos populares, contienen, cada uno a su modo, unas ideas generales sobre el estado gestacional y el parto, que, en un diálogo de encuentros y tensiones, velan por el buen término y el bienestar de dichos eventos. De este modo, ambas posiciones, desde sus características puntuales, no se contradicen, sino que coexisten y reproducen, en un intercambio continuo, el ya nombrado atavismo que reconoce en la tríada de la vida un estado liminal y por ende vulnerable, dependiente de cuidados si se quiere mantener la especie misma.

Ahora bien, aunque en dicha coexistencia la noción de bienestar propuesta por el discurso biomédico es la oficial en nuestros días, estas “intromisiones” desde la cotidianidad de los contextos y sus sistemas de creencias populares, dan cuenta de que realmente el bienestar es un estado que obedece a la subjetividad de las personas. En otras palabras, cada grupo

humano propende por el bienestar de sus gestantes, pero este bienestar varía según las realidades de cada uno de estos grupos, y aunque hoy en día nos rige un marco institucional global que propone unas referencias oficiales sobre lo que es “estar bien”, siempre, el carácter relativo de esta idea matiza las definiciones oficiales.

En el capítulo siguiente, abordaremos el concepto de Parto Humanizado desde sus dos principales acepciones, como movimiento social internacional y como una forma determinada de atención al parto promovida por dichos movimientos y otros agentes. Así las cosas, veremos cuál ha sido su recorrido a nivel internacional, nacional y local, en el hospital Gabriel Peláez Montoya y cómo todos estos elementos confluyen o se chocan con las nociones relativas de bienestar en el parto, los idearios, las representaciones y algunos otros asuntos abordados en los capítulos anteriores.

3. Parto humanizado entre Movimientos y lineamientos.



Este capítulo aborda, a partir de la revisión de diversas fuentes secundarias, los posibles significados del parto humanizado. Partiendo del hecho de que este concepto tiene un carácter polisémico porque puede hacer referencia a un movimiento social pero también a unas pautas de atención en salud, el capítulo se divide en varios acápites que centran la mirada en cada una de las definiciones. En primera instancia, el parto humanizado es entendido como un movimiento internacional de tinte político que empieza a gestarse desde la década de los 40 y que hasta el presente se ha nutrido con perspectivas de la más variada índole, entre ellas el

feminismo. En segundo lugar, emergen los lineamientos que, desde la gestión del movimiento de parto humanizado, logran posicionarse en las agendas legislativas de algunos países y posterior a ello, ser parte oficial de los estamentos de atención de centros de salud estatales. Y, en tercer lugar, el panorama del parto humanizado, como movimiento social y como lineamientos de atención, en Colombia. Las perspectivas, discusiones y procesos, así como también algunas estrategias, como la IAMI, que podrían ser equiparables pero que están ligadas a visiones más institucionales y cuantitativas.

3.1 El Movimiento internacional de Parto Humanizado y la lucha feminista.

El posicionamiento de la medicina occidental como un conocimiento casi irrefutable, ha significado en su proceso de legitimación, unos cambios profundos en las formas de concebir eventos como la gestación el parto y el nacimiento. Gracias a este ascenso, la medicina occidental está al frente de la mayoría de los ámbitos concernientes a la salud en nuestra sociedad, incluyendo, claro está, el proceso reproductivo (Floyd, 2009). Si bien este hecho parece algo dado naturalmente, es decir una dinámica social con la que coexistimos sin más cuestionamientos; dichos cambios han sido paulatinos y contienen en sí, todo un entramado histórico y político. Para el caso del control de los procesos en torno a la reproducción humana, el paso más contundente fue el reemplazo de labores llevadas a cabo históricamente a partir de conocimientos populares, por medidas que exigían acreditación institucional o académica, como garantes del crecimiento de discursos profilácticos que apuntaban a la higienización, instrumentalización y control de estos procesos.

Pues bien, estos cambios profundos y reemplazos sistémicos, devinieron en el establecimiento de prácticas instrumentales y medicalizadas sobre los cuerpos de mujeres gestantes o en trabajo de parto. Ante dicha realidad, a mediados del siglo XX emergieron las primeras “Vanguardias obstétricas” (Felitti, 2011)¹⁸. Estas vanguardias proponían un nuevo giro en el abordaje biomédico de los partos, y con fuertes cuestionamientos al modelo médico occidental, también pretendían implementar formas alternativas a la atención hospitalaria,

¹⁸ Los promotores de la Primera Vanguardia (Décadas de los 40’-50’) fueron los obstetras Dick Read (“Parto sin temor”) y Fernand Lamaze (“Parto sin dolor”). Y los de las décadas de los 60’ y 70’ fueron Frederick Leboyneur (“Parto sin Violencia”) Michel Odent (“Parto instintivo”) y Moyses Paciornik (“Parto Vertical”) también representantes de la obstetricia (Felitti, 2011: 115-7). Ver capítulo I.

más ligadas a las emociones de las parturientas y su capacidad natural de llevar el proceso sin demasiada intervención. La primera de ellas tuvo lugar en las décadas del 40' y del 50' y de esta propuesta se desprendió, ya en los años 70', la segunda vanguardia que resaltaba, de acuerdo al espíritu de la época, la dimensión individual e íntima del parto, enfatizando en los derechos sexuales de las mujeres e incorporando métodos no occidentales, como los saberes indígenas sobre el alumbramiento (Lázzaro, 2017, p. 83)

Paralelo a la emergencia de la Segunda vanguardia nacieron los movimientos de mujeres que, desde diversas reflexiones sobre el papel de la mujer en sociedad, consolidaron el movimiento feminista. A partir de allí, estos grupos empezaron a develar asuntos antes no explorados desde la esfera de los derechos humanos, y así paulatinamente fueron ganando terreno en el espacio público con conquistas que se vieron reflejadas en aspectos como el derecho al voto y el acceso a la educación superior, entre otras, un tanto más estructurales. Gracias a este posicionamiento de los colectivos feministas, muchas de las prácticas cotidianas de la sociedad empezaron a ser cuestionadas, y desde el movimiento se trazaron unas rutas para la reivindicación de asuntos de la más diversa índole. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva¹⁹, aspectos como los métodos anticonceptivos y la maternidad, como opciones personales, generaron gran revuelo. Paralelo a esto, sumadas a las propuestas de la Segunda Vanguardia, se interpelaron asuntos propios de la atención en salud tales como la atención a la gestación y el parto; y de esta manera, el movimiento feminista se concentró en la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (Burt, 1978). Desde esta vertiente del movimiento, emerge el movimiento de parto humanizado, el cual concentró sus luchas en denunciar las implicaciones que tenían ciertas prácticas médicas sobre la salud reproductiva de las mujeres, a la vez que exigía el reconocimiento de la gestación y el parto como momentos que ameritaban especial atención y tratos dignos basados en procedimientos con evidencia científica (Diniz, 2001, p. 1). Después de dos décadas de reflexiones en torno al tema, el parto humanizado logra visibilizarse en los itinerarios de encuentros internacionales de salud pública y derechos humanos. Una muestra de ello, fue la Conferencia Sobre La Tecnología Apropriada Para El parto, celebrada en Brasil el año 1985, la cual se

¹⁹ El feminismo, en todas sus versiones, jugó un papel central, por ejemplo, desde la creación del movimiento de “De la Reforma en el Parto en los EE. UU en la década de 1950, y también en 1960 y 1970 con la apertura de los centros de salud feministas y los Colectivos de Salud de las Mujeres (Boston Women Health Book Collective, 1998)”. (Diniz 2005: 629).

llevó a cabo por organismos como la Organización Mundial de La Salud (OMS), La Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional Para Las Américas de la OMS (OMS, 1985). A partir de dicha conferencia, la OMS fijó la mirada sobre el modelo de atención en salud biomédico y los procesos de embarazo y parto, reconociendo que dentro del mismo se presentaban algunas prácticas sistemáticas que posiblemente vulneraban el bienestar de las mujeres gestantes y es entonces cuando son emitidas unas recomendaciones para evitar que estas prácticas se reproduzcan (Oakley, 1984). Dentro de estas recomendaciones, la salud reproductiva se estableció como un elemento esencial de la igualdad de género y el bienestar humano, además de resaltar el derecho a la información de las usuarias de servicios de obstetricia y de la des-medicalización del parto como aspectos fundamentales. En síntesis, el documento sugería que las mujeres debían ser reconocidas en todo momento como sujetos de derecho.

A partir de allí, los ya nombrados movimientos feministas y de profesionales de la salud (y de otras áreas) con propuestas alternativas al modelo biomédico, se valieron de lo escrito por la OMS como herramienta para empezar a construir el concepto de *parto humanizado*. Concepto que puede entenderse de dos maneras; primero como alusión a los movimientos que buscan, a través del activismo, la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los ámbitos específicos de la gestación, el parto y el puerperio; y segundo, como los preceptos propuestos por estos movimientos a tener en cuenta durante la atención a estas etapas biológicas femeninas, con miras a la prevención de la violencia obstétrica, entendida esta como una variable de la violencia hacia las mujeres (OMS, 2014).

Al referirnos a la primera acepción, es decir al Movimiento de Parto Humanizado, este puede comprenderse, en la actualidad, como un movimiento que goza de gran diversidad. Además de involucrar agentes estatales y organizaciones internacionales, el movimiento congrega grupos de la sociedad civil y actores extra institucionales (Lázaro, 2017, p. 84).

Para Susana Tornquist (2004, p. 42) hoy en día se puede hablar de un “movimiento por la humanización del parto y nacimiento” porque a diferencia de los movimientos sociales tradicionales, este es un movimiento de carácter mundial, global y transnacional, que trasciende las fronteras de un activismo enmarcado en una organización específica y además se caracteriza por un cosmopolitismo acentuado en una importante intercomunicación; y

sobretudo porque su identidad está basada en un *ethos* común, es decir, en un universo moral común, al que Tornquist denomina “ideario de la humanización”. Este ideario de la humanización es entonces la piedra angular con la que asociaciones y redes de movimientos se juntan y asumen posiciones políticas del modelo hegemónico hospitalario de atención al parto. No obstante, esta autora sugiere que “A pesar poseer un universo moral común, existen dos grandes vertientes de pensamiento dentro del ideario de la humanización, a saber, la biomédica y la alternativa/naturalista” (2002: 485). Estas dos vertientes no son opositoras la una de la otra, pero sí hacen usos e interpretaciones específicas de los lineamientos del parto humanizado.

Siguiendo la propuesta de Tornquist entonces tenemos que la vertiente biomédica está ligada a nociones institucionales y jurídicas referentes a la humanización. Esta propende porque el parto y el nacimiento no sean vistos como eventos patológicos y por tanto receptores de control excesivo por parte del personal. Además, sugiere que los procedimientos usados en la atención al parto estén basados en evidencia científica que compruebe su efectividad, así como también que estos no sean invasivos con el cuerpo de la mujer.

Esta corriente llamada también “medicina basada en evidencia” señala a la medicina convencional por el uso acrítico de creencias y valores tenidos como “extra-científicos” que se guían por la tradición y por concepciones culturales que, para los representantes de esta vertiente, deberían estar ya superadas, como el uso indebido de episiotomías, la rasuración, por parte de los enfermeros, de la zona púbica de la parturienta o la restricción de alimentos y movimiento durante el trabajo de parto. Además de esto, los representantes de la corriente biomédica de la evidencia, sugieren una actualización constante en el campo de la investigación que produzca y divulgue estudios de tipo epidemiológico en salud perinatal y neonatológica como estrategias de legitimación colectiva, ya que se da por sentado que para cambiar el modelo hegemónico de la asistencia al parto es necesario cambiar el paradigma científico que sostiene estas prácticas. Estas inmersiones en aspectos olvidados o invisibilizados por la institución médica del proceso de parto se centran además en las dimensiones afectivas de la parturienta y su reconocimiento como ciudadana de derechos.

Las cesáreas humanizadas y la medicalización consciente e informada como parte de las decisiones de la parturienta pertenecen a esta corriente (2002: 485).

Por otro lado, está la vertiente naturalista. Esta es una heredera de la Segunda Vanguardia, en tanto es una propuesta alternativa y libertaria que se vincula a corrientes naturales y ecologistas ligadas a los imaginarios de la vida indígena. Parte de un supuesto universal cercano a la naturaleza y el neo-espiritualismo que cuestiona no sólo el dominio de la tecnología y la cultura por sobre los procesos biológicos del cuerpo, sino que además propone un retorno a la vida natural. En esta, se exalta el origen mamífero de las parturientas y se alude a que las mujeres saben parir naturalmente, de modo que no es siempre necesaria la intervención médica.

Para la línea naturalista, humanizar el parto supone poner en entre dicho la dimensión social del cuerpo, enfatizando en el “instinto universal” que tienen las mujeres para gestar, parir y amamantar. De acuerdo a esto, Tornquist (2002, p. 486) advierte que el término humanización para este caso “refuerza una concepción de ser humano por fuera de la historia y liberado de la cultura y en la cual humanizar es sinónimo de animalizar” [...] La humanización se contrapone aquí a la cultura, vista como constreñimiento y no como una condición humana [...] Así, la crítica al modelo medicalizador de asistencia al parto no cuestiona la dicotomía naturaleza-cultura” (Citado por Lázzaro, 2017, p. 86). Como si se tratara de una contra-respuesta al control descrito por Foucault, detentado por la institución biomédica; la vertiente naturalista propone que para parir las mujeres deben soltarse de todo lo racional, alejarse de los discursos que, a lo largo de sus vidas, han recibido por parte del biopoder imperante y dejar salir sus instintos. Para ello, esta línea promueve los partos en casa y la partería; señala la medicalización y abraza algunos principios de técnicas alternativas como el uso de plantas, la respiración dirigida y el yoga.

Vemos cómo el parto humanizado, como movimiento internacional, lleva un recorrido histórico todavía en marcha. Este, se ha constituido como un movimiento transnacional y cosmopolita que se nutre con discursos feministas, contra hegemónicos y hasta de-coloniales que, a su vez, ponen sobre la mesa unas realidades sociales presentes en nuestros tiempos. Estas realidades se reflejan además en las respuestas y configuraciones con que los sujetos

las asumen, ya sea como formas de resistencia, como luchas por los derechos civiles o como la necesidad de resignificar preceptos tradicionales.

Por otro lado, aunque la popularidad del movimiento, sea cual sea su vertiente, ha crecido de manera significativa en los últimos años, gracias a la globalización y las telecomunicaciones, también es claro que su existencia resulta novedosa o desconocida para muchos sectores de la sociedad. Esto, por su parte, da cuenta diversos factores; en primer lugar, que la difusión del movimiento ha llegado principalmente a centros urbanos, lejos de las periferias y la ruralidad en muchos casos; aunado a esto, los orígenes de sus representantes se limita, usualmente, a mujeres profesionales, ciudadinas y de clase media y alta; así también, su presencia en políticas públicas de salud dependen de intereses estatales; y finalmente, que las nociones de bienestar o humanización sobre las etapas de la vida están adscritas a los contextos de los individuos, por lo que aunque haya difusión mediática del movimiento o del Estado, su recepción dependerá completamente de la realidad del sujeto.

3.2 Los lineamientos internacionales del parto humanizado y la visibilización de la violencia obstétrica.

El Movimiento Internacional de Parto Humanizado logró, con sus denuncias, visibilizar ciertas situaciones ocurridas en las salas de parto que podrían vulnerar el bienestar de las mujeres y sus recién nacidos. A partir de allí, se estableció una definición específica de violencia obstétrica. En el año 2014, la OMS se pronuncia sobre las posibles violaciones en la atención en salud señaladas por el movimiento de Parto Humanizado, y publica en el marco de del Human Reproduction Programme (OMS, 2014) un nuevo reporte en el que se establece que la violencia obstétrica es una situación de índole mundial que encarna una forma específica de violencia hacia las mujeres y que, por ende, debe erradicarse con urgencia. La estrategia principal para lograr este acometido, fue la publicación y difusión de unos lineamientos para el parto humanizado, por esto, otro de los postulados de dicha declaración sugería la necesidad de que los diferentes países del mundo empezaran a implementar estos

lineamientos en sus programas de atención en salud a los procesos de gestación y parto, como garantía del reconocimiento de los derechos humanos (Santos, 2015).

En general, estos lineamientos o guías esbozan unas formas específicas de atención a los eventos de la gestación, el parto y el puerperio, por parte de las instituciones de salud. Estas se basan en la humanización, el respeto de las pacientes y el reconocimiento de las mismas como sujetos de derecho. A esto hay que añadir que, aunque la OMS tiene un listado específico de sugerencias²⁰, dichas nociones varían según el lugar, la organización o el movimiento que las defina. No obstante, todas las definiciones o parámetros coinciden en al menos tres puntos: que la mujer sea protagonista durante su parto, que cuente con apoyo emocional y que reciba una atención clínica fundamentada en la evidencia científica (Biurrun y Goberna, 2013).

El protagonismo durante el parto se refiere a que a las mujeres les corresponde un papel central en el proceso. De esta manera, al ser ellas quienes lo viven deberán, basadas en sus necesidades, ser quienes lo guían. Ahora bien, esta guía no se reduce a un mero ejercicio de instrucciones sin conocimientos de base, pues, se supone que, con antelación a cada una de ellas, los profesionales de salud a cargo, debieron suministrarle información puntual sobre los pros y los contras de cada procedimiento en su situación concreta. Por otro lado, la atención del parto propenderá, en todo momento, por cuidar las emociones de la materna, toda vez que el parto no deberá entenderse como un mero proceso físico. Esta inclusión del campo de las emociones en las salas de parto, parte del reconocimiento de la gestación y el parto como fenómenos socioculturales, componente, que, según estos lineamientos, deben ser transversales a todo el proceso de atención. Así pues, las mujeres en proceso de parto, deberán contar con ambientes cálidos, que las acerquen a sus nociones de bienestar. Sumado a esto, el punto del apoyo emocional, ha resaltado de manera constante la importancia de la compañía en el parto, instancia basada en evidencia científica, y que se opone a la despersonalización que puede llegar a tener el hecho de enfrentarse a una situación de posible tensión, en un ambiente hospitalario y lejos de las redes de apoyo de la paciente. Finalmente, el lineamiento de la evidencia científica propende porque cada procedimiento esté asentado

²⁰ Existen al menos 56 recomendaciones publicadas por la OMS. Todas ellas se basan en evidencia científica y en conocimientos expertos. Estas están disponibles en el siguiente vínculo:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

en bases de conocimiento objetivo, actualizados y basados en estudios confiables. Al tiempo que cuestiona aquellos procedimientos que, como atavismos, se reproducen sin prueba alguna de sus beneficios. De este lineamiento parten las críticas a la medicalización excesiva como la inducción artificial, la analgesia y el uso indebido de antibióticos; también se cuestionan las prácticas de cesáreas innecesarias, la episiotomía, la litotomía, la ruptura de membranas, la separación de la madre y el hijo una vez nacido, y otros.

En los últimos años, el concepto de parto humanizado, entendido como guías de atención en salud, se ha popularizado, logrando incluso que varios países del mundo lo hagan oficial dentro de sus sistemas de salud. Esta popularización implicó, en algunos casos, la presencia del tema dentro de las agendas legislativas con miras a la equidad de género y de manera posterior el reconocimiento del parto humanizado como un derecho constitucional de las mujeres, lo que posterior a ello, implicó cambios en la infraestructura de los centros de salud, jornadas pedagógicas con el personal médico y las pacientes, y una constante veeduría que asegurara el cumplimiento de los contenidos propuestos por el parto humanizado.

En Latinoamérica, uno de los países pioneros en este tema fue Venezuela. Allí, en su proceso de implementación de los servicios humanizados de atención al parto, se estableció una ley en el año 2007, ocupada de regular las posibles violencias presentes durante la atención en salud del embarazo, parto y posparto, siendo así el primer país en el mundo en emplear oficialmente el término de violencia obstétrica como un delito, y de parto humanizado como un derecho (Ibáñez, 2017). Además de Venezuela, también Argentina, Brasil, México y España han tenido gran presencia en la producción teórica, activismo y posicionamiento de sus movimientos de parto humanizado. Bajo estas convenciones se establece que “la violencia obstétrica hace referencia a aquellas prácticas que vulneren el bienestar de mujeres y niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva, período de embarazo, parto y postparto” (Santos, 2015). Aunado a esto, varios de estos acercamientos teóricos han definido listas específicas de prácticas indebidas durante la atención a estos procesos, además de establecer que este tipo de violencia se presenta generalmente dentro de las prácticas institucionales de salud, las cuales, en ocasiones se fijan en saberes médicos hegemónicos, en los que el conocimiento del profesional se ostenta como un ejercicio que subordina la posición de la mujer/paciente (Fernández, 2015).

La popularización del término ha logrado que este se use abiertamente hoy en día, al punto de que, pese a ser un concepto en implementación, en Colombia varios centros de salud lo ofrezcan dentro de su catálogo de servicios. Por lo que es común encontrar casos de mujeres gestantes o en trabajo de parto que han podido vivir sus experiencias bajo los preceptos de los lineamientos del parto humanizado.

En este punto, bien cabría preguntarse ¿Quiénes son estas mujeres? y ¿Quiénes son las que no tienen acceso a un servicio humanizado de atención durante sus partos?

Para Flor María Cáceres (2017) la vivencia de atención al parto humanizado es claramente diferencial, y el acceso al mismo varía por factores como la edad, el origen poblacional, el estrato socioeconómico y el nivel de riesgo del embarazo (Pp.130). Así las cosas, el maltrato en salas de parto es más recurrente con mujeres adolescentes, de bajo nivel socioeconómico y con embarazos de alto riesgo. Lo que además de ir en detrimento de la salud de estos grupos de mujeres, implica la configuración de desigualdades y la ampliación de la brecha en términos de inequidad que ya cargan las mujeres en condiciones de pobreza.

Lo anterior, podría tener varias explicaciones según la condición específica de la gestante. En primer lugar, el embarazo adolescente se considera de alto riesgo y esto tiene ya unas implicaciones en sí, primero una inversión mayor en atención y la posibilidad de pérdidas humanas; por otro lado, este fenómeno se ha visto como un problema de salud pública, con causas de origen sociopolítico, económico y cultural claramente prevenibles, y que tendrían como consecuencia cambios profundos en el futuro de las jóvenes y de su grupo social (Brand G, Morrison P, Down B; 2014); en relación a esto, se ha visto como una forma de perpetuar la pobreza (Soro VI; 2008). Beeber y Canuso (2005) llevaron a cabo un estudio en el que se muestra cómo a las mujeres adolescentes se les brindaba servicios precarios, además de ser blanco de regaños y juicios morales, lo que no ocurría con las gestantes mayores (Pp. 76). Para el caso de las mujeres de bajo nivel socioeconómico, muchas de ellas beneficiarias de subsidios para atención en salud, la ausencia de atención humanizada de sus procesos de parto se ve reflejada en las limitaciones a determinados servicios. Algunas instituciones, por ejemplo, han configurado servicios diferenciales para gestantes de altos estratos socioeconómicos donde sí se cumple lo estipulado por la atención al parto humanizado, mientras que las mujeres de bajos recursos tienen que adaptarse a lo que su plan de salud ofrece. En sus casos, es casi impensable estar acompañadas por algún miembro de la familia

durante el alumbramiento, las visitas son restringidas, los espacios físicos son precarios, y la atención por parte de especialistas es limitada (Behruzi R, Hatem, Goulet, 2010).

Finalmente, las mujeres que tienen embarazos de alto riesgo son otro grupo donde la ausencia de una atención humanizada es clara. Esto puede explicarse por factores como el tiempo vs la urgencia del parto, la presión a la que se enfrenta el personal de salud y su responsabilidad en el caso; lo cual disminuye, por un lado, la posibilidad de que la mujer participe activamente en la toma de decisiones y, por otro lado, permea la conducta de quien la atiende, ante la posibilidad de demandas legales en caso de un desenlace negativo (Berg, 1998). En este caso específico, la ausencia de una atención humanizada al parto aumenta en tanto las mujeres con embarazos riesgosos pueden experimentar emociones negativas, como ansiedad y fragilidad emocional (Lindsay, 2006), lo que traería como consecuencia una posible incapacidad de hacer valer sus derechos. Además de estos tres grupos, son también propensas a recibir tratos inadecuados o a tener menos acceso a la posibilidad de un parto humanizado mujeres que han hecho uso de medicinas tradicionales, que son multíparas, que tienen condiciones específicas de racialidad o etnicidad, o que han tenido partos anteriores en casa (Castro y Erviti, 2015). Muchas de ellas cuentan con los factores atrás mencionados; menores ingresos, bajos grados de escolaridad o edades determinadas, en ocasiones dichas condiciones conjugadas al tiempo.

Cuando se habla de parto humanizado en clave de lineamientos, se está hablando básicamente de unas estrategias diseñadas por el Movimiento de Parto humanizado. Estas guías o lineamientos, aunque diversos y traducibles según el contexto donde se usen, están enfocados a una causa común; la prevención y eliminación de la violencia obstétrica en los escenarios de atención en salud a la gestación, el parto y el puerperio.

La visibilización y definición de este tipo de violencia surgió oficialmente con el establecimiento del parto humanizado como la forma ideal de atención en salud en el ámbito del embarazo. En este sentido es posible plantear que existe una relación clara entre ambos, en tanto hablar del parto humanizado implica hacer visibles algunos aspectos que se desprenden de la violencia obstétrica. Esta relación no necesariamente es bilateral, pues la violencia obstétrica representa por sí sola un asunto de profundas realidades, que no siempre se abordan desde el parto humanizado.

Gracias a la gestión del Movimiento y la OMS, estos lineamientos han ganado popularidad, lo que ha permitido el acceso de algunas mujeres a partos en los que son respetadas sus decisiones, tenidas en cuenta sus particularidades, y el acompañamiento constante de quienes le brindan seguridad. Empero, es evidente también que se trata de un proceso, al menos en Colombia, de lenta aplicación y en el que no todos los grupos de mujeres tienen cabida. Lo que da cuenta de la reproducción de actitudes que promueven la inequidad y la ampliación de brechas en el acceso que tienen los grupos marginados a tratos dignos y el respeto de los derechos humanos en el área de atención en salud. Por esto, se hace necesario, además de difundir el parto humanizado como una necesidad urgente, implementar estrategias que aseguren que este sea un aspecto al que tengan paso los diferentes grupos de mujeres sin distinción de ninguna índole; así como también promover posturas críticas que permitan la reflexión y la retroalimentación constante en un ambiente de trabajo digno para los profesionales de la salud.

3.3 El parto humanizado en Colombia.

Pese a que el parto humanizado en Colombia es un tema de reciente data; es posible hallar, gracias a las redes sociales, la presencia de varios movimientos, organizaciones y colectivos dirigidos al activismo por este tipo de partos. Estos, se nutren del ya nombrado carácter transnacional del discurso de parto humanizado y están conformados por diversos actores. Entre ellos, médicos, ginecólogos, enfermeras, abogados especialistas en derecho de la salud, antropólogos, sociólogos y más. Por otro lado, es también fuerte la presencia de redes de parteras y doulas, más ligadas a la corriente naturalista del movimiento; y finalmente, hombres y mujeres del común, que ingresan a estos colectivos con el fin de ser asesorados o bien hacerse activos en el tema. Grupos como “Parto Humanizado y Respetado en Colombia²¹”; “Parto Humanizado Medellín²²”, “Gestación y Parto Humanizado ConSentido Bogotá: red de Parteras y Doulas²³”; “Mamás Tejiendo Camino²⁴” y “Doula Caribe

²¹ <https://www.facebook.com/PartoHumanizadoYRespetadoEnColombia/>

²² <https://www.facebook.com/groups/partohumanizadomedellin/>

²³ <https://www.facebook.com/parto.consentido/>

²⁴ https://www.facebook.com/mamastejiendocamino/?ref=search&_tn=%2Cd%2CP-R&eid=ARAm_cXNYbduAcKCiWWOnHnCzpzBbnuJ6OIAPNLbTghbwoGeIGUYEBHrY7Mf8SoRKzwGcpGW2BYZumU

internacional- sede Colombia²⁵” entre muchos otros, dan cuenta de la gran actividad ciudadana de perspectiva alternativa, en torno a estas etapas biológicas en el país.

El trabajo de estos colectivos, desde sus diferentes frentes, ha sido dirigido por acciones populares que a la larga han logrado poner el tema en la escena pública. Uno de los aspectos principales fue el reconocimiento de la violencia obstétrica, como un flagelo también presente en Colombia. Al respecto, nuestro país no tiene, de momento, leyes concretas que garanticen la protección de las mujeres durante el periodo de gestación. Más bien este período se inscribe dentro de la ley general contra la violencia de género, no de manera específica sino como la representación de un acto violento hacia la mujer. Lo que puede revelar que aunque es constante encontrar la presencia de violencia obstétrica en los relatos de mujeres que han parido en Colombia²⁶, estas no han entablado denuncias oficiales en ámbitos jurídicos. No obstante, pese a la novedad de este asunto, en lo referido a investigaciones y a la esfera legal ya se asoman algunas tesis y estudios sobre la incidencia de este tipo de violencia, lo que demuestra que en Colombia hoy en día, se empieza a hablar abiertamente de la violencia obstétrica como un asunto a cuestionar y del parto humanizado como un derecho.

Entre ellos podemos encontrar el trabajo titulado “Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia”, realizado en el año 2015 por el Grupo²⁷ Médico por el Derecho a Decidir – Colombia, una célula de la Red Global Doctors for Choice. En este se abre el debate sobre la violencia obstétrica en el país, desde una perspectiva crítica que resalta el papel de los derechos de las mujeres como eje fundamental a tener en cuenta en la práctica clínica. Por otro lado, en el año 2018, el grupo de Investigación en Salud Mental, (GISAME), de la Facultad Nacional de Salud Pública de la universidad de Antioquia, investigó cómo se manifiesta la violencia obstétrica en algunas las salas de parto de Medellín y su incidencia en la salud de las mujeres. Trabajo del cual resultó un documental titulado “Parir, del sueño a la realidad²⁸”, este recoge las experiencias de algunas mujeres que reconocen haber sido

²⁵ <https://www.facebook.com/doulacaribe/>

²⁶ En los últimos años he revisado las historias de parto en Colombia presentes en una recopilación en proceso. Disponible en <https://mamastejiendocamino.wordpress.com/category/100-historias-de-parto/>

²⁷ El Grupo Médico por el Derecho a Decidir es una red de médicos y médicas de distintas especialidades, que lucha por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones. Es parte de la Red Global Doctors for Choice.

²⁸ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LoICTovO5ZU&feature=youtu.be>

víctimas de violencia obstétrica, a la vez que retoma las voces de algunos profesionales de la salud que explican las posibles razones para que esto ocurra. También la investigación “Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto” de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, la cual, a partir de un estudio fenomenológico de tipo interpretativo, determinó cuál fue la experiencia vivida por un grupo de mujeres en sus procesos de parto con respecto al cuidado y la violencia obstétrica en diferentes centros clínicos del país.

Asimismo, desde otras instancias, algunos congresistas han abierto el debate en el Senado con el Proyecto de Ley 063 de 2017 llamada “ley de parto humanizado” a través de la cual “se garantizan los derechos de la madre, el padre y el hijo o hija que está por nacer en el trabajo de parto, parto y postparto y se dictan otras disposiciones” (Cristancho, Acosta, Reinales, 2017). Este proyecto, aún en discusión, busca implementar el parto humanizado dentro de la agenda legislativa colombiana, partiendo del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y, por lo tanto, dimensiones sagradas de la vida. Además de la gestación, el parto y el puerperio esta ley busca cobijar los duelos gestacionales y perinatales, como momentos que demandan acompañamiento y tratos especiales dada la vulnerabilidad emocional de la madre. Finalmente, atendiendo a la realidad multiétnica y pluricultural de nuestro país, el enfoque de la ley es diferencial y resalta algunas prácticas tradicionales como la partería.

Así las cosas, Colombia parece estar asistiendo a un proceso similar al de países como México, Venezuela, Argentina y Brasil, donde a partir de las exigencias y acciones impartidas por los movimientos sociales del parto humanizado, se abrió el debate en el ámbito legislativo. No obstante, este debate aún está en discusión, y los lineamientos de parto humanizado se presentan como elementos opcionales que dejan a las instituciones la decisión de su aplicación, de acuerdo también a sus condiciones, infraestructura y políticas internas. Además de este carácter de libre albedrío, o aplicación opcional, la atrás nombrada condición cultural de Colombia, exige reflexiones más profundas dada la variedad de prácticas y representaciones que puede haber en torno al bienestar de la tríada de la vida.

3.3.1 Lo que dice el Ministerio de Salud y Protección Social²⁹ colombiano sobre el parto humanizado.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) es un ministerio del poder ejecutivo de Colombia. Este ente regulador, es el encargado de determinar las normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza. Sus funciones, decretadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998, son, en general, la formulación de políticas, la dirección, orientación, adopción y evaluación de planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Bajo estos objetivos, el MinSalud abarca y conduce los temas de la salud pública, los riesgos profesionales, el control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades; las estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles; las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales; la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica y el establecimiento y desarrollo de mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos; la política de talento humano en salud, en coordinación con las entidades competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud; la evaluación del servicio social obligatorio de los profesionales y ocupaciones del área de la salud; la definición de los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la habilitación y acreditación, entre otros. La vigilancia del cumplimiento de estos objetivos está a cargo de entes como la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación, el Congreso de la República y la Contaduría General de la Nación.

Una de las estrategias centrales en términos de control, difusión y educación para el ejercicio de la salud, según lo aprobado por el MinSalud, son las Guías de Práctica Clínica

²⁹ Toda la información sobre el MinSalud colombiano ha sido tomada de su página oficial de libre acceso a cualquier ciudadano: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

(GPC). Estas guías son unas recomendaciones dirigidas a los profesionales de la salud y los pacientes, basadas en la revisión y evaluación sistemática, a nivel internacional, de la evidencia de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, y tienen como objetivo, optimizar la atención en salud y minimizar el riesgo, de acuerdo a la evidencia científica.

Para el caso de la gestación, el parto y el postparto, el MinSalud colombiano, de la mano del Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS, ha desarrollado “las Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio”³⁰, estas, según el mismo documento (2013, p. 74-75) tienen como objetivo: “ Desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y atención de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio, con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbilidad materno-perinatal” en aspectos como la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo, así como también el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo; las infecciones del embarazo y el puerperio; detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico y las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo, parto y posparto. En el ámbito asistencial, la propuesta hace recomendaciones para el primero, segundo y tercer nivel de atención. Así, en el primer nivel deberán tomarse en cuenta acciones preventivas, de evaluación de riesgos y detección temprana y manejo inicial de las posibles alteraciones del embarazo. En el segundo y tercer nivel, se llevarán estas mismas acciones a las complicaciones del embarazo, trabajo de parto y postparto desde un abordaje intervencionista.

El diseño y desarrollo de estas guías, está a cargo de un comité de expertos en el tema llamado “Grupo desarrollador de las guías de práctica clínica” (GDG). Este, es quien avala y promueve los estudios nacionales e internacionales sobre el tema, determina el nivel de riesgo y también la pertinencia de los usos y prácticas a nivel obstétrico. En materia de parto humanizado, el GDG ha planteado la necesidad de su implementación en todas las prácticas médicas que tengan que ver con los ámbitos del embarazo, por ello, en el documento se

³⁰Disponibles en:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.P
arto.2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf)

estableció que: “Se recomienda la adopción de los principios del parto humanizado para el manejo de la paciente obstétrica en todas sus dimensiones. Este concepto está reflejado en la elaboración de todas las recomendaciones consignadas en la presente guía de práctica clínica”. (2013, p. 51). Desde cada una de las dimensiones de manejo de la salud materna, las guías de práctica clínica establecen criterios propios del discurso del parto humanizado. Incluso, siguiendo las nociones de la Conferencia de la Humanización y el Cuidado del 2011, se desarrolla un concepto sobre el término:

[La humanización] es un proceso de comunicación y el cuidado entre las personas que conducen a la auto-transformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y un sentido de compasión y unidad con: 1. El Universo, el espíritu y la naturaleza; 2. Otras personas en la familia, la comunidad, del país y la sociedad global, y 3. Otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas. (661, citado por MinSalud, 2013)

Esta noción, llevada al parto, reconoce en el mismo un evento determinante para el resto de la vida de los sujetos a nivel individual y colectivo. Por ende, se plantea que es importante y necesaria su aplicación en la atención obstétrica a lo largo del país.

Además de esto, de acuerdo a los principios orientadores de la GPC, donde las prácticas basadas en evidencia científica tienen suma centralidad, este comité se acoge a los postulados de la OMS sobre la relación entre la evidencia y la recomendación, y a partir de allí, subraya la importancia de los principios del parto humanizado “como fundamento para proveer a la gestante, a su familia y a sus hijos atención científica, cálida, respetuosa y oportuna durante un proceso vital y de gran significado para ella y su familia” (P. 402). Para sustentar estos principios, en el documento de las GPC para el cuidado perinatal, se encuentra planteado un listado de recomendaciones desarrolladas justamente por la OMS en compañía de diversos expertos. Entre ellas están: La no medicalización y la intervención mínima de tecnología posible; el uso específico de tecnología y métodos apropiados, con miras a la reducción de los mismos y su aparición en sólo casos extremos; la evidencia científica; la regionalización, es decir, las prácticas basadas en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario; la necesidad del carácter multidisciplinario en atención, con la participación de profesionales de la salud como obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores y profesionales de ciencias sociales; la toma en cuenta de las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y

familias, y no solamente un cuidado biológico; el abordaje de las diferentes pautas culturales; y finalmente, el respeto y reconocimiento continuo por la mujer y su dignidad.

Además de la evidencia científica como base de las prácticas humanizadas de atención al parto, un punto importante en el despliegue de las indicaciones de la GPC, es el de, la ya mencionada, regionalización. Este, parte del reconocimiento de las realidades particulares de los contextos de atención médica, por lo que, aunque estas pautas deberían ser de aplicación general, hay que tener en cuenta aspectos como los niveles de complejidad de las instituciones de salud y los contextos económicos y sociopolíticos de la zona. Esta condición de variabilidad bien puede arrojar pistas de las formas de operar de las instituciones prestadoras de servicios en salud; un hospital de primer nivel cuenta con instalaciones y tecnología diferente a uno de tercer nivel. Para ello, las GPC en su apartado sobre la identificación del riesgo temprano (P.406), recomiendan la evaluación de factores biológicos que puedan poner en vilo el buen desarrollo de la gestación y el parto y también las condiciones de acceso de las pacientes (distancia del domicilio, capacidad de costear transporte, etc.). Teniendo en cuenta esto, se recomienda, en caso de riesgo, la remisión a hospitales de mayor nivel de complejidad. En los hospitales rurales, como la E.S.E Gabriel Peláez Montoya de Jardín, es común la remisión a otras instituciones de mujeres en trabajo de parto con condiciones especificadas como riesgosas en estas guías.

A pesar de lo variable que pueden resultar cada una de estas realidades, existen unos planteamientos, que para la GDG son de general aplicación, dado que, más allá del nivel de complejidad, las instituciones de salud colombianas, deben cumplir con un mínimo de criterios aprobados por el MinSalud. Por ejemplo, sin importar el contexto de la clínica u hospital, siempre deberá estar presente el ya mencionado respeto por el ser integral de la mujer y la procura por el cumplimiento de sus necesidades. De allí se desprenden unas sugerencias básicas a cumplir como: la menor medicalización posible; la práctica de cesáreas sólo en casos necesarios; la suministración de información sobre el proceso; la inclusión de la familia en la toma de decisiones y desarrollo del evento, de donde parte la propuesta de la compañía durante el parto, de una persona cercana a la mujer.

Así las cosas, es posible ver cómo las “Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio” en

Colombia, tienen un componente importante asentado en los preceptos del parto humanizado. Desde la sugerencia de una atención basada en los derechos humanos, hasta la exigencia de prácticas apoyadas en la evidencia científica y la renovación constante de conocimientos e investigaciones, estas guías sugieren abiertamente a los lineamientos del parto humanizado como rutas idóneas de atención a la gestación, la gravidez y el puerperio. Empero, si bien estas guías representan el soporte sobre el cual se regulan las prácticas de medicina convencional en Colombia, bajo la veeduría del MinSalud, todavía no es común hallarlas en la práctica obstétrica cotidiana del país y los lineamientos pueden resultar lejanos para diversos grupos humanos en el territorio. Realidad que abre la puerta a un sinnúmero de preguntas sobre las estrategias de difusión, la postura crítica de los profesionales de la salud, las condiciones de los ciudadanos en Colombia, la función del sistema de salud, entre otras de gran pertinencia.

3.3.2 La Estrategia IAMI y el parto humanizado.

Aunque la implementación de los lineamientos para el parto humanizado parece ser un proceso que aún no se define, Colombia sí cuenta, desde el año 2011, con un programa específico dirigido al mejoramiento de los servicios que las instituciones de salud prestan a madres gestantes, madres de niños menores de cinco años, recién nacidos y primera infancia; se trata de la estrategia “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia” (IAMÍ).

La estrategia IAMÍ³¹ es una iniciativa propuesta al país por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, para motivar a las instituciones de salud al mejoramiento de sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas. Esta Estrategia propone a las instituciones prestadoras de servicios de atención a gestantes, madres, niñas, niños y adolescentes una metodología, que les permita analizar sus prácticas de atención, así como también desarrollar planes de mejoramiento que serán evaluados por profesionales externos y finalmente ser acreditados dentro de los

³¹ Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

estándares de integralidad, calidad y continuidad propuestos por IAMI. La Estrategia se gestó por varios años con el trabajo mancomunado entre el Ministerio de la Protección Social (MPS), las entidades territoriales de salud, ONG y organizaciones de la sociedad civil y del medio académico desde 1991.

Puede decirse que en Colombia la Estrategia IAMI ha tenido tres momentos o fases históricas. La primera de ellas, fue en la década de los 90' con la iniciativa "Hospitales Amigos de los Niños" la cual fue presentada por la OMS y UNICEF en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Esta estaba dirigida a promocionar la lactancia materna como la forma ideal de alimentación de recién nacidos y como complemento en niños de 6 meses a de 2 años. En este período la lactancia materna fue tema de impulso en diversas campañas del gobierno. El segundo momento fue un periodo de transición en donde emergieron acciones para el desarrollo de la Estrategia tal y como se conoce hoy en día. En esta etapa se amplió el espectro de atención y, por ende, se articularon diversos actores, programas y proyectos. Así, ya en el tercer momento, la mirada no sólo estaba puesta en la niñez y la lactancia materna, sino también asuntos como la gestación, el parto, el puerperio, el periodo neonatal y los dos primeros años de vida, la planificación familiar, la preparación de la gestación y el conocimiento de los signos de alarma que pueden presentarse, en el momento del parto, la atención al recién nacido y el crecimiento y desarrollo de niñas y niños. Por lo que estos puntos entraron en los tópicos y responsabilidades de orientación del personal de salud para con la comunidad, con miras al cumplimiento de los Objetivos del Nuevo Milenio³².

Todas las reflexiones, formas de implementación, revisión, homologación de criterios y articulación institucional, dieron como resultado la publicación de diez pasos de la nueva Estrategia IAMI con enfoque integral y de derechos humanos a las madres, niñas y niños del país. Estos componentes abarcan asuntos como las voluntades políticas de los hospitales y gobiernos locales; la capacitación del personal de salud en derechos humanos; la educación

³² En el año 2015, 189 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas se comprometieron a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Algunos de ellos son: "Erradicar la pobreza extrema y el hambre", "Lograr la enseñanza primaria universal", "Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer", "Reducir la mortalidad en de los niños menores de 5 años", "Mejorar la salud materna", entre otros. Colombia hace parte de las naciones comprometidas en el pacto. Disponible en: <https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-codsinformedoc-2015.pdf>

en planificación familiar; el apoyo a la nutrición gestacional y la lactancia materna; el trabajo de parto y parto con calidez; los entornos protectores y espacios amigables, entre otros.

A pesar de que el programa no menciona específicamente los preceptos del parto humanizado, el componente dirigido a la atención al parto y trabajo de parto, es bastante similar a algunos lineamientos del parto humanizado propuestos por la OMS y compartidos por los movimientos internacionales. Por ejemplo, el punto número 4 (Trabajo de parto y parto con calidad y calidez) de la Estrategia IAMI busca “Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora.” (MPS, 2011, P.5)

Además de esta similitud, la IAMI y los lineamientos del Parto humanizado tienen en común, que ambos están atravesados por discursos que resaltan la necesidad de dignificar los eventos de la gestación, el parto y el puerperio, los derechos humanos y la equidad de género. No obstante, la primera pareciera estar más ligada a un modelo institucional, en búsqueda del cumplimiento de unas metas cuantitativas para el mejoramiento de la calidad de vida a nivel mundial. Mientras que la segunda, aunque en gran medida apoyada por la institución, se ha erigido como el proceso de la movilización popular de grupos sociales de distinta índole.

De esta forma, es posible ver que el parto humanizado en Colombia aún está en proceso de inmersión. Si bien las acciones populares por medio de la organización social, han llevado el tema al ámbito público, estos preceptos todavía no se oficializan dentro de la normativa en atención en salud. Por el momento, siguiendo algunas campañas que promocionan el parto humanizado como un referente internacional, algunas clínicas y hospitales vienen acogiendo a estas pautas, apoyados, en ocasiones, por gobiernos locales³³. Un aspecto común entre las instituciones que respondieron a dichas campañas, es que todas cuentan con la Estrategia IAMI dentro de sus modelos de atención. Así las cosas, pareciera ser que la aplicación de las líneas del parto humanizado en los centros de salud, se presenta como una

³³ Por ejemplo, la gobernación de Antioquia tiene dentro de sus políticas de salud pública la prevención de la violencia obstétrica y la promoción del parto humanizado.
https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_0_0/Shared%20Content/pdf%20codigo%20buen%20comienzo/PACTO%20POR%20LA%20SALUD%20PUBLICA%20EN%20ANTIOQUIA.pdf.

renovación de los ya establecidos servicios IAMI, en tanto discurso que se centra en los derechos humanos, la equidad de género y la diversidad humana; esta vez, con intervención directa de la ciudadanía y con una perspectiva más política, global y contextualizada con el presente. De acuerdo a esto podría decirse que, en Colombia, el parto humanizado en clave de guías prácticas, había sido pensando desde años atrás, en cierta medida, por instancias como el MPS y la Unicef. Mientras que como movimiento transnacional todavía es novedoso y en constante expansión.

Conclusión.

El parto humanizado es un concepto polisémico, este puede referirse a un Movimiento social transnacional con influencias del feminismo, y también a unas guías o lineamientos para la atención obstétrica basadas en los derechos de las mujeres como derechos humanos universales y la evidencia científica como conocimiento legítimo.

En Colombia, existen varios colectivos que conforman el movimiento de parto humanizado, estos se sitúan principalmente en las ciudades capitales y su difusión se da básicamente a través de la web. Otra propiedad central de estos grupos es que han establecido redes nacionales e internacionales que mantienen abierto el debate sobre el carácter político de eventos como el embarazo y el parto en un marco sociocultural y también de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por el lado de los lineamientos, el país cuenta con las sugerencias de las OMS en la sección dirigida a la atención a la gestación, el parto y el postparto de las Guías de Práctica Clínica, avaladas y publicadas por el MinSalud colombiano. Por lo que, aunque no aparezca de manera explícita en nuestra constitución política, toda la atención obstétrica en clínicas y hospitales colombianos deberían regirse por los lineamientos del parto humanizado. Sin embargo, la situación real es que cada institución se acoge a estos mandatos según sus especificidades, es decir, nivel de complejidad, personal clínico e incluso locación.

Paralelo a los lineamientos del parto humanizado, Colombia cuenta con otras estrategias dirigidas a la población gestante, niños de cero a cinco años y madres lactantes. Entre ellas está la Estrategia IAMI, que coincide con los lineamientos del parto humanizado en que ambos abordan los estados de la gestación, el parto y el postparto, desde el marco discursivo de los derechos humanos. No obstante, además de que el abordaje de la IAMI hace más

énfasis en la niñez y la lactancia, esta estrategia se sujeta a un modelo institucional que busca cumplir unas metas que representan los propósitos del gobierno de turno; mientras que, por el otro lado, los lineamientos, aunque también acogidos y respaldados por la institución, se han establecido como el resultado de la movilización popular y de la acción colectiva de profesionales de la salud con perspectivas alternativas, lo que hace que estos lineamientos sean un fenómeno dinámico en debate continuo y constante renovación.

En el siguiente capítulo se abordan las estrategias que el hospital Gabriel Peláez Montoya ha implementado en su proceso de humanización de los servicios de atención a la gestación y el parto. Así, la descripción de los programas dirigidos al público gestante y también la descripción de su desarrollo a partir del método etnográfico dará cuenta de las dinámicas sociales contenidas en estos escenarios pedagógicos.

4. El curso psicoprofiláctico como estrategia pedagógica del parto humanizado en el Hospital Gabriel Peláez Montoya.



4. El curso psicoprofiláctico como estrategia pedagógica del parto humanizado en el hospital Gabriel Peláez Montoya.

El hospital Gabriel Peláez Montoya como el ente estatal encargado de hacer frente a los asuntos de salud de los habitantes del municipio de Jardín, cuenta con unas estrategias de humanización de sus servicios, basados en modelos internacionales de atención en salud. A partir de la implementación de estas estrategias se entabla un diálogo con los usuarios y en escena aparecen encuentros y desencuentros propios de las realidades sociales allí implicadas.

Este capítulo recorre las rutas que el hospital ha seguido en su proceso implementación del componente de humanización de los servicios, en el ámbito puntual de la atención al embarazo, el parto y el postparto. Para ello, los programas, estrategias y protocolos son abordados a partir de fuentes secundarias, entrevistas, grupos focales, y el método etnográfico. Así las cosas, los discursos institucionales, pero también las percepciones de las mujeres van tejiendo unas situaciones que se profundizan en cada acápite.

El primer acápite muestra el camino que viene recorriendo el hospital en su intención de implementar los lineamientos del parto humanizado, y el segundo, se detiene, en el desarrollo de las dinámicas del curso psicoprofiláctico (programa central del componente de parto humanizado en el hospital) a partir de mi asistencia al curso como observadora de sus dinámicas internas haciendo uso del método etnográfico.

4.1. Hospital Gabriel Peláez Montoya en búsqueda del Parto Humanizado.

El discurso de atención de la ESE Hospital Gabriel Peláez Montoya, presente en su misión corporativa³⁴, está basado en la humanización de los servicios generales que allí se ofrecen.

³⁴ Misión Hospital Gabriel Peláez Montoya:

“Somos una Empresa Social del Estado que provee y promueve principalmente servicios de salud con un acompañamiento y educación continuos, acorde a las necesidades de los usuarios, con calidad y trato humanizado, generando rentabilidad social y sostenibilidad financiera.” (Tomado de la Plataforma estratégica de la E.S.E)

Razón por la cual, la E.S.E cuenta con varias estrategias y programas dirigidos a la población desde distintos enfoques, por ejemplo, discapacidad, salud mental, adulto mayor, mujeres gestantes, niñez y adolescencia.

En el ámbito puntual de la atención a la niñez, la gestación, el parto y el puerperio, la implementación del discurso de humanización se ha enmarcado, principalmente, dentro las líneas generales de la Estrategia IAMI³⁵, programa al que la institución se suscribe desde el año 2007. De esta manera, la mención del parto humanizado como un elemento en desarrollo dentro de los servicios obstétricos del hospital Gabriel Peláez Montoya, coincide con las pautas que, desde la Estrategia IAMI, se aplican y, a su vez, concuerdan con las especificaciones redactadas por la OMS y replicadas por el MinSalud colombiano. Las actividades desarrolladas de acuerdo a la IAMI son revisadas, adaptadas y aprobadas por un comité intrahospitalario, que además hace la veeduría del progreso de los distintos componentes especificados en los documentos oficiales de la Estrategia.

Puede decirse, que uno de los apartes más importantes de la Estrategia IAMI, es el componente educativo. Por ello, para garantizar las metas formuladas, la IAMI ha propuesto que estas se implementen a la par de todo un proceso pedagógico dirigido a la ciudadanía y también al personal hospitalario. De modo que, siguiendo estas especificaciones, la E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya, cuenta con programas, cursos y espacios de enseñanza/aprendizaje para los usuarios y el personal médico. Dentro de esta gama de programas y sus beneficiarios se encuentran: el Programa de Protección y Prevención (PYP), dirigido a la población joven y adolescente. De este programa se desprende la Unidad de Servicios Amigables (USA) la cual, a su vez, ofrece, desde el área de la medicina, la psicología y la enfermería, servicios de consulta diferenciada en educación sexual; métodos anticonceptivos, prevención del embarazo adolescente, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), rutas para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE); vacunación de madres gestantes y niños de 0 a 5 años. Por otro lado, la población gestante cuenta con dos propuestas específicas: el curso Psicoprofiláctico y los controles prenatales.

El curso psicoprofiláctico es un espacio educativo dirigido a las embarazadas. Desde el primer control prenatal, las mujeres son citadas a los encuentros grupales que se llevan a cabo

³⁵ Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.

cada mes y donde se abordan temas referentes a la salud materna, la identificación de signos de alarma, la lactancia materna y la preparación para el parto, entre otros tópicos a cargo de los profesionales de enfermería, psicología, fisioterapia, nutrición, higiene oral y medicina general. Si bien la asistencia es voluntaria, la IAMI ha planteado que este espacio es de carácter obligatorio dentro del plan de capacitación de las instituciones que la representan, por ello se hace un gran énfasis en que las mujeres acudan, lo cual también puede llegar a traducirse en la disminución de posibles riesgos al momento del parto. Este programa es sin duda, uno de los espacios emblemáticos que el hospital tiene para resaltar su proceso de implementación del parto humanizado y por ello es constante su mención cuando alguno de los representantes de la E.S.E habla sobre dicho componente.

Ahora bien, cuando se trata de los gestores de la salud, estos espacios pedagógicos se desarrollan en forma de capacitaciones brindadas por el hospital, agentes estatales y extra estatales de la salud, que tienen como fin que el personal intrahospitalario se mantenga constantemente actualizado en los temas que propone la Estrategia. Los temas centrales de estas capacitaciones están dirigidos a la adecuación de tratos y atención humanizada para con los pacientes/usuarios.

Como institución IAMI debemos tener un plan de capacitación, que lo abordan tres programas: un programa de capacitación donde vamos a capacitar al personal médico y donde vamos a capacitar a las gestantes, dentro de ese paquete entra el curso psicoprofiláctico. Ese plan de capacitación también cobija un curso de inducción para el personal nuevo y un programa de información para la comunidad en general y para el área administrativa del hospital. Dentro de ese programa de capacitación para las gestantes, tenemos el curso psicoprofiláctico que lo estamos apoyando cuatro profesionales; psicología, enfermería profesional, fisioterapia y nutrición (C. Sepúlveda, comunicación personal, 10 de septiembre de 2018).

Esta Estrategia entonces se presenta como un plan de acción con puntos específicos a cumplir que empieza desde que el empleado se suscribe a la institución y se refuerza constantemente a través de la repetición de su discurso en encuentros pedagógicos, publicidad expuesta en las instalaciones del hospital y también en las narrativas de sus representantes.

Además de la Estrategia IAMI como ruta para implementar los preceptos del parto humanizado, el hospital cuenta, con unos protocolos de atención basados en la norma del MinSalud colombiano que, como se nombró en el capítulo anterior, se fundan en los preceptos del parto humanizado de la OMS. Entre ellos están los controles prenatales a los que ingresa la mujer una vez se confirma que está en embarazo. En estos controles, la mujer recibe información sobre su proceso, a la par de un seguimiento periódico de su estado físico y el desarrollo del feto. Este monitoreo determinará, según sea el caso, el nivel de riesgo y por ende el lugar donde se llevará a cabo el proceso. Si se trata de un embarazo de alto riesgo, la mujer será remitida a un hospital de mayor complejidad, mas, si el riesgo es bajo y la mujer así lo decide, el evento podrá llevarse a cabo en las instalaciones de la E.S.E.

Reconocer que el camino hacia un parto humanizado empieza en la atención que se brinda a la gestación, nos lleva a identificar al curso psicoprofiláctico y a los controles prenatales como espacios de proyección en el hospital Gabriel Peláez, del discurso de humanización en el parto, toda vez que en su desarrollo se está propiciando uno de los factores centrales de dicho discurso: *la información como un derecho de las pacientes*.

Esta información suministrada a las usuarias gestantes de la E.S.E se enmarca, de acuerdo con la Estrategia IAMI y la pautas del MinSalud, en el reconocimiento de las pacientes como sujetos de derecho, y tiene como finalidad que estas tomen decisiones basadas en información confiable cuando llegue el parto. En este sentido, las nociones de la Estrategia se funden con los preceptos del parto humanizado y parecen no tener distinción en el escenario del hospital. Así, a pesar de que el parto humanizado es uno de los proyectos en marcha de la E.S.E, aún no parecen haber unas definiciones concretas sobre el mismo más allá del desarrollo de la IAMI.

Desde el año 2007, o sea hace 11 años, el hospital se certificó como una institución amiga de la mujer y la infancia (...) La IAMI ha ido evolucionando y para el año 2013 o 2014 aproximadamente se convierte en una IAMI integral y el hospital vuelve y le apunta a ese objetivo de ser una institución amiga de la mujer y la infancia y adopta la nueva política IAMI que promueve la atención de la gestante o del binomio madre-hijo como sujetos de derecho. Entonces ya al hablar de sujetos de derecho ya empezamos con un marco normativo que le permite a esa mujer tomar algunas decisiones, orientadas, informándola primero, puede tomar unas decisiones frente a

prácticas como la lactancia si quiere o no quiere, el acompañante al momento del parto, si quiere o no quiere, y demás. Entonces el hospital ha venido desde hace más de 11 años adelantando ese proceso y tratando de dejar a un lado prácticas innecesarias al momento del parto que pueden atormentar un poquito más esa actividad. Como parto humanizado, yo digo que hay algunas prácticas, no todas las hacemos, pero sí hacemos algunas prácticas que se pueden considerar parto humanizado

(C. Sepúlveda, comunicación personal, 10 de septiembre de 2018).

Ahora bien, cuando llega el momento del parto, la institución cuenta con unos protocolos que variarán según sea el caso, es decir, el nivel de riesgo, el avance del trabajo de parto y otros posibles acontecimientos. De esta manera, la distinción en la atención se basa en el estado del proceso y en el diagnóstico del médico, las mujeres se clasifican en “pacientes para sala de parto” o “pacientes para remisión”. No existe, por el contrario, una forma de caracterización que apele, por ejemplo, a su origen poblacional. Es decir que todas las mujeres, aun cuando el municipio cuenta con gran diversidad poblacional, tienen la misma atención, no hay allí una atención diferencial en el parto para mujeres de grupos “especiales” como las indígenas o las adolescentes. Homogenización que es explicada a partir del presupuesto del hospital y los costos adicionales que podría generar un enfoque más incluyente.

La atención a este proceso está ceñida a las pautas del MinSalud, de donde se toman los puntos de humanización posibles de aplicar en el hospital por su infraestructura, materiales y nivel de complejidad. Así, aun cuando los profesionales clínicos tengan unas nociones básicas del parto humanizado, ya sea por la IAMI o por su conocimiento de las normas del MinSalud, es también cierto que sus acciones están delimitadas en buena medida por el medio en el que se desempeñan. A partir de esta realidad muchos de ellos justifican aspectos como la ya nombrada homogenización de la población, o la ausencia de otras prácticas que atiendan a las necesidades de las mujeres según sus casos particulares, por ejemplo.

Algunas de las medidas aplicadas son la baja medicalización, la cual no tiene muchas implicaciones en este caso, ya que por el nivel de complejidad de la E.S.E, esta no tiene permitido la administración de oxitocina sintética o anestesia epidural; el libre desplazamiento, que, si bien el hospital ofrece espacios para que las mujeres en trabajo de

parto deambulen, es común que estas ingresen a la institución durante las últimas etapas del proceso, cuando la dilatación y las contracciones superan el grado siete³⁶; el contacto “piel a piel” justo después del nacimiento del bebé, el cual propende por el fortalecimiento de vínculos y la promoción de la lactancia, pues las hormonas liberadas en este primer contacto ayudan a la activación de las glándulas mamarias; la ya mencionada información y la compañía de un ser cercano en el parto, esto, siempre y cuando la mujer haya asistido a los cursos psicoprofilácticos. Este punto es un tanto ambivalente porque la mayoría de las gestantes atendidas en la E.S.E no visitan dichos espacios pedagógicos, lo que se traduce en que muchos de los partos en el hospital no cuentan con la compañía de un ser querido. Sin embargo, este es el punto que más retoman los profesionales clínicos cuando se refieren al parto humanizado.

Pues realmente ya existen unos lineamientos como desde la parte de la norma y que el hospital ha tratado de implementar, que de alguna forma no es fácil. Pero, por ejemplo, entre las cosas del parto humanizado está por ejemplo que la materna tenga acompañamiento de la persona pues que ella prefiera. En el hospital se permite que la materna esté acompañada en todo el proceso del trabajo de parto. Inclusive cuando la materna, por ejemplo, asisten a todos los cursos psicoprofilácticos y uno ve que el acompañante no va a interferir como en el proceso de la atención del parto, sobretodo pues porque se puede asustar o no conoce cómo es el proceso, la persona lo puede acompañar también en ese momento del trabajo de la atención del parto. Otra de las cosas que habla el parto humanizado es que la materna adopte pues la posición que desee durante todo el trabajo de parto, pues como en ese proceso del dolor, que ya no tiene que estar acostada, sino que ella puede deambular, hay otras instituciones que cuentan con más recursos, entonces tiene los balones gigantes para que ellas pues se acomoden, pues acá no los tenemos, pero sí se permite que ellas adopten la posición que deseen en ese momento del trabajo de parto. Al momento del parto como tal seguimos teniendo la posición de litotomía que es la materna pues acostada, en parte y sobre todo por la seguridad que nosotros tenemos frente al recibimiento pues del bebé como en esa posición. Otra cosa que habla el parto humanizado es que la materna al momento que nazca el bebé, inmediatamente se ponga al bebé sobre la

³⁶ Algunos ejemplos de esto se encuentran en los relatos de parto desarrollados en un acápite próximo.

madre, durante unos segundos, que también se intenta cumplir en la medida de lo posible. Entonces son como primeros pasos que se están dando para lograr que el parto humanizado se haga una realidad, eso es lo que estamos haciendo por ahora (E. Rayo, comunicación personal, 2 de noviembre de 2018).

Los lineamientos implementados por el hospital, coexisten con unas nociones claras sobre la seguridad y el riesgo, muy propias del discurso biomédico que son reproducidas por profesionales y pacientes. Por ejemplo, los controles prenatales, que como mencionamos, brindan información a las maternas como un reconocimiento de sus derechos, son una forma de garantizar la seguridad en el parto a través del control de los procesos de la gestación. Así, la asistencia a estos controles se presentaba como algo imprescindible para prevenir situaciones no resolubles en el hospital por sus condiciones de nivel, lectura muy ligada al carácter contingente del parto que abordamos hace algunos capítulos. Percepción visiblemente compartida por las mujeres, que respondían con un alto porcentaje de asistencia a los controles.

Acá las que vienen a controles son muy poquitas las que dejan de asistir, incluso si dejan de asistir a esas pacientes se les llama. ¿Por qué? Para evitar, este es un primer nivel, ¿Qué queremos evitar? que ese parto se nos llegue a complicar, todos sabemos que un parto, no sabemos qué vaya a pasar en el parto, pero siempre se les lleva el control a las maternas incluso ellas siempre vienen a todos los controles. (M. Vega, comunicación personal, 17 de septiembre de 2018).

El nivel de complejidad del hospital y las características de su infraestructura se mencionaron constantemente como posibles obstáculos en la implementación del parto humanizado, a los que cada profesional se sobreponía con las herramientas más básicas. Esta lectura, muy ligada a las materialidades, se ejemplificó con la ausencia de artefactos asociados al parto humanizado, como balones de gimnasia, piscinas y camillas de parto especiales. No obstante, en contraste con la falta de dichos utensilios, siempre se resaltó la presencia del componente de humanización, en las relaciones entre pacientes y profesionales. Es decir, los tratos que los profesionales brindaban a las mujeres de parto, como el tono de la voz, la disposición constante por parte de un auxiliar de enfermería hasta el final del proceso, llamarla por su nombre, y la disponibilidad desde áreas como la psicología para

solucionar posibles crisis nerviosas. Como si la falta de algunos elementos se supliera con las nociones básicas de parto humanizado posibles de reproducir en el hospital, por ejemplo, la tan mencionada compañía en el parto y el curso psicoprofiláctico.

Así las cosas, vemos que las rutas de la humanización del parto en el hospital Gabriel Peláez Montoya representan un proceso aún en implementación. Si bien es amplio el listado de prácticas redactadas por la OMS para el parto humanizado, puede decirse que la E.S.E ha adoptado algunas, de acuerdo a sus características y nivel de complejidad. Ya sea de la mano de la Estrategia IAMI y sus múltiples programas dirigidos a pacientes y profesionales de la salud, o desde la atención clínica enfocada en derechos humanos, esta institución cuenta con unas nociones sobre la humanización del parto posibles de encontrar en los discursos de su personal de salud y replicados en los espacios propiciados para el cuidado y el acompañamiento de la gestación y el parto. A partir de esto, los profesionales o representantes del hospital han adoptado un discurso de atención humanizada, que se les refuerza constantemente en aspectos como la misión institucional y las capacitaciones que por norma deben tomar cada cierto tiempo, discurso que toma otros sentidos en el despliegue de los programas referidos al parto humanizado, como el curso, por ejemplo, donde además de las ideas del hospital están las realidades de las mujeres.

4.2 Etnografía de un curso psicoprofiláctico.

Las reuniones del curso psicoprofiláctico se llevan a cabo los últimos viernes del mes, el mismo día de las citas prenatales de control. Al interior de la pequeña capilla del hospital, las mujeres, sentadas en largas bancas de madera, se disponen a recibir la información suministrada por el profesional a cargo, quien se ayuda de herramientas didácticas, como muñecos, pelotas, y un video beam. Son las 8:00 AM del viernes 24 de agosto de 2018, llego al sitio y, entre vitrales con imágenes cristianas, tomo lugar en una de las bancas. Luego de unos minutos estoy rodeada de maternas que preguntan con amable curiosidad “¿Otro bebé?” y “¿Cuántas semanas?” Aclaro las razones de mi presencia en el lugar y a partir de ese día empiezan mis encuentros con el curso psicoprofiláctico del hospital Gabriel Peláez Montoya, que durarían hasta diciembre del 2018 y que además me abrirían las puertas a otros espacios

de información como grupos focales, círculos de mujeres, entrevistas y conversaciones informales por fuera del es este programa.

Este curso, como escenario donde se brinda información a las maternas en el marco de la implementación de los lineamientos del parto humanizado, se presentó, sin duda, como un espacio idóneo para la observación participante. En este proceso, me fue posible identificar unos aspectos centrales que se conectan entre sí y que, a su vez, dan pie a las tensiones, encuentros y desencuentros entre las realidades sociales y las lógicas institucionales que allí subyacen. Algunos de estos aspectos son: las mujeres, la información brindada por los profesionales y la relación de las mujeres con estos profesionales; todas, a su vez, revelan otras situaciones que se abren en el contexto del curso como un lugar de socialización.

Las Mujeres

Las gestantes que asisten al curso son un público diverso, en edad, oficio, número de hijos, zona donde habitan y otros factores. En mi primera visita al curso puede establecer comunicación con un grupo de mujeres, a través de una actividad propuesta por los profesionales en el orden del día. Dada la amabilidad de este grupo, las imaginé siento mis futuras interlocutoras. No obstante, al buscarlas en el segundo encuentro, el 28 de septiembre de 2018, vi que de estas sólo fueron dos y que además la reunión contaba con la presencia de tres nuevas integrantes en estado avanzado de embarazo. Esto me mostró que la asistencia al curso era intermitente. Situación distinta a mi experiencia personal dentro de este mismo espacio, cuatro años atrás, donde el grupo estaba conformado por al menos 16 mujeres y las reuniones, muy asistidas, tenían lugar semanalmente. Además de que, faltar al curso era una de las señales de que “había llegado la hora” es decir, el parto. La mujer que faltaba, seguramente estaba pariendo.

Pues bien, teniendo en cuenta esta realidad en campo, empecé a identificar algunos patrones. Por ejemplo, aunque la asistencia era fluctuante, el público siempre estuvo mayormente representado por mujeres habitantes de zonas veredales del municipio, que iban a sus citas de control y luego de esto, aguardaban en las instalaciones de la E.S.E para entrar a la clase. Las mujeres de las veredas de Jardín, se desplazan al casco urbano comúnmente los domingos, día de pago en las cooperativas cafeteras, este es además el día del mercado y otros asuntos de la casa, por lo que la coincidencia, planeada, entre el curso y los controles

representa una suerte de plus en tiempo y desplazamiento para ellas. Algo usual entre estas mujeres, es que ya eran madres, por esto, gran parte de sus labores estaban dedicadas al cuidado de los niños; cuidado que conjugaban con los requerimientos generales del hogar, como la limpieza, la cocina, los peones, la huerta, el café y los animales. Esta dimensión del cuidado, aunque extensa en trabajo, es un aspecto más de sus cotidianidades, que desarrollan con una naturalidad adquirida por años en el oficio. En este sentido, la gestación, aparecía como un aspecto adicional que implicaban cambios en el cuerpo, mas, no un impedimento en el desarrollo de las otras labores, muchas de ellas de exigencia física. Entre coger café, arriar ganado, cocinar para peones de las fincas a las que, junto a sus esposos, eran agregadas, se desarrollaba su ciclo gestacional, de modo que bajar al pueblo a cumplir la cita de control y después visitar el curso mensualmente era un evento extra, y no prioritario, que cumplían por la coincidencia en la fecha de las citas de control.

De estas zonas veredales, sólo dos mujeres indígenas asistieron en una ocasión. Esto se puede tener explicación en el hecho de que los controles para las emberas se hacen directamente en el puesto de salud del resguardo, es decir que son los profesionales del hospital quienes viajan cada mes a verlas, no ellas quienes se desplazan al pueblo; a menos, claro está, que se presente una emergencia durante la gestación o ya el día del parto. Aunque la estrategia de viajar al resguardo para atender a la comunidad de Karmatarrúa tiene como fin cubrir el mayor número de población posible, esto implica que, al ser la E.S.E el lugar de los cursos, las mujeres emberas tengan desplazamientos adicionales, no siempre posibles para ellas.

A raíz de esto, el hospital viene pensando en fundar un nuevo curso dirigido específicamente a mujeres indígenas dictado en el territorio del resguardo, no obstante, la creación de este nuevo espacio tiene implicaciones aún en revisión. En las narrativas de los profesionales a cargo, el componente de diversidad cultural apareció como un factor importante, ellos mismos, en las brigadas reconocen algunas prácticas diferentes entre la comunidad del resguardo que señalan con curiosidad, por ejemplo, comer la mancha de la cáscara del plátano en la lactancia, o ponerse un plato en la cabeza cuando llegue visita a la casa de una gestante; lecturas que ubicaban a los habitantes de Karmatarrúa en una dimensión de lejanía y exotismo. Al indagar con estos profesionales cómo sería el curso

psicoprofiláctico en el resguardo, en caso de llegar a darse, siempre se aclaró que tendría el mismo diseño del que se dicta en el pueblo y tal vez, se permitiría algún tema desde “la creencia indígena”, siempre y cuando “esto no pusiera en peligro a la gestante”. De esta guisa, el resguardo es visto como una isla dentro del municipio y el componente de diversidad cultural que relieves la institución se usa más bien para marcar las diferencias identitarias entre las mujeres de las veredas, el casco urbano y las indígenas. El hospital no cuenta con personal clínico proveniente del resguardo, en una administración pasada hubo una enfermera jefa del lugar, contratada de manera especial para dirigir un programa de salud indígena, ahora se apela al bajo presupuesto para explicar esta transversalidad en la atención.

Por el lado de la asistencia de las habitantes del casco urbano, su presencia fue mucho menor en el curso. No obstante, hubo un par de mujeres de esta zona, que fueron a cada reunión hasta el final de sus procesos. Aquí debo anotar que la convocatoria para las gestantes del pueblo es distinta, pues sus citas de control se dan cualquier viernes del mes, no específicamente los últimos viernes, días en que, como ya mencioné se realizan los cursos, por lo que sus controles no coinciden siempre con estos encuentros pedagógicos, lo que les implica un día adicional de visita al hospital.

Pues bien, estas dos asistentes constantes del casco urbano, eran mujeres adultas, en ese momento de sus vidas dedicadas al hogar, de modo que también podían manejar sus horarios para poder asistir al curso. Pensar en este oficio como un trabajo con cierta facilidad de manejo en los tiempos, pone sobre la mesa que tal vez los horarios laborales sean una razón para que muchas mujeres del casco urbano no vayan a los cursos. En esta zona del municipio las mujeres, al igual que sus labores son diversas, muchas de estas mujeres son nacidas en Jardín, otras han llegado por trabajo o buscando nuevas vidas, entre estas últimas, es muy popular ver cómo parejas jóvenes de la ciudad llegan al sitio para abrir negocios como cafés y restaurantes de comida extranjera o trabajar en alguna entidad pública. De las dos mujeres del casco urbano, una era profesional, la única con título en todo el grupo, la otra era ama de casa, llegada a Jardín con su hijo y esposo, por el trabajo de este último. A parte de las labores del hogar ambas se dedicaban completamente a sus embarazos, por lo que estaban siempre en búsqueda de actividades donde pudieran informarse, estas dos mujeres hicieron parte del Círculo de mujeres gestantes que describí en la introducción.

Así las cosas, en las visitas que realicé, el número de personas, entre habitantes de las veredas y del casco urbano, osciló entre cuatro a diez gestantes mes a mes, con sus respectivos acompañantes, por lo general hijos pequeños y sólo en dos ocasiones sus compañeros. Esta baja afluencia en la asistencia del curso llevó a los integrantes del Comité IAMI del hospital a decidir que la periodicidad de los encuentros fuera mensual y no semanal, como ocurría en años anteriores. La convocatoria a las asistentes, además de los controles, se hacía a través de un grupo de WhatsApp administrado por la enfermera jefe. Este grupo permaneció la mayor parte del tiempo en silencio, apenas se asomaba un mensaje en los últimos días del mes por parte de alguna de las gestantes para confirmar si habría, o no, encuentro ese día.

Esta comunicación mediada por las redes sociales como WhatsApp se torna lejana y puntual, además de, evidentemente, poco eficiente. Si se tiene en cuenta que los encuentros tienen entre ellos distancias temporales relativamente importantes, y que en estos lapsos las mujeres desarrollan un sinnúmero de actividades, entonces lo ideal del grupo sería que fuera más dinámico, es decir, que a las mujeres se les recordara constantemente las próximas reuniones, dado que claramente ellas no llevan un calendario sobre las mismas.

En las reuniones, la disposición de estas mujeres fue siempre muy presta a la escucha. Usualmente, sus intervenciones se referían a preguntas puntuales sobre el tema y a evocaciones de sus experiencias pasadas de gestación y parto. Las experiencias de gestación y parto, cargadas de emotividad, ya fuera desde el recuerdo de los malestares, los antojos, el peso de los hijos al nacer, aparecían en el escenario como ejemplos dados a aquellas que apenas atravesaban su primer embarazo. Allí fue común la mención de los temores y las restricciones en el parto, hecho social, que las ubicaba en el centro de otras lógicas. A la par de los ejemplos entablados a partir de sus experiencias, estuvo la información suministrada por los profesionales, en ningún momento cuestionada.

De este modo, el curso adquiere unos usos adicionales a los pensados inicialmente, toda vez que además de recibir la información por parte de los profesionales, las mujeres también se despliegan y hablan desde sus percepciones y experiencias personales entre ellas mismas, lo que da al encuentro un sentido de colaboración, posible de interpretar como un grupo de apoyo entre mujeres gestantes, que trasciende la idea de espacio diseñado para el instructivo médico.

Al poner sobre la mesa el tema del parto, aparecieron respuestas mediadas por el temor al dolor y a la muerte fetal. Razón por la que muchas hablaban abiertamente de viajar a Medellín o Ciudad Bolívar en los días cercanos a sus partos para solicitar una cesárea o bien contar con la seguridad de un hospital de mayor complejidad. La decisión de solicitar una cesárea fue recurrente en las multíparas y tenía como intención de fondo que se les practicara la cirugía de ligadura de trompas una vez extraído el bebé, pues, aunque todas resaltaban la maternidad como un evento sagrado, siempre estuvieron presentes las implicaciones que conllevaba la crianza, más, si se tenían en cuenta sus labores cotidianas. Empero, al preguntarles si conocían las implicaciones de una cesárea no estaban seguras de lo que podía pasar, desconocían si era riesgosa o qué tal era la recuperación. Por el contrario, las primerizas les temían a estos procedimientos, pero sí pensaban que podrían estar más seguras en una institución de mayor nivel de complejidad. Había allí un gran desconocimiento al respecto y este tipo de determinaciones se basaban más bien en el “voz a voz” de conocidas o familiares que se habían operado a la par de la cesárea o que habían parido con analgesia en Medellín, Santa Fe de Antioquia o Ciudad Bolívar. Vemos pues, cómo la cesárea ya no es, como en sus inicios, un procedimiento de emergencia que se hace en casos de inminente riesgo, ahora es una opción a la mano también muy común en las mujeres de las grandes urbes, que la programan desde el inicio del embarazo, ya sea por la cirugía o por el temor al parto y al dolor de las contracciones. Este temor al parto que encuentra solución en las tecnologías biomédicas, es justamente el que el Movimiento de Parto Humanizado y diversos autores (Narotzky 1995. Blázquez, 2005. Menéndez, 1978) han señalado como el efecto de los reemplazos sistemáticos sobre los conocimientos tradicionales que devinieron en el control de las emociones, las percepciones y el cuerpo femenino desde sus procesos reproductivos como una forma de biopolítica entablada desde el nacimiento (Ortiz, 2001).

Contrario a las percepciones de miedo sobre el parto, una de las mujeres, habitante del casco urbano, profesional joven, abiertamente contó que tenía planeado recibir a su hijo en casa, con el acompañamiento de un médico del pueblo, que no pertenece al personal del hospital Gabriel Peláez Montoya. Según ella, este evento debía estar cargado de mucho simbolismo ya que era el acontecimiento más importante de su vida y la de su esposo. Alocución que causó gran revuelo en el resto de mujeres, que trataron de disuadirla. Dentro

de los argumentos dados por esta mujer, estuvo el de la capacidad “natural” de parir que esboza la corriente naturalista del parto humanizado, mencionada en los capítulos anteriores. Esta mujer, tal vez por su formación en Comunicación social, era muy activa en redes sociales/virtuales, y había construido toda una idea sobre la importancia del parto, claramente influenciada por los grupos de parto humanizado de Facebook, a los que llegó en su proceso de embarazo, pues antes de esto, no conocía el concepto.

Así, las posiciones y contextos de estas mujeres aparecen como mediadores de sus ideas no sólo de la gestación y el parto sino también de la maternidad misma. Cada realidad le da sentidos particulares a estos procesos, como vemos por ejemplo en el hecho de que unas mujeres, para evitar riesgos, restrinjan ciertas actividades cuando gestan, mientras que, para otras, esta no es una opción posible de elegir, por sus múltiples tareas o porque sus representaciones sobre el riesgo son menores; o también en la centralidad que puede llegar a tener la maternidad, que para muchas mujeres no es una elección de vida, mientras que para otras representa un asunto de total importancia ya sea planeado o no, pues constituye un evento importante en el proyecto de vida, el crecimiento familiar, las representaciones grupales sobre los hijos y demás, ideales que, en nuestro tiempo además se encuentran y desencuentran con ofertas abiertas de planificación familiar que dan paso a nuevas posiciones y posibilidades.

Finalmente, las nociones sobre seguridad en el parto, ligadas a la atención hospitalaria o vista como un evento posible de vivirse lejos de estos sitios, da cuenta de cómo el riesgo y la seguridad son ideas percibidas, propias de cada mujer y sus redes, tal vez por ello, nunca hubo un acuerdo entre estas mujeres sobre cuál era el sitio ideal para el parto, muchas encontraron la respuesta en el hospital de Jardín, pero otras, como mencioné, planeaban viajar a la ciudad para recibir a sus hijos o parir en casa. Todo ello me llevó a concluir que las acepciones de bienestar son subjetivas y detrás de ellas subyacen unos contextos muy específicos determinados por factores como los orígenes de las mujeres, sus condiciones económicas, su nivel educativo y hasta sus creencias espirituales.

Cuestión que también podría influir en la comprensión o definición del parto humanizado, en tanto este no responde a condiciones o planteamientos únicos, sino que también se debe pensar a partir de las subjetividades y dimensión de la diversidad cultural de cada mujer y

con ellos también sus redes sociales, pues estos grupos de cercanía que rodean a la mujer gestante influyen determinantemente en las emocionalidades y percepciones que tiene sobre su propia experiencia, incluso cuando no lo son por primera vez. La pregunta aquí, es ¿Cuál es el papel o la función del curso para generar estados de bienestar en las mujeres? ¿Hace parte el curso de estas redes de subjetividades de las mujeres?

Dichas diferencias en las ideas de seguridad en el parto, nunca parecieron tener relevancia en la socialización entre las espectadoras, la cual se daba con toda fluidez. Así, aunque la asistencia era inconstante, el curso psicoprofiláctico se tornó en un espacio de socialización en el que se resolvían dudas y hasta se hacía catarsis. El origen de las mujeres parecía no importar mucho entre ellas, más bien, las referencias principales se dirigían a si eran “primerizas” o no. Esto puede tener explicación en que además de que todas ellas estaban atravesando el mismo estado biológico, lo que las hacía homólogas, Jardín es un municipio principalmente rural, donde a pesar de las diferencias de sus habitantes, en el ambiente cotidiano las dinámicas se encuentran en relación constante, por lo que es común que las mujeres de las veredas tengan familia, conocidos o actividades económicas en el casco urbano, y que las mujeres del casco urbano hayan nacido o tengan orígenes, familiares, o conocidos en estas veredas. Es decir, que no hay un rompimiento radical entre la “gente del pueblo” y la “gente del campo” más bien son iguales con oficios y sitios de vivienda diferentes. Esto no quiere decir que no existan allí algunos marcajes de la diferencia, como, por ejemplo, los accesos a ciertos servicios según la zona, los discursos y hasta las representaciones, es sólo que no están demasiado delimitados, como por ejemplo podrían estarlo en Medellín. Más bien se trata una coexistencia, ya naturalizada, de oficios urbanos y rurales en el mismo lugar. Con los habitantes del Resguardo indígena es con quienes se puede observar más estas diferenciaciones, pues como mencioné, pareciera que en Jardín se ubicara a la población indígena en una suerte de isla atravesada por imaginarios y percepciones un tanto exotistas.

4.3.2 La falta de asistencia

Además de la disponibilidad horaria, hubo otros asuntos para entender por qué las mujeres del municipio no asistían al curso e incluso, aunque en menor medida, a los controles prenatales. Al indagar con los profesionales encargados por esta cuestión, usualmente lo atribuyeron a situaciones personales, “falta de interés” o “irresponsabilidad” por parte de las maternas, pues según estos, siempre se realizaban llamadas para recordar que se acercaban los encuentros, es decir que los olvidos no eran excusas aceptables para faltar al curso, respuesta similar encontré entre las dos o tres mujeres que asistieron constantemente a los encuentros, las cuales eran comprensivas con aquellas que no iban al curso por razones laborales, pero señalaban como desinteresadas a las que, estando en casa, no se presentaban a estos espacios pedagógicos. Para ambos actores, profesionales y gestantes, era todavía más grave pensar en la posibilidad de que una materna no asistiera a sus controles, comportamiento relacionado con situaciones de riesgo.

Por esta baja afluencia al curso, decidí acudir a los encuentros de un programa llamado Entorno Familiar, perteneciente a Bienestar Familiar y administrado, en esos días, por el hospital. Este se dirigía a gestantes y también a mujeres con hijos de cero a cinco años, las cuales recibían un mercado mensual con la condición de una asistencia obligatoria a las reuniones semanales que ofrece el programa. Las reuniones eran (y son, ahora de la mano de otro oferente) guiadas por dos profesionales en pedagogía que abordaban temas como crianza respetuosa, fortalecimiento de vínculos y cuidados infantiles. Si bien los tópicos eran distintos a lo que yo estaba buscando en el marco de mi investigación, la población sí podría arrojar algunas pistas sobre el asunto de la inasistencia al curso, pues muchas eran mujeres gestantes o madres de niños recién nacidos, es decir que habían sido recientemente invitadas a los cursos a través de sus controles prenatales.

Pues bien, en este grupo ninguna asistía o había asistido al curso. Al preguntar por las razones que las llevaban a tomar esta decisión, sus respuestas exponían realidades de la más variada índole: Algunas cumplían horarios laborales extensos, otras eran amas de casa sin mucho tiempo para actividades extras, otras estaban a cargo de niños pequeños, por lo que el desplazamiento era complejo; también había adolescentes que en el horario del curso estaban

en el colegio; otras eran habitantes de veredas, entre ellas del resguardo que por la distancia, la falta de pasajes para el bus y situaciones similares a las atrás nombradas, no podían estar y también hubo mujeres que no encontraban en la información del curso algo útil para sus procesos, no lo veían como algo importante. Así, pude notar cómo no se trataba sólo de falta de interés por parte de las mujeres sino más bien de todo un entramado de situaciones propias de sus realidades y subjetividades, que la lógica de la institucionalidad no ha leído todavía.

De esta manera, cuando el hospital de Jardín, presenta un curso de preparación prenatal para la comunidad gestante, en el que se establecen, a partir de conocimientos biomédicos, unas formas de cuidado y prevención del riesgo que llevarán a las mujeres a tener partos seguros que propendan por el bienestar de binomio madre/hijo, se creería que, como un acto de responsabilidad social, se le está brindando a estas mujeres unas opciones idóneas. No obstante, surgen tensiones en el escenario cuando el público para el que se diseñan estos espacios no acude a ellos. En este sentido, el planteamiento de que el ideario de riesgo responde a unas lecturas particulares, en las que los preceptos institucionales y los sociales no siempre coinciden, se torna de gran pertinencia y nos muestra que tal vez estas lógicas sobre el proceso para llegar a tener un parto exitoso propuestas por el hospital, no están realmente atendiendo a las realidades de las gestantes del municipio.

Así por ejemplo, cuando una mujer, por razones de horarios laborales, escolares o cuidados del hogar deja de asistir al curso, más que un asunto de desinterés o irresponsabilidad, se debe a que, como mencionamos ya, la maternidad es un elemento más en la constelación de sus vidas, en las que, además del hecho de ser mamás, también están presentes otras aristas como sus realidades socioeconómicas, que bien pueden estar sujetas a la necesidad de generar ingresos para responder a las cuestiones vitales de la familia como comer, vestirse, tener servicios básicos de energía y agua, etc. o por otro lado, estar haciendo frente a la economía del cuidado³⁷ de la cual, en Colombia, las mujeres todavía son las mayores representantes, muy en relación con el ideario de la maternidad y el cuidado como

³⁷ Definida en el artículo 2 de la Ley 1413 de 2010, como el trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas del hogar o la comunidad y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado. Este trabajo de hogar no remunerado, incluye los servicios domésticos, personales y de cuidados generados y consumidos dentro del propio hogar, por los que no se percibe retribución económica directa. Esta categoría de trabajo es de fundamental importancia económica en una sociedad. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/Economia-del-cuidado.aspx>

una condición obligatoriamente femenina. En este sentido, el curso, como un espacio planteado para el cuidado del sí y del hijo que viene en camino, pasa a tener una prioridad menor que aquellas necesidades de orden vital que las mujeres enfrentan en su día a día.

Sumado a esto, el desencuentro en las temporalidades de las labores de las mujeres y los horarios del curso, también devela que estas realidades no están siendo leídas en el diseño de los espacios pedagógicos. Así las cosas, la institución es la que posee el conocimiento y a la vez, quien plantea los horarios sin mediación de las subjetividades cotidianas de su público que, por el contrario, es quien debe adaptarse a la lógica de los tiempos institucionales; lógica que da cuenta de la reproducción de unos micro poderes que regulan, desde un estereotipo específico de mujer gestante, sus tiempos y hasta sus nociones de bienestar en la gestación.

Además de esto, reforzando aquí la idea, retomada en el capítulo I, de que la gestación, el parto y el postparto son hechos sociales rodeados de prácticas y representaciones sociales que la mujer que los vive, organiza según los códigos de entendimiento de su colectivo, entonces también habría que preguntarse qué tan pertinentes o interesantes pueden llegar a ser los contenidos que el curso ofrece, pues aunque para muchas pueden resultar de gran conveniencia, es posible que otras se guíen por sus experiencias de gestaciones pasadas, los consejos de sus familiares o de algún referente de autoridad en el tema al que se acude para soluciones inmediatas, como nos mostró el ejemplo de las parteras en Jardín visto en el acápite de los *Cuidados de Luna*, esto habla de unas preferencias que se tejen en la cotidianidad de las mujeres.

Vemos entonces que este entramado de subjetividades se compone de mujeres diversas con diversos estilos de vida a los que la institución sitúa sólo en el hecho de ser gestantes, en otras palabras, no las ubica como mujeres con unos contextos puntuales detrás de su estado, sino más bien la reduce a un cuerpo embarazado.

Muy por el contrario, los encuentros de Entorno Familiar contaban con un público constante en sus dos versiones, pues había reuniones para las mujeres del casco urbano y otras para las mujeres de las veredas, estas últimas en lugares centrales en los que colindaban al menos tres zonas. Las reuniones del casco urbano se desarrollaban los miércoles en las

tardes, día de descanso ³⁸para la mayoría de los trabajadores de Jardín, por esta razón para muchas mujeres resultaba fácil, en términos de tiempo, estar en los encuentros. En el caso de las zonas veredales, asistí a las reuniones de la vereda Caramanta, allí confluían las beneficiarias de Karmatarrúa, Vereda El Tapado, La Casiana y Verdúm. En Entorno la entrega del mercado mensual se presenta como un estímulo que anima la asistencia, la planeación de su entrega se hace una semana antes y las mujeres asisten al pueblo a recibirlo, usualmente el último domingo del mes. Este kit de alimentos, enviado por la Gobernación y otros actores institucionales, es, según las mujeres, una de las principales causas para asistir a las reuniones, algunas lo reciben con vergüenza, y otras lo ven como una forma de contribuir a la economía de sus hogares. En el curso, por el contrario, sólo se brinda un refrigerio que cubre la institución médica, no hay entrega de ningún tipo de subsidio. Las mujeres de este espacio tenían características muy similares a las del curso; amas de casa, trabajadoras formales e informales, campesinas, mujeres emberas, habitantes de fincas y adolescentes, algunas de ellas me contarían, semanas después, sus relatos de parto.

Ya fuera en el curso psicoprofiláctico, en las reuniones de Entorno Familiar o en conversaciones informales por fuera de estos espacios, pude constatar que sobre el embarazo y el parto existen un sinnúmero de situaciones que, como vimos, trascienden el ámbito médico. Por esto, creo que, aunque los contenidos de los cursos estaban dirigidos a etapas que las mujeres justo atravesaban, estas no siempre tomaban lo que allí enseñaban o bien lo interpretaban de acuerdo a sus realidades. Noción que refuerza esa propuesta de la antropología médica que plantea que la salud la enfermedad y el bienestar en las sociedades son fenómenos bioculturales (Kottak, 2011). De esta manera, los temas en torno a los procesos de la gestación y el parto, comprendidos como elementos ligados a la salud/enfermedad y bienestar individuales y colectivos, necesitan ser abordados no sólo como elementos biológicos, como lo hace la medicina y sus ramas, sino también como construcciones culturales en las que se inscriben además códigos como relaciones de poder,

³⁸ En Jardín, al igual que en muchos municipios “rurales” del Antioquia el día de descanso de los trabajadores se da lo miércoles, pues el domingo es cuando hay más actividad económica en el pueblo y por esto los negocios en general abren sus puertas como en un día laboral más. Esto claro está tiene algunas excepciones, como por ejemplo en las entidades públicas y bancos, donde el horario laboral es de lunes a viernes/sábado con descanso el domingo.

socialización y prácticas cotidianas basadas en imaginarios sobre el cuerpo y sus procesos biológicos.

4.3.3 La información brindada por los profesionales.

El curso tiene unos temas específicos a seguir, delineados por la Estrategia IAMI. Estos se enfocan principalmente en la promoción de la lactancia materna, la alimentación durante el embarazo y la actividad física. Ahora bien, las formas de abordaje y enfoques son determinados por cada E.S.E según sus características.

En el caso del hospital Gabriel Peláez Montoya, los temas desarrollados en los encuentros del segundo semestre de 2018, de acuerdo a su programación fueron; en junio, la actividad física permitida durante el embarazo, a cargo de la fisioterapeuta y con una visita a la piscina municipal para una sesión de hidroterapia; en julio, beneficios de la lactancia para el binomio madre/hijo, el recibimiento de un nuevo ser y la sexualidad en el embarazo, a cargo de los profesionales en nutrición, enfermería y psicología; en agosto, la estimulación temprana y al final una actividad de pintura de vientres, a cargo de la fisioterapeuta, el psicólogo y la enfermera jefe; en septiembre, la autoconfianza y los cambios emocionales durante el embarazo, la fisiología del seno y la salud oral de las maternas, a cargo del psicólogo, el nutricionista y el higienista oral; en octubre, el trabajo de parto, las técnicas de respiración y las posturas idóneas para parir, además de los signos de alarma, a cargo de la fisioterapeuta y la enfermera; en noviembre las posturas correctas para amamantar, los problemas durante la lactancia, la mastitis, los pezones agrietados y la depresión postparto, a cargo del psicólogo y el nutricionista.

Estos temas parecían seguir unas líneas de abordaje del embarazo entendido como un estado meramente atravesado por cambios hormonales, físicos y emocionales, sin un contexto social de fondo. En este sentido, la vida de las mujeres habitantes de Jardín, su diversidad poblacional, sus obligaciones asignadas, el cuidado de la casa, la finca, la familia etc. se aislaron de todas las reflexiones tratadas en los tópicos sobre el embarazo, revelando una ruptura entre lo que las mujeres viven al gestar y las lecturas que la institución tiene de dicho estado. Bajo esta lógica institucional las mujeres cargan el rótulo de “usuarias/maternas” y con esto se les asigna una imagen que se acomoda a los preceptos del

hospital que es a la vez un representante de la biomedicina, que, como vimos en el Capítulo I, es quien constata lo que la mujer debe sentir.

Como ya dijimos, el curso hace parte del componente educativo de la IAMI, por lo que los tópicos abordados representan las propuestas que esta estrategia tiene como asuntos de importancia en la gestación y además son de carácter internacional. Justamente esta visión generalizadora es generadora de discontinuidades que dejan de lado las realidades sociales de las asistentes, un aspecto que seguramente se repite en otras instituciones también cobijadas por la IAMI.

En el desarrollo de estos temas hubo, constantemente, recordatorios sobre la disponibilidad por parte de los profesionales para la resolución de dudas y de situaciones problemáticas que pudieran tener las maternas en sus procesos. Además de la mención antes, durante y después de cada sesión del componente de parto humanizado que enmarcaba los encuentros. A esto último las mujeres no respondían, más bien era como si se tratara de una presentación protocolaria, un saludo o un aviso de rutina. A pesar de esta mención constante del componente de humanización, no encontré en la programación antigua ni en los cursos que asistí, el tema del parto humanizado como tal. Ya fueran sus lineamientos, su definición o su proceso de implementación en la E.S.E, ninguna de las sesiones se centró en este componente. Es decir que se mencionaba el componente humanización como un estandarte del curso, mas no se especificaba de qué se trataba dicha noción, dando así por sentado que las participantes ya conocían de qué se trataba el parto humanizado.

No obstante, algunos encuentros sí dieron cuenta de elementos individuales presentes en los listados del parto humanizado que proponen el MinSalud colombiano y la OMS. Por ejemplo, las temáticas referidas a la preparación para el parto y las posturas al parir, guiadas por la fisioterapeuta siempre se basaron en referencias del parto humanizado. Se habló abiertamente de los beneficios del libre movimiento durante el trabajo de parto y de la posición vertical en la fase expulsiva de este proceso, con la aclaración constante de que, si bien esta posición era idónea, en Colombia, por las condiciones de infraestructura de los hospitales y clínicas era bastante difícil lograrlo. Además de que, por otro lado, esto podría representar una pérdida de control para los médicos y obstetras a cargo, ya que estar en cuclillas “no deja ver” cómo sale el bebé.

Siempre el discurso de seguridad representado en la presencia de los profesionales de la salud estuvo manifiesto, lo que nos permite afirmar que las nociones biomédicas de la seguridad reducidas al control del profesional a cargo, tienen gran vigencia, aún con los cuestionamientos que se han hecho al respecto por parte de los Movimientos de Parto humanizado que proponen que el médico debería ser un mero acompañante del proceso, que el control debería tenerlo la parturienta y que las prácticas biomédicas tradicionales deberían ser replanteadas en un cuestionamiento constante de su pertinencia. Aun así, los modelos educativos de la biomedicina siguen reproduciendo dichas prácticas tradicionales de atención obstétrica, esto, sumado a que las camillas todavía tienen un diseño que dificulta una posición diferente a la litotomía.

Esta noción de seguridad biomédica fue transversal a toda la información entregada. Formas de prevención basadas en las pautas de cuidado suministradas en estos encuentros, ejercicios y monitoreo constante del proceso de gestación, guiaban a las maternas por las rutas del cuidado clínico.

En estos encuentros además de las posturas, se tocó el tema de las cesáreas, que como mencioné líneas atrás, algunas mujeres buscaban para, al mismo tiempo, practicarse una tubectomía. Este tópico tampoco estaba especificado en la programación, pero surgió entre las preguntas de las mujeres. En general, profesionales como la fisioterapeuta y la enfermera jefe, plantearon que no era una idea prudente, a menos que fuera necesaria por algún factor de riesgo. Uno de los señalamientos de la OMS es la alta tasa de cesáreas innecesarias a nivel mundial, por lo que se han sugerido campañas y hasta sanciones para que esto no siga ocurriendo. A pesar de que este tipo de procedimientos no se llevan a cabo al interior del hospital Gabriel Peláez Montoya, dado su nivel básico de complejidad, quise conocer la postura de la médica encargada de las maternas en la institución, a quien me acerqué en un espacio externo al curso, dado que la programación no contó con su presencia en ninguna de las reuniones.

-Mónica Berrío: ¿y en la información que vos les das se estimula la prevención de las cesáreas?

-Médica general: Sí, pues la idea es que, de hecho, uno siempre les informa que lo ideal es el parto vaginal, que es el parto natural, y lo que uno trata es de explicarles que

obviamente tienen menos riesgo, menos riesgo de sangrado, menos riesgo de infección, una recuperación mucho más rápida. Entonces eso se les explica porque hay mamás que les da temor obviamente, y por medio de los cursos profilácticos pues también se les muestra cómo es el proceso de parto, como para intentar que ellas se vayan familiarizando a ese momento que es inesperado, entonces básicamente se hace eso. Pero sí se trata como en la medida de lo posible, de hecho, hasta el final uno las concientiza de que es un parto vaginal, a menos de que tenga algún factor de riesgo pues que lo impida.

Mónica Berrío: Porque uno ve que muchas programan cesáreas...

Médica general: Sí y desde el principio ya quieren cesárea...

Mónica Berrío: ¿Pero hay un desconocimiento ahí de por medio?

Médica General: Exacto, o cuando, por ejemplo, dicen que se quieren ya hacer operar, entonces que de una la cesárea para que les hagan la tubectomía, y pues realmente no es, no es como el procedimiento. (E. Rayo, comunicación personal, 2 de noviembre de 2018)

Otra práctica muy cuestionada por el parto humanizado ha sido la medicalización sistemática sin un proceso informativo de fondo que ponga al tanto a las pacientes sobre las posibles incidencias de estos procedimientos en sus cuerpos y el desarrollo de sus partos. En el curso no se habló al respecto, tal vez esto obedece a que en la institución no se suministra medicación durante el parto, lo que puede indicar que se da muy por sentado que las asistentes del curso y de los controles prenatales acudirán a la E.S.E al momento de parir, o bien, puede leerse como una responsabilidad que se delega a las instituciones de mayor nivel donde pueda llegar la mujer, en caso de ser remitida o acudir voluntariamente. En mi encuentro con la médica general le pregunté y al respecto dijo:

-Mónica Berrío: ¿Dentro de esa información vos les hablás de los pros y los contras de cada procedimiento? Por ejemplo, en el momento del parto los pros y los contras de la medicalización.

-Médica general: Sí, yo trato de explicarles eso. Como el hospital es de primer nivel entonces pues ya tenemos restringido muchas cosas, pues, poner oxitócica. Acá no podemos poner epidural para calmar el dolor. Entonces acá ellas se quedan como sin muchas opciones, básicamente es como el proceso, en la medida de lo posible natural. Pero igual, sí se les explica todos los factores de riesgo y los efectos adversos que puedan tener. (E. Rayo, comunicación personal, 2 de noviembre de 2018)

La graduación en la complejidad de los hospitales los pone al frente de situaciones diferentes, a las que se responde según las opciones de su nivel. En centros de salud de media y alta complejidad, la atención obstétrica ofrece la posibilidad de las cesáreas y de la medicalización en el parto, y, a la par de estas opciones también aparecen otras dinámicas no posibles de encontrar en los pequeños nosocomios de municipios, como Jardín, alejados de los centros urbanos. Por ejemplo, que el parto humanizado sea una oferta a la que pueda accederse con un costo adicional, o que la cesárea sea posible de programar, al igual que la anestesia en el parto, nos muestran el surgimiento de unas lógicas de mercantilización en torno a la gestación y el parto. Esto, a la luz de la antropología de la reproducción, da cuenta de cómo el sistema económico que nos rige, ha permeado cada instancia de la vida en nuestra sociedad. El parto en Occidente es ahora, además de un evento posiblemente riesgoso y ligado a contextos biomédicos, una forma de establecer exclusiones desde el nacimiento mismo, cada vez naturalizadas.

Por otro lado, en el caso de los hospitales de menor nivel, esta mercantilización está ausente y esto es leído por los usuarios en forma de precariedad de ciertos servicios, ya sea por la ausencia de equipos biomédicos o bien por la restricción de algunas operaciones como la aplicación de la raquídea o la cesárea. Lo que también deviene en discursos de seguridad y bienestar adscritos o adaptados a sus condiciones, como, por ejemplo, el parto humanizado no medicalizado, informado, y con tratos cercanos y cálidos por parte de los profesionales de la salud, que además resultan bien conocidos para las gestantes usuarias de esta E.S.E.

En otra de las ocasiones realizamos una visita a la sala de partos. Esta fue guiada por la enfermera jefe que explicó todo el protocolo de atención una vez las maternas en trabajo de parto ingresaban a la E.S.E. Las rutas para el ingreso a este lugar, los elementos y sus funciones fueron descritos con detenimiento. Las asistentes, un tanto consternadas escuchaban con atención; al llegar al lugar de las camillas de parto muchas manifestaron abiertamente el temor que les generaba el lugar, otras trajeron a colación que algunos de sus hijos habían nacido allí. El diseño de los paritorios se ciñe a unos preceptos de bioseguridad establecidos por la medicina occidental, por ello, aunque pueden variar, estas tienen en común algunos elementos dispuestos como forma de llevar a cabo un proceso seguro, por ejemplo, una vía de evacuación, elementos para prevenir el riesgo biológico, equipos de

reanimación para neonatos, entre otros. Así, este espacio, pese a ser desde hace décadas, el escenario convencional del nacimiento en nuestra sociedad, aún genera temores y sensaciones de extrañeza entre las mujeres, realidad que se desarrolla en el siguiente capítulo.

En medio de la charla la enfermera recordó la posibilidad que tenían, por ser asistentes del curso, de estar acompañadas de una persona de su preferencia cuando se llegara el momento, a lo que las madres de hijos adolescentes respondieron que eso era nuevo, la enfermera les recordó que esta opción hacía parte del plan de parto humanizado. La compañía en el parto, como mencionamos en el primer acápite de este capítulo, es el elemento más mencionado del componente de parto humanizado, componente al que sólo tienen derecho las asistentes del curso.

Los de lineamientos del parto humanizado, presentes en el MinSalud, que puede ofrecer el hospital son constantemente resaltados como una manera de recordar el proceso que están llevando a cabo. Si bien, siempre se aclara que por sus condiciones de nivel e infraestructura existen algunas limitaciones, también se exaltan las pautas que sí pueden cumplir y desde allí reivindican su misión corporativa de institución comprometida con un servicio de atención humanizada.

En un momento de la visita, una mujer mencionó que había sido víctima de violencia obstétrica en una sala de parto en Medellín, la enfermera inmediatamente respondió que si esto llegaba a ocurrir en Jardín podían dirigirse a la oficina de control interno y realizar las respectivas quejas. La oficina de control interno es la célula del hospital que hace veeduría a los procesos de atención de los profesionales. Durante mi presencia en el curso me encontré con una asistente que se dirigía a esta oficina a radicar una queja por un procedimiento en uno de sus exámenes de chequeo prenatal que ella creía inadecuado, la respuesta recibida fue una carta en la que la institución se comprometía a estar atenta a ese tipo de asuntos para no incurrir en ellos a futuro, respuesta que no satisfizo a su destinataria. Estas respuestas aparecen como parte de unos protocolos que delimitan las relaciones entre la comunidad y la institución, sin una revisión de fondo, en el caso puntual de la mujer del curso que radicó la queja.

Otro tipo de información brindada para la época de la gestación fue aquella referida a la salud mental. Estos temas los asumían el psicólogo o la practicante de psicología quienes

daban pautas para reconocer y prevenir el riesgo por cambios emocionales en el embarazo, prácticas de autocuidado y abordaje de la depresión postparto. Al ingresar a los controles prenatales, las maternas tienen una cita inicial con psicología en la que esta información se profundiza más, desde allí a las mujeres se le envía el test de VIH, y también se les describe todo el esquema del IVE.

La información dirigida a la época después del parto giró, principalmente, en torno a la lactancia materna. La anatomía del seno, las propiedades nutricionales de la leche materna, y la enseñanza de técnicas para amamantar correctamente, puede decirse que fueron los temas más recurrentes. Esto da cuenta del gran peso de la Estrategia IAMI en el discurso institucional. Entre las maternas este punto fue de diversas reacciones, muchas reconocían en la lactancia una práctica benéfica para sus bebés y ellas mismas. Otras preguntaron al nutricionista por marcas de leches de fórmula, respuestas que nunca llegaban, pues se enfatizaba todo el tiempo en que lo ideal era la leche materna. Aunque las mujeres embarazadas fueron, como se dijo, el público menos presente, siempre se las mencionó como un referente ejemplar cuando se hablaba de lactancia materna, pues ellas son el grupo poblacional que mayormente la practican. Así, aquellos discursos de lejanía y exotismos que las aíslan y las ubica en un lugar lejano, se desdibujan por un momento al traerlas, aunque sea como ejemplo, al curso.

En general la información suministrada en estos encuentros se basó en conocimientos científicos, nunca hubo intervenciones que apelaran a prácticas populares, por ejemplo. Aunque es bien sabido que, en Jardín, como en otras regiones de Colombia, es común el uso de este tipo de prácticas en los estados de la reproducción humana, esta no parece ser una dimensión importante en los abordajes del curso. El uso de bebidas, masajes u otros métodos no convencionales no fue tocado, ni siquiera para cuestionar los posibles riesgos que la medicina occidental en ocasiones ha encontrado en estos saberes. Esto de nuevo visibiliza cómo hay allí unas rupturas entre los usos cotidianos de la gestación y los usos médicos del mismo estado.

Las mujeres preguntaban y opinaban a partir de sus experiencias, pero nunca increparon o cuestionaron las posturas de los datos que se les entregaba, pues allí había una gran credibilidad ante los preceptos del conocimiento médico occidental, lo que demuestra que

esta institución, aunque coexiste con otras lógicas y lecturas populares sobre la salud, es todavía la autoridad encargada de mediar estos asuntos.

4.3.4 Relación entre los encargados del curso y las gestantes asistentes.

En general, el ambiente de socialización en el curso era cálido y de cercanía entre los encargados y las maternas. Siempre, en tonos coloquiales se les preguntaba por el avance de su estado y a las que regresaban luego de varios encuentros no asistidos, se les “regañaba” amorosamente. Las maternas llamaban por sus nombres a los profesionales quienes tenían cercanía con algunas, ya fuera porque se conocían de las citas de control o porque en Jardín es común coincidir en espacios cotidianos como la iglesia, los supermercados o los barrios.

A pesar de esta cercanía y la informalidad en la socialización entre maternas y profesionales, siempre hubo en el ambiente un aire de respeto y confianza por la información entregada. Esto, quizás por la credibilidad que tiene la biomedicina en nuestra sociedad, como autoridad absoluta en el ámbito de la salud. Realidad, que puso sobre la mesa un clima que fluctuaba entre las relaciones de vecindad entre los profesionales como individuos con los que se comparten espacios comunes, y también entre la autoridad que les otorga a estas personas portar una bata y un carné del hospital que los respalda como expertos en el área de la salud.

En este sentido, Jardín, por ser un municipio relativamente pequeño, se presenta como un escenario donde las relaciones sociales entre el profesional clínico y el paciente parecen no estar estructuradas tan verticalmente como podría pasar en grandes ciudades, donde usualmente el paciente no conoce al profesional que lo atiente. Más bien, en este caso, estas relaciones se dan de manera horizontal y los profesionales de la salud, aun con todo el peso de la institución que representan, tiene un carácter más humano que desdibuja esa lontananza de saber absoluto propia de la medicina. De este modo, las pacientes veían en estos sujetos, no sólo al “médico, enfermero, o psicólogo” que las atendía, sino más bien al vecino o conocido que trabajaba en el hospital, y a partir de allí, elegían por quien ser atendidas basadas en la confianza puesta en la labor del profesional, o bien, lo rechazaban con duros cuestionamientos, según fuera el caso y el clínico de su preferencia.

Algo común entre las maternas, fue, que después de sus partos regresaban al curso para presentar a sus bebés y contar sus experiencias, ya fuera en el hospital de Jardín o en otros lugares, esto ocurría, aunque su concurrencia al curso hubiera sido poca. Generalmente esto pasaba cuando sus niños tenían citas de revisión o de vacunación.

El cierre del curso fue el 14 de diciembre de 2018, con un Baby shower que ofrecieron los encargados de dictar el curso con apoyo de la institución. En esta suerte de despedida se hizo un sumario de los temas desarrollados y se recordaron anécdotas graciosas ocurridas en los encuentros del año, aunque muchas de sus protagonistas no estaban presentes. Hasta esta última reunión fue baja la afluencia, la convocatoria al curso nuevo se hará a partir de enero del año 2019.



“Despedida del curso” Foto de mi autoría. 14/12/2018.

Conclusión.

El hospital Gabriel Peláez Montoya, como lugar convencional de los nacimientos en el municipio de Jardín, adoptó unas nociones del parto humanizado que reproduce de acuerdo a su nivel de complejidad. En el desarrollo de estos lineamientos, ya sea dentro de sus instalaciones o con estrategias de extensión en cobertura como los programas y las brigadas de salud, se ponen sobre la mesa un sinnúmero de situaciones que trascienden el ámbito de la institución y develan unas formas de socialización entre la comunidad y el nosocomio.

Todas estas tensiones, encuentros y desencuentros nos permiten reconocer que, en el desarrollo de la práctica clínica occidental, como la oficial en nuestra sociedad, es necesario abrir paso a estrategias que impliquen el reconocimiento del otro, como algo más que un organismo, mero soma o sujeto biológico. En este sentido; además del conocimiento biomédico en términos de atención clínica, políticas de cobertura que responden a estadísticas estatales, campañas de prevención y atención protocolaria; deben ser tomados los usuarios o pacientes como parte activa en las gestiones de la salud.

Este reconocimiento sociológico de los espacios hospitalarios y sus dinámicas, permitirá, para el caso de los partos en Jardín, y muy seguramente para otros casos, el surgimiento de nuevas miradas en las que los conceptos institucionales de bienestar se conjuguen con los de la comunidad y los partos puedan ser realmente humanizados.

En el capítulo siguiente nos acercamos, a partir de las voces de las participantes y la etnografía en campo, a las formas en que estas mujeres asumen, perciben y leen los programas y estrategias que el hospital les ofrece como parte del componente de parto humanizado.

5. Parir en Jardín.



5. Parir en Jardín (Experiencias de “parto humanizado” en Jardín)

En el capítulo anterior vimos las rutas que el hospital Gabriel Peláez Montoya ha tomado en su proceso de implementación de los lineamientos del Parto humanizado, pero ¿Qué tan cercanos han sido estos lineamientos al público al que se dirigen? ¿Qué es parto humanizado para las mujeres de Jardín? Aquí recogemos, desde la voz de nuestras interlocutoras y el ejercicio etnográfico, algunas experiencias, percepciones y reflexiones sobre los eventos de la gestación, el parto y el postparto en el contexto de atención del hospital y en el del municipio mismo.

5.1. Parto humanizado para las mujeres de Jardín.

Las corrientes y lineamientos del Movimiento de Parto humanizado han planteado, desde sus diversas dimensiones, unos ideales en los contextos de atención a la gestación, el parto y el postparto. Estos se avistan en las posiciones políticas y morales de pacientes y agentes de salud, y también en las formas espirituales y filosóficas en que, se supone, deben llegar los seres humanos al mundo.

No obstante, aunque estos aportes han nutrido, con algunas diferencias y puntos comunes, el debate sobre la humanización del parto y el nacimiento, es claro que las nociones de bienestar/humanización/respeto, en estos eventos de la vida, pertenecen a las percepciones del sujeto. Percepciones que seguramente estarán influidas por el medio habitado. En este sentido, partiendo del reconocimiento, ya planteado en los capítulos iniciales de este trabajo, de que eventos como la gestación, el parto y el puerperio, son hechos culturales permeados por el contexto de los sujetos, me he acercado, desde diferentes técnicas, a las miradas que sobre el parto humanizado tiene un grupo de mujeres del municipio de Jardín sin relación profesional ni política con la comunidad médica o con los movimientos sociales del parto humanizado.

Preguntas como ¿Qué es un parto humanizado/respetado para las mujeres de Jardín? o ¿Son las propuestas de atención obstétrica de la OMS, percibidas como humanizadas/respetuosas para estas mujeres? Además de ¿Quiénes son las mujeres que tienen un parto humanizado/respetado en nuestro contexto y quiénes las que no? visibilizaron un sinnúmero de aspectos apreciados por las mujeres sobre el tema.

En estos encuentros surgieron respuestas de distinta índole, de las cuales pude reconocer algunos factores que se repetían y que dieron pie a categorías que expongo en este acápite. En primer lugar, la asociación del parto humanizado a un asunto de clases, dinero y centros urbanos se repitió en varios encuentros. Sumado a esto, el concepto fue relacionado con las formas tradicionales de parir, el parto en casa, la baja medicalización, y la exaltación de la capacidad “natural femenina” de traer hijos al mundo, muy similar a lo esbozado por la corriente naturalista del Movimiento Internacional del Parto humanizado; y en tercer lugar un grupo de opiniones basadas en lo que sugiere la OMS, el respeto por el cuerpo y los derechos de las mujeres, desde información que estas mujeres rastrearon en páginas web. A partir de esto, en esta ocasión, abarcamos el parto humanizado para las mujeres de Jardín desde lo percibido como: “un asunto de clases”, una forma tradicional de parir a la que llamamos “como se paría anteriormente” y “el Parto humanizado, cuerpo, intimidad y los derechos de las mujeres.”

5.1.1 “El parto humanizado, un asunto de clases”

El discurso de humanización del parto ha sido promovido principalmente por movimientos sociales que, aunque con perspectivas distintas, tienen algunos aspectos similares. Ya sea desde la corriente naturalista o la biomédica, estos movimientos están ubicados mayoritariamente en las ciudades y se difunden por redes sociales que fluctúan entre sitios web, espacios políticos de debate, contextos académicos o centros de salud con ofertas educativas para la comunidad. Estos colectivos cuentan con discursos específicos que muestran sus perspectivas sobre la atención al parto y que, en gran medida dejan por fuera algunas realidades sociales de las mujeres gestantes o parturientas. Según Celeste Jerez (2015) estos movimientos, independientemente de sus corrientes, han establecido unas imágenes ideales sobre el proceso del parto, que a la larga han generado esencialismos. Para esta autora, la corriente naturalista y la biomédica, por ejemplo, tienen en común que cuando resaltan la capacidad natural de concebir que tienen las mujeres, están disminuyendo al sujeto a un mero recipiente biológico, un útero presto, sin una lectura contextual de sus situaciones. Así al argüir que todas las mujeres saben parir “porque tienen útero” y por ello no necesitan ciertas intervenciones o deben asumir ciertas posiciones en el proceso, se está imponiendo

un modelo universalista de entender el parto, en el que el ideal de feminidad (a través del amor maternal y la lactancia materna), la familia, o manada para los naturalistas (a través de la compañía en el parto), y hasta de dolor (a través de la sugerencia de cómo sentir y sobrellevar los dolores de parto) se establecen como componentes de unos estereotipos alcanzados sólo por ciertas mujeres (2015, P. 91).

De esta forma el ideario de la humanización del parto, aunque propende por ciertos derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, está dejando de lado otros, ligados a la diversidad sociocultural y de clase. Según Tornquist (2003) dichos valores, (más cercanos a las mujeres de clase y media-alta pues, son ellas quienes, mayoritariamente, tienen acceso a estos discursos y los reproducen una vez que viven sus procesos bajo las nociones de los movimientos del que son activas) se transforman dentro de los hospitales que brindan atención a mujeres de todas las clases sociales, en acciones de violencia simbólica y no de atención humanizada del parto para aquellas que no representan el modelo.

Muy en relación con los planteamientos de Jerez y Tornquist, hoy en día es posible encontrar en clínicas privadas de centros urbanos, ofertas que, por un costo adicional, incluido a veces dentro del plan de medicina prepagada, ponen al alcance de los usuarios paquetes de atención especializada durante el parto, basada en los preceptos de la humanización.

Esta realidad, cercana a algunas mujeres de Jardín, ya fuera por experiencias personales, por el rastreo de dichos servicios en estos sitios, o por el “voz a voz” de amigas y conocidas, ubicó las percepciones sobre el parto humanizado en una dimensión económica que, si bien se presentaba como una oferta abierta, no estaba al alcance de todas, lo que podría suponer lógicas de exclusión. Más si se tiene en cuenta que el lugar donde se “vendían” estos paquetes, era la capital, es decir que allí ya había una determinación geográfica, no tan asible, pues esto además del desplazamiento, implicaría buscar redes familiares o de amigos que habitaran en Medellín, que no es algo común a todas las mujeres del municipio.

Así las cosas, el parto humanizado, presentado como un asunto romantizado, ideal pero lejano, del que sólo podría escucharse a través de experiencias ajenas, no supondría ya una forma de reivindicación de los derechos de las mujeres, sino más bien un discurso

mercantilizado, del que nuestro sistema económico está ahora sacando provecho al adaptarlo, creativamente, a sus lógicas de producción de capital.

El otro día hablando con una compañera y con [mi esposo], hablábamos de que esto del parto humanizado también se vuelve en muchos sentidos, un tema de clases, pues es clasista, es discriminatorio porque si tenés recursos para pagarlo tenés humanización, sino, eres el mismo animal que llega “¡y rápido, y rápido porque nos pagan por una sala, porque necesitamos las camas!” ¿cierto? Entonces a [mi esposo] eso tampoco le gusta, entonces me dice “¡no me parece porque entonces si no tuviéramos con que pagar te tocaría tenerlo como todas las mujeres lo tienen!”. (Julieta, comunicación personal, septiembre de 2018)

Bajo esta lógica, teniendo en cuenta la situación económica de nuestro país, el parto humanizado no podría, por mucho, ser un derecho al que todas las clases sociales podrían acceder. Estos testimonios, que bien pueden entenderse como cuestionamientos al modelo de atención en salud de Colombia, un modelo que no garantiza completamente el bienestar de los ciudadanos, y que se basa en unas dinámicas de mercantilización de la salud, reiteran la noción planteada en capítulos pasados, de cómo nuestro sistema económico ahora determina los procesos reproductivos de las mujeres.

Pensar este planteamiento en el contexto de Jardín, donde, según cifras oficiales³⁹, a abril de 2019, de un total de 13.486 habitantes, 9.512 hacen parte del régimen subsidiado y otro tanto de población pobre no asegurada (PNA), implicaría que un gran número de población gestante no cuenta con la posibilidad de parir “humanizadamente”. Realidad que de cerca conocen las mujeres participantes del grupo focal, al ser ellas mismas población subsidiada o plantear, como ya mencionamos, que el parto humanizado es un asunto en venta, y además costoso.

Por otro lado, la asociación del parto humanizado a un asunto de clases, se despliega a través de los imaginarios acerca de sus representantes. En primer lugar, los movimientos sociales que promueven el parto humanizado en Colombia se ubican en los centros urbanos y su difusión se da, principalmente a través de redes sociales/virtuales, de las que no todas las mujeres son usuarias. Aunado a esto, revisando acciones populares como performances,

³⁹ <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

marchas, foros y demás, realizadas por este tipo de colectivos y grupos, en locaciones como Medellín, Bogotá y Cali, fue posible notar que dichas actividades tuvieron lugar, justamente, al interior de estas ciudades. Lo que deja una sensación de lejanía con respecto a lugares, como Jardín, es decir un municipio que está ubicado a una distancia terrestre significativa de Medellín. Así las cosas, el parto humanizado además de un producto caro, también vendría siendo un producto “para las mujeres de la ciudad”, que rodeadas por un “halo de cosmopolitismo” son quienes tienen la posibilidad de comprar lo que esté en venta.

En este punto bien podríamos preguntarnos ¿Por qué si el hospital de Jardín ofrece un servicio de Parto humanizado, sin distinción de clase, muchas mujeres del municipio lo buscan en Medellín? En primer lugar, siempre estuvo muy presente el ideario del riesgo, según el cual el parto es algo impredecible y sujeto a cambios hasta el último minuto, de este modo, la planeación de un parto implicaría también tener en cuenta posibles acontecimientos de emergencia, a lo que se responde con la ubicación de clínicas en la ciudad a donde dirigirse con antelación para llevar a cabo el proceso de parto, siempre y cuando se cuente con dicha posibilidad, esto, muy ligado a la noción de seguridad hallable en la tecnología biomédica y los altos niveles de complejidad en salud; y en segundo lugar, vemos en estas respuestas cómo el parto humanizado sigue teniendo una fuerte asociación a las materialidades, en tanto es visto como un listado de procedimientos logrados a través de insumos de gimnasia prenatal, camillas de parto con agarre y piscinas, muy similar a ciertas ideas abordadas en el capítulo anterior. Estas dos perspectivas se funden y pueden traducirse en cierta falta de confianza hacia la E.S.E toda vez que esta no cuenta con un alto nivel de complejidad y por ende además de no poseer ciertos elementos, tampoco podría atender un asunto de emergencia de tipo complejo, las mujeres se verían expuestas, dado el caso, a una remisión. En otras palabras “a mayor nivel de complejidad, mayor nivel de confianza”.

En síntesis, las mujeres participantes, encontraron en el parto humanizado, unos lineamientos ideales, que reconocían y manifestaban en buenos tratos, información, posiciones distintas a la litotomía y compañía de sus compañeros, madres o hermanas. No obstante, fue constante la idea de que, si el parto humanizado existe, no es algo que esté a su alcance o no completamente dado que más que un derecho de todas las mujeres, este es un beneficio para algunas.

5.1.2 “Parto humanizado, como se paría anteriormente”.

*“Humanizado es como lo tenía uno anteriormente, es uno ir al hospital ya como última opción, –bueno, viene ya grave y la preclamsia– pero yo toleraría tenerlo en la casa.”
(Lola, comunicación personal, septiembre de 2018)*

Este epígrafe tomado de una alocución surgida en uno de los grupos focales, se remite a los partos en casa como un ideal de bienestar y humanización en el proceso. Aun cuando hoy en día los partos domiciliarios han ganado popularidad gracias a la difusión del Movimiento de Parto humanizado, la intervención de nuestra interlocutora hacía referencia a las maneras en que se paría “anteriormente”, cuando el advenimiento se daba en casa de la parturienta, con una partera, matrona u otra mujer a su servicio. De manera paralela, en un taller realizado con mujeres de algunas veredas del municipio, el tema del parto en casa surgió entre las participantes durante la actividad; según ellas, sus madres, campesinas todas, parieron, hasta hace 20 años, a muchos hijos en fincas alejadas del casco urbano, ayudadas por mujeres de sus redes sociales como madres, hermanas, parteras e incluso por sus esposos. En esta socialización, la evocación de los procesos de sus madres y abuelas aparecía como una forma de reforzar la imagen de estas, como mujeres llenas de una vigorosidad y fortaleza que el mismo medio les exigía, porque además de parir con “verraquera” – en sus palabras – tenían que retomar sus múltiples actividades cotidianas de mujeres, madres, agricultoras y demás. Así, este ideal de bienestar o humanización en el parto, no se centraba tanto en las materialidades o complejidad de una institución sino más bien en la adaptación del evento a sus contextos reales y familiares, así como también a su capacidad física.

Como mencionamos en el capítulo III, la *corriente naturalista* del parto humanizado, propone unas formas de retorno a elementos “de lo indígena” y lo rural acompañadas de una crítica a la tecnocracia que rodea, hoy en día, a las etapas reproductivas de los humanos en el marco de un sistema económico mediado por las prisas. Esta corriente, incluso sugiere que los partos deberían ser asistidos por parteras y que los médicos deberían ser sólo solicitados en casos de emergencia, es decir, ser más una figura secundaria. Una de las mayores

promotoras de ese “retorno al hogar” como lugar de ideal los partos, la ausencia de la medicalización y la exaltación del “poder femenino”, fue Consuelo Ruiz, una matrona muy referida en los colectivos pro parto humanizado y las corrientes naturalistas del movimiento. En el texto “Parir Sin Miedo” (2012) se recogen algunas de sus reflexiones a partir de su experiencia en atención al parto en casa, que proponen que el parto en centros hospitalarios hace parte de toda una empresa de conquista sobre el cuerpo de las mujeres, en detrimento del olvido de sus realidades biológicas, por lo que “hacerlo como se hacía antes” representa una conquista política para las mujeres, y, en términos de pertinencia biológica, una forma segura y tranquila de vivirlo.

Para Consuelo Ruiz (2012, p. 81) existen al menos cuatro enemigos visibles del parto en casa, estos son: “la ignorancia”, “el miedo”, “el dolor”, y “la impaciencia”. A partir de estos, la matrona explica por qué las mujeres deciden parir en centros hospitalarios, a diferencia de épocas pasadas donde estas tenían otros grados de conciencia sobre dichos eventos. Interpretación que, de manera similar a algunas de nuestras interlocutoras, define a las mujeres de antaño, como seres cargados de una fortaleza que hoy en día se ha perdido a causa de la modernidad. Aun así, no estaría de más aclarar, que además de esta “fortaleza” de antaño, estas mujeres también hacían parte de realidades y contextos distintos en donde la distancia, el acceso a centros médicos, la importancia de los hijos, entre otros, determinaban sus decisiones de parir en casa. Entonces más que una suerte de fortaleza con la que se nacía en esa época, estas mujeres pertenecían a un medio que les exigía otro tipo de actitudes frente a los eventos de la reproducción, que como vemos, hoy en día se han reconfigurado de distintas maneras si lo comparamos con esas “formas de antaño”.

Es interesante ver cómo se ordenan las nociones del bienestar de acuerdo a las épocas y lugares de las mujeres. Así, mientras que para la medicina occidental los hospitales representan lugares idóneos para presenciar un evento como el alumbramiento, para estas personas, aunque usuarias de los servicios de salud de instituciones médicas como el hospital de Jardín, su noción de bienestar se construye a partir de las circunstancias de su vida cotidiana, sus lecturas del entorno y las formas de dar sentido a sus condiciones sociales. De esta guisa, la tríada embarazo, advenimiento y puerperio serían formas específicas de pensar

y crear la realidad social, dotándola de sentido a través de diversos elementos simbólicos, es decir, representaciones sociales.

Un factor común entre las participantes que coincidieron con este precepto del parto humanizado, sin pretender caer en esencialismos, es que todas hacían parte de entornos rurales, mediados por dinámicas económicas en torno a la agricultura, la ganadería, la horticultura, entre otros, labores que conjugaban con el cuidado del hogar y la crianza de otros niños, este ordenamiento de sus vidas, también vivido por sus madres y abuelas, según sus relatos, dota de una centralidad imperante al cuerpo en tanto este es el vehículo para llevar a cabo cada una de estas actividades, así, el cuerpo fuerte y multifuncional de la mujer de antaño, testigo de múltiples partos, tiene la capacidad de traer niños al mundo, sin un escenario médico, implementos de gimnasia o un profesional, de fondo. Lo que supondría un concepto de parto humanizado, no tan dependiente de las herramientas, sino más bien interno a la fortaleza física y mental de las mujeres, así, “respetar o humanizar” el parto sería permitirle un ambiente sin muchas intervenciones. Ideario que contrasta con el actual modelo tecnocrático de atención a los partos, dependientes en muchos sentidos de los escenarios médicos, no obstante, como vimos en los ejemplos citados, aunque sea en evocaciones el parto en casa “como antes” sigue siendo un referente.

5.1.3 Parto humanizado, cuerpo, intimidad y derechos de las mujeres.

Como vimos ya en el capítulo III, una de las principales características del Movimiento de Parto Humanizado, es que mantiene un flujo constante de información a través de la web y otros medios. Esto ha posibilitado que, aun cuando es un tema desconocido en muchos sitios, su mensaje es ahora cercano a cierto tipo de público. De esta forma, es posible encontrar en distintos contextos la presencia y el uso de las nociones propuestas por el movimiento, ya sea como un referente que se exige a las instituciones de salud, como una forma de denunciar prácticas de violencia obstétrica o bien como un discurso que reconoce en la gestación y el parto actos cargados de sentido político.

Este flujo constante de información ha devenido, en menor medida y paulatinamente, en unas nuevas propuestas sobre los preceptos de humanización o bienestar convencionales en estas etapas, que, aunque son más visibles en cierto tipo de población, están ahí ubicándose poco a poco en el debate sobre lo adecuado/idóneo o inadecuado/señalable en aspectos como la atención al parto, las posiciones de las mujeres, los idearios y las representaciones sobre el nacimiento.

En el grupo focal realizado con mujeres habitantes del casco urbano, el uso del concepto de parto humanizado se remitió, recurrentemente a la exaltación de estados armoniosos y a la centralidad y el respeto por el cuerpo, así como también a una herramienta para la reivindicación de algunos derechos de las mujeres. Estas mujeres, contaban con cierta cercanía a las propuestas del movimiento gracias a las redes sociales/ virtuales, a las que acudieron cuando iniciaron sus procesos de gestación, algunos de ellos ya pasados. Si bien las que ya habían parido recordaron con cierta tristeza no haber tenido un proceso de parto humanizado, esto fue, según ellas, por falta de ofertas institucionales y no por falta de conocimiento de su parte. Dicha cercanía a los preceptos oficiales del parto humanizado y de la OMS por parte de las mujeres de la zona urbana⁴⁰ del pueblo, algunas de ellas profesionales formadas en áreas como educación física, periodismo y educación, estaba relacionada con una constante proactividad dentro del pueblo que las hacía moverse en colectivos, grupos juveniles, círculos y organizaciones de mujeres activistas por temas territoriales, feministas y políticos, donde la información desplegada por otros movimientos en pueblos aledaños y también en la ciudad fluctuaba enriqueciendo sus discursos sobre la vida desde una perspectiva de contra respuesta. Algo muy similar a lo que, como menciono en la introducción, pude notar en Medellín, al coincidir en los encuentros de parto humanizado con mujeres gestantes adscritas a colectivos feministas y otros movimientos sociales de la ciudad.

⁴⁰ Me llamó la atención que las mujeres del área urbana tuvieran más familiaridad con el concepto oficial de Parto Humanizado que las mujeres de las veredas. Esto lo asocié con el acceso a la virtualidad y otras fuentes de información como su participación en movimientos de contra respuesta, no quiero decir con esto que las mujeres de las veredas no tengan acceso a internet o que estén “atrasadas” por no estar familiarizadas con lo que es un parto humanizado como sus coterráneas del pueblo. Más bien creo que el parto humanizado es también un concepto atravesado por la institucionalidad y construido por un grupo de mujeres un poco alejadas de las realidades de países como el nuestro, si bien, creo fundamental su implementación y reconozco en este una conquista en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, pienso también que es menester que, al igual que como lo han hecho los Feminismos del Sur, este concepto debe ser plural y extenso a otras realidades. Por el momento, mientras esto sucede, el concepto de parto humanizado es fácil de encontrar en las redes sociales virtuales y presenciales de grupos de mujeres específicos, como los mencionados en el capítulo III.

A partir de la información rastreada, estas mujeres reconocían en organizaciones como la OMS autoridades a las que apelaban para cuestionar cómo los hospitales no siempre cuentan con prácticas de atención humanizada para el parto, lo que encontraban como un tipo de violencia institucional, pues se estaba, según eso, negando sus derechos: “Y [el parto humanizado] se lo niegan muchas veces, eso es increíble, pues es como que te niegan el derecho. Es como decirle: ¡Aquí, usted no tiene voz!, solamente venga y aquí se atiende”. (Julieta, comunicación personal, octubre de 2018).

Además de esto, manifestaban la dimensión emocional como algo de suma trascendencia al momento de parir, dimensión usualmente ignorada por los profesionales en los afanes del proceso de parto. El respeto por esta dimensión se describió a partir de tratos adecuados y pacientes, que reconocieran en todo momento las decisiones de la mujer en parto, pues al ser ella quien encarna el proceso es quien tiene derecho a decidir sobre este.

No obstante, pese a la aparente cercanía de estas mujeres con las propuestas del movimiento, en sus respuestas siempre estuvieron presentes algunos cuestionamientos por el hecho de que dentro de sus realidades es poco común que se cumplan esos puntos. De ahí que también surgieran algunas evocaciones de sus historias personales y de otras mujeres cercanas, que tuvieron procesos de parto no humanizados o poco dignos, según sus percepciones, en escenarios clínicos de Medellín, ya fuera por la presencia excesiva de practicantes no autorizados por la parturienta, por la presión para inducir el parto o usar anestesia, o por la indiferencia de algún profesional de la salud frente al dolor de una cesárea. Todos estos elementos muy cuestionados.

En los tres acápites ejemplificados, vimos cómo a pesar de que las interlocutoras desplegaron una gama variada de nociones sobre el término, hubo un factor común entre estas: para todas ellas, era complicado alcanzar el parto ideal; ninguna lo había tenido y en caso tenerlo en planes, este se lograría sólo después de un proceso de papeleo, dinero y pedagogía con las familias (según lo que pidiera la materna). Por ejemplo, al pensar en las mujeres de las veredas que asociaron el parto humanizado/respetado/ideal a las experiencias de sus madres años atrás, en la intimidad del hogar y lejos de la mirada médica; se halla una discontinuidad en sus propias experiencias, pues estas no sólo fueron vividas en tiempos y sitios completamente distintos, sino que estuvieron permeadas por otros discursos. Así,

mientras estas interlocutoras aludían a los partos en casa como eventos cargados de importancia y fuerza, sus propios partos se desarrollaron en instituciones médicas delimitadas por discursos profilácticos atados al binomio riesgo/miedo, como elementos preventivos de cara a cualquier eventualidad. Acá hay que hacer la salvedad de que los grupos de activistas por el parto humanizado promocionan de manera recurrente el parto en casa, la cual puede ser una de las razones que llevaron a las mujeres a relacionar el parto humanizado con el parto domiciliario. Empero, es necesario profundizar en esta propuesta, ¿Qué tipo de parto en casa? Pues si atendemos a las respuestas de las mujeres de este ejemplo, entonces la presencia médica no sería necesaria; mientras que si fijamos la mirada en lo que proponen los movimientos y la OMS, un parto en casa debería ser planeado y contar mínimo con un médico o partero profesional y un enfermero, además de tener a disposición una ambulancia, claro está que este servicio tendría cierto costo. Razón que también podría relacionarse con la lógica de asociar el parto humanizado a un servicio sólo posible de alcanzar por mujeres ciudadinas de clase media y alta. Finalmente, el parto humanizado reconocido como una forma de respeto por el cuerpo, la intimidad y los derechos de las mujeres, ligado a las recomendaciones de la OMS, se presenta como el ejemplo de unos ideales también por alcanzar, desde los cuestionamientos de las mujeres sobre las exclusiones y los caminos a recorrer en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Vemos así, cómo el embarazo, el parto y el postparto leídos en clave de condiciones sociales (Montes, 2007), hechos sociales (Arboleda, et al. ,2002) o eventos biológicos representados socialmente a través de un sistema de símbolos, signos y creencias (Moscovici, 1981), son en sí, fenómenos que amalgaman a la comunidad en una situación que resulta en la llegada de un nuevo integrante. Un evento posible de definir como un estado liminal (Van Gennep 1986; Víctor Turner 1988), pues en su desarrollo, la mujer se sitúa en un antes y un después, y es justo en este trasegar donde entran a regir las normas y restricciones en las que se condensan los idearios del grupo. Bajo esta lente, es posible ubicar al concepto de parto humanizado, al igual que la tríada gestación, parto y puerperio, en el sitio de las representaciones sociales, ya que este se construye y toma sentido desde los imaginarios y expectativas de las mujeres gestantes y las prácticas discursivas de la sociedad que la rodea. Dichas representaciones ponen en el escenario unas nociones de humanización y bienestar en el parto que emergen a través de los diversos usos políticos que se den al término. De esta

manera los actores sociales e institucionales, entablan un diálogo por esta arena política a ser ocupada (Jerez, 2015, p. 92). Estamos hablando entonces de que las miradas sobre el parto y el discurso de la humanización del mismo mantienen una relación de convergencia y contraposición constante, encuentros y desencuentros determinados por la singularidad de cada situación.

5.2 “El lugar del nacimiento”: La dimensión socio-espacial del paritorio.

Una característica central de la práctica clínica desde el posicionamiento de la biomedicina, ha sido la creación de establecimientos destinados a la atención y asistencia de los pacientes por parte del personal facultativo. Estos lugares, conocidos como hospitales o nosocomios han evolucionado a medida que el discurso biomédico se ha instituido como un elemento central en la sociedad. Todo ello, al punto de que hoy en día, estos representan los espacios *per se* de la práctica médica. Según Visacovsky (2008) esta dimensión espacial ha sido crucial en la constitución del saber médico, pues el surgimiento de la mirada médica a partir del siglo XVIII es consustancial al desarrollo del espacio hospitalario medicalizado (2008 P. 91-11).

La evolución del conocimiento médico devino, paralelamente, en el avance y consolidación de los nosocomios, que con el tiempo desarrollaron estrategias de cobertura y especificidad. Por lo que es común encontrar en estos lugares, unas convenciones comunes plasmadas en las divisiones de la infraestructura que delimitan las actividades que allí se llevan a cabo.

Si bien los diseños de los hospitales pueden ser de la más vasta variedad, estos contienen, por lo menos, un lugar específico para la revisión de los pacientes: el consultorio. Esta parcelación en la estructura hospitalaria, traza, además de las áreas de trabajo del personal encargado, las rutas de desplazamiento, el flujo de los individuos y los tiempos internos. Lo que da cuenta no sólo de unos esquemas de trabajo, sino también de unos límites establecidos

entre los “visitantes” (ya sean pacientes o acompañantes) y los “propios” (administrativos, trabajadores varios o personal clínico).

Las actividades intrahospitalarias de la E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya se desarrollan en una estructura de dos plantas, la primera es un pequeño sótano donde se ubican cuatro consultorios, delegados para las actividades de promoción y prevención (P y P), entre ellos, la zona de vacunación, el consultorio para público joven y adolescente en temas de salud sexual; el consultorio de control y desarrollo de niños pequeños y el consultorio de pacientes con enfermedades crónicas, en este sitio el público más movido es el de niños con sus madres, a la espera de ser vacunados o de cumplir sus citas de control.



En dos planos, el consultorio de PyP y contiguo a este, las escaleras de la entrada principal del hospital Gabriel Peláez. Fotos de mi autoría. 09/09/2018

Al salir de este sótano, se encuentran las escaleras que dan paso a la entrada principal, en la planta alta. Al ingresar por esta entrada, están, al lado izquierdo, las oficinas del personal administrativo, en silencio y con poco movimiento de pacientes, y en cambio sólo con la presencia del cuerpo administrativo de la institución; al lado derecho, un cuarto donde se encuentran la farmacia y dos cubículos, uno de *ingreso*, donde se entregan los turnos y se pagan las citas, y otro de *archivo* donde se reclaman las facturas y las órdenes de exámenes y medicamentos una vez el paciente fue atendido por el profesional clínico. En esta sala, el

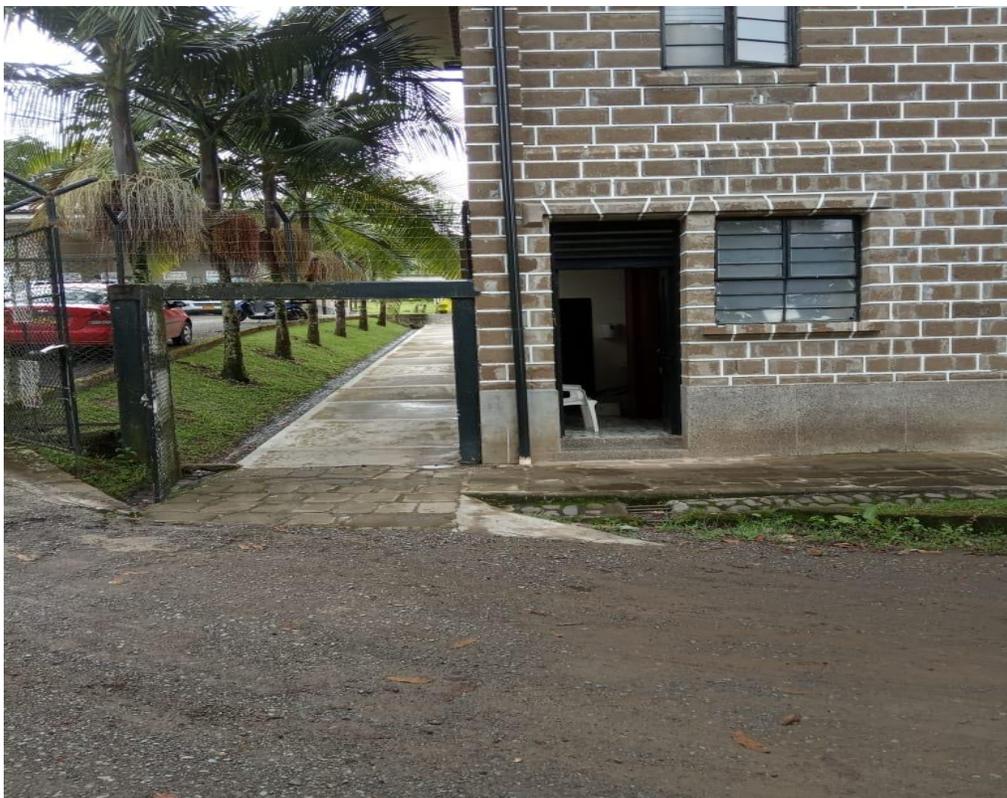
movimiento es constante, los turnos se asignan por orden de llegada y se priorizan a las gestantes, personas de la tercera edad y personas con movilidad reducida, allí es posible ver gente de todo el municipio, veredas y casco urbano, a la espera de un ficho en medio de conversaciones cruzadas y en voz alta. Justo por el ruido, a veces las dos secretarías encargadas deben subir la voz para que la persona que sigue en la fila pase al frente, esto genera tensiones entre los presentes que repiten el grito y se exaltan cuando el otro no pasa pronto por el turno, además de que hay regañíos para quienes se cuelan. Las horas pico de este sitio son en la mañana, entre 6:00 AM y 8:00 AM, y en la tarde, a la 1:00 PM hora de almuerzo para muchos trabajadores en el pueblo; al salir de este cuarto, se encuentra uno con un corredor, a la derecha una puerta sólo para personal autorizado, que da paso a un jardín rodeado de las habitaciones de hospitalización, las cuales se conectan con la sala de urgencias. De esa puerta restringida, para afuera, unos pasos más adelante están los consultorios médicos, seguidos del laboratorio clínico, al frente de estos hay una sala de espera al aire libre, con sillas de plástico fijas, donde acompañantes y pacientes socializan mientras les llega el turno; frente al laboratorio se encuentra el consultorio odontológico y adyacente a este, otro corredor que tiene, un par de metros a la derecha, a la sala de parto, y la sala de rayos X, estas dos se conectan a su vez, con otro corredor por donde se llega a la ya mencionada zona de cuartos de hospitalización.



Ingreso principal al hospital, a la izquierda oficinas administrativas, al lado derecho lugar de entrega de fichos, al fondo sala

de espera al aire libre y frente a ellas consultorios y entrada restringida a hospitalización. Al fondo puerta que comunica con la sala de parto, consultorio de psicología, de nutrición y cafetería. Foto de mi autoría 9/9/2018

Ahora bien, a la izquierda de este mismo corredor, están el consultorio de nutrición y el de psicología, ubicados al final del pasillo, y a dos metros de estos, está la cafetería que es una de las zonas comunes entre empleados y usuarios, allí es posible ver a los empleados del hospital y los pacientes departiendo entre ellos, dado que muchos son conocidos por el tamaño del pueblo. Afuera de la cafetería están las zonas de parqueo para los vehículos de la E.S.E y los empleados del hospital, al salir de esta zona, que es al aire libre, de nuevo nos encontramos con el sótano de P y P.



Zona de parqueo, que comunica con los consultorios de PyP. Foto de mi autoría 09/09/2018

Las investigadoras María Guadalupe García, María Laura Recoder y Susana Margulies (2017), proponen que los diseños de los hospitales promueven unas formas específicas de socialización marcadas por la delimitación de tiempos y espacios, a las que ellas nombran como un “adentro y afuera”. En esta interpretación, “adentro” se refiere a las dinámicas que suceden al interior del hospital, una vez el paciente ingresa: el papeleo, las preguntas, la socialización entre pacientes y el personal hospitalario, el consultorio y la hospitalización; y

el “afuera” hace referencia a todo lo que acontece en la sala de espera o la puerta del hospital; la socialización de los acompañantes, las tensiones, los reclamos, el ingreso de nuevos pacientes, etc. Ese estar “adentro” y “afuera” genera unas formas especiales de comunicación entre los sujetos, en las que ambos, médicos y pacientes, idean unas maneras específicas de estar en el lugar, de negociar, imponerse o bien, de ceder para conseguir sus acometidos.

Bajo esta noción, el hospital de Jardín cuenta con unas delimitaciones específicas del “adentro” y el “afuera” que sí bien no están profundamente marcadas, dado su diseño abierto y la familiaridad entre pacientes y personal intrahospitalario, sí establecen unas lógicas específicas de socialización ligadas a la espera, como la entrega de turnos y citas; a los sitios y tiempos restringidos, como las habitaciones de hospitalización y los horarios de visitas; y a los usos específicos de cada lugar, como, por ejemplo, los consultorios donde sólo pueden estar el profesional clínico, su paciente y el acompañante vs. La cafetería o las salas de espera donde se congregan los sujetos sin distingo dentro de la institución.

En este sentido, el hospital, en tanto estructuras física, puede entenderse como un espacio socialmente producido, a partir de las interacciones de los diversos sujetos/objetos que allí confluyen. Para Alicia Lindón (2012) estas formas de organización desde de las relaciones socio-espaciales entre diferentes actores, develan la existencia de un territorio. Bajo este marco, es posible reconocer al hospital como un pequeño territorio en el que convergen, además de procedimientos y elementos técnicos, un sinnúmero de prácticas discursivas mediadas por la historia, las emociones, las posiciones morales y las relaciones de poder. En este territorio, las atrás nombradas parcelaciones infraestructurales, ya sean de carácter administrativo o clínico, representarían extensiones de los órdenes institucionales del hospital, donde se reproducen, a nivel micro, otras formas de socialización.

Estas interacciones, desenvueltas en esta suerte de territorio, son justamente las que transforman a los hospitales, de lugares a espacios. De Certeau (2000) plantea que existe una distinción entre “lugar” y “espacio”. Para el autor, un lugar “es el orden según el cual los elementos se distribuyen en relaciones de coexistencia”, esto es, una ubicación aleatoria de posiciones. Mientras que el espacio existe “en cuanto se toman en consideración los vectores de dirección, las cantidades de velocidad y la variable del tiempo”. El espacio entonces es un

“lugar practicado”, resultado de múltiples interacciones que lo orientan y lo temporalizan. Este carácter lo dota de un sentido móvil y cargado de acciones de sujetos históricos.

Esta noción, que plantea una relación inextricable entre el espacio y el tiempo, ha sido también abordada por otros autores. David Harvey (2018), autor nombrado en capítulos anteriores, propuso, a partir de una revisión profunda de la obra de Henri Lefebvre, el concepto de “espaciotiempo” para desarrollar la idea de que ambos elementos existen a partir del otro. El tiempo entonces, es una parte fundamental de la producción social del espacio.

En el caso de los centros de atención en salud, las temporalidades bien pueden observarse desde distintos ángulos. Ya sea en las salas de espera, la entrega de turnos, las filas, la priorización de la atención según el triaje médico o el tipo de población, como formas de orden creadas y reguladas por la institución. La antropóloga Laura Ferrero (2003), ha realizado un análisis etnográfico de la asignación de turnos, en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. Para ello, centró la mirada en el lugar que asume el tiempo y las formas en que es regulado socialmente en un contexto de organización de cuidados médicos. Para Ferrero, la asignación de turnos puede leerse “como una forma de actividad ritualizada en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de esa institución” (2003, p.165)

Una de estas parcelaciones, de tipo Clínico, es la Sala de parto. Este espacio, como el lugar convencional del nacimiento en nuestra sociedad, desde de la transición del parto en casa al parto hospitalario, ha sido creado para responder a las necesidades propuestas por los discursos biomédicos sobre la seguridad y la eficacia en el devenir. En general, las salas de parto están conformadas por un número determinado de elementos que tienen funciones específicas dirigidas a la atención del parto y el nacimiento. Camillas, aparatos biomédicos, instrumentos quirúrgicos, lavamanos especiales, recipientes de residuos bio-sanitarios, entre muchos otros, conforman un espacio concretamente diseñado para la escena obstétrica; aquella en la que un representante de la medicina occidental guía y recibe a un nuevo individuo.

Las sociólogas Madeleine Akrich y Bernike Pasveer (2011) han propuesto el abordaje de los partos desde una “sociología de la tecnología”, la cual plantea que los dispositivos tecnológicos propios del modelo tecnocrático de atención a la gestación y el parto, que señala

Davis-Floyd (2009), deben concebirse no sólo como objetos, sino más bien como tablados donde se despliegan relaciones entre el mismo objeto, los usuarios, los médicos y un conjunto de elementos que constituyen un entorno común. Así, los dispositivos tecnológicos serían generadores de “mediaciones sociales” en tanto no son sólo artefactos instrumentales o parte del inventario, sino que, por el contrario, participan en las redefiniciones que la mujer hace de sus trabajos de parto desde su subjetividad. Según estas autoras, no es posible desligar la circulación de objetos técnicos de la trama social que la respalda (2001: 64). Así, en términos de parcelaciones y fronteras, los paritorios representan zonas restringidas dentro de las instituciones médicas, en los que, en un escenario de situaciones vitales, se desarrolla un diálogo entre las mujeres a punto de parir y el personal de atención autorizado; diálogo en el que además intervienen otros actores sociales y las materialidades del lugar.

En la E.S.E Gabriel Peláez Montoya, las mujeres en trabajo de parto deben ingresar por la entrada de Urgencias. Una vez allí, esperarán la autorización que les abrirá las puertas del consultorio donde serán auscultadas. El veredicto del médico determinará si la mujer debe regresar más tarde, ser remitida o bien, pasar a la sala de parto.

El consultorio de urgencias médicas está ubicado al principio de un corredor largo que tiene, a cada uno de sus costados, unos cubículos donde yacen los pacientes de atención prioritaria, separados por cortinas. Si la mujer está en la fase final del trabajo de parto, deberá atravesar este corredor, salir por una puerta que conduce a un jardín interior del lugar, y ubicarse en una habitación independiente conocida como “Pediatria”. Allí deberá esperar la luz verde que le indicará que es hora de entrar al paritorio, situado dos corredores más adelante. Por el contrario, si la mujer está recién empezando el trabajo de parto, se le sugiere que se dirija a su casa y regrese en unas horas para chequear el avance de la labor.

Este manejo del tiempo, se basa desde el saber médico, en el número de semanas gestacionales, la continuidad de las contracciones, el grado de dilatación del cuello uterino y el posible rompimiento del saco amniótico. Por otro lado, las mujeres, que se guían por sus cuentas, síntomas físicos y sus experiencias personales reconocen cuándo inicia la parte final de sus embarazos.

Discontinuidad visible entre los tiempos determinados por las rutinas institucionales y los tiempos vividos por la mujer en su labor personal de parto. Así, aunque es ella quien encarna

el proceso, será, la indicación del médico la que determinará, según unas temporalidades en la atención, si ella debe “estar adentro” o regresar al “afuera”.

Uno de los relatos de parto contenidos en este trabajo, muestra la situación de una mujer, en labor de parto, que tuvo un parto espontáneo en la camilla de urgencias mientras esperaba la orden del médico a cargo. Pese a que esta pidió ser llevada a la sala de parto, apelando a que conocía su cuerpo y por ende sabía que la hora estaba cerca, este traslado nunca se dio, pues el médico no consideró que el fuera el momento:

[El parto] Fue a la semana 38, reventé membranas a las 6:30, me acerqué al hospital a consulta por urgencia, me dijeron que volviera a las 12 horas, que, si no se presentaba alguna otra eventualidad de sangrado, dolores más fuertes o ya trabajo en sí de parto, volviera a las 12 horas, me pareció extraño porque uno revienta membranas y deben dejarlo pues en la institución. Volví a las 12 horas, no había empezado trabajo de parto, no tenía contracciones ni nada, donde decidieron ya dejarme para ponerme medicamentos, antibióticos y remitirme. Nos quedamos ya toda la noche esperando remisión, los enfermeros llamaron a varias instituciones y nunca apareció la remisión. A la 1:00 de la mañana me empezó, fue espontáneo el parto, me empezaron las contracciones muy fuertes desde el principio (...) Nació la bebé a las 5 y 27 de la mañana, no hubo tiempo de nada, la tuve en urgencias (...)

-Mónica Berrío: ¿Y mientras tú estabas en trabajo de parto, llamabas y decías “yo siento que ya está naciendo”?

Sí, el doctor decía “no, usted se demora, todavía no puede, no le puedo hacer tacto” ya a lo último, ya muy avanzada la noche o la madrugada, el enfermero me dijo “le voy ayudar”, (...) pero el doctor como que le decía que no podía, pero entonces así como al escondido, me dijo “la voy ayudar”, cuando él ya me iba ayudar, entonces el doctor le llamó la atención, como qué me iba a hacer, él me iba hacer era un tacto, y ya “sí ya, lo tienes en siete, hay que llevarla para la sala de partos a que vaya pujando mientras tanto...” y no, en cuestión de cinco minutos tuve ya la bebé [en la camilla de urgencias]

(Matilda, comunicación personal, 5 de octubre de 2018)

Este relato, que obedece a una situación particular, muestra una amplia gama de dinámicas que dan cuenta de las temporalidades como parte activa de las relaciones sociales intrahospitalarias, en este caso, en torno a un parto. Ya fuera en la espera de diligencias

protocolarias interhospitalarias como las remisiones, que a su vez nos hablan del sistema de salud colombiano y sus maneras de operar; o en los tiempos determinados por el médico y en la comunicación “bajo cuerda” con el enfermero que no fue indiferente a su situación, visibilizando así un proceso que no daba espera; las escenas descritas por nuestra interlocutora bien refieren un ejemplo de las temporalidades y dinámicas del “adentro”.

Por otro lado, la indicación del sitio de espera; casa, pediatría o sala de parto; según el avance del proceso, se basa en unos tiempos aprobados por la autoridad en salud, autoridad que este caso ocupa el primer plano, mientras la mujer pasa a uno secundario. Estos tiempos son parte de un sistema macro, que propende por mantener el orden en la institución de acuerdo a sus rutas y temporalidades, rutas que las mujeres transitan, independiente del estado de sus procesos, como usuarias, una imagen, que, a la larga, es la representación de uno de los engranajes que dan marcha al sistema. En el diseño de este sistema, los tiempos y espacios adquieren funciones específicas, toda vez que sirven de guía y determinan los roles de pacientes y empleados, ya sean clínicos o de otro talante.

bajé [al hospital] a que me revisaran más o menos a las ocho de la mañana, me dijeron que apenas iba en tres que debía regresar, si sentía que se me apuraban los dolores, a las 4:00 P.M y si no a las siete de la noche a ver en cuánto iba (...) fui a las 4:00 P.M y el bebé no descendía, y se llegaron las 7:00 PM, entré, me hicieron el tacto, apenas iba como en 6, me pasaron a una habitación y ya ahí rompí la fuente en la cama, me empezó pues a salir el moco, en ese momento estaban en cambio de turno de los médicos, eran más o menos las siete y cuarto, siete y veinte, entonces mi mamá llamaba y llamaba y no llegó, llegó solamente un enfermero. Entonces él le dijo a mi mamá que me pasara a la sala de parto que ellos ya iban, entonces mi mamá me cogió, me llevó, entramos a la sala de partos, ella me subió a la camilla, me acomodó los pies. En ese momento llegó el enfermero y mi mamá era colgada del teléfono y del pito de urgencias y el médico no llegaba, no llegaba y yo ya sentía que... yo le decía a mi mamá que me iba a dormir, que yo ya no daba más, y el enfermero gritaba que porque el bebé ya estaba con la cabecita afuera y que él no lo podía recibir, entonces mi mamá le dijo que se colocara la bata que ella la amarraba y que ahí entre los dos le hacían, (...), me dijeron que no hiciera ningún movimiento y el bebé se salió solo, yo no sabía qué pasaba y mi mamá me decía “cálmese, no

llore, él está bien” (...) y el enfermero y ella lo recibieron (...) y ya de ahí por fin llegó el médico. (Elizabeth, comunicación personal, octubre de 2018)

En las salas de parto, el tiempo se torna crucial y polivalente, porque sobre la misma línea se posan las temporalidades biológicas que obedecen al evento de dar a luz, y los tiempos fijados por la institución que se pausan, ralentizan o aceleran, según sea el caso: tiempos de espera, aceleración del parto o detenimiento del mismo a través de tecnología médica, etc. Por otro lado, la atención clínica está también mediada por unos tiempos laborales que se conjugan y se desencuentran con las realidades de los pacientes y las del personal intrahospitalario. Estos horarios, además nos hablan del carácter de “sujeto” detrás del profesional que da la cara al evento. Su figura, resguardada en una bata, es la representación de la institución médica, no obstante, detrás de ella subyacen también unos contextos sociales muy específicos. En este sentido, el “adentro del hospital” es un espacio que podría llamarse surreal por su carácter de lontananza y ausencia, “lo que pasa allá, lejos de los que esperan afuera”, en este “adentro” los médicos serían personas que adquieren una suerte de poder o “magia” que se pierde cuando salen al “afuera”, es decir, cuando su turno finaliza. En los cambios de turno pareciera haber un tiempo liminal, en que los pacientes quedan “desprotegidos” por la ausencia de las figuras de seguridad biomédica, sobre las que además recae la responsabilidad del buen término del proceso.

Después de esperar en el cuarto de “pediatría” la mujer es de nuevo revisada por el médico a cargo. Si su veredicto indica el momento está cerca, esta es llevada a la sala de parto. Señalizada por un letrero que dice “Sala de parto” la puerta resguarda una antesala donde el enfermero de turno le ayudará a la mujer a ponerse una bata desechable. Posterior a ello, ambos deben cruzar una puerta adicional de doble ala que da paso al escenario como tal: dos camillas de parto, cortas y con estribos, visiblemente tocadas por el paso del tiempo, una cama de calor o incubadora, estantes con insumos clínicos y más.

Entonces como a la una yo sentí que ya no era capaz del dolor que sentía, entonces me caí al suelo (risas) estaba parada, pero me puse de rodillas porque ya no podía más, ahí fue que mi compañero llamó al enfermero entonces me dijeron que como sea me iban ayudar a que el niño pudiera salir, me llevaron a la sala de partos y allá llegué y yo dije ¡no, no, no! Y no hicieron entrar a nadie. Allá afuera esperó mi hermana y mi compañero, entonces me explicaron cómo era, me dijeron que subiera

a la camillita donde uno se acuesta y sí, me trataron bien, y me explicaban cómo tenía que pujar y lo hice, como a la 1:50 nació el niño. (Ida, comunicación personal, octubre de 2018)



Entrada sala de parto. Foto de mi autoría 08/10/2018

Adentro de la sala de parto, la parturienta se hace a unas indicaciones que guiarán su proceso de manera exitosa. Subirse a la camilla y escuchar cómo y cuándo pujar, acostarse y respirar. De esta manera, las formas en que la mujer asume su cuerpo durante su trabajo de parto, se constituyen desde las mediciones determinadas por el lugar de los hechos y sus actores, sean humanos, como los profesionales, los acompañantes y las mismas mujeres; o tecnológicos, como equipos, instrumentos y la misma sala de parto. Actores todos con funciones específicas en el escenario, desde la indicación del médico, hasta la posición obligada por el diseño de la camilla, y las formas en que las mujeres se despliegan influidas por este entorno.



Camillas sala de parto. Foto de mi autoría 08/10/2018

Aunque el parto humanizado ha propuesto, basado en evidencia científica, que la posición ideal para dar a luz es una vertical, ya sea en cuclillas, semi cuclillas o incluso de pie; muchos de los instrumentos obstétricos del hospital de Jardín están diseñados de tal modo que las tan cuestionadas convenciones tradicionales de la medicina siguen reproduciéndose. Así, las camillas atrás descritas dificultan de varias formas que un parto se lleve a cabo en una posición que no sea la litotomía.

Mientras la mujer puja, además de las voces instructoras, se pueden escuchar arengas de ánimo y motivación que surgen en medio del escenario blanco y frío. La parturienta así, se encuentra con un personal con el que, en la cotidianidad del “afuera”, coexiste a partir de relaciones vecinales. De esta manera, se entabla un canal de comunicación entre la mujer que pare y el médico, que le indica los pasos a seguir en un proceso corporal propio. Así, el acto de parir, acontecimiento biológico profundamente mediado por procesos históricos y sociales, reafirma su carácter relacional basado en la dependencia de los saberes médicos.

Cuando nace el bebé, a menos que se requieran maniobras de reanimación, se pone sobre el pecho de su mamá. Luego de unos minutos el cordón umbilical se corta y los enfermeros

limpian y visten al pequeño en la cama de calor. Cuando la mujer alumbró la placenta es dirigida de nuevo al cuarto de pediatría y así termina su tiempo en el paritorio.

5.3 Cinco relatos de gestación y parto

Como parte del segundo objetivo de esta investigación, este acápite recoge las experiencias de gestación y parto de cinco mujeres de Jardín que vivieron este proceso en el marco de las políticas de parto humanizado implementadas por el hospital Gabriel Peláez Montoya. Mientras se adentra en estas tramas, el lector podrá encontrar que algunos de los testimonios no coinciden con los lineamientos de parto humanizado del hospital y otros sí.

En una estructura que comprende el desarrollo del embarazo, el trabajo de parto y finalmente el advenimiento, es posible descubrir las formas en que estas mujeres hicieron frente, desde su creatividad, a sus situaciones cotidianas. Así, las prácticas populares (abordadas en el acápite de los *Cuidados de luna*), los miedos, la percepción del riesgo, las redes sociales y vecinales, entre otros, dan cuenta de todo lo que puede implicar una experiencia de gestación, parto y puerperio. Todas estas mujeres enriquecieron de diversas formas este recorrido que se presenta “en sus palabras”, de manera literal, con el fin de conservar la autenticidad que envuelve sus subjetividades.

La recolección de estas historias se dio un tiempo después de haber iniciado el trabajo de campo, cuando ya había logrado entablar grados de cercanía con las mujeres participantes en cada uno de los espacios. Así, por ejemplo, a lo largo de mis visitas semanales a Entorno Familiar, varias mujeres, en conversaciones informales, me refirieron sus percepciones sobre la maternidad, la lactancia, el embarazo y el parto, además de sus historias de vida y sus situaciones actuales, a partir de allí, empecé a reconocer cuáles de estas experiencias habían sido vividas en las instalaciones del hospital de Jardín y luego de unos días hice la propuesta de recoger sus relatos. Por otro lado, desde las reuniones con el Círculo de Mujeres, dos mujeres con amigas en este espacio, guiadas por el “voz a voz”, se acercaron a mí con la intención de narrar sus experiencias. Como vemos, todas fueron voluntarias y surgidas a partir de la interacción en campo. Algunos fragmentos de estos relatos, ya han aparecido en capítulos pasados, con la intención de aclarar o personificar los temas abordados, aun así,

retomarlos acá, en toda su plenitud, nos permite entablar otras reflexiones, tal vez no abarcadas todavía.

Estos relatos, que no son otra cosa que un fragmento de la vida de un grupo de mujeres que amablemente quisieron compartirlos, guardan tras sí, cada una de sus peculiaridades. En ellos, no sólo encontramos unas experiencias de gestación y parto, sino más bien un camino recorrido para el encuentro con sus hijos. Este camino, largo y escarpado tiene en sus rutas tabúes, representaciones sociales, imaginarios, cuidados especiales, plantas, supersticiones, redes femeninas y también discursos biomédicos regidos por marcos institucionales. Elementos en constante dialogo y por supuesto también tensión. La noticia de la gestación bien puede ser una gran sorpresa y si la mujer decide, puede o *debe*⁴¹ continuar con el proceso, empieza para ella todo un viaje en el que su estado será mediador de sus relaciones sociales.

Como mencioné, estas experiencias fueron vividas en el hospital de Jardín y cada una de ellas pertenece a habitantes del municipio. No obstante, todas ellas contaban, al momento de la recolección, con edades, oficios y zonas de vivienda distintas. Isabela, por ejemplo, es una mujer de 26 años que vive, junto a su esposo y sus dos hijos, en condición de “agregados” en una finca de la vereda El Tapado. Esta figura, muy común en las zonas cafeteras, hace referencia a aquellos trabajadores que cuidan, administran y llevan a cabo las labores de producción de la finca. Ya sea ganadería o agricultura, el agregado representa la mano derecha del dueño de la finca. Usualmente, son personas sin estudios básicos, pero con un amplio conocimiento de la tierra y la crianza de animales. Cuando el agregado, como es el caso del esposo de Isabela, es contratado, este se muda a una pequeña casa, dentro del terreno de la finca, junto con su familia. La mujer, en este caso Isabela, es la encargada de los cuidados del hogar, la tenencia de la huerta, la crianza de los niños, la comida, la limpieza y el complemento de las labores de su compañero, como coger café, alimentar a los animales, entre otros.

El segundo relato es el de Matílda, una mujer de 40 años nacida en Jardín. Matílda es madre de tres hijos, dos de ellos mayores de 18 años y la tercera nacida en el 2018, con seis

⁴¹ Hago este énfasis porque, aunque en materia de derechos humanos, las mujeres contamos con algunos elementos, todavía es cierto que en nuestra sociedad la maternidad no siempre es una elección de las mujeres, a veces se trata de una obligación por diversas situaciones que el lector conocerá.

meses al momento de la recolección del relato. Esta mujer, madre cabeza de hogar se desempeña como mesera en uno de los café-bar de Jardín. Este es uno de los oficios más comunes en el municipio, que por ser un sitio turístico cuenta con un gran número establecimientos públicos donde se sirven comidas y bebidas. Matilda era una de las integrantes del grupo de Entorno Familiar del casco urbano, allí, entre charlas informales me contó su historia.

El tercer relato pertenece a Elizabeth, ella tiene 21 años y dos hijos, uno de cuatro y otro de ocho meses al momento de la recolección. Elizabeth vive en el casco urbano y se desempeña como regente de farmacia, es ella quien está a cargo de la economía de su hogar por lo que su trabajo, como nos cuenta en su historia, es parte fundamental de su vida. Además de la crianza de los niños y el trabajo, Elizabeth estudia de manera virtual en las noches, su madre y sus tías le ayudan con el cuidado de los pequeños, sus redes femeninas están muy presentes en el relato.

La cuarta mujer es Amelia, ella tiene 24 años y al momento de la recolección esperaba a su segundo hijo. Amelia, trabaja en uno de los café-bar del municipio, es quien lo administra en las noches, mientras que en el día se dedica a las labores del hogar y el cuidado de su hijo de cuatro años. Amelia creció en una finca de Jardín con sus abuelos, y fue desde la niñez recolectora de café, hasta la adolescencia cuando se mudó al casco urbano a vivir con el papá de sus hijos, quien es dueño de varios negocios comerciales en el municipio. A Amelia la conozco desde hace años por relaciones vecinales en el pueblo.

La quinta y última mujer de los relatos es Ida, con 28 años al momento de la recolección y un hijo de tres años. Ida es una mujer embera habitante del Resguardo indígena de Cristianía o Karmatarrúa. Vive con su madre y hermanos y se dedica a labores del hogar, la recolección de café y labores de pequeña agricultura como la huerta familiar en la que han sembrado maíz, frijol y algunas hortalizas, también tejen algunas artesanías como collares y pulseras con pequeñas piedras de colores que ofrecen en el casco urbano los fines de semana o en el Resguardo, a veces muy visitado por turistas extranjeros. A Ida la conocí en las reuniones con Entorno Rural.

Isabela y las mujeres “de las plantas”.

Yo me llamo [Isabela], vivo en la vereda El Tapado de Jardín. La experiencia mía, yo estaba buscando la niña, ya el niño mío tenía seis añitos, entonces nos pusimos de acuerdo que buscáramos la niña porque ya el niño estaba muy grande. Entonces ya fui al hospital, yo estaba planificando con dispositivo y ya fui al hospital a hacérmelo quitar, y cada mes en la espera de quedar en embarazo, hasta que llegó el día. Que eso fue un día en semana que me sentía maluca y entonces le dije al esposo mío que me estaba sintiendo como maluca, como mariada, como con fastidio entonces yo dije me voy a hacer la prueba, entonces me hice la prueba y de una me salió positiva, entonces eso fue una felicidad muy grande pa’ muchos, es todo que el esposo mío fue conmigo a haceme la prueba, yo ya me la había hecho pero entonces había que hacérsela en el pueblo, en el hospital, entonces ya nos la hicimos y fue tanta la felicidad que ahí mismo el esposo mío me dijo “¡venga vamos de una a contales a sus papás, cuéntele a su hermanita, cuéntele a tal persona!” entonces fue mucha la alegría pa’ muchas personas, entonces ya en esa misma semana fui ya al hospital a empezar los controles. Muy bien, todos los controles, me tocó con la doctora Érika, muy querida, muy amable, no pues excelente, es todo que ya la niña cuando yo ya tenía como, sí después de los 6-7 meses yo le pedía a ella que me hiciera con el... lo que se hacía pa’ las ecografías y me lo hacía porque era una alegría inmensa en verlos. El esposo también cada mes iba conmigo, entonces fue un acompañamiento excelente en todo, porque sí, muy bueno, y estar acompañados uno de las personas que uno quiere, es excelente.

Y ya en el momento, esperando ya llegaron las ¿40 semanas? Y ya nada, nada que esta muchacha salía, y ya me dijeron un jueves, a los ochos días me dijeron “si usted, la niña ya no, tiene que venirse al viernes por urgencias pa’ ver qué hacemos con la niña, si la niña toca, si toca transmitirla o ya aquí de pronto colocale droga a ver si de pronto”, entonces yo el día antes, el miércoles, a mí me tocaba presentarme un viernes, entonces el miércoles yo dije no, ¡esta muchacha va salir! Porque yo no quiero que me pongan ni droga, ni que me lleven pa’ ninguna parte entonces el día miércoles pegué una caminata que yo dije ¡no, esta noche va ser! Y hasta una compañera que se fue conmigo ella “¡este día tiene que ser, pa’ mañana, no tiene que llegar al viernes!” y entonces ya por la noche yo me acosté tranquila y yo pensando, y yo le hablé y todo, yo le hablé mucho a la bebé y le dije que saliera, que, pues que no se quedara más tiempo ahí pa’ que no nos tuvieran que hacer nada más, y le hablé mucho esa

noche antes de acostame, ya cuando, cuando como a las 12:00, me empezaron los dolores, pero suavitos y yo bueno, y a mí ya me habían dicho en el hospital que cuando sangrara, que cuando empezara a sangrar o empezara a bajarle a uno la agüita, es porque reventé, que ahí sí, y a los... ¿cómo es qué es? En un minuto tenían que ser 10, ¡ve! Tres, tres contracciones, entonces yo esperé y yo miraba el celular cada que me daban las contracciones, cuando ya tipo a las 3:00, ya fui al baño y ya tenía flujos con sangre, y las contracciones también ya estaban seguidas, entonces ya me alisté, ese día puesto estaba haciendo un día frío (risas), esa mañana estaba haciendo un día frío y ya, llamé una moto ratón, en el momento que salí de la casa a arriba, donde hay que esperar la moto ratón, uno o dos minuticos, eso es ahí pegadito, entonces ya esperé, no tocó esperar un ratico, y estaba haciendo frío entonces se me pasmaron un poquito los dolores. Cuando llegué al hospital eran como las 5:00, cuando ya llegamos allá bueno el tacto y todo y me dijeron que viniera por ahí a las 7:00, que pa'volvemen a hacer el tacto y que me fuera a caminar. Entonces yo me fui, con mucho frío, me puse a caminar y nada, y no aguantaba y entonces ya casi siendo las 7:00, nos devolvimos, yo estaba con mi esposo y nos devolvimos ya pa'l hospital, y no, no había pasado, "que no... que estaba pasmada" entonces me dijeron, "no, usted está, todavía le falta mucho, le toca ir a caminar, vaya camine bastante y ya cuando usted sienta ganas de ir al baño o usted sienta que se le... ya ahí mismo se viene" entonces sí, yo me fui y me fui caminando, mi hermanita vivía en La Primavera, entonces yo me fui pa' allá, en ese momento que yo llegué allá, a los minutos, como a los 20 minuticos me encontré a una tía que iba subiendo y me dijo que no, que ella me ayudaba pa' que la niña acelerara, entonces la tía me dijo que flores de lulo, bolitas de café, ¿cómo es que se llamas las cositas que son babositas? Ay no sé, que era pa' que la niña saliera rápido, no me acuerdo cómo es que se llama, eso [linaza]. Entonces bueno, al final nosotros le íbamos a hacer caso, pero en ese momento mi mamá llamó a una tía que ella es partera, eso ya casi no lo buscan, pero ella y la abuela de ella era partera en el tiempo atrás, que todavía está viva mamita, entonces, ella ahí mismo nos dijo "¡No, no se me la lleven pa'l hospital hasta que esa muchacha no esté ya... espere y verá yo le doy unos remedios !" entonces ya cogió y me dijo que las flores de lulo, hojas de brevo, el café, raíz de helecho, y ... no me acuerdo, es eso que a veces se toma para adelgazar, no, en todo. Ya me dijeron que a cada ratico tomara de eso, eran como, ya empezaban como las 9:00AM, yo desayuné, pero ya después de eso, los dolores ya me iban

aumentando a cada ratico me daban las bebidas y ya como a las 11:00 AM me iban aumentando más los dolores y cada vez me iban dando más bebidas, y así, hasta que a la 1:00 PM los dolores era más continuos, más continuos, y la tía decía “¡No se me la lleven todavía!” entonces, y me seguían dando la bebida, cuando a la una y media, yo ya era desesperada y hasta mi hermanita era hasta triste “¡mamá no, dígame que se la lleven ya, que ella ya no aguanta” y sí, yo estaba desesperada, cuando faltando un cuarto, ya llamamos la moto ratón y ya me echaron pa’l hospital, ya llegamos allá a urgencias, ya me atendieron, me hicieron el tacto y de una me dijeron que sí, que yo ya estaba, pero como ya estaba débil de tanto, si de tanto, entonces ya me llevaron un momentico pa’ la pieza y me pusieron suero un momentico, es todo que me pusieron suero un momentico y me acostaron, y me reventaron la fuente porque yo nunca reventé fuente, con el niño yo tampoco reventé fuente, me la tuvieron que reventar, y eso fue de una. Ya me llevaron pa’ la sala de partos, pero caminando, me dijeron que caminara, entonces ahí mismo fui y ya me subieron allá, y se me pasmó como dos minuticos, pero eso fue algo como raro porque, yo no sentía nada, sí, nada, cuando los dolores estaban que no, que dizque “¿usted qué le pasó?” y yo no, cuando ya al momentico, ya ahí mismo me volvieron y eso fue de una, sí, no me tuvieron ni que unir, nada, todo salió muy bien, la bebé salió muy bien, con muy buen peso, todo. Y ya la atención después de eso, en el hospital fue muy buena.

Matilda, la invisibilización del saber corporal.

Bueno, este era mi tercer embarazo, de 40 años. Después de una tubectomía, quedé embarazada, no sé por qué (risas), no me lo esperaba, y ya, fue total felicidad, lo acepté, igual fue una experiencia muy bonita. Empecé muy rápido los controles, todos los exámenes, precisamente por la edad era un embarazo de alto riesgo, entonces siempre muy buena atención, todo muy bien las citas, la atención de los médicos con nutricionista, todo fue muy bien hasta el día ya que se llegó la hora del parto.

Fue a la semana 38, reventé membranas a las 6:30 de la mañana, en mi casa sin dolores, me acerqué al hospital a consulta por urgencia, me dijeron que volviera a las 12 horas, que si no se presentaba alguna otra eventualidad de sangrado, dolores más fuertes o ya trabajo en sí de parto, volviera a las 12 horas, me pareció extraño porque uno revienta membranas y deben dejarlo pues en la institución.

Volví a las 12 horas, no había empezado trabajo de parto, no tenía contracciones ni nada, donde decidieron ya dejarme para ponerme medicamentos, antibióticos y remitir me. Nos quedamos ya toda la noche esperando remisión, los enfermeros llamaron a varias instituciones y nunca apareció la remisión. A la 1:00 de la mañana me empezó, fue espontáneo el parto, me empezaron las contracciones muy fuertes desde el principio, donde no me podían como hacer tactos ni nada, un seguimiento así por el riesgo de las infecciones. Nació la bebé a las 5 y 27 de la mañana, no hubo tiempo de nada, la tuve en urgencias, y ya, me pareció como incómoda la situación de esa zozobra de esperar, de sí me llega la remisión, no me llega, voy a tener el bebé, no lo voy a tener... hay que esperar.

A las 4 y media de la mañana una enfermera dijo que era mejor ir a tenerlo a Medellín donde yo dije que ya no era capaz, y hubiera sido muy traumático, ir uno en un carro y a mitad de carretera dar a luz (risas). Bueno, todo se llegó, la tuve ahí y ahí me quedé todo el día hasta el otro día, ya cuando me iban a dar de alta, no me la pudieron dar porque la nena no había dado del cuerpo, ya entonces la revisaron, como que no la revisaron bien cuando nació porque todo fue como tan trágico, el momento de dar a luz que sí, se enfocaron más como en que la bebé no respiraba y en todo lo que fue, porque fue en urgencias y entonces esos les traía a ellos como ¿cierto? un problema en el hospital de por qué. Ya me la remitieron para Medellín porque había nacido con una malformación ano-rectal.

**M: ¿Y mientras tú estabas en trabajo de parto, vos les decías “yo siento que ya está naciendo”?* *

Sí, el doctor decía “no, usted se demora, todavía no le puedo hacer tacto” ya a lo último, muy avanzada la noche o la madrugada, el enfermero me ayudó mucho, me brindó mucha tranquilidad y me dijo “le voy ayudar”, pero el doctor como que le decía que no podía, pero entonces así como al escondidito, me dijo “la voy ayudar” donde me iba a hacer un tacto a decime cómo iba en realidad, porque los dolores eran demasiado fuertes y seguidos y en una hora, casi dos, que sólo había dilatado un centímetro. Entonces yo me asusté mucho, ya cuando yo le dije a él ¡yo siento que ya viene! El enfermero me ayudó, yo digo que éxito más que todo de este parto fue como la tranquilidad y la confianza que me dio el enfermero.

Cuando él ya me iba ayudar, entonces el doctor le llamó como la atención, como qué me iba a hacer, él me iba hacer era un tacto, y ya “ay venga yo le hago un... ay sí ya, lo tienes en siete, hay que llevarla para la sala de partos a que vaya pujando mientras tanto...” y no, en cuestión de cinco minutos tuve ya la bebé en la camilla y estaba con mi hermana porque ella estaba esperando la remisión pues para irse conmigo, pero prácticamente el apoyo, mi fuerza, mi todo, me lo brindó fue mi hermana.

**M: ¿Y cuando la bebé nació vos estabas sola con tu hermana o estaba el enfermero ahí?* *

Ah no, ya ahí sí llamaron ahí mismo, como eso fue de una, llamaron al enfermero y la enfermera, y ya llegó el doctor, ya estaba casi que saliendo pues la cabecita de ella, entonces ya todos tres, eso fue una locura porque “vaya traiga tal cosa, vaya traiga tal otra” entonces corrían pa ‘un lado, corrían para el otro, y él “no, así no” y mi hermana era “¡puje, puje!” y yo no (risas) ella era como la que más me coordinó, y el desespero del médico, dos enfermeros, en el afán se bloquearon, sinceramente se bloquearon... y ya cuando ya nació la niña, ya se la llevaron a la sala de partos a organizarla, a medirla a pesarla, todo eso, y mi hermana fue la que estuvo como más metida ella en el asunto (risas), que los mismo médicos, el mismo médico y el enfermero y la enfermera.

**M: ¿Y recibiste siempre buenos tratos?* *

Sí, muy queridos todos, para qué, o sea de los otros... o sea más que todo como la indiferencia de pronto por mis quejidos o algo porque fue un parto siempre muy complicado, para mí fue el más duro, de mis tres fue el más duro, el más difícil. Entonces, de pronto ellos

pensando en el trabajo de parto o el tiempo que ellos más o menos le dan a uno, era como tranquilo él, como si no... digámoslo así, no le importara, él “y es tanto y espere, espere” igual todos los cuerpos no funcionamos igual, entonces no.

Pero no, ya bueno, ya después de que la tuve, muy pendientes de mí y sí, las rondas buenas y en todo el embarazo fue bueno, pues para qué, sí faltó pues como ese pedacito ahí de eso, pero son cosas que se le salen también a ellos de... una remisión se les sale a ellos de las manos, de que haya una cama, de haya cualquier cosa, pero si hubiera sido todo a tiempo, que se hubiera dado, me hubieran remitido y hubiera tenido igual la bebé en otra parte sin tanto complique de llegar todo a última hora, no.

Elizabeth, la fuerza de las mujeres.

Mi nombre es [Elizabeth], tengo 21 años, mi segundo embarazo me di cuenta cuando tenía 11 semanas. Fue un embarazo muy bonito y muy disfrutado, nunca me dieron síntomas, sino que con el primer niño me dio hipotiroidismo, entonces ya empecé a sentirme como con mucho sueño y muy aperezada, y entonces creí que estaba descompensada, entonces fui me hice un examen de sangre y ahí salió positiva pues la prueba. El niño fue muy bien acogido por mi parte, por el papá también, me di cuenta un miércoles, el 30 de agosto, y empecé los controles el primero de septiembre porque era viernes, y los controles pues acá en Jardín son los viernes, tenía 11 semanas, al domingo me hice la primera ecografía, estaba ya muy desarrollado, muy bonito.

Empecé a sentirlo como a los tres meses, sentía como una sensación toda bonita en el estómago, como unas maripositas o no sé, lo estimulaba mucho, le ponía mucha música, le leía, le untaba crema, le decía que era un niño muy querido, muy anhelado, ya cuando fue pues creciendo le decía que cuando él quisiera nacer, era el momento y no la fecha que tenía programada.

Cuando tenía más o menos 7 meses me caí entonces en la caída el niño se sentó y me iban a programar cesárea para el 20 de marzo, y yo no quería, no me veía como que me hicieran un procedimiento de esos, no, porque yo pensaba en que tengo otro niño, en que tengo que pararme a trabajar y tantas cosas, entonces acudí donde una señora del pueblo que se llama Helena Zapata, es una partera muy conocida, ella me hizo bajar 6 días a la casa de ella y me sacudía, me cogía de un pie, y yo no sé esa señora cómo hacía pero ella me alzaba y después

me masajeara la barriga, y ella decía que ya se estaba acomodando, pero entonces al ella hacerme todo eso, el niño se giró y se enredó en el cordón, ¿tres circulares es?.

Entonces bueno, yo caminaba mucho, ¿cómo me di cuenta de que ya iba nacer? Tenía 37 semanas, y a uno siempre como que la intuición le dice, a mí algo me decía y mis cuentas me daban para el 5 de marzo, y el 5 de marzo era lunes, y ese sábado antes me fui pa'l río, me fui para Charco Corazón y me metí a la ¿piscina natural? Ese día ya bajé muy tarde, me bañé, bajé donde mi tía y ya cuando subí a la casa me acosté normal, y ya como a las cinco de la mañana empecé a sentir como un calambre, entonces yo llamé a mi mamá y le dije que yo creía que ya era el momento, me organicé, empaqué lo del bebé y bajé a que me revisaran más o menos a las ocho de la mañana, me dijeron que apenas iba en tres que debía regresar, si sentía que se me apuraban los dolores, a las 4:00 y si no a las siete de la noche a ver en cuánto iba, y cómo estábamos.

Entonces fui a la casa de mi abuelita y allá me hicieron tomar ese cogollo de la cebolla de rama, que porque si eran fríos se me quitaba el dolor, y si ya era el momento de nacer, se apuraba; después de eso me hicieron tomar siete granos de café maduro, siete granos de café verde, siete flores de lulo, leche miel y azúcar que pasaba pues lo mismo, pero eso lo que me puso fue a vomitar; ya de ahí me hicieron tomar una leche caliente con caléndula, y ya ahí sí se me apuraron mucho los dolores, fui a las 4:00PM y el bebé no descendía, pero seguro era por lo que yo le dije que estaba enredadito, y se llegaron las 7:00PM, entré, me hicieron el tacto, apenas iba como en 6, me pasaron a una habitación y ya ahí rompí la fuente en la cama, me empezó pues a salir el moco, entonces mi mamá muy asustada, en ese momento estaban en cambio de turno de los médicos, eran más o menos las siete y cuarto, siete y veinte, entonces mi mamá llamaba y llamaba y no llegó... llegó solamente un enfermero. Entonces él le dijo a mi mamá que me pasara a la sala de parto que ellos ya iban, entonces mi mamá me cogió, me llevó, entramos a la sala de partos, ella me subió a la camilla, me acomodó los pies. En ese momento llegó el enfermero y mi mamá era colgada del teléfono y del pito de urgencias y el médico no llegaba, no llegaba, y yo ya sentía que... yo le decía a mi mamá que me iba a dormir, que yo ya no daba más, y el enfermero gritaba que porque el bebé ya estaba con la cabecita afuera y que él no lo podía recibir, entonces mi mamá le dijo que se colocara la bata que ella la amarraba y que ahí entre los dos le hacían, y mi mamá (risas), mi mamá de ver la cabeza del bebé afuera y todo llevaba izque el celular pa' grabar y se pasmó

y tiró todo y ya me dijeron que no hiciera ningún movimiento y el bebé se salió solo, pero yo no veía pues nada, yo no sabía qué pasaba y mi mamá me decía “cálmese, no llore, él está bien” porque el bebé no lloró, el bebé cuando nació no lloró, entonces ella me decía “cálmese, no llore, él está bien” y el enfermero y ella lo recibieron y el bebé estaba ahorcadito, ya estaba muy moradito y entonces pues ya me lo desarrollaron.

Ahí sí la sala se llenó, llegaron los que antes del turno, los que cogieron el turno, hasta la señora del aseo, y ya cogieron el bebé, lo limpiaron y se llevaron, lo vistieron pues ahí al ladito mío y mi mamá siempre pendiente y ya de ahí por fin llegó el médico, me hizo pujar la placenta y supuestamente izque unos coágulos de sangre que tenía, y ya el bebé lo dejaron pues ahí porque no lloraba, él abría los ojito y miraba todo, pero él no lloraba y mi mamá muy asustada, y yo no sabía cómo qué pasaba, no me cosieron, el bebé fue muy pequeñito, midió 48 cm, no me cosieron ni nada, y de ahí ya me hicieron sentarme, me colocaron una sábana, me hicieron sentar y “ya que me bajara de la camilla y me fuera pa’ la habitación” pues, fue muy diferente a con él (señala a su hijo mayor) porque en Medellín a uno lo tratan muy bien.

**M: ¿No te sentiste bien tratada? **

No, porque entonces ya era como que “nació, párese y ya váyase” entonces ya, ni siquiera como “venga le ayudo” y mi mamá fue por una silla de ruedas y me subió y me llevó, ella misma me subió a la cama de la habitación y me dijeron “ahorita venimos a cambiarla” y nunca llegaron a cambiarme.

Ya ese día, entonces mi mamá fue, me llevó, me subió y el bebé lo llevaron al momentico que para que lo alimentara, no me bajó alimento, en ese hospital no promocionan la lactancia materna, porque al ver que no me bajaba y que él era llorando, mandaron por un tarro de leche, pero yo no se lo dejé dar, lo pegué y le salían un... ni siquiera le salía calostro todavía, pero entonces ya, él se quedó dormidito y al otro día ya sí me empezó a bajar mucho porque hasta incluso me dio fiebre. Y ya ese día pues, el bebé nació a las siete y cuarenta, a las ocho ya estábamos en la habitación, como a las doce, yo misma, mi mamá se quedó poniéndonos cuidado porque ella, como que el bebé cogiera color, como que, a ver si estaba bien, si esa falta de oxígeno no le hizo daño o qué.

Los controles eran cada mes, casi diario con la misma doctora, me sentí muy bien, pues sí, muy bien atendida por ella, la doctora Érika.

**M: ¿Vos fuiste a los cursos psicoprofilácticos? **

A esos si no, como trabajaba acá (señala un local en el parque) no podía. Pero yo sí lo estimulaba mucho en la casa y leía mucho,

**M: ¿Y tú habías escuchado antes algo de parto humanizado?*

Pues en el hospital por todos lados hay letreros de parto humanizado, pero.

Amelia, descubriendo qué es un parto.

Mi nombre es Amelia, [nací] en Andes, tengo 24, tengo un niño de tres años. [Cuando me enteré de mi embarazo] iba pa'20 años, vivía acá en Jardín, me fui para Bogotá a trabajar, por allá estaba pues trabajando y empecé con náuseas, dolor de cabeza, los senos estaban más bien inflamados, y me hice la prueba de embarazo y de una salió positiva. De ahí le conté a los patrones pues que estaba embarazada entonces ya no me... ¿cómo se dice?

**M: ¿No te dieron más empleo, te despidieron? **

Sí, entonces me tocó hablar con el papá del niño, venirme para Medellín, me quedé donde mi hermanita un tiempo, de ahí me reconcilié con él y decidí pues venirme a vivir con él. A los seis meses de embarazo tuve peligro de aborto, fui a hacerme una ecografía 3D y tenía el bebé muy bajito, ya se me iba venir, entonces me pusieron como seis meses en la cama, no podía hacer nada, tenía que estar yo en la cama.

Ya me vine para Jardín [pero] me tuvieron que llevar a Medellín porque ya el bebé se me iba venir a los seis meses. Entonces ya me dijeron que si yo quería que el niño estuviera bien y que naciera pues a las 40 semanas, que tenía que estar en la cama todo el tiempo para poder estar de reposo. Ya de ahí, gracias a dios, todo salió bien, cumplí los nueve meses el día que me dijeron que iba tener el niño, lo tuve.

**M: ¿Pero tú fuiste a controles después de eso? **

Ah sí, todos los meses iba a controles, me tomaba las pastas... en Jardín [la atención] realmente muy buena porque le dan prioridad a uno, sí, muy buena.

En el trabajo de parto todo fue muy bien, todo fue muy bien, cómo sería de bien, que yo acá llegué, tenía dolores y vino un enfermero a verme acá a la casa, y me hizo el tacto, él fue el que me dijo "baje a tales horas, lleve la ropa" o sea, todo estuvo súper bien.

**M: ¿Y cuánto tiempo se demoró tu trabajo de parto?*

No, pero es que vea, yo cuando eran las diez de la mañana me dijeron que tenía que bajar, yo estaba en cuarto de dilatación y yo me pasmé, de noche yo todavía estaba en cuarto de dilatación y el doctor me hizo el tacto, o sea yo no la rompí por mí misma y de ahí me llevaron a la sala de parto, eso fue como a las nueve, a las nueve y quince... veinte minutos nació el niño.

En el día tomé bebidas, pues mi abuelita me daba mucho chocolate, [estaba] acá pero mi abuelita pues iba al hospital y me llevaba... pero no me acuerdo ya qué fue lo que medio.

**M: ¿Vos tuviste como fórceps, cierto, vos me habías contado? ¿y por qué, te contaron por qué?*

Pero es que vea, realmente yo apenas me vengo a dar cuenta ahorita de eso, porque es que... Yo no sé si cuando usted iba tener a su hijo, usted sentía como esas ganas de ir al baño, a mí no me pasó eso, yo sí sentía los dolores muchos, que me desdoblaban, pero yo no sentí como esas ganas de ir al baño... a mí me llevaron, yo lo único que sé fue que a mí me llevaron y el enfermero me ayudaba a bajar así, y yo allá, yo pujaba, pero realmente yo no sabía por qué, no sabía ni qué era lo que yo estaba haciendo porque, por ejemplo, mi suegra me decía en estos días que es que uno sentía la necesidad de ir al baño, era como querer dar del cuerpo, y yo eso no lo tuve, yo empecé a pujar allá porque él me decía que pujara y me hacía así duro pa'que saliera, ¡y hágale! Y se montaba pues en una silla como pa' hacerme así duro y ahí sí finalmente lo tuve, a mí no me dieron esas ganas que dan pues, las ganas de ir al baño. Yo no la sentía [la necesidad de pujar] en ese momento, sentía sí, las contracciones más fuertes.

Ida, camino de Karmatarrúa.

Mi nombre es [Ida], vivo allá en Cristianía, sector La Marsella, me quedé en embarazo cuando tenía 25 años, yo no me entré, pues no fue planeado, yo no sabía que había quedado en embarazo, tuve retrasos de un mes, entonces me hice la prueba casera, y salió positivo, y yo me asusté porque no estaba preparada, yo me asusté y empecé a llorar, pero después mi mamá me dijo que no, que esa era una experiencia muy bonita, ser mamá, mis hermanas también me dieron como ánimo entonces ya me puse feliz.

Entré a los controles allá en el puesto de salud de Cristianía, me trataban bien cuando iba a los controles, me examinaban bien, y me daban unas vitaminas, y ya me dijeron que el posible parto era para el 22 de agosto de 2016, pero se adelantó entonces una noche me acosté, antes fui a caminar y llegué muy cansada, me acosté y como a las doce de la noche se me empezó a bajar el líquido y yo me asusté y fui y pregunté a mamá y me dijo que ya iba empezar el dolor de parto, entonces yo me asusté mucho pero esperé y mi mamá esperó, me dijo que caminara, me bañó con agua caliente, me dio chocolate con ese cascarón de ese animalito... sí, [de gurre], cascarón de eso con chocolate pa' que me apurara y sí, y como a las dos de la mañana me llevaron para el hospital porque me empezó a aumentar el dolor y llegamos allá.

El doctor, pues me recibieron bien, me examinaron, me hicieron tacto y me hospitalizaron, una hermana mayor se quedó conmigo y como a las 9 de la mañana ya me empezó a empeorar que yo dije que yo ya no podía aguantar, yo dije, yo lloraba, o sea, uno intenta llorar, pero no le salen las lágrimas, del dolor que uno siente, y yo dije, ¡ay no, hasta aquí llegué! Yo sentía ¡no soy capaz, no soy capaz! mi hermana me daba ánimo, pero yo le decía a ella que no, que no me hablara que yo ya sentía que no era capaz. Entonces como a la una yo sentí que ya no era capaz del dolor que sentía entonces me caí al suelo (risas) estaba parada, pero me puse de rodillas porque ya no podía más, entonces ahí fue que mi compañero llamó al enfermero entonces me dijeron que como sea me iban ayudar a que el niño pudiera salir, me llevaron a la sala de partos y allá llegué y yo dije ¡no, no, no! Y no hicieron entrar a nadie, no dejaron entrar a nadie. Allá afuera esperó mi hermana y mi compañero, entonces me explicaron cómo era, me dijeron que subiera a la camillita donde uno se acuesta y sí, me trataron bien, y me explicaban cómo, cómo tenía que pujar y lo hice, aunque se demoró mucho en salir el niño, pues como a la 1:50 nació el niño.

**M: ¿Ida, y ustedes en el resguardo tienen como algunas creencias sobre lo que puede hacer una mujer, no puede hacer una mujer?... ¿o tienen como algunas figuras que sepan como del tema? ¿los jaibanás o...?*

No, durante el embarazo que hay que mandar a sobar la barriga para que el niño coja buena posición, [lo hacen] las mujeres adultas, mayores, especialistas, una mujer que ya tiene experiencia de hacer eso, en seis meses, como para que coja buena posición durante el parto, que el niño salga ligero.

**M: ¿Los controles eran en el Resguardo? **

Sí, los del hospital, baja la enfermera, baja el doctor, y ellos mandan los exámenes para Jardín y allá va y los hace, y ya, ecografía, todo eso lo ordenan desde allá, y ellos preguntan si quiere asistir al control allá en el puesto de salud Cristianía o en Jardín y uno decide.

Acerca de los relatos...

Cada uno de estos relatos representa un universo diferente, si bien todos acontecieron en el mismo lugar, las circunstancias que los respaldan obedecen a situaciones bien particulares. Esto porque la diversidad de los contextos es determinante en las formas en que estas interlocutoras perciben, sienten y viven sus procesos reproductivos. Ya nos decían Alarcón y Nahuelcheo (2008) en capítulos iniciales, que los valores que rigen las estructuras de una sociedad bien pueden entenderse a partir de sus formas de organizar y comprender la conducta reproductiva de sus miembros. En Jardín, como hemos visto, la vida de las mujeres fluye entre las tareas asignadas de la economía del cuidado y los horarios labores y académicos, todos ellos variables en función, disciplina y lugar de aplicación. De este modo, cuando deviene la gravidez, con su distintiva capacidad de resignificar la cotidianidad y con ello las formas de socialización de la mujer —ahora gestante— y su comunidad, se despliegan un sinnúmero de situaciones, sujetas a sus formas de ordenar el mundo y enmarcadas en contextos de salud biomédicos que la acompañarán hasta el día del parto.

En este sentido, la gestación representa un estado especial de la vida, toda vez que encarna el proceso para la llegada de un nuevo individuo al grupo social, y de esta manera, deja de ser un asunto individual, pues se torna en una responsabilidad colectiva que se extiende a través de cuidados, restricciones y juicios sobre aquellas que no los cumplan. No obstante,

como vemos en estos relatos y en las intervenciones de interlocutoras a lo largo del trabajo, dicho “estado especial” no significa una discontinuidad de sus realidades. Es decir que, si bien existen unas lecturas y representaciones particulares sobre la tríada de la vida, estos eventos se ubican y se acomodan como un elemento más en sus vidas, que continúan en medio de sus especificidades diarias.

Pese a esto, pareciera haber un desencuentro entre las miradas institucionales y esta continuidad de la vida de las mujeres gestantes, que como sabemos varía según sea el caso. A partir de allí, es posible encontrar contrastes entre lo que pueden proponer las fuentes oficiales sobre, por ejemplo, la noción de bienestar y humanización en los procesos de gestación y parto, y aquello que las mujeres encuentran beneficioso para sus estados, de acuerdo también a sus posibilidades.

Todas estas experiencias de parto fueron vividas en el hospital de Jardín, que, como la principal entidad estatal de salud en el municipio, se adhiere a unas convenciones y líneas de operatividad establecidas por estamentos oficiales. No obstante, aunque, por medio de distintas estrategias estas líneas de operatividad sean aplicadas a cabalidad, la baja respuesta de la comunidad, en muchas medidas, puede estar dando razón de que dichas propuestas tal vez no estén mediadas por lecturas socio-antropológicas del contexto.

Aunado a esto, hay que tener en cuenta que los hospitales como representantes de la Institución Médica occidental, con toda la historia que la solapa, no son sólo agentes sin dinámicas sociales en su interior. Es decir, que estos, aunque regidos por unos preceptos y cánones puntuales, se constituyen cada día a partir de las múltiples subjetividades de aquellas personas encargadas del quehacer clínico o administrativo de la salud. De esta guisa, también es necesario fijar la mirada en esas otras maneras de estar en el mundo, del lado de quien desempeña la labor de la salud.

Así, por ejemplo, cuando Isabela, Ida y Amelia, resaltan una atención excelente en sus procesos por parte del personal de salud del hospital, pareciera que el escenario descrito fuera uno distinto a aquel donde parieron Matilda y Elizabeth, que, por el contrario, se quejan abiertamente del servicio, en especial la última, que cuestiona la implementación del parto humanizado y la promoción de la lactancia. Empero, como vimos, no se trata de lugares distintos, se trata más bien, de personal distinto, con unas nociones del proceso también

variadas. Lo que puede dar indicios de que los procesos pedagógicos del hospital con sus empleados no están surtiendo efecto, o que, como es natural, estos representantes de la salud también cuentan con tiempos, presiones, y situaciones personales que influyen en el desarrollo de su práctica.

Estos encuentros y desencuentros entre pacientes y prestadores de servicios en salud, se enmarcan en un escenario regido por el sistema de salud colombiano, que, a su vez, se basa en una lógica de tiempos y presupuestos, que busca resultados visibles en estadísticas de cubrimiento, lo que se traduce a la larga en un mapa de navegación fundamentado en el dilema de “cantidad vs calidad”, por esto, en la práctica, la atención puede resultar precaria si no se cuenta con herramientas idóneas.

Si esto se tiene en cuenta en un hospital de bajo nivel de complejidad, entonces la situación puede tornarse más compleja, ya que, bajo las lógicas de nuestro sistema de salud⁴², el hospital deberá buscar por su cuenta estrategias que le permitan desarrollar su labor del mejor modo posible. A partir de allí su discurso de humanización se adapta a su realidad y a falta de ciertos implementos, se hace énfasis en los tratos adecuados, la información y la prevención del riesgo.

Justamente por este nivel de complejidad, el hospital de Jardín debe restringirse de algunas prácticas. Cuando nuestras interlocutoras decidieron que sus hijos nacerían en este lugar, tuvieron siempre presente la posibilidad de una remisión, razón por la que buscaron soluciones para evitar que esto ocurriera, así, los masajes, el movimiento y las bebidas para inducir el parto aparecieron en sus panoramas. Por el contrario, Matilda, que sí fue remitida, tuvo que esperar a que este proceso le fuera aprobado, develando también los trámites

⁴² El artículo 194 de la Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, es la disposición que dentro del Sistema General de Seguridad Social -SGSSS, establece la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado – ESE, la cual prevé: “(...) Artículo. 194.-Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y *financiera* creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo. Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201811400702231%20de%202018.pdf

Este carácter de “autonomía financiera” implica básicamente que parte de sus recursos deben ser generados por cuenta propia.

burocráticos de nuestro sistema de salud, que están más allá, como ella misma aceptó, del control de los representantes del hospital, quienes también dependen de ese sistema.

Bajo el diseño de este sistema de salud, el tiempo parece adquirir nuevos sentidos y se presenta como un mecanismo de control sobre esas otras temporalidades, natural e inextricablemente, ligadas a la triada de la vida, toda vez que esta es un ciclo y por ende se compone de ritmos específicos. De acuerdo a esto, cuando en los relatos surgen los abordajes del tiempo en la gestación y el parto, esta dimensión pareciera adquirir el carácter de sujeto, en tanto no sólo actúa determinantemente en el proceso de la mujer gestante o en parto, sino también porque la institucionalidad, el hospital en este caso, impone, para su manejo, unos tiempos concretos, esto lo vemos en los controles, en los cursos psicoprofilácticos, y el mismo proceso de parto, donde los compases del pujo, la respiración, la quietud y el movimiento son guiados por el médico. Además de que, en la cotidianidad la mujer se rige por unos tiempos específicos en torno a sus labores, tiempos que como vimos, pueden ir en contravía de los requerimientos institucionales, aunque estos propendan por el cuidado de ellas mismas.

Frente al tema de la atención de los controles prenatales, todas las mujeres coincidieron en que recibieron tratos adecuados. Esta atención se enfoca en el seguimiento de los cambios presentados por la mujer en su proceso y también en los cuidados que deberá seguir. Instrucciones que se enlazan con prácticas informales de cuidado basadas en conocimientos populares, supersticiones y otras formas de interpretar los eventos de la vida cotidiana. Pues como vimos a lo largo del texto, la triada de la vida es un fenómeno además de biológico profundamente permeado por la cultura.

Por ejemplo, el relato de Isabela, que en todo momento dio cuenta de una fortaleza física propia de su oficio, está mediado por la motricidad, el uso de las plantas y las redes familiares y vecinales. En este, los encuentros con el hospital aparecen como situaciones normales de la gestación y sus controles se llevan con una consciencia que releva los conocimientos médicos. Isabela, no asistió a los cursos, esto me lo contó en una de nuestras conversaciones informales, los veía como algo importante pero un poco atravesado en sus rutinas cotidianas, muy movidas.

Al igual que Isabela, Elizabeth acudió a conocimientos tradicionales como la partería y el uso de plantas durante la gestación y el trabajo de parto, su relato da cuenta de un proceso ya conocido por ella, en parte porque era su segundo hijo. Este proceso llevado a la par de sus controles prenatales, nos muestra la presencia de la credibilidad que tienen autoridades externas al hospital, como aquella mujer que le ayudó cuando su hijo se desacomodó. Así, aun con las especificaciones médicas, Elizabeth buscó una solución más cercana a su sistema de creencias.

Por otro lado, Ida, quien recibió los controles prenatales en el Resguardo, como parte de la estrategia de cobertura del hospital, también conjugó los cuidados mediados por la institución, como los exámenes y el consumo de vitaminas, con aquellos propios de su comunidad, muy cercanos a los de las otras mujeres del municipio, elemento común entre las emberas y las mujeres de otras localidades, aun con el aislamiento que en varios sentidos tiene esta comunidad dentro del pueblo.

La aparición de estos *Cuidados de luna*, puso sobre la mesa que, aun cuando el reemplazo sistemático de formas tradicionales de entender el embarazo, el parto y el postparto, logró mantenerse en el tiempo, todavía existen nociones cimentadas en las realidades sociales de los sujetos, que es necesario incluir en sus abordajes. Estos usos amplios de conocimientos, materialidades, y elementos vegetales y espirituales del entorno, refuerzan aún más la idea de que el embarazo es un hecho social que, aunque enmarcado en un discurso biomédico, da cuenta de unas formas concretas de ver la vida por parte de los grupos humanos.

De igual modo, en los relatos de parto, estuvieron muy presentes las emociones de las mujeres y de sus seres queridos, lo que nos muestra que la dimensión emocional es determinante en estos procesos, pues allí subyacen las expectativas individuales y grupales sobre la reproducción de la familia, la extensión de la vida y la responsabilidad del cuidado sobre el ser que llega. La denominación de un proceso de gestación como “bonita” “bien recibida” “muy anhelada” da cuenta justamente de esas expectativas y sentires. Por otro lado, la comunicación con el feto, a través de las palabras amorosas, la lectura, la música, aun por fuera de espacios como el curso psicoprofiláctico, ponen en escena unas formas de socialización desde antes del nacimiento.

Para terminar, tenemos entonces que, aunque existan unas nociones y componentes sobre el bienestar y la humanización diseñados a partir de importantes modelos institucionales, estos son coherentes y efectivos sólo hasta cierta medida, pues contrario a lo que se puede pensar, su magnitud y alcance en términos de fuente y difusión, pueden estar dejando de lado algunas particularidades importantes, como por ejemplo las vidas reales de aquellos a quienes se dirigen.

En este sentido para el caso de la E.S.E Hospital Gabriel Peláez Montoya, si bien vemos que sus estrategias se basan en el discurso de la humanización y el bienestar, que propone el MinSalud, la OMS y hasta la Unicef, en la práctica estas no siempre compaginan con los contextos y necesidades de sus usuarias. En el caso de nuestras interlocutoras, en términos generales, no se llegó a un acuerdo sobre un concepto oficial de parto humanizado dentro del hospital a partir de sus experiencias. Para algunas, como vimos, estas estuvieron completamente alejadas de esa noción de humanización/bienestar, y para otras, el trato fue muy bueno, pero “humanizado” les resultaba un término un tanto lejano.

Conclusión

Las mujeres participantes de este trabajo son un público diverso y amplio, todas ellas con nociones distintas sobre el concepto de humanización y bienestar en la atención clínica de la gestación y el parto. Por otro lado, los profesionales que llevan a cabo dicha atención desarrollan su labor bajo el marco de un sistema de salud que propone y especifica unas estrategias y condiciones concretas, basadas en convenciones institucionales y presupuestos gubernamentales de la administración de turno.

Aunque en los últimos años estas estrategias han ampliado su cobertura en términos de población abarcada, así como también han incluido temáticas integrales que responden a un discurso del derecho humano, en la práctica, estas parecen tomar nuevos sentidos cuando se enfrentan a las realidades del entorno.

El desarrollo de estas estrategias, en el marco de la atención en salud, en el municipio de Jardín se enfrenta, además de, a las condiciones del sistema de salud colombiano, a las particularidades del público al que se dirige y también a aquellas de los profesionales que las

aplican. En este sentido, el empleo de estos programas se torna en un escenario de tensiones y acuerdos que se manifiestan en la mucha o poca receptibilidad con que responde el público para el que se ha diseñado y también en las formas variables de su aplicación según el profesional, que en ocasiones se ciñe a estas pautas y en otras pareciera transgredirlas.

En este orden de ideas, se hace necesario que se entablen, antes y durante la aplicación de estas líneas de trabajo, una lectura contextual de la población y las condiciones del sitio donde se lleven a cabo, más si se trata de un asunto como la gestación y el parto, que son, como dijimos a lo largo del trabajo, eventos biológicos profundamente permeados por la cultura.

El capítulo siguiente recoge las conclusiones generales de todo el texto. En este, zurzo un balance general de cómo se cumplieron los objetivos del trabajo y develo los hallazgos que aparecieron en el camino, a partir de la información, los encuentros, las reflexiones y los demás elementos abarcados. Así se cierra una etapa de este proceso que seguramente dará pie a un sinnúmero de cavilaciones futuras.

6. CONCLUSIONES

Por los días en que estaba reescribiendo estas conclusiones llegó a mi memoria, gracias a una conversación familiar, una escena que viví cuando mi hijo no tenía más de treinta días de nacido.

Estando en Jardín, una tarde de marzo de 2015, una mujer, con un frasquito de vidrio en la mano, llamó a mi puerta. Al abrir, reconocí en su rostro una profunda tristeza y le pregunté que cómo podía ayudarle. Ella, con la mirada en el suelo respondió: “Una amiga me dijo que acá vive una muchacha que está amamantando”, un poco extrañada le dije que sí, que era yo. Entonces, respiró, y reteniendo un llanto de esos que se encajan en el pecho, atinó a decir: “Mi papá está agonizando.” Yo, ahora sin entender absolutamente nada, le dije que lo sentía mucho, que si quería podía llamar a mi esposo, pues él era psicólogo y tal vez podría brindarle algún tipo de atención a ella y a su familia. La mujer levantó la mirada y cordialmente me dijo: “No, yo la estoy buscando a usted, ¿usted me podría dar un poco de su leche?”. Creo que mi expresión de extrañeza había aumentado aún más, pues ella inmediatamente prosiguió con una explicación: “la leche es para dársela a mi papá y así pueda descansar”. Le recibí el frasco de vidrio y la invité a pasar, mientras me extraía la leche me contó que su papá había pasado por un largo proceso de enfermedad, pero que su apego a la vida no le permitía morir en paz, que llevaba más de una semana agonizando en cama. Le entregué el frasco lleno de leche y nos despedimos, ella se alejó en una moto después de agradecerme y yo me quedé con la misma sensación del principio: la de no entender nada de lo sucedido. Mi mamá, que estaba en mi casa cuidándome la dieta observó toda la escena en silencio y me contó que esa era una práctica súper común y que realmente funcionaba. Que se usaba mucho con las personas que tenían “el cuerpo cerrado”, es decir, que habían sido rezados para protegerse de conjuros malignos y que esta suerte de “protección” se manifestaba al final de la vida, con una agonía larga, pues, aunque la persona no tuviera esperanzas de sobrevivir, los espíritus “protectores” no salían fácilmente del cuerpo. Para evitar que esto pasara había varios métodos, uno de ellos era poner unas gotas de leche materna en la lengua del moribundo y estas le permitirían morir en paz.

Este relato, que no sé por qué no recordé ni en campo, ni mientras escribía el trabajo, surgió, como dije, en una conversación casual y, aun así, su reminiscencia movió en mí fibras que enriquecieron un poco más las reflexiones iniciales. Así pues, abro el apartado de las conclusiones con una de las premisas centrales en esta investigación; los seres humanos hemos desarrollado formas de trascender, interpretar y simbolizar –y este es un rasgo antropológico– los procesos subyacentes a nuestra naturaleza biológica. Lo vemos, por ejemplo, en eventos como el nacimiento y la muerte, que demarcan el principio y el fin de la existencia misma y, por lo tanto, están unidos por una relación casi simbiótica. Esto lo sabe la humanidad desde siempre, no es sino ver el acervo infinito de tradiciones, lecturas, rituales y prácticas que rodean a ambos eventos, que, aunque a primera vista parecieran ser antónimos, realmente son dos caras de la misma moneda.

La muerte, al igual que el nacimiento es un evento que rompe con la cotidianidad del grupo y establece nuevos ritmos internos. Para ambos, hay un listado de preparativos que tienen como función “alistar” el camino, bien sea este el de la llegada o el de la partida. Así pues, cuando la mujer de mi relato decide ayudar a su padre a encontrar el camino de la partida, con lo que, paradójicamente, puede ser el mayor representante de nuestra pervivencia como especie –el alimento primero– podemos comprender de varias formas esta imbricada relación nacimiento-muerte-nacimiento.

En primer lugar, el ritual de la muerte no sólo comprende los pasos a seguir una vez la persona fallece (ya sea la tanatopraxia, el velorio, el entierro, la cremación, el novenario y demás)⁴³ sino que se entiende la muerte como un destino final para el que nos preparamos a lo largo de la vida, y tal vez por esto la propaganda sobre la importancia de las prácticas saludables tan común en nuestros días, y aquellas otras de vieja data que promueven las conductas ejemplares basadas en el cristianismo para la salvación del alma. De la misma manera, el nacimiento es un destino al que se llega a través de una ruta atravesada por prescripciones, proscripciones y cuidados especiales⁴⁴ para el “antes de”. Ya en varios apartes de este trabajo nos decía Oiberman (2011) que en todas las culturas el parto es un evento liminal porque con este se da la vida, pero a su vez se está muy cerca de la muerte,

⁴³ Esto, claro está, hablando de las prácticas mortuorias de nuestra sociedad latinoamericana, pues como sabemos, en el mundo las hay de la más basta índole.

⁴⁴ Ver acápite de los Cuidados de Luna.

por lo que, ante la eventualidad, los grupos humanos se han ideado un sinnúmero de estrategias que permitan el buen término del proceso.

Estas estrategias de preparación son formas de dar sentido al carácter incierto de los dos sucesos; –no sabemos qué habrá después de la muerte, y durante el nacimiento puede pasar cualquier cosa– por ello, ante la imposibilidad de predicciones exactas, la manera de hacerlos asibles no es otra que reproducir un rosario de comportamientos, representaciones, imaginarios e idearios que también hacen las veces de reguladores. Nos decía Gadamer (2011) que el miedo natural a lo desconocido ha llevado a la humanidad a nombrar, a través de pequeños rituales, aquello que no podemos controlar, y justamente en esa aseveración yacen hechos como los ya nombrados preparativos en la agonía que devendrá en la muerte y también en la gravidez que devendrá en parto y nacimiento.

De esta forma, aunque ambos sucesos son de carácter biológico, contienen en sí hondas connotaciones espirituales, emocionales, o más bien ontológicas, que aún en estos tiempos modernos, hacen parte de la cotidianidad de las personas. Esto, nos habla además de que más allá de preceptos oficiales fundados en la profilaxis o bien en las prácticas estandarizadas, existen unas nociones de bienestar que no se pueden desligar de las interpretaciones que las personas hacen de fenómenos como el nacimiento o la muerte, basadas, claro está, en la interacción con su entorno, sus vivencias y su sentido común.

De haber vivido mi proceso de gestación, parto y puerperio no en Jardín, sino en Medellín, tal vez no me habría cruzado con historias como estas, o tal vez sí, pues aunque uno podría suponer que las comunidades rurales conservan con más fuerza este tipo de creencias, es bien sabido que Medellín, aún con su propaganda de cosmopolitismo y su título de capital del departamento, es una ciudad joven y con una gran presencia de descendientes de las montañas de una Antioquia rural: nuestros padres y abuelos.

Por esta y otras situaciones similares vividas en Jardín, pude constatar, como gestante y como antropóloga, que el embarazo es un hecho cultural, que, aunque presente en todas las sociedades humanas del planeta, las formas en que se aborda se tejen de acuerdo a las particularidades de las coordenadas donde surja la vida. Que, además, más allá de un período con tiempos y manejos establecidos, gestar, parir y nacer (y también morir) pueden comprenderse como acontecimientos sujetos a otros aspectos en forma de red, es decir, como

un complejo sistema de correspondencias en el que cada puntada habla de las estructuras sociales de la humanidad.

Así las cosas, ya sea en una gran ciudad o en un pequeño pueblo en el último rincón de Antioquia, en Oriente o en Occidente, con criterios biomédicos y científicistas, o, con creencias populares y encendiendo velas a San Ramón Nonato para alumbrar el camino de la llegada –como hizo la enfermera que acompañó mi trabajo de parto durante más de 20 horas antes de salir hacia el Hospital Gabriel Peláez de Jardín, a parir– es necesario entender que cada proceso guarda tras de sí, unas formas de elaboración por parte de quien lo encarna, sujetas a sus nociones de bienestar y seguridad; y, por ende, para hablar de parto humanizado es necesario abordar el asunto desde su carácter biocultural. Esta es precisamente la razón por la que, aunque mis preguntas iniciales estaban dirigidas al parto humanizado como un elemento sólo disponible para cierto tipo de población, la búsqueda de respuestas me llevó a comprender esta realidad como algo mucho más profundo y merecedor de distintas perspectivas.

En este sentido, además de esta relación entre el discurso del parto humanizado y el carácter cultural inherente a los procesos de la tríada de la vida, la estadía con las mujeres que de diversas maneras participaron en la investigación, puso en evidencia otros aspectos no pensados al inicio del proyecto y muy poco cuestionados a nivel social, a los que fue necesario mirar más a fondo. Así, por ejemplo, reflexionar sobre las realidades que atraviesan la vida de estas mujeres a partir de su condición de madres gestantes, en un contexto como el de Jardín, ha revelado sus formas de relacionarse con el entorno, con el colectivo, y con ellas mismas, sus pautas de autocuidado, la presencia de conocimientos populares, las restricciones, los tabús y el papel central que tiene la institución biomédica en sus procesos.

De ahí también fue posible observar, y esto es concluyente, que en el contexto jardineño el medio es determinante en sus idearios de bienestar y humanización de la gestación y el parto. Por esta causa, hay un uso extendido de elementos vegetales para solventar las vicisitudes que aparecen durante la gestación, el parto y la dieta, así como también están muy presentes elementos mágico religiosos, ligados a la tradición judeo-cristiana, posibles de evidenciar en imágenes religiosas, promesas a vírgenes y santos, el nombramiento de los hijos con nombres bíblicos, entre otros. Por otro lado, está muy presente

el temor a la muerte, asociada, como vimos, al nacimiento, así como también el miedo a la enfermedad y, por ende, la regulación de muchas prácticas que, de transgredirse, podrían representar para la comunidad malas señales o augurios negativos.

Estas prácticas o formas de regulación social no contradicen las prescripciones biomédicas que rigen, en nuestra sociedad, a la tríada de la vida, más bien, coexisten y de manera paralela acompañan a la mujer que gesta; quien es a la vez sobre la que recaen los discursos asociados a su condición. Por esto, planteamos además que el cuerpo gestante bien puede comprenderse como un “*cuerpo otro*” pues la mujer encinta, es receptora de restricciones, recomendaciones y prácticas no posibles de vivir cuando se atraviesa otro estado. Este entramado de creencias o prácticas que rodean a la mujer gestante, son funcionales toda vez que procuran (ya sea a través del señalamiento social, el acompañamiento amoroso, el tabú o las indicaciones médicas) por un buen término del proceso, que se traduce en un individuo idóneo para el grupo: vivo, sin enfermedades u otra condición que pueda poner en vilo la marcha del sistema social.

Esta idea del “*cuerpo otro*” se evidencia también en los pasos seguidos durante el trabajo de parto, que usualmente es acompañado por redes de mujeres cercanas a la gestante. En prácticas sólo llevadas a cabo en el tiempo de la gravidez, el trabajo de parto y el postparto, tales como la caminata “para acelerar las contracciones”, el uso de bebidas, baños de hierbas, oraciones, masajes y comidas puntuales, se puede observar un conocimiento profundo del cuerpo y sus procesos en dichas etapas. El “*cuerpo otro*” recibe todos estos conocimientos por parte las mujeres del grupo. Ellas acompañan a la parturienta y en este trasegar aprenden los pasos, que repetirán a futuro con otras mujeres de la red. Son las mujeres, y esto es fundamental comprenderlo, las que rodean el evento de la vida antes de que la gestante en trance sea llevada al hospital de Jardín. Dicha observación, que inició no en esta investigación sino en mi trabajo de parto, acompañada por mi abuela, mi mamá, la enfermera y la visita intermitente de vecinas que llegaban con bebidas de hierbas, mientras mi esposo se dedicaba a observar este dialogo en un idioma lejano al suyo, la encontré también en campo durante la recolección de los relatos de parto mis interlocutoras.

Como mencioné, estas prácticas se desarrollan de manera paralela con los preceptos biomédicos, sin contradecirse, y si bien, la historia nos ha mostrado cómo poco a poco se

estableció una suerte de hegemonía de la medicina occidental sobre todos los procesos biológicos de la humanidad, encontrarnos con cuidados y saberes populares como los mencionados, nos habla de otros discursos que resisten al tiempo y a los cambios sociales.

En el municipio de Jardín, la institución biomédica está representada –como hemos visto– por el Hospital Gabriel Peláez Montoya, que, habiendo implementado las nociones médicas del parto humanizado, plantea un ideal de bienestar en la salud sexual y reproductiva que no siempre coincide con las realidades de sus pacientes. Si bien el hospital cuenta con distintas estrategias de cobertura, la respuesta no es la esperada, además de que el parto humanizado, como lo plantea la institucionalidad, sigue siendo un concepto desconocido para la mayoría de estas mujeres. Esto se debe a varios factores, en primera instancia, a que las actividades, como foros, encuentros, conferencias, protestas y demás ofrecidas por el Movimiento de Parto Humanizado en Colombia, se sitúan principalmente en las ciudades capitales; además de que su difusión se da mayormente a través de redes sociales. De este modo, aunque gracias a dichas redes algunas mujeres conocen sobre el Movimiento, este parece un poco lejano, no sólo en términos geográficos, sino en cuestión de acceso e interacción con quienes lo dirigen. Aunado a esto, algunas experiencias de parto, vividas en clínicas u hospitales de alto nivel por sus amigas o familiares, contaron con atención “humanizada” a cambio de costos adicionales, lo que reforzó la idea de que el parto humanizado es un servicio para personas con ingresos económicos superiores.

Este último punto, devela además, una pequeña parte del sistema de salud colombiano, el cual se funda en una lógica mercantil, a la que hospitales como el de Jardín deben adaptarse según su personal clínico y administrativo, y también sus herramientas e infraestructura, determinadas, a la vez, por un nivel de complejidad que restringe en gran medida los ingresos recibidos por parte del Estado, de ahí que algunas de estas instituciones ofrezcan servicios adicionales para generar más ingresos, como es el caso del “paquete de parto humanizado” por un precio mayor.

Esta estructura del sistema de salud colombiano, es también determinante en la confianza por parte de los usuarios hacia los centros de salud; así las cosas, a mayor nivel de complejidad mayor confianza. En el hospital de Jardín, esto se manifiesta en el hecho de que aunque la mayoría de las habitantes gestantes del municipio asisten a esta institución a sus

citas de control prenatal, sus partos finalmente se llevan a cabo en clínicas u hospitales de alto nivel de complejidad en Medellín, Santa Fe de Antioquia o ciudad Bolívar, en ocasiones por riesgos inminentes, pero la mayoría de las veces por elecciones personales mediadas por el temor a situaciones irresolubles en un bajo nivel de complejidad.

Todos estos aspectos son determinantes en las acepciones de bienestar/humanización, que dan cuenta de que dicho término es polisémico y depende de quien lo esboce. En el caso de las mujeres participantes, sus nociones de bienestar y humanización en el parto estuvieron permeadas por sus realidades y estilos de vida, definidas además por tiempos y situaciones específicas, que mantienen su vigencia porque se reproducen en forma de procesos colectivos desplegados a través de la socialización, lo que, a su vez, perpetúa los órdenes del grupo y asegura el mantenimiento de las estructuras, incluso antes de que el individuo nazca. Un ejemplo de ello, como hemos afirmado ya, es la institución médica que, desde su posicionamiento, es quien rige los asuntos generales de salud en nuestra sociedad y por ende quien decreta los ideales de bienestar físico y emocional de las personas en una reiteración constante de su autoridad, muy presente en los individuos. Otro ejemplo es también el establecimiento/imposición de los roles de género frente a los eventos de la gravidez, el parto, el postparto, la crianza y el cuidado, donde las mujeres cargan con “responsabilidades” o tareas claramente distintas a las de los hombres.

Un elemento común a todas estas mujeres, independientemente de su lugar de origen y sitio de residencia en el municipio, aun antes de ser madres, es la dimensión del cuidado como elemento cotidiano. Ya fuera desde la economía del cuidado o como complemento de sus trabajos monetizados en distintas áreas, todas nuestras interlocutoras estaban al frente del cuidado de los suyos, por lo que su condición de gestantes o madres, representaba una arista más en sus múltiples funciones. Dentro de las amplias labores que contiene esta dimensión, están la gestación, el parto y la crianza, que, como parte fundamental de nuestra existencia, se desarrollan además en el marco de un sistema económico que se sustenta en la acumulación ilimitada de capital. Nos dice Nancy Fraser (2000) que el progreso de este sistema depende justamente de las actividades de reproducción social, pues estas actividades, además de ampliar el número de individuos/productores/consumidores, implican la prestación de cuidados, el sostenimiento de vínculos sociales y la formación de los

sujetos/cuerpos moldeados y personificados como “seres sociales del capitalismo”. El trabajo de traer hijos al mundo y su posterior crianza y socialización es indispensable en este proceso, así como también lo es el cuidado de los vulnerables, el mantenimiento de los hogares, la disposición afectiva, la construcción de comunidades y significados, y el mantenimiento de horizontes de valor común, con miras a la cooperación social (2000, P. 114).

No obstante, aun con la centralidad que implica, esta dimensión ha sido secundada y presentada bajo la noción de trabajo gratuito, sin valor monetario y más bien natural y constitutivo de las mujeres. En las sociedades capitalistas, muchas de estas actividades se llevan a cabo al margen del mercado aun cuando esta actividad de reproducción social no asalariada es vital para la existencia del trabajo asalariado y el funcionamiento mismo del capitalismo.

Esta separación del trabajo de la reproducción social y del trabajo de reproducción económica, presente al menos desde la Era industrial ha implicado que el primero se asocie con las mujeres quienes a cambio son compensadas –en palabras de Nancy Fraser– “con la moneda del amor y la virtud” y al segundo con los hombres, compensados, como sabemos, con dinero. Así al ser, en nuestra sociedad, el dinero un medio de poder principal, el no estar vinculadas a labores remuneradas puede implicar distintas maneras subordinación frente aquellos que sí lo están, aunque el trabajo de la reproducción proporcione condiciones necesarias para ese trabajo asalariado. Sumado a esto, estas lógicas refuerzan, en su despliegue, constantes ideales y estereotipos de feminidad. Sin duda una manera de subordinación de las mujeres, con bases institucionales firmemente cimentadas pues hoy en día, aún asistimos, en muchas instancias, a esta realidad.

Vemos entonces cómo las mujeres gestantes usuarias del hospital de Jardín, no sólo hacen frente a las situaciones propias de sus estados reproductivos (con lo que ello implica en términos emocionales, espirituales, de representación social, etc.) sino que también deben sortear sus situaciones socioeconómicas personales, ligadas a un sistema desigual de género. De ahí que sus nociones de seguridad, temor y bienestar, como gestantes en nuestro contexto, se configuren a partir de su papel central en la reproducción social, ya sea con la responsabilidad de traer hijos al mundo, la crianza, el cuidado del hogar, y demás. Responsabilidad que contrasta con la reproducción económica, esa que exige la producción

de capital y consumo, creando situaciones de inequidad y dependencia frente a los hombres. Todo este panorama en el trasfondo del hospital, implica, en cierta medida, que ofertas como el curso de preparación prenatal, aunque atravesadas por un discurso de cuidado del paciente, no representen una prioridad en las vidas de estas mujeres, o no tanto como el deber de cuidar a sus hijos, maridos y hogares, o como el cumplimiento de horarios laborales para el sustento de los suyos. Así las cosas, las ofertas del hospital enmarcadas en los preceptos del parto humanizado parecían establecer tensiones con el ritmo de vida de las usuarias, ocupadas por sus múltiples tareas. Esto da cuenta además de la ausencia de una lectura, por parte de la institución, del contexto de las pacientes, que como vimos es bien diverso.

Entonces el parto humanizado, ya sea como un movimiento social o como unas pautas de atención en salud obstétrica, no puede desligarse del carácter cultural de la triada de la vida, determinada por prácticas, nociones de bienestar, restricciones, idearios e imaginarios de la mujer que los encarna y la sociedad que la rodea. Por lo tanto, al hablar de parto humanizado, desde la antropología, se hace necesario mirar cómo se desarrollan las formas de entender y aplicar los procesos reproductivos de las mujeres, así como también el sistema de salud y sus discursos, dentro de las realidades históricamente mediadas como la posición de las mujeres en nuestra sociedad, más si son indígenas o campesinas, además del sistema económico que, al parecer, está presente en cada instancia de nuestras vidas.

Finalmente, a esta altura, es posible concretar que la diversidad de las mujeres habitantes del municipio de Jardín, en este caso las gestantes o parturientas, se conjuga con los discursos institucionales de parto humanizado del hospital a partir un diálogo de encuentros y desencuentros mediados por las realidades de estas mujeres y por las herramientas con que cuenta el hospital, bajo las nociones de un sistema aún más grande que generaliza la salud y la reduce a cifras y metas cumplidas.

De esta manera queda abierta la puerta a futuras reflexiones y trabajos que, como propone Abadía (2014), aborden las distintas esferas de la salud como un conjunto de fenómenos dinámicos atravesados por procesos culturales y también por conflictos de poder históricos en los que se han establecido los conceptos y prácticas consensuadas sobre la salud y el bienestar, demarcadas además por relaciones de poder definatorios de la existencia humana.

Bajo esa premisa, y dada la plasticidad temática que puede rodear a los eventos de la gravidez y el parto, se hace necesario señalar unos puntos específicos. En primera instancia es de urgente necesidad establecer –y proponer– investigaciones que develen los retos que tenemos como país en temas de políticas públicas sobre la salud materna. Pues si bien, el informe de la Asociación Colombiana de Obstetricia⁴⁵ sobre el “Cumplimiento del objetivo de desarrollo del milenio respecto a la salud materna en Colombia”, da cuenta de una disminución porcentual en los índices de mortalidad materna e infantil según las cifras del DANE, también se resaltan algunos retos importantes en el establecimiento y cumplimiento del sistema diseñado para garantizar que cada mujer colombiana en estado de gestación cuente con unas garantías mínimas que hagan valer sus derechos. Entre estos retos se encuentran los determinantes que tienen incidencia negativa en la salud materna y que, de no cumplirse, podrían desacelerar la tendencia porcentual en la disminución de la mortalidad, atrás nombrada. Por ello, es ineludible ahondar en los aspectos estructurales con miras a intervenir la desigualdad social que, según el informe, se expresa en un mayor riesgo de maltrato en la atención y posibles muertes materno-infantiles en: edades extremas de la vida reproductiva (menores de 14 años y mayores de 35 años); en mujeres residentes en zonas rurales, como nuestras interlocutoras, justamente por las barreras geográficas, el bajo nivel de la salud, la infraestructura de las instituciones y el precario estado de las vías; también en las mujeres de régimen subsidiado, porcentaje importante en el municipio de Jardín⁴⁶; la baja escolaridad, la pobreza, entre otros. Todos estos factores condicionan la amplitud de las brechas sociales y, claro está, hacen más lejano el ideal de un parto humanizado, incluso desde sus propuestas más básicas. Así, además de la publicación de políticas públicas es de vital importancia que estas se cumplan y se sostengan en el tiempo, razón central en el diseño de las mismas.

Así también, es preciso pensar en la centralidad que tienen las redes de mujeres en los ámbitos del cuidado, desde la gestación, hasta el cuidado de la familia; en los procesos protectores y de resistencia, ya sea desde movimientos organizados de lucha popular, o desde la vivencia cotidiana; en las implicaciones sociales que trae consigo la gestación y el

⁴⁵ <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.10>

⁴⁶ De un total de 13.486 habitantes, 9.512 hacen parte del régimen subsidiado. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

nacimiento; en la posición de mujeres indígenas, campesinas o de estratos socioeconómicos bajos en el sistema de salud colombiano; en el embarazo adolescente, el aborto, la lactancia, la crianza, y la violencia obstétrica. Paralelamente, es menester pensar en las connotaciones físicas y metafísicas que desde la cotidianidad se atribuyen a los eventos de la vida, sus formas de abordaje y de entendimiento desde las creencias y las prácticas discursivas que lo rodean, pues, como ya hemos dicho, el parto (así como también la muerte, y esto bien puede desarrollarse en otras investigaciones) es un evento de orden ontológico al que la humanidad ha interpretado de múltiples formas, lo que lo hace un tema rico para el campo de los estudios antropológicos.

Bibliografía

- Abadía, C. y. (2014). "Repensar la salud desde una Academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación". *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 41-57.
- Acosta, C. C. (2018). *INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE Proyecto de Ley 063 de 2017 cámara Ley de Parto Humanizado*.
- Akrich, M. P. (2004). "Embodiment and Desimbodiment in Childbirth Narratives". . *Body&Society.*, 63-84.
- Alarcón, A. y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 193-202 .
- Alcaraz, G. A. (1985- 1986). "*Situación de salud materno-infantil en asentamientos Emberá- Dabeiba (Antioquia)*". Medellín: Universidad de Antioquia.
- Arango, A. (2014). "*Velo qué bonito: Prácticas y saberes sonoro-corporales de la primera infancia en la población afrochocoana.*". Bogotá: Ministerio de Cultura.
- Arboleda, R. (2009). "*El Cuerpo Huellas Del Desplazamiento, el caso de Macondo*". Medellín: Hombre Nuevo Editores.
- Arboleda, R. M. (2004). "*Motricidad y Gestació*". Armenia: Kinesis.
- Bauman, Z. (2006). "*Modernidad Liquida.*". Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Beeber LS, C. R. (2005). "Strengthening social support for the low-income mother: Five critical questions and a guide for intervention". *Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 769-776.
- Behruzi R, H. M. (2010). " Humanized birth in high risk pregnancy: Barriers and facilitating factors". *Med Health Care Philos.*, 49-58.
- Bellón, S. (2015). " *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*". Granada: Universidad de Granada.
- Berg M, D. K. (1998). "A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth.". *Midwifery*, 14-23.
- Biurrun, A. G. (2013). "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto! *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona.*, 62-66.
- Blázquez, I. (2005). " Aproximación a la antropología de la reproducción". *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1-25.
- Brand G, M. P. (2014). "How do health professionals support pregnant and young mothers in the community? A selective review of the research literature". *Women Birth.*, 27-174.
- Browner, C. y. (1996). "Anthropology and studies of human reproduction" . *Medical Anthropology Contemporary Theory and Methods*, 183-219.
- Burt, R. S. (1978). " *The Women's Health Movement: feminist alternatives to medical control*". New York: Praeger.
- Butler, J. (2006). " *El reglamento del género*||. *En Deshacer el género*". Barcelona.

- Cáceres, F. y. (2017). "Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la matern". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 128-134.
- Cardús, L. (2015). "Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología". *Dilemata*, 129- 145.
- Carillo, A. (Sfp). "*Parteras y ginecólogos: El hombre dijo háganse las salas de parto*".
- Castro, R. (2013). "*Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud*". México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, R. y. (2015). "*Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*". Ciudad de México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cevallos, M. y. (2006). "*La materialidad del poder: una reflexión en torno al cuerpo.*".
- Connell, R. (1997). "*La organización de la masculinidad*". Santiago de Chile: Isis Internacional.
- Csordas, T. (1990). "*Embodiment as a Paradigm for Anthropology*". Nueva York : Routledge.
- Davis-Floyd, R. (2009). "*Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano.*". Buenos Aires: Creavida.
- De Mues, A. (1994). La reproducción en diferentes culturas. Un enfoque antropológico. *Seminario alrededor del Nacimiento*. Santa Fé de Bogotá.

- Di Diacomo, J. (1987). *Teorías y métodos de análisis de las representaciones sociales*. .
Madrid: Fundamentos.
- Dick-Read, G. (1942). ,*"Childbirth without Fear"* . London: Heinemann Medical Books.
- Diniz, C. (2005). *"Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto."*. Sao Paulo: Universidade Sao Paulo. .
- Douglas, M. (1979). *"Do Dogs Laugh. A cross cultural approach to body symbolism"*.
Londres: Routledges.
- Dunhan, C. M. (1992). *"Mamatoto. La celebración del nacimiento"*. Barcelona: Plural.
- Enaudeau, C.). (1999). *La paradoja de la representación*. México: PAIDOS IBERICA.
- Esteban, M. (2007). *"Antropología, sistema médico–científico y desigualdades de género en salud. En INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD"*.
Universidad del País Vasco: Vitoria.
- Federici, S. (2004). "Calibán y la Bruja. Mujeres, Cuerpo y Acumulación Originaria."
Traficantes de Sueños.
- Felitti, K. (2011). "Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto". *Argentina História, Ciências, Saúde – Manguinhos.*, 113-129.
- Fernández, S. (2015). "Violencia Obstétrica".
- Foster, G. M. (1978). *" Medical Anthropology"*. . New York: McGraw-Hill.

- Fraser, N. (2016). " Las contradicciones del capital y los cuidados". *New Left Review*, 111–132.
- Gadamer, H. (2011). *"El estado oculto de la salud"*. Barcelona: Gedisa.
- Galimberti, D. (2015). *"Violencia de género"*. Santa Fé de Bogotá.
- García Carrascosa, L. (2010). *"El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo"*.
- García, F. (2017). "Biopolítica y mortalidad materna". *INSP. México*, 127-134.
- García, M. R. (2017). "Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico". *Revista de Salud Colectiva*, 391-409.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, Cyborgs y Mujeres: La reivindicación de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Harvey, D. (2018). *"Justicia, Naturaleza y la Geografía de la Diferencia."*. Quito: Traficantes de sueños.
- Héritier, F. (1996). *"Masculino/Femenino el pensamiento de la diferencia"*. Barcelona: Ariel.
- Ibáñez, M. (2017). " La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer.". *Revista Medicina Legal de Costa Rica*.
- Jerez, C. (2015). *"Partos 'humanizados', clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

- Kottak, P. (2011). *"Antropología cultural"*. . México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- L., F. (2003). " Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico". *Cuadernos de Antropología social*, 165-183. .
- Lagarde, M. ((2005). *" Los Cautiverios De Las Mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas."*. Ciudad de México: Universidad Autónoma de México. .
- Lázzaro, A. (2017). "Cuerpos ‘al natural’: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado.". *Revista Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 82-94.
- Le Breton, D. (2002). *"Antropología del cuerpo y modernidad"*. Argentina: Nueva Visión.
- Leboyer, F. (1976). *"Por un nacimiento sin violencia"*. Madrid: Mandala Ediciones.
- Lévi-Strauss, C. (1969). *"Magia y Religión"* y *"El hechicero y su magia"*. Buenos Aires.: Eudeba.
- Lindón, A. (2012). "La concurrencia de lo espacial y los social. In Tratado de metodología de las ciencias sociales". *Fondo de Cultura Económica*, 585–622.
- Lindsay, P. (2006). "Creating normality in a high risk pregnancy.". *Pract Midwife.*, 16-20.
- Ortiz Lizcano, E. I. (2015). Colombia y el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio a la salud materna. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología*, 66(2), 86-89. <https://doi.org/10.18597/rcog.10>
- Martin, J. (1992). *"Cultures in Organizations: Three Perspectives"*. New York: Oxford University Press.

- Mauss, M. (1970). *"Sociología y Antropología"*. Madrid: TECNO.
- Mead, M. (1973). *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: LAIA.
- Mignolo, W. (2003). *"La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad"*. Buenos Aires: CLACSO.
- Mitjavila, M. y. (1994). *"Sobre la construção social do discurso em torno da maternidade"*,. Sao Paulo: Fundación Carlos Chagas.
- Molina, A. (2017). "Esterilizaciones (forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas". *Revista de Antropología* , 31-52.
- Molinier, P. y. (2011). *"El trabajo y la ética del cuidado"*. Medellín: La Carreta editores.
- Montes, M. J. (2009). "Representaciones del cuerpo en el embarazo". *Matronas Profesion*, 5-10.
- Moñivas, A. (1994). Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. *Revista de Psicología Gral. y Aplic.* , 409-419.
- Narotzky, S. (1995). *"Mujer, mujeres y género"*. Madrid.: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Northrup, C. (2006). *"Madres e hijas"*. Barcelona: Urano.
- Oakley, A. (1984). *"The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women"*. Oxford: Blackwell.
- Odent, M. (2011). *"El Nacimiento en la Era del Plástico"*. Tenerife: OB STARI.

- Oberman, A. (2000) Un nuevo instrumento diagnóstico en situaciones perinatales: La entrevista psicológica de diseño óptico. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Año 5 no 2.
- (2001). *"Observando a los bebés. Estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo"*. Buenos Aires. : Lugar.
- OMS. (2014). *"Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en centros de salud."*.
- OMS. (1985). *"El Nacimiento no es una enfermedad, Declaración de Fortaleza, Brasil"*. Fortaleza, Brasil.
- Ortiz, T. (2001). *"El género como organizador de las profesiones sanitarias"*. Madrid: Minerva.
- Pardo, J. (1992). *"Las formas de la exterioridad."*. Valencia: Pre-textos.
- Pedraza, Z. 1999 [1996], "En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad" Universidad de los Andes-Departamento de Antropología, Bogotá
- " El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social". *Revista Iberoamericana*, P 7-18.
- Pérez, P. (2015). *"Manual introductorio a la ginecología natural"*. Santiago de Chile: Ginecosofía Ediciones.
- Perú, C. d. (2003). *Informe final*. Lima: [en línea].
- Pinzón, C. y. (1992). *"Las Mujeres Lechuza: Historia, Cuerpo y Brujería en Boyacá"*. Bogotá: CEREC.

Restrepo. (Sfp.). *"Las mujeres de la sombra: El arte de las comadres en Antioquia 1870-1930"*. Medellín: En Hria FCSH Universidad Nacional de Colombia.

Restrepo, A. Rodríguez, D. y Torres, Marcela (2016) "Me des-cuidaron el parto: la violencia obstétrica y el cuidado recibido por el personal de la salud a mujeres durante su proceso de parto" Trabajo de grado para optar al título de enfermeros. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y ética*. Departamento de Estudios Culturales Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Envió Editores.

Rocha, R. F. (2011). "El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto". *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 204-210.

Rostagnol, S. (2014). *"Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y la reproducción"*. . Montevide: Ediciones universitarias.

Rubin, G. (1975). *"The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy of Sex'"*. Nueva York: Monthly Review Press.

Ruiz, C. (2010). *"Parir sin Miedo"*. Tenerife: OBSTARE.

S., V. (2008). " Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino." *Antípoda*. , 91-112.

Sadler, M. (2003). *"Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario."*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.

- Saiz, M. (2010). "La influencia lunar en la biología femenina: revisión histórico-antropológica". *Matronas Profesion* , 58-63.
- Santos, P. (2015). "Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad". SES.
- Segato, R. (2003). "*Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología*". Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmas.
- Senden, I. (1988). "Labor Pain: A Comparison of Parturients in a Dutch and an American Teaching Hospital". *Obstetrics & Gynecology*, 541-544.
- Shallman, R. (2007). "*Parir en libertad: En busca del poder perdido*". Buenos Aires: GRIJALBO.
- Siles, J. Y. (2012). Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1015-1022.
- Social, M. d. (2011). "*Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI – lineamientos*". Santa Fé de Bogotá.
- Soto, V. D. (2008). "Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. ". *Av Enferm*, 98-106.
- Starr, P. (1982). "*The social transformation of American Medicine*". New York: Basic Books.
- Tamayo, G. (2001). "*Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*". Lima: Centro de la Mujer Flora Tristán.
- Tejada, J. (2011). "Biopolítica, control. *Espiral, estudios sobre Estado y sociedad*, 77-107.

- Tornquist, S. (2002). "Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto". *Revista Estudos Feministas*, 483-492.
- Tovar, P. (2004). "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica. ". *Revista Colombiana de Antropología*, 253-282.
- Turner, B. (1989). "*El cuerpo y la sociedad: exploraciones en la teoría social*". México: FCE. México.
- Vallejos, A. E. (2016). "¿Las mujeres prefieren las cesáreas?". *Revista de Perinatología y Reproducción Humana.*, 127-129.
- Van Gemep, A. (1986). "*Los ritos de paso*". Madrid: Alianza Editorial.
- Vigarello, C. C. (2005). "*Historia del cuerpo: de la Revolución Francesa a la Gran Guerra*". Barcelona: Santillana.
- Viveros, M. (2017). "Intersecciones, periferias y heterotopías". *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 220-241.
- Zborowski, M. (1958). "*Cultural responses to pain*", *Sociology* ".