

---

## **Violencia obstétrica: Análisis de la construcción del conocimiento en toco-ginecología**

Mesa 37: Reflexiones y abordajes de investigación para una ciencia social feminista

Sileci, Fernanda. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de ciencias Políticas y Sociales, fernandasileci@hotmail.com

### **Resumen**

En el siglo XIX, se produjo la irrupción del modelo médico hegemónico, modelo que conocemos actualmente y que trajo consigo la institucionalización de la maternidad, es decir de los procesos de embarazo, parto y puerperio.

La institucionalización de la maternidad colocó bajo el control del Estado, los poderes religiosos y científicos a los significados y las actividades asignadas al papel de las mujeres en la reproducción humana y social. En este sentido, las mujeres perdieron autonomía y se convirtieron en sujetas pasivas frente a médicos/as encargados/as de llevar adelante y tomar decisiones en los procesos reproductivos, desarrollándose tanto en el ámbito de la salud como en la formación de sus profesionales la profundización del paradigma tecnocrático.

Esta ponencia se inscribe en el campo de la sociología de la salud y parte desde una perspectiva global e histórica de la desigualdad de género, en la cual se concibe la violencia hacia las mujeres, por parte de los/as profesionales de la salud, como una manifestación más de la subordinación del género femenino respecto del masculino en los distintos ámbitos de la cotidianidad. El objetivo principal es contribuir a las reflexiones de la violencia obstétrica a través de reflexiones que se han realizado desde teorías feministas, haciendo hincapié en la necesidad de pensar en cómo se construye y se transmite el conocimiento en entrenamiento que reciben los/as profesionales de obstetricia

---

**Palabras claves: violencia obstétrica, paradigma tecnocrático, entrenamiento médico**

## **1. Introducción**

La siguiente ponencia que se presenta aquí surge de la realización de la tesis de grado para la carrera de sociología, la misma se asienta en la intención de elucidar algunos aspectos propios de la violencia obstétrica. Por un lado, intenta visibilizar un ámbito más en el que se ponen de manifiesto las consecuencias que implica para las vivir en un mundo patriarcal, entendiéndolo como una problemática que abarca toda nuestra realidad socio-histórica. Por otro lado, pretende analizar el modo en que el conocimiento sobre el parto se construye, circula y se usa en las instituciones sanitarias.

La violencia obstétrica fue reconocida recientemente en el año 2009 con la ley nacional 26485, en el mismo año que se promulgó en la provincia de Mendoza la ley 8130 que establece cuáles son los derechos de las madres e hijos/as en el proceso de nacimiento (adaptación de la ley nacional 25929 del 2004). En este sentido, la Violencia Obstétrica implica la existencia de la vulneración de una serie de derechos que en los últimos años han empezado a reconocerse legalmente. Algunos de los derechos más importantes, reconocidos legalmente son:

- Derecho a un parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, en el que se eviten prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la futura mamá o de la persona por nacer.
- Derecho a elegir el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto(deambulación, posición, analgesia o medicamentos, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de salud y la institución deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud de madre e hijo.
- Derecho a ser informada de manera entendible y clara sobre las distintas intervenciones médicas, de manera que pueda elegir libremente cuando existan diferentes alternativas.
- Derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto, cualquiera sea la vía de parto (vaginal o cesárea).

La naturalización de las prácticas rutinarias médicas, las características androcéntricas de las intervenciones que históricamente se han dado en el sistema de salud, el desconocimiento y la falta de información de las pacientes, son factores influyentes en el nivel de concientización, cuestionamiento, modificación y mejoramiento de algunas prácticas antiguas y repetidas mecánicamente. Por eso, significaría un aporte en la profundización de los cambios del paradigma tecnocrático que viene desarrollándose en el ámbito de la salud y de la formación de sus profesionales.

El objetivo principal es contribuir a las reflexiones de la violencia obstétrica a través de reflexiones que se han realizado desde teorías feministas, haciendo hincapié en la necesidad de pensar en cómo se construye y se transmite el conocimiento en entrenamiento que reciben los/as profesionales de obstetricia

## **2. Desarrollo**

### **2.1. El concepto de patriarcado**

El concepto de patriarcado es antiguo. Engels y Weber lo mencionaron; el primero se refirió a este en su obra más famosa *Estado, familia y propiedad privada* como el sistema de dominación más antiguo, concordando ambos en que el patriarcado se relaciona con un sistema de poder y, por tanto, de dominación del hombre sobre la mujer. Son las teorías feministas, sin embargo, las que actualizan y profundizan este concepto dejado atrás por los científicos sociales o, peor aún, considerado sólo para caracterizar civilizaciones antiguas. Para algunas feministas el patriarcado es: “La manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los/as niños/as de la familia, dominio que se extiende a la sociedad en general. Implica que los varones tienen dominio sobre todas las instituciones importantes de la sociedad y que se priva a las mujeres del acceso a las mismas, pero no implica que las mujeres no tengan ningún tipo de poder, ni derechos, influencias o de recursos” (Facio y Fries, 2005 P. 280)

Para otras autoras “el patriarcado significa una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres cuyo agente ocasional fue el orden biológico, si bien elevado éste a la categoría política y económica” (Facio y Fries, 2005. P. 280).

Adrienne Rich ha definido el patriarcado como “un sistema político, ideológico, familiar-social, en el cual los hombres –a través de la fuerza y la presión directa, o por medio del ritual, la tradición, la ley y el lenguaje, las costumbres, la etiqueta, la educación y la división del trabajo- determinan qué papel deben o no representar las mujeres y en el cual lo femenino está siempre subsumido a lo masculino” (Rich, 1986. P. 57).

Esta desigualdad entre hombres y mujeres, legitimada por el mundo patriarcal, se genera en los contextos hospitalarios permitiendo que se manifieste el poder ejercido por el personal de la salud, sobre las mujeres en el momento de embarazo parto y puerperio. A partir de este ejercicio de poder se desencadenan distintos tipos de maltrato verbal, negligencias, sufrimientos innecesarios, insultos y vejaciones hacia las mujeres.

Paula Quevedo en su trabajo “Violencia obstétrica: una manifestación oculta en las desigualdades de género”, resalta la distinción histórica entre hombres y mujeres y la violencia que esto implica. “La desigualdad de género se da cuando los individuos a los que se les atribuye un género determinado, no tienen acceso a posibilidades sociales de igual nivel que los individuos de otro género. Este tipo de desigualdad implica violencia”. (Quevedo, 2010. P. 9).

Para esclarecer e interpretar el sistema heteropatriarcal que nos atraviesa a todas las personas y que coloca al hombre heterosexual en una situación de poder respecto al resto de los géneros, y cómo esta desigualdad es sostenida y perpetuada por distintas instituciones, entre ellas la salud pública, se utilizará el análisis que realiza Rich respecto a la institucionalización de la maternidad. En esta perspectiva, la maternidad es abordada como una experiencia subjetiva-corporal, pero también como una institución patriarcal (Rich, 1986). Esto es porque a través de diversos mecanismos, la medicina reproduce las desigualdades de género en el ámbito de la obstetricia, lugar donde obligatoriamente asisten mujeres, lesbianas, varones trans y no binarios y en el cual los y las obstetras, se apoderan del control reproductivo y la sexualidad, lo que es clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada y fundamental para que sigan imperando los valores

---

patriarcales en nuestras sociedades (Rich, 1986). Los deseos, perspectivas y necesidades de las mujeres muchas veces no son tomados en cuenta.

## **2.2. El adoctrinamiento del cuerpo por el abuso de poder**

Muchas mujeres han manifestado en diversos testimonios, que en los hospitales se tienen que enfrentar con tratos deshumanizados que se encuentran en contra de su integridad. Los colectivos de mujeres que luchan contra la violencia obstétrica tales como Las Casildas, Alumbra, Fortaleza 48 e informes “Con todo al aire” (INSGENAR) han recogido innumerables denuncias, las cuales incluyen:

a)- Realización de cesáreas e intervenciones médicas innecesarias.

b)-Desinformación, negación de los distintos miembros del hospital a que la mujer tome conocimiento de los procesos médicos empleados durante el proceso del parto

c)- Ausencia de decisiones de la mujer embarazada: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomías, posición establecida en el momento del parto sin el consentimiento de la mujer.

d) Insultos y vejaciones: “te gusta el durazno, aguantate la pelusa”, “no seas burra así no se da de mamar”, “Si te gusto ahora aguántatela”, “apúrate porque vas a matar a tu hijo” etc.

Estas actuaciones de los/as médicos/as que incurren en la patologización del cuerpo de las mujeres embarazadas, la medicalización de los procesos reproductivos y en tratos deshumanizados en contra de su integridad, trasgreden la normativa legal actual y el objetivo de trato humanitario.

Consolidan una relación de poder entre medico/a-paciente, ya que es el o la profesional de la salud quien se apropia del saber y se coloca en una posición hegemónica frente una

---

“pacienta” que pasa a ser subordinada, dependiente y vulnerable a las decisiones y prácticas de profesionales.

Este tipo de prácticas consolida la violencia obstétrica, que es definida por Graciela Medina en su artículo “Violencia Obstétrica”, como: “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. (Medina, 2010. P.3)

Además, clasifica a este tipo de violencia en:

- Violencia obstétrica física: Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

- Violencia obstétrica psíquica: Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Asimismo comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija.

Graciela Medina se refiere a la violencia obstétrica desde el momento que interviene el personal de salud de manera autoritaria y negativa en el bienestar del cuerpo de las mujeres. Sin embargo, Sabrina Yañez señala que “la primera violencia obstétrica es la maternidad obligatoria” (Yañez, 2016). En este sentido, la violencia comienza con el mandato social de tener hijos/as obligatoriamente para ser reconocidas como mujeres, la falta de educación sexual y la penalización del aborto.

---

Este tipo de violencia tiene una característica inherente que la condiciona y la invisibiliza como tal, y es la cuestión de Género (Quevedo, 2010. P.8).

### **2.3. Género y violencia obstétrica**

Es necesario reconocer dos categorías fundamentales para la comprensión de esta problemática: género y desigualdad. Marta Lamas, en “El género es cultura”, define el término género como “el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base” (Lamas, 2010. P.40). También señala que esta construcción social funciona como una especie de “filtro” cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre. Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas. El género es cultura, y la cultura se transforma con la intervención humana.

El embarazo, parto y el puerperio son, se supone, procesos universales y dependientes de la fisiología del cuerpo. Sin embargo, cada cultura y cada momento histórico ha impreso formas de organización vinculadas a las construcciones sociales, políticas y económicas de género, el parentesco y la sexualidad (Yañez, 2017 P.1). En este mismo sentido, Blázquez Rodríguez señala estos tres momentos “no como un mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales” (citado en Yañez, 2017. P.1)

### **2.4. Saber especializado-conocimiento autorizado**

Fue Brigitte Jordan, con la publicación de *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United State*, en 1977, quien enfocó la atención antropológica en el tópico del parto como digno de trabajo etnográfico y comparación intercultural. Para esta autora, se trata de un momento de crisis dentro de la

---

vida y, como tal, es en todas partes susceptible para una regulación social, que varía poco al interior de cada sistema y mucho entre distintas culturas.

El trabajo de Jordan (1993) comparó la atención del parto indígena en una comunidad Maya de Yucatán, con los modelos biomédicos de Estados Unidos, Holanda y Suecia. Planteó que el sistema de nacimiento en Estados Unidos concibe el parto como un evento patológico y de riesgo, que debe ser intervenido en recintos hospitalarios donde prima el personal médico por sobre las redes familiares de las mujeres y donde se privilegia el uso intensivo de tecnología. En Holanda y Suecia, si bien la biomedicina es también el modelo médico oficial, prima una visión fisiológica del nacimiento. Las matronas son las especialistas que atienden el parto, las mujeres cuentan con mayor información y protagonismo durante el proceso de gestación y nacimiento y hay menor intervencionismo médico.

Jordan (1993) plantea la necesidad de generar un modelo de atención donde se acomoden los sistemas biomédicos e indígenas; por ejemplo, un modelo que surja tras el análisis de las prácticas Maya bajo el criterio de la obstetricia moderna y viceversa. Dicho diálogo podría mostrar que desde un punto de vista biomédico las mujeres Maya fomentan un pujo muy temprano en el trabajo de parto, resultando en un cuello uterino inflamado y un trabajo de parto más doloroso de lo necesario. Desde la perspectiva Maya, podría mostrar la importancia de permitir a las mujeres estar acompañadas por sus seres queridos durante el trabajo de parto.

Jordan (Jordan y Bernal, 2010) va a introducir el concepto de *conocimiento autorizado* “como el construido socialmente, que se le reconoce al sistema médico hegemónico y que desautoriza el saber de las mujeres y las comadronas. Este sistema médico objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo y exalta al médico en un estatus de jerarquía que atribuye un conocimiento autorizado solo a aquellos que saben utilizar la tecnología y descodificar la información que proporciona” (Jordán y Bernal, 2010. P. 4).

Tras la obra de Jordan y bajo su influencia, diversas investigaciones enfocaron su atención en el tópico del nacimiento durante la década de los ochenta, como el trabajo de Robbie Davis-Floyd, quien postula que el modelo tecnocrático asume que el universo es mecanicista, que sigue leyes predecibles que el ilustrado puede descubrir mediante la ciencia y manipular mediante la tecnología para reducir su dependencia de la naturaleza. En este modelo, el cuerpo humano se considera una máquina que se puede desmontar y volver a montar para asegurarse que funciona adecuadamente (Davis-Floyd, 2001. P.61).

---

Para este modelo, al igual que para el pensamiento occidental en su conjunto, el cuerpo se presenta como una profunda paradoja al ser simultáneamente una creación de la naturaleza y el punto focal de la cultura. La resolución de esta paradoja es considerar al cuerpo como una máquina, y al cuerpo masculino como una maquina prototipo. Por tanto, las diferencias del cuerpo femenino son consideradas como desviaciones, defectos, riesgos y vulnerabilidades ante los flujos de la naturaleza que requieren de regulación y control por parte de personas especializadas (Davis-Floyd citada en Yañez, 2017. P.3).

Canevari (2017), de manera metafórica, establece que dentro de este modelo el hospital es una fábrica, el cuerpo de la madre una máquina y el bebé el resultado de un proceso de producción industrial. Las personas son pacientes y objetos, y los/las profesionales al definir esa relación objetual toma distancia y se libera de las emociones tanto para sí mismo como las de la persona que asiste (Canevari, 2017).

## **2.5. Características del Modelo tecnocrático**

*El entrenamiento médico en EEUU tiene una carga no sólo de transmitir conocimiento y habilidades, sino también de imbuir a los/as estudiantes valores y creencias básicas del paradigma tecnocrático de la medicina (Davis Floyd, 2004)*

Sabrina Yañez señala que a pesar de que los estudios antropológicos acerca de cómo sigue funcionando la atención hospitalaria del parto han sido producidos en el contexto estadounidense, los aportes de estas investigaciones son innegables ya que “nuestro país ha adoptado un sistema de formación y atención medica muy parecido al de Estados Unidos” (Yañez, 2017. P. 2).

En el libro “*Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humanos*”, Robbie Davis-Floyd, investigadora y profesora de la Universidad de Texas, especialista en antropología de la reproducción y autora de varios libros, señala dos sistemas de conocimiento y los

---

relaciona con las actuaciones de las parteras profesionales y tradicionales: los sistemas abiertos y los sistemas cerrados.

Los sistemas abiertos son “sistema de conocimiento cuyos partidarios quieren permanecer receptivos a las continuas actualizaciones en un mundo cambiante, debe permanecer abierto para poder absorber toda información nueva y adaptarse a la misma” (Davis-Floyd, 2009. P. 33).

Los sistemas cerrados, son sistemas de conocimientos que consisten en que “existe un solo conjunto posible de interpretaciones de la realidad y ese conjunto de interpretaciones ES la realidad. (Davis-Floyd, 2009. P. 35). Es decir, los partidarios de este tipo de conocimiento no permanecen receptivos a información en el mundo cambiante, sino que la realidad que ellos experimentan es la única realidad que existe.

De esta manera, señala *cuatro estadios del pensamiento*:

Estadio “*realismo ingenuo*”: Para los/as pensadores/as que se encuentran en este estadio, el mundo es tal cual como su cultura lo define. Existe un sólo conjunto posible de interpretaciones de la realidad y ese conjunto de interpretaciones ES la realidad. En otras palabras, están inmersos en un sistema cerrado. Los antropólogos llaman a este modo de pensar “realismo ingenuo”, sosteniendo que “mi modo es el único que existe”. (Davis-Floyd, 2009. P. 35). Con respecto a este estadio del pensamiento, la autora manifiesta que todavía siguen existiendo, aunque son poco frecuentes en el mundo contemporáneo, parteras tradicionales y profesionales que forman parte de este sistema de pensamiento cerrado.

Davis-Floyd, establece que todavía existen parteras de pensamiento cerrado por la forma en la que son entrenadas, en palabras de ellas: “durante su entrenamiento en partería fueron socializadas de un solo modo para el pensamiento y el conocimiento en torno al parto, y al estar expuestas a otras modalidades de parto no tienen ningún incentivo para pensar «más allá» de lo que saben en relación al nacimiento” (Davis-Floyd, 2009. P. 35).

---

*Estadio II*, denominado por la antropología “etnocentrista”: Los/as que se encuentran en este saben de la existencia de otras maneras de saber y de otras creencias y pueden estar dispuestos a admitir que está bien para los demás pensar de modo diferente. Pero ellos están absolutamente seguros de que el modo propio es el mejor” (Davis-Flores, 2009. P.36). Pertenecen, junto con el estadio uno, al sistema de pensamiento cerrado.

El entrenamiento que reciben quienes estudian biomedicina es altamente etnocéntrico: “las personas que practican la biomedicina, encargadas de enseñar, por lo general no están interesadas en lo que las parteras saben o el modo en que se desempeñan, sino que su objetivo es enseñarles «la mejor manera», que a su parecer es la práctica biomédica”. (Davis-Flores, 2001. P.41).

Si bien los/as médicos/as que aplican la biomedicina están dispuestos a recibir información nueva constantemente, tienden a incorporar solo el tipo de información que encuadre dentro de su sistema de conocimientos preexistentes.

*Estadio III*, denominado por la antropología “relativismo cultural”: Quienes se encuentran en este estadio son “capaces de considerar cada historia de la realidad como relativa respecto de toda historia diferente. Nadie «tiene razón», nadie es dueño de la verdad, de modo que un sistema de conocimiento debe comprenderse en el sentido de su contexto ecológico, histórico y político y debe ser respetado como legítimo por derecho propio. La autora remarca que el relativismo no es el ideal ya que en muchos casos se aceptan conductas violentas culturalmente aceptadas. Por ejemplo, “en la biomedicina occidental, difundida al mundo entero, es habitual que las mujeres sean abusadas y dañadas en nombre de la ciencia, que en realidad no es ciencia, sino que es creencia biomédica y tradición” (Davis-Floyd, 2001. P. 37).

No existen en la actualidad muchas parteras que sean relativistas culturales. En este sentido, Davis-Floyd plantea que “las decisiones que tomarán en situaciones de riesgo de

---

vida no estarán basadas en una determinada cultura, sino en actitudes seguras que siempre dan resultado (Davis-Floyd, 2001).

El estadio IV “*humanismo global*”: Los/as pensadores/as que se encuentran en este estadio reconocen la integridad y el valor intrínsecos de cada cultura e historia religiosa, pero buscan un estándar superior aplicable a cada contexto, para asegurar los derechos de los individuos, en particular de los miembros más débiles de la sociedad y de aquellos de menores recursos. Nadie debería ser azotado, ni violado o abusado. Todas las personas deberían tener acceso al agua potable, a un buen nivel de nutrición, a un sistema de salud eficaz y a un buen salario (Davis-Floyds, 2001). Es decir, que validan todas las culturas, pero a diferencia del estadio tres, intentan invalidar y desalentar aquellas culturas que dañan a personas que no merecen ser afectadas. Son sistemas de pensamientos totalmente abiertos, están dispuestos a fluir y cambiar.

Para finalizar, es posible ofrecer una serie de elementos que engloban las particularidades del Modelo tecnocrático:

- Mujer: Objeto
- Cuerpo: una maquina
- Cuerpo femenino: una maquina defectuosa
- Procesos reproductivos femeninos como disfuncionales
- Embarazo y parto inherentemente patológicos
- Medico: un técnico
- Hospital: una fabrica
- Bebé: producto
- Feto separado de la madre
- Supremacía de la tecnología
- Cuidado prenatal apropiado es objetivo, científico
- La salud del bebé durante el embarazo asegurada a través de drogas, exámenes, técnicas

- Trabajo de parto: proceso mecánico
- Una vez comenzado el trabajo de parto, debe progresar regularmente, si no es así, se requiere estimularlo con una droga
- El dolor es inaceptable
- Analgésicos y anestesia para el dolor en el trabajo de parto
- Nacimiento: un servicio que posee la medicina y entrega a la sociedad
- Obstetra: hábil técnico supervisor/administrador
- El doctor controla
- El doctor entrega al bebé.

### **3. Breve historia de la asistencia a los partos: caza de brujas, hegemonía masculina y monopolización del saber**

Foucault señala que la medicina no es campo de conocimiento puro y universal, sino que está condicionado y visto por los ejes del momento histórico, y los sistemas económicos y políticos en los que se inscriben (Foucault, 1957). Actualmente en todas las sociedades, la ciencia es concebida como el discurso de la verdad; la medicina y sus profesionales aparecen como una de las autoridades más importantes de nuestra época (Foucault, 1966, citado en Sanchez, 2015). Esto tiene consecuencias muy importantes en el campo de la obstetricia debido a que el conocimiento científico difundido por obstetras se constituye como una verdad absoluta e irrefutable.

Siguiendo esta línea, Sabrina Yañez señala que en todas las épocas y culturas la maternidad ha estado regida por intereses económicos, políticos y mandatos sociales dictados por el heteropatriarcado. Entre esos intereses se encuentra la maternidad como una práctica obligatoria. Bajo estos mecanismos de control es que “la mayoría de los/as profesionales de la salud dan por supuesto no sólo que toda mujer debe ser madre como destino, sino que toda mujer desea ser madre” (Jerez, 2015. P.3).

En el siglo XIX, se produjo la irrupción del modelo medico hegemónico, modelo que conocemos actualmente. El surgimiento fue un proceso paulatino que trajo consigo la institucionalización de la maternidad, es decir, de los procesos de embarazo, parto y

---

puerperio, que según señala Sabrina Yañez (2013), es una de las “formas más claras en las que el heteropatriarcado y los poderes de turno han podido apropiarse del potencial reproductivo de las mujeres” (P. 2).

Al hablar de la institucionalización nos referimos al proceso por el cual se ponen bajo control del Estado, de los poderes religiosos y los poderes científicos a los significados y las actividades asignados al papel de las mujeres en la reproducción humana y social.

Junto al surgimiento de la medicina institucional se consolidó el monopolio político y económico de la medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta. Y todavía es más importante lo que se dirime hoy en día, ahora que quien controla la medicina tiene el poder potencial de decidir quién está loca y quien está cuerda (Ehreinrech, 2006).

Antes de la institucionalización de la maternidad las mujeres eran protagonistas en los partos; es decir que fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyos usos se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias” (Ehreinrech, 2006. P. 4).

Si bien por el pueblo eran consideradas mujeres sabias, para las autoridades eran brujas o charlatanas. Constituían lo que Irma Colanzi denomina “enemigas públicas”, efectuaban prácticas de interrupción del embarazo y control de la natalidad, es decir que atentaban contra el control de los cuerpos y por ende contra la lógica patriarcal que impide a las mujeres decidir sobre sus propios cuerpos (Colanzi, 2016).

Silvia Federici, en su libro el “Caliban y la Bruja”, describe la forma en que, durante la transición del feudalismo al capitalismo, las mujeres fueron despojadas paulatinamente de

---

sus propios cuerpos, principalmente en lo que tiene que ver con la sexualidad y la reproducción (Federici, 2010).

La autora comenta sobre un movimiento antinatalista que tuvo lugar durante el siglo XIV, inspirado en grupos y en sectas heréticas, perseguidos durante más de tres siglos.

La herejía constituía tanto una crítica a las jerarquías sociales y a la explotación económica como una denuncia de la corrupción clerical. Además, uno de los aspectos más significativos del movimiento herético es la elevada posición social que asignó a las mujeres. Como señala Gioacchino Volpe, en la Iglesia las mujeres no eran nada, pero aquí eran consideradas como iguales; las mujeres tenían los mismos derechos que los hombres y disfrutaban de una vida social y una movilidad (deambular, predicar) que durante la Edad Media no encontraban en ningún otro lugar (Federici, 2010).

En la sociedad medieval, debido a la limitada accesibilidad a la tierra y a los oficios que aseguraban ingresos suficientes para subsistir holgadamente, la crianza de muchos hijos se veía como algo poco deseable y, según los hallazgos de Federici, las comunidades de campesinos y artesanos se esforzaban por controlar la cantidad de niños y niñas que nacía entre ellos. El método más usado era cumplir la regla “si no hay tierra, no hay matrimonio” (Federici, 2010. P. 61).

Esta investigadora considera que, detrás de los códigos sexuales y reproductivos de los herejes, lo que se encontrarían son los rastros de un esfuerzo por controlar la natalidad. De este modo, se podría explicar el vínculo entre la herejía y los “crímenes reproductivos” —en particular la sodomía, el infanticidio y el aborto— tan común a finales del siglo XIV cuando, a raíz de la crisis demográfica y la escasez de trabajadores, el crecimiento de la población se convirtió en un problema fundamental. Es así que el control de las mujeres sobre su reproducción comenzó a ser percibido como una amenaza a la estabilidad económica y social. Federici advierte que no debe dejarse de lado los esfuerzos realizados por la Iglesia para establecer un control sobre el matrimonio y la sexualidad que le permitieran poner a todo el mundo bajo su escrutinio disciplinario.

La autora se refiere a la transición del feudalismo al capitalismo como una época en la que no sólo se produjo la acumulación de trabajadores/as explotables y de capital sino también la acumulación de diferencias de género, de raza y de edad (Federici, 2010, citado en Sabrina Yañez, 2013. P. 2).

En cuanto a las diferencias de género, Sabrina Yañez señala, en base a la obra de Federici, dos fenómenos interrelacionados que tuvieron lugar en esta etapa y que afectaron especialmente a las mujeres, ya que requirieron una profundización y perfeccionamiento de los mecanismos de control sobre los cuerpos de las mujeres: por un lado, se produjo una disociación entre producción y reproducción, que redujo la reproducción de la vida humana a un destino biológico de las mujeres, invisibilizando y degradando todo el trabajo que conlleva; por otro lado, ante sucesivas “crisis poblacionales”, surge una preocupación estatal y científica por el tamaño de la población como asunto clave para la riqueza de las naciones, que demanda una exacerbación en el control de las “actividades y capacidades reproductivas” de las mujeres.

Ante las “crisis poblaciones” producidas por la desposesión, el hambre, las guerras y las epidemias, la necesidad de disciplinar y estabilizar la población se hizo imperativa. Federici señala que “[a] mediados del siglo XVI, la idea de que la cantidad de ciudadanos determina la riqueza de una nación se había convertido en algo parecido a un axioma social” (Federici, 2010. P. 133). Expertos de diversas disciplinas, incluido el mismo Lutero, coincidían en la importancia de una población extensa para garantizar la prosperidad de una nación, a través del trabajo y de un ejército con suficientes fuerzas. En esta época -antes y durante el apogeo del mercantilismo- se adoptaron varias medidas pronatalistas, tales como la promoción del matrimonio y la vida familiar y la penalización del celibato, que, junto con el surgimiento de la asistencia pública y los registros demográficos, “formaron el embrión de una política reproductiva capitalista” (Federici, 2010 P. 135, citado en Sabrina Yañez)

A mediados del siglo XIV, a los inquisidores no les bastaba con acusar a los herejes de sodomía y licencia sexual en sus informes. También se les acusaba de dar culto a los animales y de regodearse en rituales orgiásticos, vuelos nocturnos y sacrificios de niños.

Los inquisidores informaban también sobre la existencia de una secta de culto diabólico conocida como los luciferanos. Coincidiendo con este proceso, que marcó la transición de la persecución de la herejía a la caza de brujas, la mujer se convirtió de forma cada vez más clara en la figura de lo hereje, de tal manera que, hacia comienzos del siglo XV, la bruja se transformó en el principal objetivo en la persecución de herejes (Federici, 2010).

La caza de brujas- verdadera guerra contra las mujeres- fue la principal iniciativa del Estado para lograr poner fin a la “crisis del crecimiento poblacional”. Según Federici, esta iniciativa está claramente orientada a quebrar el control que las mujeres habían ejercido sobre sus cuerpos y su reproducción y demonizó cualquier forma de control de la natalidad y la sexualidad no-procreativa. Así, a partir de mediados del siglo XVI comenzaron a imponer las penas más severas a la anticoncepción, el aborto y el infanticidio (Federici, 2010. P. 135-136).

En el siglo XIX, se produce la irrupción hegemónica del modelo médico en la asistencia a los partos. En palabras de Belli:

(...) surge entonces, tanto en América como en Europa una corporación médica que afianza progresivamente su poder hegemónico al tiempo que legitima su saber. De esta manera, rechaza todos aquellos saberes que no pudieran ser colocados dentro del paradigma científico vigente. El profesional se encarga de detectar los hábitos incorrectos de las mujeres embarazadas, en la relación higiene-salud (Belli, 2013. P. 26).

El nacimiento de la medicina científica produjo la hegemonía del saber médico/a. Un conocimiento científicamente válido que desplaza de manera despectiva otros saberes (Quevedo, 2010). Es decir, que el conocimiento de las mujeres basado en la experiencia y el saber popular quedan relegados como inválidos, dependientes y subordinados al único conocimiento válido: el de la medicina científica.

#### **4. Conclusiones**

---

En esta ponencia se señala la importancia de reconocer a la violencia obstétrica como una manifestación más de la violencia de género en un mundo heteropatriarcal. Entendiéndola como una realidad socio-histórica que nos atraviesa a todos y todas.

La violencia obstétrica ha sido reconocida legalmente recientemente, su último reconocimiento se manifestó a través de la despenalización del aborto en Argentina.

En este sentido, entendemos la violencia obstétrica no desde el embarazo sino desde la maternidad obligatoria construida socialmente.

La institucionalización de la maternidad trajo consigo una nueva forma de poder y de control del estado, la iglesia y corporaciones sobre la reproducción humana y social.

Al mismo tiempo, estableció un “conocimiento autorizado” en la construcción del concomitamiento médico en el cuál se reconoce como saber sólo aquel adoptado y construido por la medicina occidental, desautorizando el saber y experiencia de las mujeres.

En este mismo sentido y bajo esta misma lógica se produce el entrenamiento médico, basado en el paradigma tecnocrático y conocimientos preexistentes provenientes del mundo de la academia.

Siguiendo esta línea se pueden establecer una serie de desplazamientos y cambios que trajo consigo la institucionalización en las prácticas de obstetricia que benefician el modelo médico hegemónico.

En primer lugar, un desplazamiento territorial: el ámbito histórico en el cual se llevaba a cabo la asistencia al parto, el hogar, es desplazado y sustituido por los hospitales en los cuales las mujeres se encuentran con asistente extrañas. Parir en los hospitales no es decisión de cada mujer, sino que es una obligación.

En segundo lugar, otro cambio muy importante que viene acompañado con la tecnificación y medicalización de la asistencia institucionalizada del parto es la emergencia de un grupo profesional masculino, quienes progresivamente subordinaron a sus saberes a las parteras mujeres.

En tercer lugar, la inversión de la posición y roles en la sala de parto. La institucionalización de la medicina viene acompañada de una dominación discursiva basada en resaltar la

atención médica al parto como la forma más eficaz de reducir la mortalidad materna-infantil. De esta manera, las practicas llevadas a cabo por cualquier miembro del sistema médico hegemónico resultan incuestionables y aceptables debido a la existencia de una construcción del sentido común, donde el personal de la salud se coloca en una posición de sabio y salvador, ya que ellos serían quienes evitarían cualquier tipo de obstáculo en el proceso del parto.

En cuarto lugar, la tecnologización y farmacologización de los procesos reproductivos, que lleva a prácticas estandarizadas y que solamente pueden ser efectuadas por quienes saben manejar e interpretar esas herramientas.

El modelo médico hegemónico vino acompañado de violencia y tratos deshumanizados, lo cual reconocemos actualmente como violencia obstétrica y que están amparados por diferentes leyes, normativas y recomendaciones

Es importante destacar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se han logrado a través de las luchas feministas. Los colectivos de mujeres han visibilizado el ejercicio del derecho cívico a la decisión sobre el propio cuerpo, sin embargo, estos derechos han sido vulnerados tanto por la institución médica como corporación, como también por la Iglesia y el Estado.

## **5. Bibliografía**

ACOSTA, L. M. (2004). *El rompecabezas: anatomía del maltratador*. Barcelona. España: Critica

BELLI, L. (2013) La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos  
Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Revista Redbioética / UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO Año 4, Vol. 1, No. 7, Enero - Junio de 2013.* Disponible en:  
<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf>

---

BUTLER, J. (2006). *Deshacer género*. Barcelona. España: Paidós Iberica

CANEVARI, M. C. (2017) *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres Derechos, autonomía y violencia*. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras.

CASERES, M. A. (2008). *Antropología del género*. 2da Ed. Madrid. España: Catedra.

COLANZI, I. (2014). De brujas y parteras: Disciplinamiento y violencia obstétrica. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En *Memoria Académica*. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4494/ev.4494.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4494/ev.4494.pdf)

DAVIS-FLOYD, R. (1994) *Los rituales de nacimiento en los hospitales estadounidenses*. Disponible: <https://seryactuar.files.wordpress.com/2018/09/los-rituales-del-nacimiento-hospitalario-en-eeuu.pdf>

DAVIS-FLOYD, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires. Argentina: Creavida.

DAVIS-FLOYD, R. (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires. Argentina: Creavida.

FACIO, F., FRIES, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia*, Revista sobre enseñanza del derecho en Buenos Aires. Año 3, núm 6, pags. 259-294. Disponible en [http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev\\_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf](http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf)

FEDERICI, S. (2010) *Calibán y la bruja*. Madrid. Traficantes de sueños. Disponible en: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>

GIL, A. (2008). *Historia de la violencia contra las mujeres*. Madrid. España: Cátedra.

IBONE, O. (2013). *Las secuelas de la violencia obstétrica*. MidwiferyToday. Recuperado de: <https://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violenciaobstetrica>

JEREZ C. (2015) *Paradojas de la Humanización del parto: ¿Qué partos merecen ser empoderados?* En: Libro de ponencias: XI Jornadas de Sociología. Buenos Aires; Facultad

---

de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; p.1-15. Disponible en:  
<http://cdsa.aacademica.org/000-061/1121.pdf>

JORDAN, B. (1993); *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United State*. Original 1977. Waveland Press: Prospect Heights, IL.

JORDAN, B., LOZOFF, B. & MALONE S. (1988), Childbirth in Cross-Cultural Perspective, *Marriage and Family Review*, 12:3/4, 1-17. Disponible online: <http://www.lifescapes.org>

LAMAS, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7 (enero-abril) : [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2017] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807> ISSN 1405-7778

MASCARO. R. L. (2015). *Violencia obstétrica: una y no más*. [www.Fasgo.org](http://www.fasgo.org). Recuperado en [http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia\\_obstetrica.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf)

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2007). Plan de parto y nacimiento. Buenos Aires, Argentina.

OMS (1985). Declaración de fortalezas. Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. *Lancet*, 2: 436-437. Traducción ACPAM. Disponible en <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf> (consulta, 5 de abril de 2017)

PALOMAR VEEA, C. (s/f) *Malas madres": la construcción social de la maternidad*. Disponible: [http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030\\_02.pdf](http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/030_02.pdf)

PEREZ, A. (2015) *Poder soberano, poder disciplinario, biopoder y biopolítica en Foucault*. [www.alejandroperezp.wordpress.com](http://www.alejandroperezp.wordpress.com). Recuperado en <https://alejandroperezp.wordpress.com/2014/03/12/poder-soberano-poderdisciplinario-biopoder-y-biopolitica-en-foucault/>

PEREZ CARRAZNZA, J. (2016) *Expectativas de las pacientes en relación al profesional obstetra en consultorios externos del centro de salud [Expectations of patients in relation to professional obstetrician outpatient Health Center]*. Disponible en: <file:///C:/Users/ferna/Downloads/788-2693-5-PB.pdf>

---

QUEVEDO, P. (2010). *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*. Tesina de grado. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de ciencias políticas y sociales. Mendoza, Argentina.

SANCHEZ, B.S (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata* n°18, 93-111.

SUÁREZ OJEDA, E. N. (1982) El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno-infantil. *Bol Of Sanit Panam* 92(6). Disponible: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v92n6p482.pdf>

YAÑEZ, S. (2017). *La medicalización como núcleo de la institucionalización de la maternidad. Lecturas antropológicas de la obstetricia occidental*. En *Actas de las XI Jornadas Internacionales de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres*, Argentina: Centro Interdisciplinario de Estudios de las Mujeres- CIEM.

YAÑEZ, S. (2013). *De la caza de las brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad*. en *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Universidad Complutense de Madrid, N° 37, 1-17.