
Vivencias de las mujeres
en relación con las
**intervenciones
médicas durante
el embarazo
y el parto**

Anderson Díaz Pérez

Dhayana C. Fernández Matos - Zuleima I. Yáñez Torregrosa
Elvis E. Pinto Aragón - Carmenza L. Mendoza Cataño
Angélica Roca Pérez - Juliana A. Duque Bravo
Raydan Serrano Lizarazu

Compiladores:

Anderson Díaz Pérez - Pacífico Castro Gil



Vivencias de las mujeres
en relación con las
**intervenciones
médicas durante
el embarazo
y el parto**

Anderson Díaz Pérez

Dhayana C. Fernández Matos - Zuleima I. Yáñez Torregrosa

Elvis E. Pinto Aragón - Carmenza L. Mendoza Cataño

Angélica Roca Pérez - Juliana A. Duque Bravo

Raydan Serrano Lizarazu

Compiladores:

Anderson Díaz Pérez - Pacífico Castro Gil



PRESIDENTA SALA GENERAL
ANA BOLÍVAR DE CONSUEGRA

RECTOR FUNDADOR
JOSÉ CONSUEGRA HIGGINS (q.e.p.d.)

RECTOR
JOSÉ CONSUEGRA BOLÍVAR

VICERRECTORA ACADÉMICA
SONIA FALLA BARRANTES

**VICERRECTORA DE INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN**
PAOLA AMAR SEPÚLVEDA

VICERRECTORA FINANCIERA
ANA CONSUEGRA DE BAYUELO

VICERRECTOR DE INFRAESTRUCTURA
IGNACIO CONSUEGRA BOLÍVAR

SECRETARIA GENERAL
ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ

DIRECTORA DE INVESTIGACIONES
ALIZ YANETH HERAZO BELTRÁN

DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES
CARLOS MIRANDA MEDINA

MIEMBROS DE LA SALA GENERAL
ANA BOLÍVAR DE CONSUEGRA
OSWALDO ANTONIO OLAVE AMAYA
MARTHA VIVIANA VIANA MARINO
JOSÉ EUSEBIO CONSUEGRA BOLÍVAR
JORGE REYNOLDS POMBO
ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ
ANTONIO CACUA PRADA
PATRICIA MARTÍNEZ BARRIOS
JAIME NIÑO DÍEZ †
ANA CONSUEGRA DE BAYUELO
JUAN MANUEL RUISECO
CARLOS CORREDOR PEREIRA
JORGE EMILIO SIERRA MONTOYA
EZEQUIEL ANDER-EGG
JOSÉ IGNACIO CONSUEGRA MANZANO
EUGENIO BOLÍVAR ROMERO
ÁLVARO CASTRO SOCARRÁS
IGNACIO CONSUEGRA BOLÍVAR

Vivencias de las mujeres
en relación con las
**intervenciones
médicas durante
el embarazo
y el parto**

Anderson Díaz Pérez

Dhayana C. Fernández Matos - Zuleima I. Yáñez Torregrosa

Elvis E. Pinto Aragón - Carmenza L. Mendoza Cataño

Angélica Roca Pérez - Juliana A. Duque Bravo

Raydan Serrano Lizarazu

Compiladores:

Anderson Díaz Pérez - Pacífico Castro Gil



Vivencias de las mujeres en relación con las intervenciones médicas durante el embarazo y el parto / comp. Anderson Díaz Pérez, Pacífico Castro Gil; Dhayana Carolina Fernández Matos... [et al.] -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2017.

159 p.; 17x24 cm.
ISBN: 978-958-8930-92-3

1. Embarazo – Cuidado y tratamiento 2. Parto – Historia - Investigaciones 3. Cesárea (operación) – Historia - Investigaciones 4. Mujeres embarazadas – Situación legal 5. Servicios de salud materna 1. Díaz Pérez, Anderson, comp. II. Castro Gil, Pacífico, comp. III. Fernández Matos, Dhayana Carolina IV. Yáñez Torregrosa, Zuleima Isabel V. Pinto Aragón, Elvis Eliana VI. Mendoza Cataño, Carmenza Leonor VII. Roca Pérez, Angélica VIII. Duque Bravo, Juliana Andrea IX. Serrano Lizarazu, Raydan X. Tit.

618.2 V857 2017 SCDD 21 ed.
Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

VIVENCIAS DE LAS MUJERES EN RELACIÓN CON LAS INTERVENCIONES MÉDICAS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

© Anderson Díaz Pérez • Dhayana Carolina Fernández Matos • Zuleima Isabel Yáñez Torregrosa • Elvis Eliana Pinto Aragón • Carmenza Leonor Mendoza Cataño • Angélica Roca Pérez • Juliana Andrea Duque Bravo • Raydan Serrano Lizarazu

Compiladores: Anderson Díaz Pérez, Pacífico Castro Gil

Facultad de Ciencias Básicas y Biomédicas

Grupo de Investigación Microbiología para el Desarrollo Industrial

Director: Pacífico Castro Gil

Facultad de Ciencias de la Salud

Grupo de Investigación Seguridad e Impacto en Salud

Directora: Martha Novoa

Grupo de Investigación Medicina Génómica

Directora: Zuleima Isabel Yáñez Torregrosa

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Grupo de Investigación Estudios de Género, Familia y Sociedad

Directora: María Nohemí González Martínez

ISBN: 978-958-8930-92-3

© **Todos los derechos reservados.** Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en ninguna forma por medios electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros, sin la previa autorización por escrito de Ediciones Universidad Simón Bolívar y de los autores. Los conceptos expresados en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente corresponden con los de la Universidad Simón Bolívar y da cumplimiento al Depósito Legal según lo establecido en la Ley 44 de 1993, los Decretos 460 del 16 de marzo de 1995, el 2150 de 1995, el 358 de 2000 y la Ley 1379 de 2010.

©Ediciones Universidad Simón Bolívar

Carrera 54 No. 59-102

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>

dptpublicaciones@unisimonbolivar.edu.co

Barranquilla - Cúcuta

Producción Editorial

Editorial Mejoras

Calle 58 No. 70-30

info@editorialmejoras.co

www.editorialmejoras.co

Marzo de 2017

Barranquilla

Made in Colombia

Contenido

Introducción	13
•Capítulo 1•	
LA MUJER EN BÚSQUEDA DE SUS DERECHOS EN LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PARTO	17
Los derechos humanos de las mujeres y la salud reproductiva	22
El acceso a la información y el consentimiento informado	40
•Capítulo 2•	
EL PODER DE LA MEDICALIZACIÓN COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA ESTRUCTURAL DURANTE EL PARTO	47
•Capítulo 3•	
CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL PROBLEMA DEL PARTO NATURAL A CESÁREA COMO INDICADOR EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA	53
•Capítulo 4•	
BREVE MIRADA HISTÓRICA DE LA CESÁREA	63
•Capítulo 5•	
BREVE MIRADA HISTÓRICA AL PARTO NATURAL	65
Autonomía y vulnerabilidad durante el parto	67
•Capítulo 6•	
ASPECTOS DEL BIPODER Y LA BIOÉTICA: ENTRE EL CUERPO Y GÉNERO	71
El género como categoría analítica.....	73
El biopoder y las mujeres gestantes.....	87
Parto natural y cesárea como herramientas de poder	93
•Capítulo 7•	
EL CUERPO DE LAS MUJERES GESTANTES: DIOSAS VULNERABLES.....	97

•Capítulo 8•	
OBJETIVOS	101
Objetivo General	101
Objetivos Específicos	101
•Capítulo 9•	
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	103
Tipo de estudio fenomenológico	103
Puntos básicos para el análisis fenomenológico de las mujeres en gestación	103
Intencionalidad del estudio	104
Población	105
Tipo de muestreo.....	105
Técnicas de recolección de datos.....	106
Componente ético de la investigación	109
•Capítulo 10•	
RESULTADOS	111
Aspectos sociales, económicos y religiosos	111
Elementos de escogencia del parto.....	116
Experiencia del parto	117
Vínculo con el hijo.....	121
Valoración de la atención.....	123
Razones por las cuales las mujeres cambian su pensar en cuanto a parir naturalmente o por cesárea	124
Cambio de decisión en la forma de parto	126
•Capítulo 11•	
DISCUSIÓN	129
•Capítulo 12•	
CONCLUSIONES	133
Glosario	139
Bibliografía.....	141
Los autores	159

Lista de Tablas

Tabla 1.	
Nacimientos por tipo de parto en los departamentos.....	55

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1.	
Historia de la ginecoobstetricia del parto a la cesárea.....	67

Lista de Gráficas

Gráfica 1.	
Intervalo de edad.....	111
Gráfica 2.	
Estado civil.....	112
Gráfica 3.	
Nivel educativo	113
Gráfica 4.	
Estrato socioeconómico.....	113
Gráfica 5.	
Religión	114
Gráfica 6.	
Número de partos.....	115
Gráfica 7.	
Forma de parto.....	115

Agradecimientos

A la Universidad Simón Bolívar por siempre brindar los espacios reflexivos que propenden por el desarrollo científico y académico de la región y del país.

A los investigadores que hicieron parte del estudio por sus cualidades reflexivas que contribuyeron desde sus aportes personales y científicos a mejorar las características de la presente investigación para un mayor impacto académico y científico.

Le dedico este libro a mi amigo Leodavis Rojas Quintero por siempre, con una palabra y una acción, hacerme reflexionar sobre aquello que parece verdad y posiblemente es la mentira más grande.

“Para que el Estado funcione como funciona es necesario que haya del hombre a la mujer o del adulto al niño relaciones de dominación bien específicas que tienen su configuración propia y su relativa autonomía”.

**Paul-Michel Foucault
(1926-1984)**

“No les deseo (a las mujeres) que tengan poder sobre los hombres, sino sobre sí mismas”.

**Mary Wollstonecraft
Mujer, poder y autonomía**



Introducción

El dolor que sufre la mujer durante el proceso del parto la vuelve vulnerable de cambiar de decisión en relación a lo sugerido o condicionado por el personal de salud. En la actualidad, la injerencia de estos profesionales, la familia y los medios de comunicación sobre la autonomía de la mujer, conlleva a la posible insatisfacción de haber escogido por cuestionamientos socioculturales, por el temor al dolor, por cuestiones estéticas o económicas, la cesárea como un procedimiento opcional sin indicación médica aparente.

Se señala la dignidad como un derecho inherente a todos los seres humanos, lo cual debería ser un elemento imprescindible de ser considerado para que la mujer reciba un cuidado digno durante el parto, sin intimidación por parte del personal de salud, sin ejercicio del poder por los profesionales para medicalizar un proceso natural como lo es el parto, por intereses pocos loables, ya que buscan obtener el “producto” (bebé) en el menor tiempo posible, por medio de la cesárea, la cual está indicada bajo requerimientos clínicos específicos. Se ha realizado una revisión de información donde se presentan los riesgos y los beneficios de cada una de las posibles posturas que adopta la mujer al momento de decidir la forma de parto (bien sea que elija natural o cesárea).

En el planteamiento de los derechos de la mujer con respecto a la salud reproductiva, tema fundamental de este libro, cabe destacar que el Estado está obligado a garantizarle el respeto a la dignidad y la autonomía

para decidir, así como también emerge el principio de igualdad, en el vivir bien, con integridad física y espiritual, es decir, vivir sin ofensas ni humillaciones, durante el estado de embarazo o el parto, ya que esto trae consigo repercusiones negativas tanto para la madre como para el feto a corto, mediano y largo plazo.

El poder de la medicalización ejercido de manera consciente o inconsciente por parte de los profesionales de la salud, es una violación directa a la dignidad y autonomía de la madre, que es quien debe decidir la mejor manera de tener a su bebé. En una relación de poder además histórica con el factor de desigualdad en la cual la mujer ha sido sometida a la dominación y por ende a la discriminación, también se puede llegar a ejercer violencia obstétrica ante la naturalización del poder de la medicalización, cuya justificación es buscar el bienestar del bebé, justificación que no es válida ni suficiente para que exista una relación de desigualdad y mucho menos bajo la filosofía del parto humanizado.

Desde este conjunto de ideas, conceptos y reflexiones se propuso la pregunta problema central de esta investigación: ¿Cómo influye el poder de la medicalización como una herramienta de biopoder y biopolítica en la vulnerabilidad de las gestantes al momento de decidir la forma de parto? Para los investigadores el biopoder se entiende como un mecanismo del poder para controlar los cuerpos, comprende aquellos elementos que regulan la moral de las personas, que transversaliza unas prácticas éticas a veces pocos comprensibles pero que al final responden a un poder económico, con dependencia del Estado, mientras que la biopolítica se refiere a un mecanismo que convierte al poder-saber en un agente que posibilita la transformación de la vida de los seres humanos. El objetivo de la investigación se centró en analizar la influencia del poder de la medicalización desde la intervención médica en las decisiones de las gestantes durante el embarazo y sobre todo al momento de decidir la forma de parto.

El estudio se realizó desde una perspectiva epistemológica objetivista y una perspectiva teórica de tipo fenomenológico, para lo cual se aplicaron instrumentos de tipo entrevista semi-estructurada a 39 mujeres.

Se establecieron elementos valorativos de las mujeres desde su percepción, considerando elementos tanto psicológicos, sociales y económicos. La influencia del poder de la medicalización supone ventajas y obstáculos para lograr partos humanizados, donde se considera el cambio de decisión de las mujeres en los primeros tres meses de gestación como un tipo de transgresión a su autonomía, colocando incluso en riesgo su integridad física y emocional.



LA MUJER EN BÚSQUEDA DE SUS DERECHOS EN LA TOMA DE DECISIONES DURANTE EL PARTO

Dhayana Carolina Fernández Matos y Anderson Díaz Pérez

“Los derechos de las mujeres son derechos humanos”.

Iniciamos este capítulo con esta afirmación, que parece una tautología, pero que fue necesario hacerla para que se entendiera que las mujeres, como seres humanos, también tienen derechos.

Fue en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, donde se reunieron países y organizaciones de la sociedad civil, el momento en el cual, como señala Alda Facio (1), las mujeres se convirtieron en humanas. En la Declaración y Programa de Acción de Viena (2), aprobados el 25 de junio de 1993, quedó establecido que:

“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación en condiciones de igualdad de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en

los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional”.

Varias cosas se pueden explicar del párrafo anterior, la primera de ellas es que los derechos humanos son indivisibles, de forma que la protección de los mismos debe ser integral.

En este sentido y en virtud de esta indivisibilidad, cuando se analiza la función reproductiva de las mujeres, como ocurre en esta investigación, es preciso tener claro que la violación de sus derechos humanos durante el embarazo, el parto o el puerperio, puede suponer que se vean afectados, entre otros, el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona; el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; la libertad y la seguridad personales; el derecho a no ser sometida a torturas; el derecho a la igualdad e incluso, el derecho a la vida.

En relación con la igualdad, se puede apreciar que en Viena 1993 se estableció esta como un objetivo prioritario a nivel internacional para garantizar los derechos de las mujeres. Sin embargo, se trata de un vocablo con múltiples acepciones que es necesario precisar cuando se habla de los derechos humanos de la mujer, para superar la igualdad formal, aquella establecida en instrumentos internacionales de derechos humanos, Constituciones y demás textos normativos de los Estados, reconocida por primera vez en el siglo XVIII con las Declaraciones de Derechos Humanos Liberales estadounidense (1776) y francesa (1789), donde se establecía que todos los hombres eran iguales ante la ley.

Estas declaraciones literalmente hablaban de personas del sexo masculino, ya que las mujeres fueron expresamente excluidas de la posibilidad de ser titulares de derechos, principalmente por considerarlas seres carentes de la capacidad de razonar y de detentar la condición de ciudada-

nas. Al no ser consideradas sujetos de derechos, eran objeto de tutela y quedaban bajo la sujeción de un esposo, padre, hermano, hijo, siempre hombre. De esta manera, el conocido Principio universal de Igualdad entre todos de la Ilustración, excluyó a la mitad de la población.

Este dato parece no guardar relación con una investigación que busca analizar la capacidad de decisión de las gestantes al momento de decidir la forma de parto, pero en las próximas páginas demostraremos que este tema está estrechamente vinculado con el estudio, en la medida que la capacidad de decisión, la función reproductora y el control que ha existido sobre sus cuerpos, han sido temas primordiales en la evolución de los derechos humanos y en la incorporación de las mujeres como titulares de los mismos.

Volviendo al derecho a la igualdad, vemos que en el origen de los derechos humanos se les negaba a las mujeres la posibilidad de ejercerlo, así se consagran estos derechos silenciándolas e invisibilizándolas.

Con el transcurrir del tiempo esta realidad fue cambiando y los instrumentos jurídicos de derechos humanos, las Constituciones Políticas de los países y otros textos normativos comienzan a hablar de la igualdad entre los seres humanos. Así la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 (3), establece en su artículo 1 que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y en el artículo 7 que “Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley”.

A partir de la ley anterior se aprecia el carácter universal de los derechos humanos, ya que la mayoría de las Constituciones del mundo consagran la igualdad de hombres y mujeres. La Constitución Política de Colombia (4) en su artículo 13:

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”.

Estos textos hablan ante todo de la igualdad formal, ante la ley, aunque la Constitución colombiana reconoce que para lograr que sea igual y efectiva, el Estado debe actuar y promover condiciones para que los grupos en consideración histórica de desventaja, entre quienes se incluyen a las mujeres, personas desplazadas, afrocolombianas, entre otros, puedan efectivamente ejercer sus derechos. ¿Pero de qué se trata la igualdad entre hombres y mujeres?, ¿es un trato idéntico o diferente?

Siguiendo a Luigi Ferrajoli (5) hay dos razones que explican la necesidad de igualdad, la primera, es porque hay diferencias entre los seres humanos, dadas por las diversas identidades que se construyen a partir de categorías tales como sexo, nacionalidad, idioma, religión, opiniones políticas, condiciones personales y sociales. Esas diferencias están presentes, constituyen hechos comprobables que es imposible negarlos.

La segunda razón es porque hay desigualdades entre las personas, que también son hechos comprobables, relativos a los obstáculos y barreras de tipo económico y social, las condiciones materiales que limitan el desarrollo del proyecto de vida personal.

tutelar las diferencias y protegerlas, de manera que dichas diferencias tengan el mismo valor, y erradicar las desigualdades, estableciendo la Norma, la obligación de los Estados de garantizar condiciones materiales que permitan a las personas desarrollar su proyecto de vida. La gestación es una diferencia fundamental de las mujeres en relación con los hombres, que debe ser protegida y establecer el Estado las condiciones materiales para que se pueda ejercer sin ningún tipo de discriminación.

Dicho así, la igualdad tutela y protege las diferencias y erradica las desigualdades. En este contexto, el problema no es que hombres y mujeres seamos diferentes, sino que la sociedad, a partir de dichas diferencias ha construido un sistema sociocultural desigual que le otorga menor valor a aquellas características que se consideran propias de las mujeres, factor que durante mucho tiempo ha ido acompañado de la negación de sus derechos.

Señalaba Simone de Beauvoir (6), en un lejano 1949, cuando escribió su obra más celebre, *El segundo sexo*, que la sociedad establecía una diferencia entre naturaleza y cultura, considerando el accionar de las mujeres más cercano a lo biológico, a la naturaleza y el de los hombres, debido a su capacidad de razonar y crear, más cercano a la cultura, así las cosas, señalaba la autora que se privilegiaba el sexo que iba a la guerra y mataba, por encima del sexo que paría y daba vida.

Más de medio siglo ha transcurrido desde que la autora francesa escribiera su obra y pese a los avances, que son innegables, todavía sigue estando presente en distintos contextos, la idea de subordinación de las mujeres y constituyéndose como un componente notorio de las razones para establecer desigualdades en relación con los hombres, su capacidad como gestante y por la maternidad. Esta realidad llevó a que el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (7) manifestara que en “En ninguna sociedad las mujeres disfrutaban de las mismas oportunidades que los hombres”.

Todo ello justifica la necesidad de hablar de los derechos humanos de las mujeres, incluidos los derechos a la salud sexual y reproductiva. En esta investigación nos enfocaremos en sus derechos reproductivos porque son los que más están vinculados con la condición de gestantes, sin desconocer el carácter indivisible de los derechos humanos, de lo cual se habló en párrafos precedentes.

LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Una definición bastante común de los derechos humanos señala que son atributos inherentes de la persona humana, correspondientes a su dignidad, que los Estados están en la obligación de respetar, garantizar y satisfacer.

Parece no haber problemas detrás de esta concepción “genéricamente neutra” que, en principio, incluye a los hombres y a las mujeres. No obstante, es preciso advertir que detrás de esta supuesta neutralidad se invisibiliza el carácter androcéntrico de la definición, que tiene como modelo o referente universal de la humanidad, al hombre, al cual debe parecerse la mujer. Entre otras razones, se le cuestiona:

- Considerar al Estado como el principal (cuando no el único) obligado a garantizar los derechos humanos, ya que refuerza la distinción entre los espacios “público” y “privado” que mantiene a las mujeres en el ámbito del hogar, en el espacio de lo doméstico, en lo privado, privándolas del acceso a los derechos y profundizando la discriminación y la violencia en su contra. No hay que perder de vista que, en virtud de esta diferenciación de los espacios, en ocasiones, la discriminación reviste la forma de protección especial para las mujeres, lo cual es muy evidente con las gestantes y las madres lactantes, donde detrás de la

idea de protegerlas, se les discrimina al poner obstáculos para el ejercicio de sus derechos.

- La postura según la cual solo los Estados pueden violar derechos humanos, limita visualizar que la violación más grave de los derechos humanos de las mujeres ocurre en el ámbito privado, muchas veces en el hogar; no hay que olvidar que para las mujeres es el lugar donde hay mayores riesgos para su vida y los principales agresores son personas cercanas a su entorno: cónyuges, parejas, padres, familiares y amigos.
- Las miradas occidentalizadas y la falsa universalidad que parte de una concepción abstracta de la idea de dignidad humana y de los derechos humanos. Esta idea de dignidad, de clara influencia kantiana, impide que se tome en cuenta el contexto y la diversidad cultural, en el cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos humanos.

La Corte Constitucional colombiana (8), en una Sentencia de 2002, establece una definición de dignidad humana más cercana a los requerimientos de las mujeres y grupos en situación histórica de desventaja:

“La Sala concluye que el referente concreto de la dignidad humana está vinculado con tres ámbitos exclusivos de la persona natural: la autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesta para la realización del proyecto de vida). Estos tres ámbitos de protección integran, entendidos en su conjunto, el objeto protegido por las normas constitucionales desarrolladas a partir de los

enunciados normativos sobre “dignidad”. Considera la Corte que ampliar el contenido de la dignidad humana, con tal de pasar de una concepción naturalista o esencialista de la misma en el sentido de estar referida a ciertas condiciones intrínsecas del ser humano, a una concepción normativista o funcionalista en el sentido de completar los contenidos de aquella, con los propios de la dimensión social de la persona humana, resulta de especial importancia, al menos por tres razones: primero, porque permite racionalizar el manejo normativo de la dignidad humana, segundo, porque lo presenta más armónico con el contenido axiológico de la Constitución de 1991, y tercero, porque abre la posibilidad de concretar con mayor claridad los mandatos de la Constitución. Los ámbitos de protección de la dignidad humana, deberán apreciarse no como contenidos abstractos de un referente natural, sino como contenidos concretos, en relación con las circunstancias en las cuales el ser humano se desarrolla ordinariamente”.

Vista de esta manera, la dignidad humana se relaciona con el desarrollo de un proyecto vital (vivir como se quiera); con condiciones materiales que efectivamente posibiliten dicho proyecto (vivir bien) y con integridad física y espiritual (vivir sin ofensas ni humillaciones).

Cuando una mujer es objeto de discriminación o de violencia basada en género, se le ha vulnerado su dignidad humana, que le impide desarrollar su proyecto de vida, ha sido víctima de ofensas y humillaciones, y eso ha ocurrido por no tener condiciones materiales que efectivamente la protejan y le permitan ejercer sus derechos.

En definitiva, para hablar de los derechos humanos de las mujeres deben tenerse presentes aquellos aspectos del accionar cotidiano que una definición genéricamente neutra deja por fuera, ellos son: la prohibición de discriminación en razón de su género; el derecho a una vida libre de

violencias y los derechos sexuales y reproductivos. Por estas razones, la definición de Soledad García Muñoz (9) se adecúa bien a estas necesidades al definirlos como:

“El derecho inherente y universal de cada mujer del mundo a vivir una vida libre de discriminación y violencia, siendo dueña de su cuerpo y de su mente, gozando de autonomía sexual y reproductiva; tanto en el ámbito público, como en el privado; tanto en tiempos de paz, como de guerra. Este derecho es, a su vez, un requisito indispensable para el disfrute efectivo por las mujeres de la integralidad de los derechos humanos”.

Partiendo de esta definición, pasaremos a explicar la prohibición de discriminación, el derecho a una vida libre de violencia y la autonomía sexual y salud reproductiva, vinculando estos factores con las mujeres gestantes, población de interés para este estudio.

Fue en el contexto del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (1975-1985), que se firmó el instrumento más importante para la lucha contra la discriminación contra la mujer, la Convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) en 1979, entrando en vigor en 1981. Colombia ratificó esta Convención el 19 de enero de 1982.

La CEDAW se considera la Carta Magna de las mujeres porque incorpora todos los derechos humanos de estas, bien sea implícita como explícitamente al prohibir todas las formas de discriminación.

Cabe destacar, no obstante, que la CEDAW no crea derechos nuevos y diferentes para las mujeres, lo que hace es reconocer que se tienen esos derechos y las obligaciones de los Estados para asegurarles el ejercicio de los mismos, sin ningún tipo de discriminación, la cual define en su artículo 1 como “toda distinción, exclusión a restricción basada en el sexo

que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.

Esto quiere decir que existen múltiples formas de discriminar, por ejemplo, cuando existe la intención clara de excluir a las mujeres: una ley electoral que les prohíba ejercer el sufragio, como aún ocurre en algunos países del Medio Oriente, esto es una discriminación directa. Pero puede ser indirecta cuando no existe la intención de excluirlas. Sin embargo, los resultados llevan a que no puedan ejercer ciertos derechos y así no poder desarrollar todas sus capacidades, según lo expuesto por Amartya Sen como “libertades sustanciales o combinadas, es decir, oportunidades para elegir y para actuar en su situación política, social y económica” (10), donde se le añade su “salud y su cuerpo”. Este tipo de discriminación es la más común actualmente en América Latina.

Como se señalara, a veces la discriminación se presenta como un manto de protección, por ejemplo, un empleo nocturno vedado a las mujeres, supuestamente para protegerlas, es discriminación. Cuando a la gestante se le imposibilita decidir libremente, sin ningún tipo de coacción sobre el proceso del parto y tomar una decisión autónoma y libre, podría este hecho configurarse como discriminación.

En relación con la mujer gestante y la maternidad, reconoce la CEDAW desde su Preámbulo que “el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación” y posteriormente en el artículo 5.b., se expresa que los Estados están en la obligación de adoptar medidas para “Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos”.

Lo que consagra el artículo 5 de la CEDAW, significa atacar la raíz de la discriminación contra las mujeres, basada en patrones y estereotipos de género que las colocan en una situación de inferioridad en relación con el hombre y también, porque reconoce que si bien la mujer es la única que puede ser gestante y parir, la maternidad es una función social que implica responsabilidades para los padres, la sociedad y el Estado, dejando atrás la falsa creencia de que el cuidado de hijas e hijos compete solo a las mujeres.

Así las cosas, el artículo 5.a. de la CEDAW establece que los Estados tomarán las medidas apropiadas para “Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”.

Cabe destacar que cuando un país ratifica la CEDAW, se compromete a cumplir con esta obligación y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), creado en virtud del artículo 17 de la Convención, examina los progresos de los Estados partes en la aplicación de la misma y en la adopción de medidas para hacerla cumplir dentro de su territorio. En el caso que nos ocupa, el Comité CEDAW se refirió a estos estereotipos de género en las observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia (11) "URL":"<http://historico.equidadmujer.gov.co/Documents/Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf>","accessed":{"date-parts":[["2016",7,20]]}}},"schema":"<https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json>"} en el epígrafe sobre estereotipos y prácticas nocivas:

“El Comité está preocupado por la persistencia de las actitudes patriarcales y los estereotipos profundamente arraigados

respecto de las funciones y responsabilidades de la mujer y el hombre en la familia y en la sociedad en el Estado parte. Observa que tales actitudes y estereotipos constituyen un obstáculo importante a la aplicación de la Convención, ya que son las causas básicas de la situación de desventaja de la mujer en la vida política y pública, especialmente en los puestos decisorios y los cargos electos, así como en el mercado de trabajo; de la prevalencia de la violencia contra la mujer; y de la segregación de género que se refleja en las oportunidades educacionales de las mujeres y las niñas. El Estado por otra parte, no ha adoptado medidas sistemáticas, suficientes y sostenibles para eliminar los estereotipos, en particular los que afectan a las mujeres más vulnerables como las indígenas y afrocolombianas. Al Comité le inquieta además la práctica de la mutilación genital femenina en algunas comunidades indígenas, como la comunidad embera, así como la tolerancia de esta práctica por el Estado parte y el hecho de que no esté prohibida por ley”.

Dicho lo anterior, el Comité insta al Estado colombiano para que “Elabore una estrategia amplia destinada a las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, para superar las actitudes patriarcales y los estereotipos basados en el género con respecto a las funciones y responsabilidades de las mujeres y los hombres en la familia y en la sociedad, especialmente en las esferas en que la mujer está en particular desventaja”.

Pero además de la potestad del Comité CEDAW de hacer recomendaciones específicas a cada uno de los Estados partes de la Convención, puede realizar recomendaciones generales que consisten en la interpretación de algún artículo de la Convención o de cuestiones que contribuyan a la mejor aplicación de la misma. Hasta la fecha, este Comité ha elaborado 34 Recomendaciones generales, la última del año 2016, sobre los derechos de las mujeres rurales.

Nos interesa en esta parte hacer referencia a la Recomendación general No. 24 sobre el artículo 12 de la CEDAW (12), titulada “La mujer y la salud”.

Lo primero que se señala es que el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico de las mujeres, reconocido por la CEDAW en su artículo 12 y en el cumplimiento de la obligación de garantizar este derecho, los Estados partes se obligan a eliminar la discriminación contra las mujeres “en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”.

De esta manera se establece, siguiendo a la Corte Constitucional colombiana (13), una protección reforzada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es cierto que la Corte hace referencia a esta protección en el ámbito laboral, sin embargo, resulta obvio que el Comité CEDAW busca reforzar la garantía para el ejercicio de los derechos en todos los ámbitos humanos durante esa etapa de la vida de las mujeres, protegiendo las diferencias basadas en que solo ellas pueden entrar dentro de esta categoría y contribuyendo a erradicar las desigualdades.

También establece la Recomendación general No. 24 el derecho que tienen las mujeres a estar plenamente informadas sobre cualquier tratamiento médico al cual deban someterse. Señala al respecto que: “Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles” y, además, solamente son aceptables aquellos servicios de salud que “se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad

y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas”. Volveremos posteriormente al acceso libre a la información y al consentimiento informado, derechos prioritarios para las mujeres gestantes entrevistadas en esta investigación, por ahora, se hablará de sus derechos reproductivos.

Fue en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (14) celebrada en Teherán del 22 de abril al 13 de mayo de 1968, donde por primera vez se habló del derecho que tienen las personas de decidir libremente el número de hijos e hijas que desean tener y el intervalo entre sus nacimientos. Considerar este hecho como un derecho humano significó un avance para las mujeres, su autonomía personal y el respeto a su dignidad como personas. Sin embargo, hubo que esperar hasta 1994, en la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (15), celebrada en El Cairo y en la que participaron 179 países, para que se empezara a hablar de derechos reproductivos; el capítulo VII del Plan de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo se refiere a este tema:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos (...)

La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales”.

Este reconocimiento fue ampliado en 1995 en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing (16,17), China, en septiembre de 1995. Esta conferencia abre una nueva etapa en la lucha de las mujeres por el reconocimiento de sus derechos; se habla del género, se plantea la necesidad de evaluar todas las estructuras sociales y todas las relaciones existentes entre hombres y mujeres. De esta forma se busca concienciar sobre la necesidad de visibilizar la situación de las mujeres que afecta a la sociedad en su conjunto y por tanto no puede tratarse de forma parcializada y sectorizada, sino que debe integrarse en el conjunto de políticas (transversalización de género).

En relación con los derechos sexuales y reproductivos, señala el Plan de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres que:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

Y más adelante, se señala que el objetivo de la salud sexual no es únicamente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual, sino que implica “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales”.

Es necesario mencionar que hasta la fecha no existe un instrumento internacional de derechos humanos que se refiera exclusivamente a los derechos sexuales y reproductivos de las personas, sin embargo, como se ha señalado tanto en la Conferencia de El Cairo como en la de Beijing, eso no implica que se trate de derechos que queden fuera de protección porque están incluidos en otros derechos humanos ya reconocidos en otros instrumentos internacionales y nacionales; hay que tener presente el carácter indivisible de estos y su protección integral. Por tanto, como señala Alda Facio (18), son jurídicamente vinculantes. Es así que el Plan de Acción de Beijing establece que los derechos reproductivos:

“(...) abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el nú-

mero de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”. Y así entramos en el tercer elemento que resulta fundamental en el reconocimiento, protección y garantía de las mujeres: el derecho a una vida libre de violencias.

En relación con la violencia contra las mujeres, en el año 1991, la reunión de grupos de expertos y expertas en este tema, determinó que en los instrumentos vigentes del sistema de Naciones Unidas, no se tomaba en consideración la violencia contra las mujeres y no se definía específicamente ese delito. La inexistencia de una clara conceptualización de este problema, dificultaba la aplicación de los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos y por ello redactaron un proyecto de declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, que fue analizado por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en su 36° periodo de sesiones, para que se evaluara su adopción posterior por la Asamblea General de la ONU (19).

De esta manera, el 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General en su 85ª sesión plenaria, adopta la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (20) donde se reconoce que:

“La violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer

es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”.

Así se desnaturaliza la violencia contra las mujeres, principalmente la que ocurre en el ámbito familiar y de las relaciones de pareja, destacando que esta no responde a las condiciones naturales de hombres y mujeres, que la subordinación de estas últimas y el dominio de sus cuerpos, no son producto de las leyes de la naturaleza y de las diferencias sexuales existentes, que ello es producto de relaciones desiguales de poder.

La Declaración por primera vez define la violencia contra la mujer de la siguiente manera:

“Se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o Psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Artículo 1).

Reconoce la Declaración que las costumbres y tradiciones pueden perpetuar la situación de violencia contra las mujeres, es por ello que en su artículo 4 establece que “los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla”.

Además, al igual que lo hace la CEDAW, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer establece como obligación de los Estados de:

“Adoptar todas las medidas apropiadas, especialmente en el sector de la educación, para modificar las pautas sociales y cul-

turales de comportamiento del hombre y de la mujer y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias o de otra índole basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en la atribución de papeles estereotipados al hombre y a la mujer” (Artículo 4.j.).

Se reitera así la importancia de una educación no sexista, la erradicación de los patrones socioculturales y estereotipos de género, porque su existencia implica el mantenimiento de actitudes, comportamientos e interpretaciones de la realidad que desconocen o limitan a la mujer en su condición de persona, titular de derechos.

No se puede negar que la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer significó un avance significativo para la lucha de las mujeres por sus derechos, sin embargo, al ser un instrumento de Soft Law, sin la fuerza vinculante para los Estados que la suscribieron que tiene un tratado o una convención, no establece el vínculo jurídico necesario para exigirle su cumplimiento, aunque sí hay una obligación de tipo moral y la fortaleza de ser un instrumento que favorece a la mitad de la población mundial.

Fue en el Sistema Interamericano el contexto en el cual los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA), suscribieron el 09 de junio de 1994, en la ciudad brasilera Belem Do Pará, el primer instrumento internacional de carácter vinculante en esta materia, la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) (21), constituyéndose en el primer tratado internacional de carácter regional, cuya finalidad es proteger a las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia.

cultura, nivel educacional, edad o religión”, dejando claro que solo basta con nacer mujer para ser una potencial víctima del flagelo que ocurre tanto en el ámbito privado como en el público, y puede ser cometido en la familia, la comunidad, perpetrado o tolerado por agentes del Estado, como lo expresa el artículo 2.

Cabe destacar que la definición de violencia contra la mujer que consagra la Convención de Belém do Pará establece que se trata de “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

En ese sentido, reconoce el texto jurídico que no es el sexo, no son las características biológicas las que determinan el riesgo de ser víctima de este tipo de violencia, es la construcción social a partir de las diferencias biológicas, la distribución desigual y jerárquica de los recursos materiales, simbólicos, políticos, es, en definitiva, el género el factor de riesgo.

La Convención de Belém do Pará es la primera que reconoce el derecho a una vida libre de violencia como derecho humano (Artículo 3) y el derecho de las mujeres a ser educadas sin prejuicios de género y no ser discriminadas. Dice el artículo 6:

“El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros:

- a. El derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y
- b. El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”.

En relación con los deberes de los Estados para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres por razones de género, los artículos

7 y 8 de la Convención de Belém do Pará traen un extenso catálogo de obligaciones, pero que pueden ser subsumidas dentro de los tres niveles de obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos, a saber: respetar, promover y cumplir o garantizar.

La obligación de debida diligencia resulta fundamental en la garantía del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Esta obligación implica que los Estados deben adoptar medidas integrales que incluyen un adecuado marco jurídico de protección, con una aplicación real y efectiva del mismo y con políticas de prevención y prácticas que permitan actuar de una manera eficaz ante las denuncias. Las estrategias de prevención deben ser integrales, por un lado, deben prevenir los factores de riesgo y por el otro, fortalecer a las instituciones para que puedan actuar y dar respuesta efectiva en los casos de violencia.

A partir de esta definición de las violencias contra las mujeres a nivel internacional, los países fueron adoptando leyes nacionales que establecían una protección del derecho a una vida libre de violencias de las mujeres. En este sentido, la Ley 1257 de 2008 (22) promulgada por el Congreso de Colombia, en su artículo 2, define la violencia contra la mujer, prácticamente repitiendo la definición de las Naciones Unidas, agregando únicamente que, además del daño físico, psíquico o sexual, también puede haber daño patrimonial o económico, configurando la violencia económica, que define en el segundo párrafo del artículo de la siguiente manera: “cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas”.

Sin dudas las gestantes que fueron consultadas para este estudio, pueden ser potenciales víctimas de este tipo de violencia, ya que el factor

de riesgo es ser mujer. Sin embargo, nos interesa presentar un tipo de violencia que puede afectarlas en el embarazo y en el parto, se trata de la violencia obstétrica, la cual no fue definida expresamente por la Ley 1257 de 2008, pero ello no implica que las mujeres que sean víctimas de este tipo de violencia queden desprotegidas, ya que su situación queda subsumida en los daños físicos o psíquicos, hay que recordar el carácter integral e indivisible de la protección de los derechos humanos.

La violencia obstétrica está asociada con el manejo de los saberes y las relaciones de poder desiguales; se vincula con el parto intervenido, medicalizado, donde se pasa del espacio del hogar como lugar donde ocurre el parto, a los espacios de salud como el lugar ideal para parir, donde está fuertemente presente el conocimiento “experto” que, en ocasiones, expropia a la parturienta no solo de su capacidad de decidir, sino de las emociones y sensaciones que experimenta. Se intenta explicar cómo los enfoques biologists, que privilegian el parto medicalizado, invisibilizan el rol principal que las gestantes deben tener en el proceso. Al respecto señala Laura Belli (23): “Las Ciencias de la Salud comparten con el resto de las ciencias su propósito de control sobre los procesos naturales. Si bien resultaría ingenuo no reconocer los innegables beneficios que los avances en este campo han logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres”, agrega además que “estas políticas higienistas, impulsadas por los Estados de mediados del siglo XIX, logran a comienzos del siglo XX la hegemonía en torno de las prácticas correctas durante el proceso del parto. El parto intervenido, medicalizado, es solo un aspecto de la nueva concepción fuertemente biológica de la reproducción humana y de la salud humana en general. Y son las instituciones de la salud espacios en los cuales estos procesos encuentran su lugar. No es casual que sea entonces cuando la obstetricia –campo en el cual necesariamente resulta más evidente la subordinación

de las mujeres al saber médico– surge como especialidad, desarrollando un conjunto de prácticas y saberes tendientes a regular y controlar la experiencia de la maternidad”, llevando a que opere “el traspaso de la experiencia de las mujeres de su maternidad a un proceso regulado por profesionales de la salud, en su mayoría hombres; se produce también el corrimiento territorial de esta experiencia: el hogar, ámbito histórico destinado a la parturienta quien atravesaba el parto rodeada de mujeres que ya habían pasado por eso, deja paso al centro de salud, con asistentes extraños y un ideal de asepsia que se enfrenta a la idea de acompañamiento de la parturienta durante el proceso” (23).

Estos factores están presentes en la violencia obstétrica, la cual fue definida por primera vez, en un instrumento legislativo nacional en América Latina (24), en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (25), promulgada en Venezuela en 2007, donde se le define como: “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”. Además, en el artículo 51, se tipifica como delito que acarrea responsabilidad individual para quien incurra en estos actos, imponiéndoseles multas (25):

“Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4. Alterar el proceso

natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

En Argentina, hay dos leyes que protegen a las mujeres de la violencia obstétrica, las explicamos en este apartado para que quede clara la relación existente entre dichos postulados y este estudio sobre la vulnerabilidad de la mujer al decidir la forma de parto y el poder de la medicalización. La Ley Nacional No. 25.929 (26,27) Argentina, del Parto Humanizado, establece en su artículo 2, los derechos que tienen las mujeres en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de

su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo Protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales, entre otros”.

También en Argentina, la Ley No. 26.485 de 2009 (28), Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, define la violencia obstétrica en los siguientes términos: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. Aquí nuevamente se puede corroborar que son la medicalización y patologización de un proceso natural como el parto, unido a un trato deshumanizado que se olvida que es una persona, una mujer y no únicamente la aplicación de una técnica o de un saber especializado, lo que configura la violencia obstétrica como tal, a ello debe agregarse la falta de información completa y la inexistencia del consentimiento informado, temas de los cuales hablaremos en los próximos párrafos.

EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

40

A lo largo del capítulo 1 se ha comentado el carácter indivisible de los derechos humanos, el cual resulta palpable en la estrecha relación del derecho de acceso a la información con la realización de otros derechos

humanos, de forma tal que la falta de garantía y respeto de aquel para las mujeres, acarrea la vulneración de otros derechos humanos, entre ellos la integridad personal, la intimidad, el derecho a la vida privada, el derecho a una vida libre de violencias y de discriminación (29).

En materia de salud reproductiva, el derecho de acceso a la información es fundamental porque implica la posibilidad de que las personas tomen decisiones libres y autónomas sobre aspectos íntimos de su personalidad.

La última Recomendación general del Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (30,31), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, del 2 de mayo de 2016, establece claramente que el acceso a la información comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información sobre cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en general y sobre el estado particular de salud de una persona.

Agrega además esta Recomendación, que la información que se suministre debe tomar en cuenta las necesidades de una persona y de la comunidad, bajo un enfoque diferencial que visualice el género, el nivel educativo, la capacidad de lenguaje, la orientación sexual, la identidad de género y el estado intersexual.

Cabe destacar que este acceso a la información, no puede poner en peligro el derecho que tiene cada quien de que los datos concernientes a su salud, sean tratados con privacidad y garantizando la confidencialidad.

Por su parte la Observación general No. 14 del Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (32) analiza el derecho a la salud como “un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso (...) a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”.

Resulta muy esclarecedora la explicación que da la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (33) en relación con el acceso a la información en materia de salud reproductiva, señala el organismo:

“El acceso a la información en materia reproductiva requiere que las mujeres cuenten con información suficiente para tomar decisiones sobre su salud. Para alcanzar dicho objetivo, la información que se brinde debe ser oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa. Asimismo, debe ser comprensible, con un lenguaje accesible y encontrarse actualizada”.

En otras palabras, no basta con proporcionar cualquier dato para que se les pueda garantizar a las mujeres el respeto y garantía del derecho de acceso a la información, sobre todo en materia reproductiva. Se requiere que haya claridad en los planteamientos, que la información la suministre personal debidamente capacitado, que le explique en un lenguaje que pueda entender la mujer, las opciones que tiene al aceptar un tratamiento o una investigación, que sea capaz de expresar los beneficios y efectos desfavorables que tiene cada una de las opciones, sobre la base del respeto a la autonomía y a la dignidad humana.

Señala la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (33) que es obligación de los Estados garantizar que “las decisiones que adopten las mujeres sobre su salud reproductiva, sean libres de toda forma de coacción. Por ello la importancia de garantizar el consentimiento de las mujeres en la provisión de tratamiento médico y/o intervención quirúrgica. La CIDH ha considerado que la práctica de una intervención quirúrgica sin el consentimiento requerido puede constituir una violación de los derechos humanos de la paciente. De forma particular, puede constituir una violación a su derecho a la Integridad personal protegido por el artículo 5 de la Convención Americana”.

En ese sentido, vale la pena destacar que el acceso a la información es un factor indispensable para el tratamiento médico, mientras que el con-

sentimiento informado puede ser definido como “un principio ético de respeto a la autonomía de las personas que requiere que estas comprendan las diferentes opciones de tratamiento entre las cuales se puede elegir. Por su parte, el consentimiento informado implica la existencia de un vínculo horizontal entre médico y paciente” (33).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (34), promulgada el 19 de octubre de 2005, por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), se refiere en su artículo 6 al consentimiento en los siguientes términos:

“1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

2. La investigación científica solo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”.

Ambos supuestos guardan estrecha relación con la población objeto de este estudio, en primer lugar, porque se trata de gestantes que debieron tener acceso a toda la información antes de decidir por un parto natural o por cesárea. Además, para ser parte y participar en esta investigación, también debieron manifestar su consentimiento libre, expreso e informado.

En relación con el último párrafo, sirva de referencia la Resolución No.

008430 (35) de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, estableciéndose en el artículo 14, la definición del consentimiento informado bajo los siguientes parámetros: “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”. En el Anexo de este estudio, se incorporó el modelo de consentimiento informado que fue firmado por todas las gestantes que participaron en esta investigación.

Este marco teórico sirve de referencia para comenzar a indagar sobre las decisiones de las mujeres sobre la forma de parto.

Cabe destacar la reflexión que brinda una mujer participante de la investigación: “Considero el parto natural porque la verdad no veo por qué arriesgar a la cesárea, la cual es más complicada y el miedo que a eso se le tiene”, la misma mujer, manifestó dos meses antes del parto: “Sí, porque yo quería salir de eso rápido, quería cesárea”. Hechos como los anteriores, nos lleva a proponer las siguientes preguntas: ¿Qué pasó? ¿Cuáles son las consecuencias de esta decisión para la madre y para el feto? ¿Cómo influyen los profesionales de salud, la familia y el Estado para el cambio de decisión en la mujer? ¿Existe en todos los casos un criterio médico (indicación quirúrgica) para la cesárea? Debido a todas estas preguntas se propone una pregunta mucho más amplia que asume las particularidades de las preguntas propuestas y otras que emergen durante la investigación: ¿Cómo influye el poder de la medicalización como una herramienta del biopoder y la biopolítica en la vulnerabilidad de las gestantes con relación a la dualidad mente y cuerpo, desde una percepción sociocultural al momento de decidir la forma de parto? Para los investigadores el biopoder se entiende como un mecanismo del poder

para controlar los cuerpos, comprende aquellos elementos que regulan la moral de las personas, que transversaliza unas prácticas éticas a veces pocos comprensibles pero que al final responden a un poder económico, con dependencia del Estado, mientras que la biopolítica se refiere a un mecanismo que convierte al poder-saber en un agente que posibilita la transformación de la vida de los seres humanos.

EL PODER DE LA MEDICALIZACIÓN COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA ESTRUCTURAL DURANTE EL PARTO

Anderson Díaz Pérez y Zuleima Yáñez Torregrosa

Tradicionalmente la medicina ha sido reconocida por la sociedad y el Estado como una profesión que otorga un cierto “estatus especial” en razón al conocimiento sobre el estado de salud de las personas, pues otorga al médico el poder de dictaminar si una persona se encuentra sana o enferma, así como identificar factores de riesgo que podrían asociarse a lo considerado como patológico.

Por otra parte, la Salud Pública hace énfasis en la promoción y prevención de las enfermedades y en evitar al máximo el desarrollo de complicaciones en los diferentes cuadros clínicos cuando estos se han instaurado, pero también prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados (36).

Es así, que se trata de exponer en estas líneas el poder del médico y cómo es utilizado por este para tomar o influenciar decisiones en las cuales también debe ser tenido en cuenta la autonomía del paciente pero tam-

bién la dignidad al momento de garantizar a las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse, pero la medicina como herramienta del biopoder no desconoce que la salud es objeto de una verdadera lucha política como Foucault (37) lo expone: “La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia” donde el hospital del siglo XVIII pasó de representarse como un claustro para morir, a una institución como aparato del poder de la medicalización, donde se vulneran todos los derechos, es decir ya el médico no interviene solamente en lo biológico sino también en las dimensiones del individuo donde el paciente es un registro con establecimiento estadístico; el médico es una autoridad que participa en las decisiones de una ciudad, un barrio, una institución, incluso en la moral al intervenir en los reglamentos o en este caso en los derechos fundamentales de la mujer (37).

El origen del poder médico se remonta a la Edad Media, época en la cual el Estado diferencia al médico del hechicero, brujo y sacerdote adquiriendo así “otro estatus” un “estatus especial”, donde se concebía a la profesión médica como la única con derecho exclusivo a poner en tela de juicio su práctica curativa y la única legalmente permitida para autoeducarse y decidir sobre las personas que la irían a ejercer. Con el pasar del tiempo y el progreso de los países, esa concepción ya no está vigente en muchos aspectos, sin embargo, hoy en día a pesar de la regulación legislativa existente en los países sobre la praxis médica, la profesión médica sigue gozando de un mayor nivel de autonomía si la comparamos con otras profesiones. Es considerada como uno de los vehículos ideológicos más importantes del Estado pues no solo aplica y desarrolla la concepción del Estado acerca de la salud sino que también influye en el Estado al hacerle asumir sus propios criterios y concepciones de lo normal y anormal (38,39).

calización) como un “todo poderoso”. El poder del médico nace de un conjunto de representaciones y dominios teórico-prácticos que son dados desde la formación del médico tales como el poder de Esculapio (su capacidad de adentrarse en la compleja “maquinaria humana” y actuar sobre ella), el poder del uso del conocimiento, y el poder social (estatus social). También se habla del poder carismático que poseen algunos médicos y se entiende como las habilidades personales del médico, reflejadas en su trato con el paciente y el manejo de sus relaciones con el resto del personal de salud y de la forma particular de ejercer su praxis médica, las cuales le proporcionan como un plus que toma peso en la toma de decisiones frente al paciente. Sin embargo, el poder que usa más el médico en nuestra sociedad es el paternalista, donde el médico actúa en el paciente sin tener en cuenta los derechos morales. Que son: estar informado, comprender la situación, compartir y pedir consentimiento, en el fondo respetar su autonomía (40,41).

La justificación del poder paternalista se basa en la posición del médico en tomar decisiones por el bienestar del paciente (40).

También se usa el poder médico para tomar decisiones por los pacientes con la justificación de prevenir enfermedades o aparición de complicaciones en un cuadro clínico ya instaurado e inclusive algo muy preocupante, como la de asumir la presencia de ciertos factores de riesgo como causal de enfermedad. De esta manera, el médico termina tomando decisiones sin tener en cuenta la autonomía del paciente, asumiendo una posición paternalista que conlleva a procesos preventivos, diagnósticos, terapéuticos en intervenciones que resultan ser innecesarios y excesivos en los cuales muchas veces se pone en riesgo la seguridad del paciente (41). En el libro del Dr. Miguel A. Moreno aparece una escalofriante cita de Castillo del Pino: “Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que se limita a aplicar un conocimiento y

que solo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros” (42).

La presencia de factores de riesgo no es causal directo de enfermedades. Sin embargo, en el argot popular, existe la equivocada concepción que el presentar factor de riesgo es una causa suficiente para enfermar, es entender la diferencia entre riesgo y probabilidad como herramientas de decisión de la biopolítica como el “dejar morir” lo cual que no es lo mismo que “hacer morir” (biopoder) (43). En palabras de Canguilhem (44), “es la vida en sí y no el juicio médico lo que hace de la norma biológica un concepto de valor y no un concepto de realidad estadística”. Es decir, no se tiene la claridad de que el factor de riesgo es algo que se asocia estadísticamente con la enfermedad, pero cuya presencia no es necesaria ni suficiente para desarrollarla, al menos no en todos los casos.

El factor de riesgo es lo que se puede evitar para disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. Sin embargo, hoy en día vemos cómo la presencia del factor de riesgo es también utilizado por parte de los médicos para implementar acciones de intervención que no siempre son explicadas al paciente y que la mayoría de las veces no son necesarias (43).

Ahora bien, si nos preguntamos ¿cuáles serían las razones por las cuales el factor de riesgo es usado como justificación por parte del médico para tomar acciones de intervención médica? podemos entonces dar respuestas como la poca claridad que tiene el médico de asumir el concepto de

factor de riesgo entre lo que es riesgo y probabilidad como un concepto estadístico de asociación que no denota causal de enfermedad. Pero también está el lado oscuro de los intereses farmacéuticos y tecnológicos que rodean al médico y hacen que este utilice su poder para convertir el factor de riesgo en enfermedad. Cuando esto sucede se legitima la intervención al paciente, como por ejemplo una medicalización innecesaria al momento de considerar algo biológico y natural como patológico y urgente en la mente del paciente por consideración del médico (45).

Frecuentemente se viven situaciones en las que el médico abusa de su poder, como lo es al momento de atención del parto, incluso muchos obstetras piensan que son ellos los que deciden la vía del parto y no la mujer. En este sentido vale la pena citar un estudio realizado en Chile en 2014 sobre la toma de decisión de la mujer en la vía del parto, el cual hizo parte de los proyectos del Programa del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud –FONIS (SA13I20259)–, donde se realizaron encuestas en instituciones públicas y privadas que revelaron que cuando las mujeres toman cursos prenatales que fomentan el parto vaginal, se registra una baja sustantiva de las cesáreas. Incluso, el 20 % de las parejas encuestadas resolvieron cambiar de equipo médico. Pero quizás lo que más llama la atención de este estudio es que demostró que la responsabilidad de la alta tasa de cesáreas en Chile (71,8 % en 2012) no es ni por la preferencia de la mujer ni la solicitud directa de la misma. Se concluye entonces que la cesárea se realiza por orden médica sin tener en cuenta la autonomía de la paciente en la decisión de la vía del parto, aludiendo a los riesgos que se puede ver expuesta la madre o el feto (46,47).

La decisión del médico por la cesárea podría estar relacionado a un interés económico ya sea representado porque recibe una mayor remuneración si realiza una cesárea que si atiende un parto o por el interés de no asistir un trabajo de parto de muchas horas que le impide dinamizar

su práctica en varios centros asistenciales lo cual es un problema tanto de los países industrializados como Estados Unidos (48) como de África (49), México (50), Argentina (51), entre otros, así como de todos los profesionales que intervienen en el proceso de parto (52), donde el abuso y la falta de respeto es el común denominador como una forma de violencia estructural contra la mujer (53).

Ahora bien, ¿es aceptable la indicación de cesárea por elección previa como vía de parto? ¡No! Cuando se hace uso de falsas justificaciones de acciones preventivas y supuestos factores de riesgo para inducir en la mujer un “acuerdo mutuo” en realizar una cesárea como mejor opción para la vía del parto, lo correcto sería que el médico explicase a la embarazada las indicaciones de la cesárea y sus complicaciones así como del trabajo de parto teniendo en cuenta las condiciones en las que se ha desarrollado la gestación, una vez hecho esto, el médico debe esperar que sea la mujer la que decida la vía del parto a través de una decisión sobre la cual ha meditado y se sienta completamente empoderada, haciéndole saber que tener una cesárea para el primer hijo puede tener graves consecuencias para los embarazos posteriores (54).

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL PROBLEMA DEL PARTO NATURAL A CESÁREA COMO INDICADOR EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

*Anderson Díaz Pérez, Elvis Eliana Pinto Aragón, Carmenza Leonor Mendoza Cataño,
Angélica Roca Pérez, Juliana Andrea Duque Bravo y Raydan Serrano Lizarazu*

El aumento del número de partos por cesárea en los años 1995 al 2005 que se reportan en Colombia supera el 15 % donde según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los partos atendidos por instituciones de salud superaron del 2005 al 2011 la cifra de 90 % de cobertura, en donde el 95 % de los partos fueron atendidos por personal cualificado y de estos el 34 % por cesárea (datos del 2005 al 2010) (55,56).

La cesárea viene en aumento creciente en el país desde finales del siglo anterior, actualmente se calcula que entre 25 % y 30 % de los nacimientos se atienden mediante cesáreas, con extremos en Departamentos como San Andrés y Atlántico en donde 2/3 partes de los nacimientos ocurre mediante dicho procedimiento (1). La cesárea está mayormente extendida entre mujeres educadas, con altos ingresos, residentes en medios urbanos. Departamentos como Cauca y el Chocó muestran por-

centajes de nacimientos por cesárea de 12-15 %. En los departamentos del Atlántico – Bolívar para el 2005 fue 38,9 %, Bolívar-Sucre-Córdoba en 2005 fue del 29 %, cifras de Bogotá, Medellín y Cali indican que el 30 % de los partos ocurren por vía trans-abdominal (55).

Estudios recientes han llevado a gran preocupación sobre todo a nivel de las sociedades médicas como la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN), los cuales mostraron que la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013; es decir, que se convierte en una problemática de interés para la salud pública, lo cual requiere educar a las mujeres como una forma de brindarles herramientas de justicia de su lucha personal-colectiva de reivindicación de sus derechos para exigir la prevención de la intervención por cesárea sin indicación precisa, ya que este procedimiento incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal (57). El mismo estudio plantea que los factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea, lo cual vulnera la autonomía reproductiva de la mujer, quien por el temor que conlleva tener un hijo, la mujer es fácil de convencer para cambiar la forma de parto, en el cual las instituciones y el Estado como forma de biopoder convergen en estructuras de sometimiento para disminuir la voz de la mujer como una forma de violencia obstétrica llevando a que no pueda materializar sus decisiones (58,59).

La tendencia ascendente de la cesárea observada en Colombia, según los especialistas, corresponde a un fenómeno que se ha observado en varios países de América Latina, Asia suroriental, Norteamérica, Suráfrica y en países de Europa, lo cual podría obedecer a factores como: la moda del parto programado por cesárea electiva, conveniente para el especialista y para la futura madre y su familia (55). No obstante en los últimos años ha venido en disminución según los datos del DANE al 2015, sin embargo no se puede generalizar a todos los Departamentos del país como se muestra en la Tabla 1 (60).

Tabla 1. Nacimientos por tipo de parto en los departamentos

TOTAL		TIPO DE PARTO				
		Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	667.017	350.569	308.663	7.535	86	164
Antioquia	76.072	46.596	26.795	2.673	5	3
Atlántico	40.982	10.434	30.532	15	1	0
Bogotá	103.903	57.900	43.038	2.962	3	0
Bolívar	36.376	14.594	21.720	60	2	0
Boyacá	15.831	10.085	5.526	215	4	1
Caldas	10.032	7.000	2.947	85	0	0
Caquetá	7.511	4.451	3.051	5	4	0
Cauca	18.316	12.218	6.063	19	16	0
Cesar	21.474	8.563	12.899	11	1	0
Córdoba	27.155	9.697	17.440	15	3	0
Cundinamarca	34.866	20.737	13.535	594	0	0
Chocó	6.992	4.885	2.082	19	1	5
Huila	20.169	12.601	7.484	80	4	0
La Guajira	14.192	6.567	7.621	2	2	0
Magdalena	22.752	8.146	14.593	5	0	8
Meta	15.671	10.175	5.316	178	2	0
Nariño	18.437	9.469	8.903	57	8	0
Norte de Santander	20.281	8.357	11.877	46	1	0
Quindío	5.862	3.955	1.817	89	1	0
Risaralda	11.124	8.065	3.009	46	4	0
Santander	30.951	14.706	16.166	79	0	0
Sucre	15.020	4.120	10.885	14	1	0
Tolima	18.303	10.628	7.390	165	1	119
Valle del Cauca	53.405	32.836	20.497	63	6	3
Arauca	3.987	2.206	1.773	6	2	0
Casanare	6.990	4.567	2.407	13	3	0
Putumayo	4.341	2.776	1.546	6	3	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	868	271	595	2	0	0
Amazonas	1.518	1.244	270	4	0	0

TOTAL		TIPO DE PARTO				
		Espontáneo	Cesárea	Instrumentado	Ignorado	Sin información
Total	667.017	350.569	308.663	7.535	86	164
Vaupés	429	381	46	1	1	0
Vichada	1.126	938	180	2	4	2

Fuente: DANE - Estadísticas Vitales. Cifras con corte a 31 de diciembre de 2015 (publicadas en marzo 30 de 2016)

Un problema desde los esquemas de la medicalización radica en considerar el poder económico por encima de la dignidad de las personas, ya que en Colombia como en otros países el modelo reinante de la economía neoliberal del desarrollo, medía el progreso de un país reflejado en el PIB, lo que no deja ver la dirección correcta que hay que seguir para considerar a la mujer como un ente activo en decisiones políticas de orden económico con una visión diferente pero complementaria para considerar otros elementos de desarrollo donde su dignidad se respete en cuestiones de sanidad, educación y el acceso al empleo; es decir, de orden una libertad política, desde este contexto de análisis normativo como lo propone Martha Nussbaum (10).

Colombia tiene una población de 48.23 millones al 2015, con un PIB de \$377.7 mil millones en el 2014 y un crecimiento del PIB 4,6 % en el 2014 (61); sin embargo, según los mismos datos del Banco Mundial estos no redundan en un mayor porcentaje de población que culmina los estudios en todos los niveles, y aunque existe una mayor cantidad de personal de salud cualificado no disminuye significativamente la muerte de niños menores de 5 años (62). Nussbaum lo describiría como un concepto normativo de aquello que debería ser, pero no lo es ya que no se está mejorando (10).

Aproximadamente el 30 % de los 700.000 nacimientos/año que ocurren actualmente en Colombia (unos 210.000), se atienden por cesárea.

Mientras la atención de un parto vaginal le cuesta al sistema de salud alrededor de \$ 600.000 (US\$ 300), el de una cesárea, le cuesta alrededor de \$ 1.500.000 (US\$ 750). Un cálculo aproximado para dar idea sobre cuánto le representa al sistema de salud el costo de 100.000 cesáreas, posiblemente innecesarias, es decir, por encima del 15 % que recomienda la OMS, arroja una cifra considerable (unos 75 millones de dólares), y obliga a pensar en el impacto que tiene la incidencia de este problema sobre los costos en salud.

A pesar de los avances médicos en el campo ginecológico existen actualmente dos fenómenos que impactan directamente la salud de la mujer durante las etapas del embarazo, parto y puerperio: la alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal y el preocupante aumento de la cesárea (63). Estos datos evidencian el poder de la medicalización desde el punto de vista económico y cultural a nivel de los profesionales de salud que tienden a desplazar las preferencias de la mujer por intereses particulares, colocando en riesgo incluso la vida de la paciente y del feto, convirtiéndose en un problema de salud pública aquello que debe ser la solución, es promulgado y casi aceptado desde el utilitarismo como una política neoliberal con un componente económico, el cual no comprende emociones donde la compasión y el respeto por la mujer se dejan de lado, incrementado la inequidad social al momento de enfrentar la brecha existente entre la atención del parto por cesárea que recibe la mujer educada y de altos ingresos frente a aquella perteneciente a sectores de bajos ingresos, residente en zona rural y con pocos años de educación a su haber (64), lo cual conlleva a promover el miedo por el abuso de autoridad y por ende al resentimiento e indignación sometidas a estos abusos de vulneración de autonomía y naturaleza como mujer. Se disfraza el hecho desde la necesidad de acortar el trabajo del parto y reducción del estrés materno y/o del sufrimiento fetal; la posible reducción de otras complicaciones en la madre y riesgo para el feto durante y después del parto natural; el temor del obstetra a demandas legales en caso de futuras secuelas del producto de

la gestación, derivadas de complicaciones de un trabajo de parto prolongado o instrumentado y los diagnósticos obstétricos sin fundamentación clínica para justificar la indicación quirúrgica (55,65).

La mujer en la etapa de la gestación presenta cambios desde el inicio y durante el transcurso de esta, que pueden ser negativos y positivos, por la influencia de cada uno de los factores socioculturales y la medicalización médica que va cambiando la percepción y la autonomía de la mujer en la toma de decisiones en el momento de decidir la forma del parto (66), donde este se caracteriza por ser un evento que provoca cambios abruptos e intensos, que marcan algunos niveles de percepción tales como la intensidad del dolor y la imprevisibilidad, causando el sufrimiento, la ansiedad y la inseguridad (67).

La intervención de los obstetras es, sin duda, importante a la hora de complicaciones en el embarazo o parto; en los países desarrollados, se evidencia que los obstetras tratan de evitar que las mujeres puedan participar en las decisiones acerca de su maternidad, convenciéndolas del parto con manejo epidural para el dolor (68). Podría pensarse que lo que se pretende a toda costa es conseguir partos rápidos concibiéndose al parto como un evento patológico y de este modo se restringen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozar plena y autónomamente ese proceso, configurando una de las formas de violencia estructural de género con una manifestación de violencia obstétrica (69).

La intervención médica no respeta los ritmos naturales y recurre a prácticas, como la administración de oxitocina, que provoca contracciones uterinas tan dolorosas que hace imprescindible la administración de anestesia epidural, con lo que se inicia una cadena de prácticas médicas “intervencionismo” que muchas veces acaba de manera trágica, pues se quiere convertir al cuerpo de la mujer en una máquina que “expulse” lo antes posible al bebé (70,71).

La medicina, para Foucault, puede ser considerada como un poder-saber << no se critica la profesión médica esencialmente por ser una empresa lucrativa, sino porque ejerce un poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte>> (72), es decir, un saber al servicio del poder, un poder que se vale de saberes concebidos como verdaderos e incuestionables (73).

La medicina como ese conjunto de saberes culturales con transformaciones económicas y hegemónicas que ajusta tecno-democratiza las prácticas y concepciones médicas de acuerdo a una determinada época, llevando a que muchas de esas prácticas provoquen una parálisis del proceso de parto, que necesita, entre otras cosas, un ambiente relajado, el cual no se posee en la mayoría de los casos. De hecho, la vida humana se ha medicalizado de tal modo que incluso antes de nacer nuestra primera identidad será la de pacientes (73).

Los médicos dictan normas que las mujeres deben cumplir para responder al ideal de madre. Así pues, desde que nacemos la medicalización se superpone, claramente en contra de la moral vulnerando la autonomía de la mujer, donde el maltrato se manifiesta de diferentes formas violando sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, que se relacionan con la organización de los servicios de ginecoobstetricia, así como en la forma en como los residentes realizan su formación académica y en la manera cultural en que estos perciben a las propias mujeres (74,75).

La filosofía del parto humanizado se fundamenta en el hecho de que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos; se asume que el cuerpo de la mujer está diseñado para parir y el bebé se desarrolla con la habilidad de nacer, además de considerar que las prácticas y técnicas se deben dar consensuadas y deliberadas con el paciente en el marco de relaciones simétricas de poder, donde incluso proponen un modelo intercultural de atención del parto como una forma de invitar a los profesionales a escuchar y desarrollar su empatía para con el sexo contrario (76).

El parto medicalizado, es decir, intervenido a través de tecnologías, medicamentos y procedimientos, tal como los conocemos, en el uso de ultrasonido como herramienta de monitoreo, la inducción y manejo del parto con oxitocina sintética intravenosa, la ruptura artificial de membranas, el monitoreo fetal, la episiotomía, la posición de litotomía, el corte de cordón, la anestesia y analgesia y la cesárea, en el cual la palabra de la paciente o de sus familiares, solo interesan en tanto ofrezcan indicios para ganar en precisión técnica o cuando la inconformidad se transforma en amenaza, para algún miembro del grupo o para la organización en su conjunto, mientras se les toma como “tontas” <<ellas no saben nada, no entienden>> (74), esto es el reflejo de un sistema hegemónico-biomédico despersonalizado, en donde las mujeres son objeto de abusos que afectan su salud mental y física.

Es claro en cualquier sentido que el poder de la medicalización en relación a la asimetría de poder arrebató tanto física como simbólicamente a las mujeres la comprensión de sí mismas como seres humanos plenos y capaces de vivir sus procesos biológicos y sobre todo con habilidades para un desempeño válido durante el parto natural (77), el parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las madres y sus bebés, y convierte a la información en herramienta de toma de decisiones para que la madre pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, eligiendo las mejores opciones para ella y su bebé (78). El interés en una asistencia más humanizada se traduce, muchas veces en la práctica, en un simple rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiendo tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada; y equiparando una asistencia respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización y en respeto por la autonomía de la mujer. Los aspectos de calidez y confianza quedan, en ocasiones, en segundo término en la conceptualización de este nuevo modelo biomédico (79), lo que conlleva a un desconocimiento antropológico del cuer-

po femenino como un elemento activo, dinámico, autónomo y eficaz que está naturalmente dotado con todas las herramientas biológicas necesarias para afrontar el parto (80).

El parto normal descansa sobre una imagen de un cuerpo que ya contiene antes del alumbramiento toda la sabiduría necesaria para poder dar a luz; un desconocimiento que conlleva a una forma de violencia de género (80,81) donde la vulnerabilidad por el dolor, la angustia hace que se produzcan formas de disociación entre el cuerpo y la mente de la mujer lo que no la convierte en un espectador de su propia obra sino en protagonista de sus propias formas emocionales de verse, interpretarse y comprenderse y que a su vez exige compasión y solidaridad por parte de los otros, conformando un conjunto interrelacionado de derechos de aquel que cuida y de aquel que tiene una carga sustancial de emociones.

BREVE MIRADA HISTÓRICA DE LA CESÁREA

*Anderson Díaz Pérez, Elvis Eliana Pinto Aragón, Carmenza Leonor Mendoza Cataño,
Angélica Roca Pérez, Juliana Andrea Duque Bravo y Raydan Serrano Lizarazu*

Cifuentes señala que la cesárea puede dividirse en una parte anecdótica, mitológica y lo científico, claro sin el deseo de convertir el libro en un compendio histórico (82).

La primera se emparenta con los tiempos lejanos donde el nacimiento por cesárea era algo misterioso y sobrenatural. Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias de nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de SEMELE, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio. Una palabra de origen latino, *Caedere* o *Scaedere*, que significa cortar, podría ser una de las cuatro razones del origen de la denominación. Las otras tres son: la Ley Regia de NUMA POMPILIUS (siglo VIII a.C.) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los Césares); la leyenda cuenta

que Julio César nació de este modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal (82).

Es bueno destacar que existieron leyes relacionadas con este proceder según cita Cifuentes del artículo de Tacuri Ceballos C., relacionado con la Historia de la cesárea, (1997) donde menciona que la ley romana llamada “Lex Regia” del año 715 a.C. establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, si el niño estuviera vivo, este mismo autor menciona que antes de 1500, el Islam se oponía a este tipo de procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado, pero que sin embargo la Iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupada en la salvación de vidas y almas. Incluso que según registros de Boley el primer registro de un niño nacido mediante cesárea fue en Sicilia, 508 a.C. (82).

La cesárea es un procedimiento quirúrgico con la que se solucionan la gran mayoría de los problemas obstétricos relacionados con el nacimiento del bebé, como se mencionó anteriormente tiene un origen que se remonta a los albores de la medicina y aunque existe algún acuerdo respecto a la definición de la operación, el origen del nombre es todavía incierto (82). En el libro de Skinner sobre el origen de los términos médicos, se incluye la siguiente afirmación: “Se ha dicho que Julio César nació de esta manera, de aquí el nombre de Operación Cesárea”. Plinio el Viejo en su Historia Natural al referirse al primero de los Césares refiere que lleva su nombre por el útero escindido de su madre y hace derivar el nombre de cesárea de la palabra *Caesus* que quiere decir cortado (82).

BREVE MIRADA HISTÓRICA AL PARTO NATURAL

Anderson Díaz Pérez y Pacífico Castro Gil

La evolución histórica de la Obstetricia al igual que la Medicina es un proceso continuo y progresivo; no obstante por razones expositivas la dividiremos en etapas o periodos como los de la civilización, que nos permiten señalar semejanzas y diferencias para tener una visión más nítida y detallada entre la cesárea y el parto natural. El progreso de la Obstetricia como de la cultura en general, no es uniforme ni simultáneo en todas partes del mundo; en un mismo momento se encuentran Obstetricias que por su grado de evolución corresponden a periodos diferentes. No obstante estos periodos pueden seguirse en orden cronológico si nos circunscribimos a la civilización occidental (83).

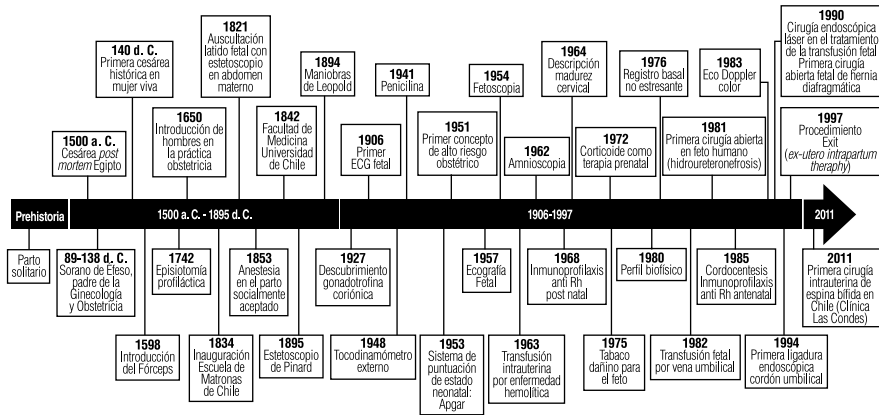
En un principio la mujer paría a la manera animal, sin ninguna ayuda, en forma solitaria. Se entiende por parto como el proceso natural y fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno (84). Esta forma solitaria del parto persiste aún en ciertas culturas, siendo la

forma de parto de muchas nativas americanas que siguen fielmente las prácticas de sus antepasados y de quienes dice el Inca Garcilaso de la Vega: Puede leerse: Es conocida la facilidad con que nuestras indias realizan sus partos; muchas veces, en medio de una jornada, se detienen, apuradas por los dolores y en breves instantes, en un cuarto de hora, o algo más dan a luz. Luego se lavan y lavan a su hijo si hay agua a la mano; y echándose a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen su camino como si nada hubiera pasado (34).

Engelmann observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas; posiciones de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos, y que hace una descripción pormenorizada con más de 30 posiciones para parir, la clasificación de las principales posturas básicas (85,86).

Es de suponer que en la época de la preobstetricia, la soledad en que ocurrían los hechos, con mayores riesgos que los que podrían darse hoy sin asistencia alguna, en retiro, expuestas a la agresividad del entorno, clima, geografía y en particular a la de animales y fieras. La mujer se sentía obligada a controlar el dolor, más bien a vivir el proceso sin gritar para no quedar expuestas ellas, ni sus hijos a ser descubiertos, así como lo hacen las hembras de otras especies. Sin embargo, nuestra especie por naturaleza colectiva es solidaria y con la inteligencia que ayudó a desarrollar la empatía, el espejarse, solidarizar y aportar algo para el otro, en este caso, la otra (87). Para resumir, la Figura 1 expone la dinámica del parto y la cesárea a través de la historia.

Ilustración 1. Historia de la ginecoobstetricia del parto a la cesárea



Fuente: Sedano LM, Sedano MC, Sedano MR. Reseña histórica e hitos de la obstetricia.

Rev. Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6):866-73

AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD DURANTE EL PARTO

Durante el proceso de parto se desafía necesariamente al control voluntario de la madre; el cuerpo “en estado de parto” aparece disociado del “yo” de la mujer que se convierte simplemente en un espectador de lo que está sucediendo. Aparece la dualidad entre la subjetividad ambigua de las sensaciones del parto y la necesidad de objetivación de lo que le está sucediendo, que deben integrarse en el “yo”; para ello la mujer precisa de “mediaciones externas” para transitar entre este “cuerpo en estado de parto” y su propio “yo” (88). A lo largo de las horas de la fase de dilatación del parto se producen constantes transiciones surgidas y los tiempos de “afirmación del yo”, coincidiendo respectivamente con los periodos de contracciones y los periodos intercontráctiles. Durante las contracciones el protagonismo es para el “cuerpo de parto”, pero entre las mismas, la mujer recupera la unicidad cuerpo/mente y debe objetivar las sensaciones vividas durante la contracción (89).

La parturienta precisa transitar entre ambas fases cada vez con mayor

frecuencia, para ello precisa de mediaciones que la ayuden a mantener su “yo” durante este proceso. Estas mediaciones pueden ser el soporte y/o información de otras personas (parejas, familiares), la respiración acompañada, la concentración mental o la relajación. También los profesionales, o la tecnología médica, contribuyen a objetivar estas sensaciones en el “yo” materno. Si se consigue una transición equilibrada la mujer siente que mantiene el control de la situación. En el caso de mujeres que se someten a anestesia peridural (y por tanto a un modelo medicalizado de atención sanitaria) la disociación entre el “cuerpo de parto” y el “yo” es continua a partir del momento en que la peridural surge efecto. Las mujeres que cuentan con capacidades internas efectivas: concentración, relajación, pueden afrontar el proceso desde sus propios recursos y son menos dependientes del ambiente tecnológico y de los profesionales de la salud específicamente de la decisión del médico (58,88).

Desde la postura que reclama una atención no intervencionista y respetuosa de la fisiología se describe la aproximación biomédica al proceso de parto como alienadora para la mujer al producir esta disociación cuerpo/mente permanente y la contrapone a una aproximación global que considera a la mujer como un todo. Desde esta perspectiva se asimila atención respetuosa con la fisiología con atención centrada en la mujer, humanizada y no intervencionista, Michel Feher “La historia del cuerpo no como historia de representaciones, sino como modos de construcción” (90,91).

Es de considerar que en los casos en que mujeres que optan por una atención sanitaria respetuosa con la fisiología del parto como aquellas que optan por una atención más tecnificada y que acuden a la anestesia peridural como primera opción, la alienación puede producirse en todos aquellos casos en que la objetivación de las sensaciones del “cuerpo de parto” es imposible. En ambos modelos de atención pueden darse transiciones difíciles: por ejemplo una mujer que afronta un parto con una

asistencia respetuosa con la fisiología “un parto respetado”, puede llegar un momento en que el cansancio se haga presente, o en que considere que las contracciones son más intensas que lo que ella se había imaginado, en estos casos la mujer se siente incapaz, frustrada, siente miedo, incluso pánico. La alienación se manifiesta cuando la mujer experimenta la sensación de que la situación está fuera de su propio control, se siente asustada, sola e incapaz de controlar la situación. El punto clave no se encuentra tanto en la disociación cuerpo/mente presente en el discurso médico y social occidental sino en la objetivación exitosa del “yo encarnado”, el cual es construido por las parturientas mediante diferentes mediaciones y actores presentes, entre los cuales los profesionales juegan un activo papel (88).

Como elemento de análisis reflexivo la vulnerabilidad de la mujer debería tomarse como un proceso contractualista de justicia social, DONDE SE debe tratar a las mujeres como “iguales” en poderes y capacidades tanto biológicas como físicas y psicológicas que le permita tomar decisiones sopesando los diferentes fines en cuanto a las ventajas y desventajas, además de las indicaciones y complicaciones de acuerdo a las condiciones de la mujer para decidir por el parto natural versus la cesárea como se verá en los próximos capítulos.



ASPECTOS DEL BIOPODER Y LA BIOÉTICA: ENTRE EL CUERPO Y GÉNERO

Dhayana Fernández Matos y Anderson Díaz Pérez

Este capítulo busca explicar la relación entre el cuerpo de las mujeres como lugar privilegiado para su dominio, sometimiento y explotación, donde la medicina ejerce su poder-saber y su control en el proceso de sujeción en un doble sentido, como la acción de sujetar y a su vez, de constituir la subjetividad de las mujeres, a través de un dispositivo disciplinario, que Foucault llama biopoder y que se aplica a los cuerpos para vigilarlos, castigarlos o explotarlos (92).

Se hablará del género como categoría de análisis, lo que permite visualizar la asignación diferencial de recursos materiales, culturales y simbólicos a hombres y mujeres, producto de relaciones de poder históricamente desiguales. Esta explicación permitirá conocer la influencia de los roles de género en la decisión de las mujeres gestantes sobre el tipo de parto que seleccionarán.

Es preciso tener presente que, de todas las ramas de la medicina, la obs-

tetricia es aquella donde se puede visualizar con mayor claridad la influencia de los roles y estereotipos de género en el control sobre el cuerpo de las mujeres, debido al vínculo de esta rama con la sexualidad y el potencial reproductivo de las mismas. Sirva de referencia la explicación que Silvia Bellón Sánchez realiza sobre este tema:

“Analizar el impacto que los estereotipos de género juegan en la práctica obstétrica, y la atención médica en general, es un aspecto crucial [...] En nuestra sociedad, el parto y la maternidad han sido vistos durante siglos como la tarea principal de las mujeres y el aspecto esencial que define la feminidad. En contraposición el disfrute de su sexualidad es, en mayor o menor medida, un tabú y un motivo de marginación y control social de las mujeres en casi todo el mundo. En este contexto la visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres, y a sacrificarse por ello, y la idea de que el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio, como por ejemplo: un parto doloroso en el cual se mantienen unas prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres, fetos y bebés durante el proceso de embarazo y parto” (93).

Para entender a cabalidad lo que significa la visión que se presenta en este capítulo, se hace necesario, entre otras cosas, desacralizar el conocimiento médico como una forma científica de aprehender la realidad que está exenta de interpretaciones subjetivas y parcializadas; se requiere quitarle el manto de neutralidad, objetividad e imparcialidad, para interpretarlo como un conocimiento contextualizado y que, en no pocas ocasiones, se basa en un modelo androcéntrico que tiene al hombre como única referencia o fuente de conocimiento, extrapolándose a las mujeres los hallazgos científicos sin tomar en cuenta sus experiencias, necesidades y recorridos vitales, como señala Sandra Harding (94):

“[...] en la crítica de la Biología y las Ciencias Sociales, se han suscitado dos tipos de problemas, no solo en relación con la

existencia real de ciencias puras, sino con la posibilidad misma de su existencia. La selección y definición de problemas –definiendo qué fenómenos del mundo necesitan explicación y definiendo lo que tienen de problemático– se han inclinado con toda claridad hacia la percepción de los hombres sobre lo que les resulta desconcertante. No cabe duda de que “mala ciencia” es la que asume que los problemas de los hombres son los de todo el mundo, dejando sin explicar muchas cosas que resultan problemáticas para las mujeres, y que da por supuesto que las explicaciones de los hombres respecto de lo que les parece problemático no están deformadas por sus necesidades y deseos de género [...] el diseño y la interpretación de la investigación se han desarrollado, una y otra vez, de forma sesgada a favor del género masculino” (94).

Con este análisis no se cuestionan los avances que se han conseguido a través del conocimiento médico, lo que se busca evidenciar es que la investigación y la praxis médica conlleva valores sociales y personales, que sin lugar a dudas en la práctica clínica se aplican los conocimientos adquiridos en la universidad, pero que estos no están libres de las influencias culturales, sociales, políticas, visiones de género, entre otras. En definitiva, se busca dejar por sentado que los saberes biomédicos no son neutrales y no están libres de sesgos (95).

EL GÉNERO COMO CATEGORÍA ANALÍTICA

La historia del término género ha sido rica, ya que ha pasado por distintas disciplinas, desde su uso en la medicina y la psiquiatría a mediados de los años 50 hasta convertirse en una categoría fundamental en las Ciencias Sociales y desde sus inicios se convirtió en un concepto clave de las teorías que estaban en contra del determinismo biológico.

Pero antes de entrar a conocer algunas de las acepciones del género, in-

teresa presentar algunos postulados teóricos que son imprescindibles para entender el proceso de desnaturalización de las diferencias entre hombres y mujeres, en la búsqueda de ir en contra de los prejuicios y estereotipos que convirtieron dichas diferencias biológicas en desigualdades.

En este sentido, destaca el filósofo y economista inglés John Stuart Mill, quien en el siglo XIX escribió su obra *El sometimiento de las mujeres* (96), publicada por primera vez en 1869, en la cual cuestionaba la supuesta naturaleza diferente y complementaria entre los sexos, argumentando en contra de las ideas racionalistas ilustradas que planteaban dicha complementariedad y que tenían como uno de sus máximos defensores a Jean Jacques Rousseau.

Stuart Mill hablaba de un principio de igualdad perfecta entre hombres y mujeres, que superara los privilegios que tenían unos y las desventajas que tenían las otras, ya que, para este autor, si algo distingue la Modernidad –etapa histórica en la que vive–, es precisamente que la vida de los hombres no está indisolublemente ligada a su nacimiento, como sí ocurre en el caso de las mujeres, donde su sexo determina la sujeción a la cual se ven sometidas. Manifiesta que:

“[...] las incapacidades a que están sometidas las mujeres por el mero hecho de su nacimiento son el único ejemplo de su clase en la legislación moderna. Solo en este único caso, que afecta a la mitad de la raza humana, se cierran a unas personas las funciones sociales más elevadas por una fatalidad de su nacimiento que no podrá superar con ningún esfuerzo ni cambios de circunstancias (...) Así pues, la subordinación social de las mujeres destaca como hecho aislado en las instituciones sociales modernas” (96).

lo penetra todo se basa en una injusticia, como es el caso de la relación entre hombres y mujeres, es prácticamente imposible que el resto de las relaciones sean justas y libres. Además, cuestiona la supuesta naturaleza de las mujeres y afirma que la misma es forzada y artificial:

“Lo que ahora se llama la naturaleza de las mujeres es algo eminentemente artificial, consecuencia de una represión forzada en algunos sentidos, de un estímulo antinatural en otros (...) no ha existido ninguna otra clase dependiente a cuyos miembros se les haya distorsionado el carácter natural de una manera tan absoluta como consecuencia de sus relaciones con sus amos (...) en el caso de las mujeres siempre se han sometido a un cultivo de estufa e invernadero algunas de las capacidades de su naturaleza para beneficio y el deleite de sus señores” (96).

En definitiva, plantea que es un prejuicio la base de la pretendida supremacía de los hombres sobre las mujeres, convirtiéndose en el más universal, extendido e interesado de los prejuicios porque no le concede poder a una minoría o a una elite, sino a la mitad de la especie humana sobre la otra mitad. Aún hoy día, los prejuicios y estereotipos de género, siguen estando en la base del control que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres y sobre su actividad reproductora, en virtud de que se sigue considerando que esta capacidad natural es la fuente primaria para la construcción de su identidad.

Estas supuestas características naturales de las mujeres, también fueron cuestionadas por la filósofa francesa Simone de Beauvoir, en su célebre obra, *El segundo sexo* (97), publicada en el periodo de postguerra en 1949, donde presenta una completa exposición de las condiciones históricas, políticas y sociales de la opresión de las mujeres y cómo estas influyen en la construcción de su identidad, como “la otra” que nunca pasa a ser el sujeto, porque siempre se define en relación con el hombre, convirtiéndose permanentemente en la alteridad. Explica que son los

condicionantes sociales los que determinan la construcción de la identidad de las mujeres. Así las cosas, manifiesta que:

“No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; el conjunto de la civilización elabora este producto intermedio entre el macho y el castrado que se suele calificar de femenino. Solo la mediación ajena puede convertir un individuo en Alteridad” (97).

Estos breves antecedentes, demuestran que desde hace buen tiempo, pensadoras/es de distintas áreas y contextos geográficos, eran conscientes que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, naturalizaban las desigualdades, la supremacía masculina y el control y dominio de las mujeres, sus cuerpos y sus experiencias vitales. Así las cosas, el género, como categoría de análisis, permitió hacer visible esta situación.

Fue el médico John Money quien en 1955 tomó el término *gender* de la lingüística para usarlo en su estudio de la sexualidad cuando investigaba sobre el hermafroditismo y posteriormente, fue el psiquiatra Robert Stoller quien le dio mayor relieve al empezar a referirse a la identidad de género, señalando en su obra *Sex and Gender* que este vocablo no tenía un significado biológico sino psicológico y cultural (98). Señalaba Stoller que lo determinante en la identidad sexual no era el sexo biológico, sino el ser socializado/a desde el nacimiento, o incluso antes, como perteneciente a uno u otro sexo y de esta manera llegó a la conclusión que la asignación de roles es más determinante en la consolidación de la identidad sexual que la carga genética, hormonal y biológica. A esta identidad fundamentada en la asignación de roles la llamó identidad de género (99).

Estos análisis y el uso del género en este sentido, permitieron comprobar que la dominación y supremacía masculina, no se debían a aspectos de

la naturaleza, no respondían a imperativos biológicos, sino que eran sostenidas por prácticas sociales (100). Es en este sentido que el término es usado desde la década de los 70 por las Ciencias Sociales y las teorías feministas, con las transformaciones históricas y contextuales propias de una realidad cambiante.

En 1970, Kate Millett en su obra *Política sexual*, cita el texto de Stoller y usa la categoría cultural de mujer de Simone de Beauvoir (“No se nace mujer, se llega a serlo”) para plantear que el género depende de ciertos factores socialmente adquiridos, independientemente de la fisiología y anatomía de los órganos genitales. Es así que para Millett el género está intrínsecamente vinculado al patriarcado y a la división de poder. Señala esta autora:

“Aunque se considere la tendencia sexual de los seres humanos un impulso, es preciso señalar que esa importantísima faceta de nuestras vidas que llamamos “conducta sexual” es el fruto de un aprendizaje que comienza con la temprana “socialización” del individuo y queda reforzado por las experiencias del adulto (...) La influencia que ejercen sobre nosotros las normas patriarcales sobre el temperamento y el papel de los sexos no se deja empañar por la arbitrariedad que suponen. Tampoco plantean cuestiones debidamente serias las cualidades privadas, contradictorias y radicalmente opuestas entre sí que imponen a la personalidad humana las categorías “masculino” y “femenino”. Bajo su égida, cada persona se limita a alcanzar poco más, o incluso menos, de la mitad de su potencialidad humana. Ahora bien, desde el punto de vista político, el hecho de que cada grupo sexual presente una personalidad y un campo de acción, restringidos pero complementarios, está supeditado a la diferencia de posición (basada en una división de poder) que existe entre ambos” (101).

Quizás el mayor aporte teórico de Millett en relación con el género, se

produce por la deconstrucción que hace del orden natural como elemento condicionante de la existencia de dos géneros y así, de la creencia de que el hecho de nacer macho o hembra de la especie humana determina las conductas a seguir por hombres y mujeres. Esta autora reconoce el papel de la socialización, producto de normas patriarcales, en la determinación de la personalidad diferente de los hombres y las mujeres y de la influencia de la división de poder para el mantenimiento de dichas diferencias

Sigue el concepto de género usado por Stoller:

“Los diccionarios subrayan que la connotación primordial de sexo es biológica [...] De acuerdo con esto, la palabra sexo se referirá en esta obra al sexo femenino o masculino y las partes biológicas que determinan si uno es varón o hembra; la palabra sexual se referirá a la anatomía y la fisiología. Es evidente que sobran amplios campos de la conducta, de los sentimientos, del pensamiento y de las fantasías que, aunque estén relacionados con los sexos, no tienen connotaciones primordialmente biológicas. Emplearé el término género para algunos de estos fenómenos psicológicos: se puede hablar de sexo masculino o femenino, pero también se puede hablar de masculinidad y femineidad sin estar necesariamente suponiendo cualquier cosa acerca de la anatomía o la fisiología. De este modo, mientras que según el sentido común sexo y género parecen inextricablemente relacionados, un objetivo de este estudio será confirmar el hecho de que los dos ámbitos (sexo y género) no están inevitablemente vinculados en nada que se parezca a una relación de uno a uno, sino que cada uno puede seguir caminos bastante independientes” (102).

Posteriormente, en el año 1975, la antropóloga estadounidense Gayle

Rubin, en su artículo *El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo* (103) va más allá de los postulados de Stoller y Millett, para hablar del “sistema sexo-género” como forma de organización social.

Rubin define el sistema sexo-género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”.

La historiadora estadounidense Joan W. Scott, utiliza la categoría género para el análisis histórico a partir de dos proposiciones que tienen una conexión integral. Para ella el género es:

- A. Un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos.
- B. Una forma primaria de relaciones significantes de poder.

En relación con la primera proposición asociada a relaciones sociales basadas en las diferencias entre los sexos, Scott establece que el género comprende cuatro elementos interrelacionados, a saber:

1. Símbolos culturalmente disponibles, que evocan representaciones múltiples y a menudo contradictorias.
2. Conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los símbolos, para limitar y contener sus posibilidades metafóricas.
3. Las instituciones y organizaciones sociales. Plantea la autora que en la época contemporánea las relaciones de género no están marcadas únicamente por el sistema de parentesco, sino que existen otras instituciones que incluso tienen una presencia más fuerte en este tipo de relaciones, entre ellas el mercado de

trabajo, la educación y la política, instituciones a la cual agregaríamos el sistema de salud, el cual incluye, aunque no se limita, la Medicina, en la medida en que las relaciones de género que se establecen en este sistema están profundamente arraigadas en símbolos y representaciones de la feminidad y la masculinidad, en lo que es ser hombre y ser mujer.

En el área de la salud, se hace énfasis en los procesos de vigilancia y control del cuerpo de las mujeres durante la maternidad. Esta situación permea toda la sociedad mediante el proceso de medicalización del cuerpo y de la maternidad, que se extiende a lo social y político; a ello hay que agregar que ese control considera a las gestantes como frágiles, en una situación de minoridad, sin capacidad para tomar decisiones y por ello, otros, la institución médica, debe responder y decidir por ellas, cercenándose su autonomía. Todo ello opera a partir de esas relaciones de género presentes en un contexto y momento histórico determinado.

4. La identidad subjetiva, plantea que se requiere investigar las formas en que se construyen las identidades genéricas y relacionar esos hallazgos con una serie de actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales, específicas de un momento histórico.

La segunda proposición de Scott que concibe al género como el campo en el cual se articula el poder, permite visualizar el aspecto social del género, que tiene un componente político en la medida en que está vinculado con el poder y que el mismo es dinámico, en la medida en que puede cambiar, transformarse. Con estos aportes teóricos se busca dejar constancia de que el género no es sinónimo de mujer, si bien es cierto que su uso como categoría de análisis ha sido impulsado por la necesidad de visibilizar a las mujeres que durante mucho tiempo han sido (y aún si-

guen siendo) invisibilizadas, lo que origina que sus realidades se incluyan en los modelos que tienen como referentes a los hombres. Como afirma Sonia Montecino:

“[...] el concepto de género plantea el desafío de particularizar, de explorar en las realidades más que en asumirlas como dadas. En este sentido se contraponen a la idea de un (sic.) universal mujer u hombre y de la fijeza de su identidad, posición y condición. Precisamente, este término permite no solo conocer los cambios en las relaciones entre hombres y mujeres sino que abre la posibilidad de las transformaciones de esas relaciones (es decir, no se queda en la inmutabilidad de la subordinación universal de la mujer). Por último, un análisis de género dadas las múltiples variables que comporta abre una clara senda para emprender lecturas interdisciplinarias” (104).

En este trabajo se comparte la posición de algunas autoras que plantean la necesidad de redefinir y reestructurar el género en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprende no solo el sexo, sino también la clase, el origen étnico y la diversidad (105).

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, con presencia de delegaciones de todo el mundo puso de relieve la importancia de tomar en cuenta sus experiencias propias en las distintas regiones del planeta, “reconociendo las voces de las mujeres del mundo entero y teniendo en cuenta su diversidad, papeles y circunstancias” (106).

La fortaleza del género como categoría de análisis se debe a que ayuda a reconocer las causas que producen desigualdades e inequidades y además, a que se diseñen mecanismos que permitan superar esas brechas, ubicando la problemática no en los hombres o las mujeres como individuos, sino en relaciones sociales construidas sobre el poder y la exclusión. Se trata de una categoría relacional debido a que estudia los

sistemas sociales (organizaciones, instituciones, grupos, comunidades, familias) como un todo, buscando identificar los aspectos diferentes y específicos que afectan e inciden sobre las mujeres y sobre los hombres.

Pero el género también es utilizado como categoría política para cuestionar el sistema de dominación imperante: el patriarcado, que tiene como paradigma la supremacía de los hombres y de lo masculino, sobre la inferiorización de las mujeres y de lo femenino. En este sentido, el género implica acciones para transformar las desigualdades históricas, la realidad y avanzar en el logro de la equidad. Al ser una construcción social y allí su fuerza como discurso además de categoría analítica, el género es cambiante, modificable de manera que puede servir como discurso transformador de la realidad y para tratar de corregir las desigualdades.

Es en este terreno donde entra la Bioética que junto con el género, cuestionan la falta de autonomía de las mujeres gestantes a la hora de decidir sobre el tipo de parto al que deben someterse, debido entre otras razones, al paternalismo presente en el tratamiento médico, a las relaciones de género que la visualizan como un ser frágil, incapaz de decidir, o peor aún, donde no es tomada en cuenta por no considerarse importante, pero como este fenómeno es una construcción social, puede cambiar y las gestantes ser reconocidas como sujetas de derecho, superando la visión paternalista para darle paso a relaciones simétricas en las cuales se respeten sus decisiones y puedan efectivamente ejercer el control sobre su cuerpo en el momento del parto y en todos los ámbitos del accionar humano.

Sin embargo, es preciso advertir los riesgos existentes cuando el uso del término género, implica una nueva invisibilización de las mujeres, se insiste en que no puede sustituir a estas como sujetas políticas con derechos y obligaciones, es una categoría de análisis, no es sinónimo de mujer. Pero aún tomando en cuenta los riesgos que pudieran darse por su

uso abusivo, no se pueden desdeñar sus elementos positivos ya que esta categoría tiene el valor de permitir examinar cómo las estructuras sociales, políticas, económicas, así como la distribución de bienes y recursos en la sociedad, establecen diferencias entre las personas fundadas en el género al cual se pertenece, que lleva a invisibilizar a las mujeres en los espacios públicos y de decisión, a restarle capacidad para la autonomía personal e incluso negarle recursos para la satisfacción de necesidades básicas, todo lo cual repercute en la obtención de la igualdad real y efectiva y en el disfrute de los derechos humanos.

Hay que subrayar que la raíz del problema no está en las diferencias, sino en la construcción de un sistema social que, a partir de estas, coloca a las mujeres en una situación de desventaja que se traduce en el campo de los derechos humanos como desigualdad, discriminación y violencia por razón de género. Maqueda Abreu señala que el género se constituye como resultado:

“[...] de un proceso de construcción social mediante el que se adjudican simbólicamente las expectativas y valores que cada cultura atribuye a sus varones y mujeres. Fruto de ese aprendizaje cultural de signo machista, unos y otras exhiben los roles e identidades que le han sido asignados bajo la etiqueta del género. De ahí, la prepotencia de lo masculino y la subalternidad de lo femenino” (107).

En este sentido, cuando se habla de roles de género, se hace referencia a las tareas, comportamientos, conductas, actitudes y formas de actuar que cada cultura le asigna, históricamente, al hecho de ser hombre o mujer.

Ejemplos de los roles de género, desde el punto de vista de la asignación de tareas se dan en la división sexual del trabajo mediante la cual las actividades de tipo productivas, los trabajos remunerados, realizados fuera del hogar, históricamente se le han atribuido a los hombres como

“tareas propias de su sexo”, mientras que el trabajo reproductivo, que se realiza en el ámbito de lo doméstico, concierne al trabajo del hogar, al cuidado de la familia y por el cual no se percibe ninguna remuneración, en muchas sociedades históricamente se ha considerado como trabajo “propio de las mujeres”.

El ser gestante, parir, son actividades que realizan las mujeres, por razones biológicas, pero el cuidado de las hijas y los hijos, no responde a un fenómeno biológico, natural, sino a una construcción social, a lo que una sociedad dada y un contexto histórico determinado, asigna a las mujeres, constituyéndose en un rol de género (108).

La ideología del instinto maternal y su vinculación con el cuidado de la familia, no existió siempre, corresponde a una estrategia de los pensadores ilustrados, con la finalidad de crear un ideal de mujer madre y virtuosa frente a las mujeres de la corrompida aristocracia, mujeres de la nobleza que podían ser libres y brillar en los salones, pero que eran malas madres o de las mujeres más pobres, de la clase trabajadora, que tampoco podían cuidar a su descendencia, dejándola a cargo de nodrizas que cobraban por esa labor, surge así el ideal de mujer madre-burguesa que pese a los cambios, aún continúa presente en muchas sociedades (92).

Los roles de género con el transcurso del tiempo ya no son vistos como tareas, sino que se asumen como etiquetas o características propias del sexo, de lo que es ser hombre o mujer, que pasan a ser aceptadas por el grupo social sin ningún tipo de cuestionamiento y se le atribuye el carácter de inmutable, inmodificable y propias del “orden natural” de las cosas, considerándose verdades que no necesitan ser comprobadas. Así se construyen los estereotipos de género.

En el ejemplo que se formulara, el estereotipo de género está dado por la falsa creencia de que son las mujeres las únicas responsables del cuida-

do de las hijas y los hijos (ellas son las únicas responsables de parir, no de cuidar), naturalizándose una conducta que no responde a condicionantes biológicos sino a asignaciones sociales que pueden ser transformadas.

Los estereotipos de género se definen, según el Amicus Curiae, presentado en el caso Campo Algodonero vs. México, por CEJIL y la Universidad de Toronto como “el proceso de atribuir características o papeles específicos a los hombres y mujeres de manera individual por la sola razón de su pertenencia al grupo de hombres o mujeres”. Se reconoce que los estereotipos de género afectan a hombres y mujeres, pero es más notorio en estas últimas ya que son discriminadas al afectar e incluso anular, el reconocimiento, ejercicio o disfrute de sus derechos humanos y libertades fundamentales sobre la base de la igualdad.

Se pueden señalar como estereotipos de género atribuidos a las mujeres algunas de las siguientes características o comportamientos: dócil, pacífica, obediente, sensible, emotiva, virginal, delicada y femenina. Como atributos propios de los hombres: fuerte, valiente, agresivo, dominante, proveedor y macho.

Estos estereotipos presentes en la construcción de la identidad de las personas, determinan relaciones de poder según las cuales se le atribuye menor valor a las actitudes consideradas propias de las mujeres.

De esta manera los hombres y mujeres que no se comportan conforme a las conductas que la sociedad espera de ellos o ellas según su sexo, son unos “desviados” o “desviadas”, que atentan contra el orden establecido, contra el “orden natural” de las cosas.

Los estereotipos de género están presentes en la construcción de la sexualidad, en el derecho a decidir sobre el cuerpo propio y el tener una vida libre de violencia, constituyendo un obstáculo para el ejercicio de

los derechos de las mujeres que no tienen control sobre su cuerpo, su sexualidad o en general, sobre sus vidas porque carecen de autonomía para decidir, por ellas las religiones, el Estado, el derecho, la medicina, los hombres, la política y cualquier institución social imperante en las sociedades patriarcales. Es por ello que un ejercicio efectivo de los derechos humanos para las mujeres, implica la erradicación de los estereotipos de género que las mantienen en una situación de subordinación y de desventaja.

La profesora Urrea Mora, en su artículo *El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la bioética y el género* (95), plantea dos tesis en las cuales se puede demostrar la influencia de los estereotipos de género:

“Primera tesis: el cuerpo de las mujeres es un estereotipo “construido” socialmente centrado en la maternidad. Ese estereotipo trae consecuencias individuales e implicaciones sociales cargadas de rasgos políticos. Dentro de las consecuencias individuales y sus implicaciones está el hecho de que la “construcción” social de la maternidad convierte a las mujeres en depositarias de los deseos de otros, en la medida en que aquella se percibe no solamente como un deseo y preocupación de ellas, sino además de los hombres, las familias y la sociedad.

La segunda tesis se deriva de la anterior: durante la gestación, en la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres. Aquí el proceso de la maternidad se enmarca en las dinámicas de poder, ligado a las estadísticas y a los indicadores de morbi-mortalidad materna. Esta segunda tesis está soportada en planteamientos de Foucault [...] Y es así como, Foucault citado por Vivero, plantea que en las sociedades modernas el poder tiene un claro objetivo: el cuerpo y, además, el conocimiento está ligado con el poder y este se evidencia en las prácticas sociales como la

Medicina y la implantación de nuevas tecnologías entre otras”.

En esta investigación se pretende estudiar hasta qué punto la decisión por parte de las mujeres gestantes entre el parto natural o la cesárea, está sometida a los estereotipos de género, que les niegan su capacidad de decidir y si ello ocurre, hasta qué punto el saber-poder médico asume una actitud paternalista que no solo niega la autonomía de las gestantes, sino que opera como un dispositivo que controla y vigila sus cuerpos.

EL BIOPODER Y LAS MUJERES GESTANTES

En su obra *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber* (109), el filósofo francés Michael Foucault manifiesta que el poder no es algo que se posea siempre, se conserve o se deje escapar, por el contrario, es algo que se ejerce a partir de innumerables puntos y en donde se establece una especie de juego de relaciones móviles y no igualitarias. Este autor trata de superar la visión según la cual el poder se expresa básicamente mediante la ley y establece que el mismo tiene múltiples aristas y formas de manifestarse.

Plantea que durante mucho tiempo el poder soberano tenía como uno de sus privilegios característicos el derecho de vida y muerte de sus súbditos, pero se produce una transformación de estos mecanismos de poder y el derecho de muerte del soberano tendió a desplazarse y a apoyarse en las exigencias de un poder que administra la vida, de esa forma la vida pasa a ser controlada por el poder, ya no en lo relativo al derecho de “hacer morir” a los súbditos, sino, mediante distintos dispositivos los cuales regulan la vida humana, a “hacer vivir”. Este cambio ocurre por la crisis del modelo imperial que conduce al Estado, para poder mantenerse, a fortalecer, conocer y controlar las fuerzas vitales de la población (110).

De esa manera, la muerte apareció como lo contrario del “derecho que posee el cuerpo social de asegurar su vida, mantenerla y desarrollarla”

(110). La fuerza del poder pasa a estar en la vida y todo su desarrollo, ya no se trata de decidir sobre la muerte, aunque esté presente esa posibilidad como razón última cuando esté en peligro el soberano, se trata de ejercer poder en el nivel de vida, de la especie, de la raza y de los fenómenos masivos de población, de esta manera se va configurando el biopoder.

Fue Foucault el primero en usar el neologismo biopoder, para dejar constancia precisamente que se trata del poder de administrar la vida, lo cual marca el recorrido de la Modernidad.

El biopoder disciplina, controla y regula los cuerpos de forma tal que “las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida” (110). Señala Foucault que a partir del siglo XVII el poder sobre la vida se desarrolló a partir de esos dos polos:

1. Centrado en el cuerpo como máquina, mediante un adiestramiento que permitió el aumento de sus aptitudes, de sus fuerzas, su docilidad, su integración en sistemas económicos y eficaces, todo ello desarrollado por procedimientos de poder característicos de lo que Foucault llamó las disciplinas anato-política del cuerpo humano.
2. Centrado en el cuerpo-especie, desarrollado más tarde que el anterior, a mediados del siglo XVIII, que tiene un componente colectivo, que sirve de soporte a los procesos biológicos, entre ellos el nivel de salud, la duración de la vida, los nacimientos y la mortalidad, mediante una serie de intervenciones, controles y regulaciones que el autor denomina biopolítica de la población.

dible para su desarrollo, lo cual operó a través de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y ajustando a los procesos económicos lo relativo a los fenómenos de población.

En ese contexto, ocurre también que los fenómenos propios de la vida de los seres humanos, entran en el orden del saber y poder, que emprenden la tarea de controlarlos y modificarlos.

Este control significó un cambio sustancial ya que por primera vez en la historia, lo biológico se refleja en lo político y el poder tiene que verse-las “con seres vivos, y el dominio que pueda ejercer sobre ellos deberá colocarse en el nivel de la vida misma; haber tomado a su cargo la vida [...] dio al poder su acceso al cuerpo”. En ese sentido, Foucault señala que “habría que hablar de ‘biopolítica’ para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana” (110).

En relación con los cuerpos de las mujeres, Foucault enmarca el control al cual son sometidos mediante el dispositivo de la sexualidad, llamando a esta forma específica de biopoder como la histerización del cuerpo de la mujer (110, 111):

“Triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado –cualificado y descualificado– como cuerpo íntegramente saturado de sexualidad; de este modo este cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; y por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), con el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y con la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la

Madre, con su imagen negativa que es la ‘mujer nerviosa’, constituye la forma más visible de esta histerización”.

Es importante destacar el planteamiento de Foucault sobre el control que se ejerce en el cuerpo de las mujeres a través del dispositivo de sexualidad, integrado a las prácticas médicas bajo los efectos de una patologización, son cuerpos enfermos que deben regularse, disciplinarse y controlarse, de allí la importancia de la medicalización durante el embarazo y el proceso de parto, pero ello también permite evidenciar a la medicina como uno de los discursos que no ejerce solo control sino también su poder-saber en el proceso de sujeción de las mujeres.

La medicina, como rama de la ciencia, tiene la legitimidad que le otorga ser considerada como parte del discurso de la verdad, de esta forma sus profesionales aparecen dentro de las autoridades más importantes de esta época y su poder-saber de los más aceptados. De esta manera, el discurso médico tiene el poder institucional y a su vez, la legitimidad social para administrar y regular la vida. En virtud de esta posición privilegiada como campo científico, tiene la autoridad suficiente para definir cuándo comienza la enfermedad, lo que es sano, normal, apto y lo que no lo es (93).

En un estudio titulado La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio, realizado en México y en el cual los investigadores lograron recoger los testimonios de más de 200 mujeres que relataban su experiencia de parto y 64 observaciones directas en las áreas de tocó cirugía (salas de labor y parto) en varios hospitales del Estado de Morelos, se pudo evidenciar distintas manifestaciones del control y regulación que se ejerce sobre las mujeres gestantes y parturientas (112).

Uno de los mecanismos que estos investigadores mexicanos pudieron constatar fue la promoción de la conformidad y la obediencia como con-

ductas que son premiadas. En ese sentido, desde el momento en que las mujeres entran a las salas de partos, reciben un conjunto de mensajes que, velada o abiertamente, le van indicando la conveniencia de someterse a las órdenes médicas y de no hacerlo, esto puede acarrear graves consecuencias para su salud.

Otro mecanismo fue la descalificación de los conocimientos y opiniones de las mujeres, haciéndose palpable el saber médico y el ejercicio de su poder-saber, como el único legitimado para tomar decisiones, regulando la capacidad de las mujeres para decidir y controlando su cuerpo y todo el proceso de reproducción.

Asociado a lo anterior se encuentra la poca información que tienen las mujeres sobre su situación mientras están en el hospital, no tienen derecho a conocer su propio expediente médico y cuando se atreven a indagar a escondidas “reciben una reprimenda en voz alta que obviamente tiene como fin ‘educar’ también a todas las demás mujeres que están presentes en ese momento” (112).

De esa forma el control sobre el cuerpo de las mujeres también queda demostrado en la medida en que se obstaculiza la información de su expediente, como si fuera un asunto ajeno a su propia vida, teniendo el poder científico-médico y el personal de salud, más derechos a conocer su vida que la mujer gestante o parturienta.

La relativización del papel de las mujeres en el proceso de parto es también una clara expresión del ejercicio del poder-saber médico; en el interior del hospital se genera un orden social que establece una jerarquía en cuanto a los saberes, en la cúspide está, sin dudas, el conocimiento médico, se le asigna al personal de esta disciplina un papel protagónico en el proceso de parto, mientras que las mujeres se encuentran en la base de la pirámide, en el lugar más bajo de la escala de conocimientos, pese a

ser ellas quienes han vivido el proceso de reproducción y se encuentran en el proceso de parto. Este contexto demuestra la subordinación de las mujeres, ante actos que le son propios, pero en los cuales el conocimiento hegemónico imperante las relega y profundiza su condición de subordinadas, excluyéndolas del espacio de poder-saber.

En la legitimación del discurso médico-científico, queda comprobado el dispositivo de control que se da en este caso, siguiendo a Pierre Bourdieu, en la adhesión de las dominadas, en este caso las gestantes y parterteras, al discurso del saber médico, de los dominadores, cargado a veces de valoraciones despectivas y estereotipos de género, quedando legitimado el poder regulador y controlador, y operando, nuevamente según Bourdieu, la violencia simbólica que

“Se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación) cuando no dispone, para imaginarla o para imaginarse a sí mismo o, mejor dicho, para imaginar la relación que tiene con el, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural; o, en otras palabras, cuando los esquemas que pone en práctica para percibirse y apreciarse, o para percibir y apreciar a los dominadores [...] son el producto de la asimilación de las clasificaciones, de ese modo naturalizadas, de las que su ser social es el producto” (113).

De todo lo dicho, se puede inferir que las mujeres gestantes al momento de decidir sobre el parto natural o cesárea, se ven sometidas al biopoder que no solo regula su trayectoria vital, sino que disciplina y controla sus cuerpos, a través del saber médico, considerado la autoridad legítima para decidir, produciéndose un proceso de extrañamiento de la mente

de la mujer, su subjetividad, y su cuerpo, que es controlado en un momento crucial y donde se evidencian en su máxima expresión, las diferencias sexuales ya que solo las mujeres pueden gestar y parir, momento en el cual los estereotipos de género y la posición subalterna atribuida a estas últimas, lleva a invisibilizarlas en un proceso, sus experiencias y opiniones son relegadas, instituyéndose el saber médico como la única autoridad legítima.

Es por ello que “se pretende que desde el diálogo entre la bioética y el género se aporten elementos que permitan reconocer a las mujeres gestantes como sujetas singulares, a quienes se les respete su autonomía desde una visión contemporánea” (95).

PARTO NATURAL Y CESÁREA COMO HERRAMIENTAS DE PODER

Se ha demostrado que existen muchos beneficios del parto natural para favorecer al recién nacido/a, como por ejemplo, tener un amamantamiento los primeros minutos o las primeras horas después del nacimiento, reflejos neonatales durante el parto espontáneamente, y una mejor relación madre-hijo, incluso prevenir enfermedades en el bebé (114,115). A diferencia del parto por cesárea en el cual el amamantamiento no se da en las primeras horas y dificulta la primera toma en el postparto inmediato y esta influye en la duración de la lactancia postparto, lo que lleva a las mujeres a dejar de hacerlo antes del tiempo apropiado, afectando incluso la relación madre e hijo.

Además, las cesáreas tiene una atención especial en que las mujeres deben ser cuidadas y autocuidarse por mucho más tiempo, deben prestar más atención a sus hijos ya que estos pueden presentar problemas respiratorios, gastrointestinales, ya sea por la dificultad de la madres para lactar y para el bebé aceptar el pecho materno (116).

En el juicio médico, la elección de una acción u omisión de ella, debe considerarse como primera prioridad la seguridad y el beneficio de los pacientes (Principio de Justicia y Beneficencia). En obstetricia, en relación a la decisión sobre la vía de parto, el médico debe elegir con base a qué tipo de parto representa un mejor resultado para la madre y el recién nacido (Principio de No Maleficencia).

Aristóteles (117) señala que el motivo de nuestras acciones es un bien: “Ha sido exactamente definido el bien cuando se ha dicho que es el objeto de todas nuestras aspiraciones”, es decir, la virtud como elemento primordial de las acciones desde un acto intelectual y de voluntad buscando el bien por encima del propio bienestar (altruismo). Desde esta reflexión planteamos que la cesárea desde su naturaleza histórica no es un problema, es una alternativa al parto vaginal; la problemática radica en si es una opción lícita o no, o cuándo lo es; es decir, cuándo opera con más rigor el biopoder. Desde elementos de biopoder-biocapitalista: la cesárea es una operación, una intervención médica sobre un proceso que en la naturaleza se resuelve y regula sin artificios, por lo tanto, se controlan aspectos como el tiempo y las complicaciones esperadas, así como expectativas de la madre para con el feto y el dolor (Políticas del cuerpo). Desde elementos económicos, la inversión en investigación, en nuevas técnicas quirúrgicas, suturas e instrumental, además de cualificación del equipo médico y en tecnología antes, durante y después de resolver el parto por cesárea, conlleva a que el paciente pague por ellos; desde esta perspectiva se debe elegir lo óptimo en términos de costos (cesárea), sin embargo, el parto vaginal es la opción adecuada para disminuir y debe intentarse siempre, solamente por razones de salud se debe optar por otra vía (cesárea) (118).

No obstante, son otras las razones de los médicos con respecto al trato de la mujer durante el parto o el convencimiento para elegir determinado procedimiento (Parto-Cesárea), entre estos intereses podemos mencio-

nar los siguientes que conllevan a ejercer un dominio sobre el otro “sobre la vida del otro: Biopoder”: las más visibles y muy analizadas se encuentran las económicas, ya que para los médicos es más rentable (ingresos económicos), resolver los partos por medio de cesáreas, incluso a veces sin una indicación verdadera. Como segunda medida la comodidad, ya que se desocupan más rápido y como se mencionó anteriormente, la cesárea es más controlable, en el sentido que se evitan largas horas de un proceso del cual controla solo algunos parámetros y, muchas veces, desde una alejada distancia.

Con relación al Estado, el cual propone un sistema de salud que tiende a no cancelar recargos en los honorarios profesionales, nocturnos o en atenciones de urgencia, además, el aumento de demandas judiciales por mal resultado neonatal, produce en el médico la sensación que no vale la pena el esfuerzo por obtener un parto vaginal actuando más por miedo que por razones científicas claras (118-120). A ello debe agregarse la vulnerabilidad en la que se encuentra la mujer debido al temor natural (colectivo y cultura) al parto vaginal, por el dolor o el eventual daño que su hijo o hija puede enfrentar, al igual que por razones de comodidad, incluso razones estéticas y/o de funcionabilidad biológica, fisiológica y psicológica en el aspecto sexual para evitar prolapsos genitales o disfunciones sexuales, entre otras (118).



EL CUERPO DE LAS MUJERES GESTANTES: DIOSAS VULNERABLES

Anderson Díaz Pérez

El respeto a la autonomía en la Bioética, cristalizado en los derechos de los pacientes y en la perspectiva principialista del cual emergen unas prácticas de poder en la relación médico-paciente, implica relaciones simétricas entre sujetos autónomos.

La asimetría de estos elementos vulnera de manera primaria, en el caso del parto, el cuerpo de las mujeres, debido a que posiblemente es considerado como un estereotipo, construido socialmente, centrado en la maternidad, en lo sexual, donde las distintas concepciones culturales que ha habido a propósito de la corporalidad, influenciadas por las religiones, las nociones estéticas, las diferencias de género, siempre han determinado y determinan la percepción del cuerpo que en cada momento se presenta como deseable (121), así como su papel en la procreación y en la crianza, como diosas vulnerables que son violadas, dominadas o humilladas por dioses masculinos (122,123). Las mujeres por esta connotación, han reflexionado sobre los rasgos políticos de esta situación de

vulnerabilidad y han intentado la reconstrucción social argumentando "que lo personal es político", donde las académicas del movimiento desafiaron el "poder androcéntrico del saber" desmitificando lo que Foucault llamaría el "biopoder", así como la carga ideológica de todas aquellas doctrinas que atribuían la subordinación de las mujeres a su naturaleza bio-sexual, y las graves deficiencias epistemológicas y teóricas de la ciencia tradicional por haber hecho caso omiso del papel y de las actividades de las mujeres en la historia y en la sociedad (124) y de indicador económico de igualdad en atención sanitaria y en nutrición, lo cual llevó a formar movimientos internacionales que buscan la reivindicación de sus derechos, los cuales han alcanzado un argumento de construcción social como una ética feminista por la igualdad (125), como "una mujer moderna, educada y sexualmente liberada", sin olvidar el análisis de los roles que la sociedad atribuye a cada género (126).

Varios autores como Roa, John Stuart Mill y Simone de Beauvoir, consideran a la mujer como producto de un imaginario social; se toma exclusivamente para la reproducción, consideran que, durante la gestación, la práctica clínica en general, se establece una relación paternalista que vulnera la autonomía de las mujeres. Aquí el proceso de la maternidad se enmarca en las dinámicas de poder, ligado a las estadísticas y a los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y factores de interés particular (ética egoísta) (127). Purdy considera que el control sobre los cuerpos de ellas se establece cuando las presionan para que actúen por el bienestar de los fetos, porque para la sociedad estos son más importantes que la mujer gestante (127,128). Para Boetzkes, el embarazo no es simplemente un proceso biológico, es siempre un proceso activo de moldear para sí misma con una perspectiva moral y corporal; por lo tanto, el embarazo es una oportunidad contundente para la autodeterminación de las mujeres incluso en el modo de escoger la forma de parto (127-129).

En última instancia, la representación y concepción del cuerpo de las mujeres gestantes se convierte en una tensión permanente que lleva a que otros y otras tomen decisiones, vulneren su autonomía y cuando se decide por ella como dice Roa es: “arrebatarle brutalmente su condición ética, reducirla a su condición de objeto, cosificarla, es convertirla en medio para los fines que por fuera de ella se eligen” (130), es no permitirle ejercer su autonomía para elegir, ni expresar su voluntad (127).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la influencia del poder de la medicalización en las decisiones de las gestantes al momento de decidir la forma de parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los aspectos sociodemográficos de los participantes como: edad, nivel educativo, procedencia rural o urbana, estado civil, tipo de parto y estrato socioeconómico.
- Indagar sobre los factores socioculturales que inciden en la escogencia del parto tales como las creencias familiares o culturales, entre estas la religión, así como en las experiencias que la gestante juzga importantes según su entendimiento, percepciones individuales, modelos de asistencia obstétrica, relación madre e hijo, medios de comunicación y posibles secuelas psicológicas.
- Describir las razones por las cuales las mujeres cambian su elección en cuanto a parir naturalmente o la escogencia de la

cesárea, tomando presente los sentimientos, angustias y emociones que reflejan la vulnerabilidad de la mujer al poder de la medicalización al momento de escoger la forma de tener a su bebé, interrumpiendo su sueño del parto con posibles repercusiones psicológicas.



METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Se realizó una aproximación teórico-metodológica desde el paradigma cualitativo –de orden fenomenológico– el cual le brinda protagonismo y escucha voces para comprender las acciones y decisiones de las mujeres que fueron entrevistadas en su proceso de embarazo y puedan expresar sus temores frente al dolor y su influencia sociocultural. La fenomenología intenta establecer y reunir, de modo comprensible y riguroso, las actitudes o los rasgos humanos, pero es solo por medio de la experiencia que la realidad puede ser conocida (131). En ese sentido, se comprende la esencia del fenómeno vía representaciones sociales manifestadas en los discursos de las parturientas, que a su vez, serán estudiadas por medio del análisis de contenido. Si el conocimiento es construido, entonces el conocedor no puede separarse totalmente de lo que es conocido – el mundo es constituido (131,132).

PUNTOS BÁSICOS PARA EL ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO DE LAS MUJERES EN GESTACIÓN

Es el relato, el que nos va a convertir la base de los datos de todo un

marco de comprensión y de análisis de la realidad humana vivida por las gestantes (133).

Son cuatro momentos que viviremos al momento de captar el fenómeno de las gestantes:

- El espacio vivido: donde tuvo la experiencia de su parto.
- El cuerpo vivido: la gestante que está viviendo el proceso de su embarazo o la gestante que vivió la experiencia.
- El tiempo vivido: desde el momento que comenzó sus primeros dolores de parto hasta el nacimiento.
- Las relaciones humanas vividas con relación a la experiencia al momento de parto: juegan un papel importante las relaciones humanas donde ocurrirá el lugar de los hechos ya que la gestante al enfrentarse al dolor del trabajo de parto o cesárea puede tanto como fortalecerla o es envuelta por la vulnerabilidad y cambia su forma de pensar con la que llegó al sitio de parir, que era la que realmente quería vivir por sus razones personales. Además en el momento del trabajo de parto cambia todo un estado de ánimo y puede enfrentarse con el personal que brinda la atención médica.

INTENCIONALIDAD DEL ESTUDIO

La intencionalidad de este proyecto fue analizar, describir e indagar a las gestantes dentro de todas sus formas de pensar, actuar y expresarse, con relación a la influencia de la medicalización al momento de escoger la forma de parto, según los aspectos demográficos y elementos culturales. Además describir a través de la búsqueda de información, la expre-

sión y la respuesta al momento de querer comentarnos su experiencia vivida o la que va a vivir en su forma de parto; esto se medirá al momento de tener contacto directo con la gestante a través de grupos focales.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis se realizó de acuerdo a todos los datos recogidos por medio de un diálogo entre las gestantes, no gestantes y los investigadores. Lo que nos permitió conocer los fenómenos que presenta al momento de tomar decisiones y la influencia que tienen sobre esta como ser vulnerable, desde sus creencias y opiniones, su participación en la toma de decisiones así como también sus expectativas.

POBLACIÓN

Conformada por 39 mujeres que han tenido parto por cesárea y parto natural que asistieron a la IPS a controles prenatales o a programación del parto.

TIPO DE MUESTREO

Intencional u opinático: se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión de grupos supuestamente típicos. Por lo cual se escogieron, un total de 20 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión durante dos semanas y que decidieron participar activamente del estudio.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Mujeres que han tenido parto natural con experiencias menores de 3 meses.
- Mujeres que han tenido parto por cesárea con experiencias menores de 3 meses.

- Mujeres menores de 18 años que han tenido parto natural con experiencias menores de 3 meses.
- Mujeres menores de 18 años que han tenido parto por cesárea con experiencias menores de 3 meses.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que han tenido parto natural que no quieran participar.
- Mujeres que han tenido parto por cesárea que no quieran participar.
- Mujeres que no dieron la información completa o que se negaban a brindarla.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como técnica la entrevista en profundidad semi-estructurada. Esta técnica permitió poner en el centro el discurso a las mujeres embarazadas. Esta “conversación guiada” reconoció las experiencias significativas buscando un acercamiento al sentir y pensar de la entrevistada (134).

Para realizar las entrevistas se tomaron 60, como guía la metodología propuesta por C. Farías (135), el cual elaboró unas pautas para orientar las áreas de exploración de acuerdo a los objetivos definidos. La misma se organizó en torno a los siguientes momentos: embarazo, información sobre la cesárea como forma de finalización del embarazo previa a su ocurrencia, indicación y consentimiento de la cesárea, vivencia del puerperio, idea posterior sobre la cesárea, sentimientos y sensaciones en relación a la experiencia (135).

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PRIMARIOS

La técnica de recolección primaria de los datos se realizó mediante una entrevista semi-estructurada a las parturientas.

FASES EN LA ELABORACIÓN DE UNA ENTREVISTA

1. Describir los objetivos de la entrevista.
2. Obtener la información necesaria para dar respuesta a lo que se quiere saber de las mujeres que han vivido la experiencia del parto natural o por cesárea teniendo en cuenta su procedencia, su nivel educativo, la edad, estrato y nivel socioeconómico.
3. Interpretar convenientemente la información obtenida para juzgar su entendimiento en cuanto a modelos de asistencia obstétrica, medios de comunicación y según la forma de parto, cómo fue esa relación madre e hijo que vivió, y qué tal fue su experiencia vivida.
4. Evaluar los datos e impresiones capturadas por las cuales las mujeres cambian su forma de escogencia del parto interviniendo la medicalización, angustias, sentimientos.
5. Realizar un informe de evaluación con el objetivo de recopilar información de análisis para interpretar categorías que sirvan de apoyo para lo que se quiere obtener sobre influencia del poder de la medicalización en la decisión de las gestantes al momento de decidir la forma de parto.

CONTENIDO Y NATURALEZA DE LAS PREGUNTAS

- De evocación de hechos pasados: la preocupación de los altos índices de cesáreas injustificadas para bien de quién: Madre.

- De evocación de comportamientos pasados: relatos de las experiencias tenidas por estas mujeres en el momento de estar en el escenario de su parto.
- De reacciones afectivas: la relación madre e hijo que haya querido vivir de acuerdo a la forma de parto escogida por ella.
- De causa-efecto: sentimientos, angustias y emociones que reflejan la vulnerabilidad de la mujer frente al poder de la medicalización.
- De información complementaria sobre aspectos, reacciones y sucesos: vulnerabilidad de las mujeres que al momento de estar en ese escenario de parir qué es lo que hace que estas tengan un pensamiento o decisión diferente.
- Condicionales: las decisiones de las mujeres frente al poder de la medicalización médica.
- Indagaciones: creencias, religiones, aspectos culturales, experiencia de las mujeres con experiencia.

DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

1. La interacción

La relación que haya entre el entrevistador, el entrevistado, la empatía, una conversación amena, y que se obtenga una relación en la entrevista muy cordial y que deje fluir cantidad de experiencias y saberes, desahogos y vulnerabilidades de estas en cuanto a la elección de su parto y la vivencia con su bebé.

2. El registro de la información

Según el modelo de la entrevista que deje fluir en respuestas y nacimientos de una cantidad de preguntas.

FASES EN EL ANÁLISIS Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

1. Categorizar y codificar los datos respuestas
Las características individuales serán grabadas magnéticamente y luego transcritas.
2. Crear una matriz y elaborar representaciones gráficas
Las investigadoras del proyecto realizarán la lectura y el análisis previo de los textos. Con el fin de familiarizarse con los contenidos e identificar las categorías en las cuales se apoya el análisis con la interpretación.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SECUNDARIOS

Los artículos y documentos que nos sirvan de referencia para desarrollar cosas puntuales de la investigación.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS TERCARIOS

Opinión de terceros que hayan tenido la experiencia.

COMPONENTE ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se reguló según la Resolución 008430 de 1993 en la cual se encuentra en su título II De la investigación en seres humanos Capítulo 1 De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; en la cual se refiere al consentimiento informado y se les explicó a las mujeres lo que se quiere con ellas, que sepan y estén incluidas bajo su aprobación y previo entendimiento del proyecto. El siguiente está

sustentado en el Capítulo IV De la investigación de las mujeres en su artículo 32 en el cual solo se hará una serie de preguntas donde queremos conocer ciertas opiniones de su pensar; no se estará haciendo con ella ninguna intervención que sea de riesgo y no la comprometa.

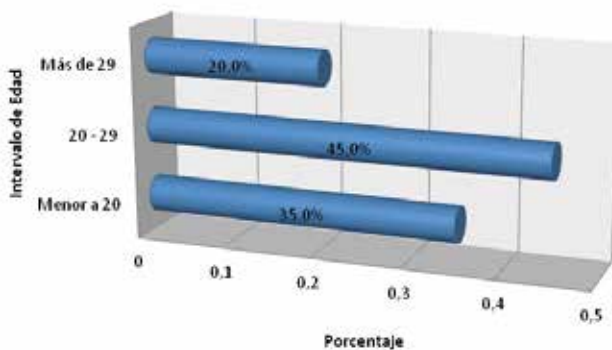
Se aplicó el consentimiento informado a las mujeres mayores de 18 años y asentimiento informado a las menores de 18 años que participaron del estudio a las cuales se les aplicó el consentimiento a los padres.

RESULTADOS

ASPECTOS SOCIALES, ECONÓMICOS Y RELIGIOSOS

En la Gráfica 1 se describe la distribución de frecuencias de las edades, observándose que las madres comprendidas entre los 20-29 años resultaron ser las más frecuentes, con el 45 % del total de las 20 mujeres entrevistadas. Este grupo estuvo seguido de cerca por aquellas menores de 20 años, que fueron el 35 %, y por último las mayores de 29, con el 20 % restante.

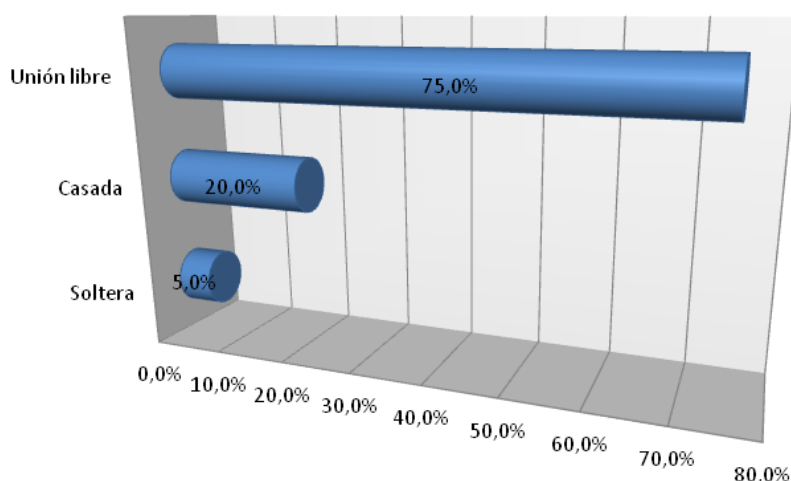
Gráfica 1. Intervalo de edad



Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

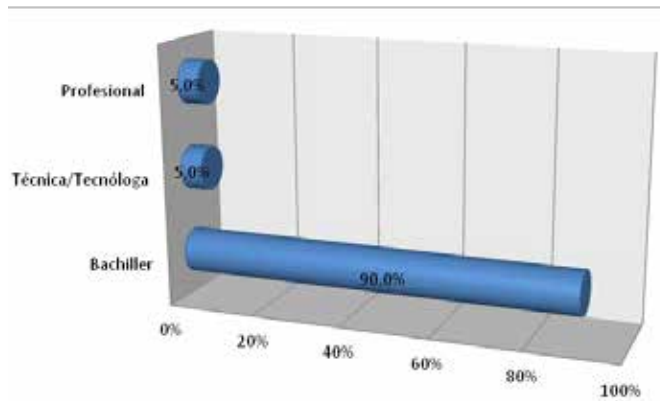
El estado civil de las madres entrevistadas se representa en la Gráfica 2, donde aquellas que conviven en unión libre fueron las más frecuentes con un 75 % de la participación total. Por su parte, las casadas se encontraron en un 20 %, mientras que las solteras exhibieron la participación más reducida, apenas con el 5 %.

Gráfica 2. Estado civil



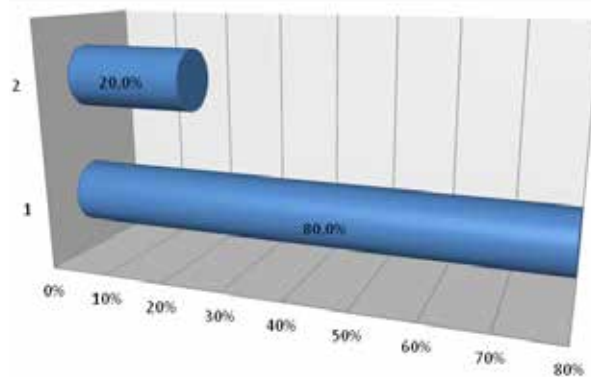
Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

En lo que respecta a nivel de formación educativa de las madres gestantes que participaron en el estudio, se encontró que aquellas con título de bachiller tuvieron la participación más alta, con el 90 %. A su vez, las tecnólogas o técnicas, y las profesionales obtuvieron un 5 % de participación cada una, tal como se desprende del análisis de la Gráfica 3.

Grafica 3. Nivel educativo

Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

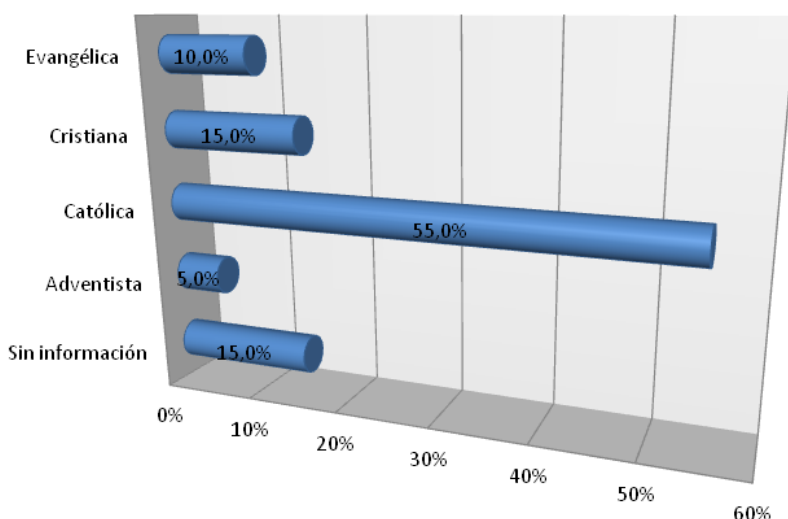
Las madres abordadas dentro de la investigación se distinguieron por ser de escasos recursos, lo cual se demuestra al considerar el estrato socioeconómico al que pertenecen. Así, en la Gráfica 4 se observa que la mayor parte de la población de mujeres son de estrato uno en un 80% del total. Por su parte, las madres del estrato dos fueron el 20 %.

Gráfica 4. Estrato socioeconómico

Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

En el caso de la religión, las mujeres entrevistadas manifestaron con mayor frecuencia pertenecer a la católica, llegando a la cifra del 55 %. El segundo lugar en participación lo tuvieron las mujeres cristianas, con el 15 %, seguidas de las evangélicas con 10 %, y de las adventistas con el 5 % (Gráfica 5).

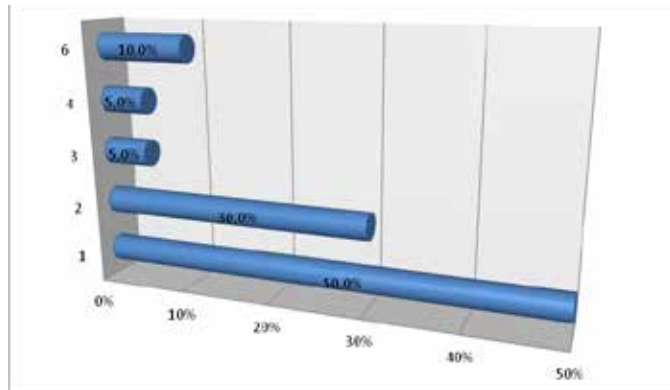
Gráfica 5. Religión



Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

En la Gráfica 6 aparece la cantidad de partos que han experimentado las madres entrevistadas. Tal como se observa, la mayor participación la obtuvieron aquellas que han tenido 1 hijo, llegando al 50 %. De otra parte, hubo otras que han parido 2 hijos, estas fueron el 30 % del total. También se encontraron algunas con 3, 4 y 6 partos, exhibiendo el 5 %, 5 % y 10 %, respectivamente.

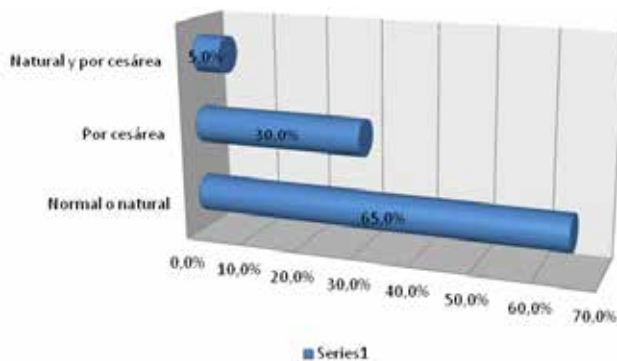
Gráfica 6. Número de partos



Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

La manera a través de la cual con mayor frecuencia las madres llevaron a cabo su parto fue normal o natural, entre las cuales la participación fue del 65 %. También hubo otras que fue necesario practicarles cesárea (30 %), y por último, se presentó que una de las gestantes ha tenido tanto parto natural, como parto por cesárea (5 %); las anteriores cifras se representan en el diagrama de pastel que aparece en la Gráfica 7.

Gráfica 7. Forma de parto



Fuente: Entrevistas sobre la influencia del poder de la medicalización en las gestantes: dualidad mente y cuerpo al momento de decidir la forma de parto

ELEMENTOS DE ESCOGENCIA DEL PARTO

INFLUENCIAS

DE LAS MADRES

La influencia de las madres se hizo sentir entre las mujeres entrevistadas, muchas de ellas expresaron que su madre influyó en su modo de parir, sin embargo, las razones de una u otra forma (natural o por cesárea) están divididas.

Algunas madres les indicaron a sus hijas parturientas, que parir de forma natural era más conveniente, ya que se recuperaban con mayor rapidez, reducía el dolor o simplemente por tradición familiar de que todas las mujeres de la familia habían parido con anterioridad de esa forma. En cambio, aquellas madres que recomendaron parir por cesárea, argumentaban que era mejor de este modo, ya que aparentemente era la solución para algunas complicaciones (como la subida de presión).

Dentro de las mujeres que indicaron no haber recibido influencia de las madres, algunas argumentaron que por decisión propia habían escogido la forma de parir, aunque otras relataron que el médico fue quien tomó la decisión, por ser lo más conveniente para la salud de la parturienta.

DE LAS MUJERES DE LA FAMILIA

Las mujeres que conforman la familia de la parturienta ejercieron una importante influencia sobre su psiquis, en la medida en que fueron diversas las razones, argumentos y explicaciones que le proporcionaron sobre parir de una u otra forma. Nuevamente se encontró cierta discrepancia entre las que abogaban por el parto natural o por cesárea.

Las familiares que influenciaron a las entrevistadas, respecto a parir de manera natural, le plantearon razones afines a que de ese modo existían menos riesgos en comparación con una cesárea, así mismo la recuperación era más rápida y supone menos complicaciones. Las que estaban a favor de la cesárea principalmente hacían énfasis en la rapidez del procedimiento y al menor dolor que se sentía una vez que el bebé salía.

Del análisis de las entrevistas se observó que pocas madres expresaron no haber sido influenciadas por las opiniones de las mujeres de su grupo familiar.

DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Como parte de la investigación se encontró, de acuerdo a la opinión que las madres proporcionaron en las entrevistas, que solo algunas reconocieron la influencia de algún medio de comunicación en la elección de su proceso de parto, en especial la televisión, en donde a través del cual observaban y se instruían sobre la experiencia en el nacimiento de bebés, las formas de parto, los cuidados, entre otros temas afines.

Otras madres por el contrario dejaron claro que no fueron influenciadas por los medios de comunicación, pues la decisión de parto fue exclusivamente de ellas.

EXPERIENCIA DEL PARTO

SENSACIONES DURANTE EL PARTO

La experiencia del parto conllevó a una serie de sensaciones que divergieron entre las distintas mujeres encuestadas. Sin embargo y en términos generales, se encontraron puntos comunes en la mayor parte de los casos, destacándose el dolor, que en muchos casos fue intenso; el

nerviosismo, sobre todo ante la nueva experiencia de parir; y el miedo ante lo desconocido.

Lo anterior se ilustra con las expresiones de algunas entrevistadas; a continuación se toman algunas de las más relevantes:

“Sentía mucho dolor y estaba desesperada porque las contracciones eran seguidas y sentía la bebé ahí, y una muchacha que estaba al lado mío también me tenía nerviosa, ella estaba alterada pero yo tenía que pensar en la bebé” (fuente: M9).

“Al principio tenía como miedo porque nunca me había enfrentado a una cirugía de este tipo” (fuente: M10).

Con esto queda claro que las madres experimentaron una mezcla de sensaciones que se conjugaron a la hora de su proceso de parto, resultando en una experiencia nueva que, a pesar de lo doloroso, al final desencadenaría en sentimientos positivos, luego de tener contacto con el recién nacido.

A pesar de lo anterior, para otras madres, sobre todo las que habían tenido partos con anterioridad, las sensaciones durante el parto se destacaron por estar revestidas de normalidad y tranquilidad. Algunas de las opiniones que hacen pensar en lo anterior fueron las siguientes:

“Normal porque ya es costumbre” (fuente: M5).

“Bien, pues tranquila, ya que había vivido esa experiencia antes hace cinco años y ya sabía para lo que venía” (fuente: M11).

SENSACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Las sensaciones durante el trabajo, según lo relatado por las encuestadas, fueron similares a las presentadas durante el parto. En este caso la incertidumbre, el dolor, nerviosismo y el miedo fueron los predominantes entre las madres.

Al ser la primera experiencia de parto de algunas madres, se encontraron opiniones como la siguiente, en donde la incertidumbre ante las acciones a realizar, es notoria: “Pensé que si me movía podía afectar al bebé y eso fue como estar paralizado, se pone uno de mil colores” (fuente: M11).

De igual forma, las mujeres con experiencia se sintieron más confiadas y tranquilas, encontrándose cierto nivel de tranquilidad, proporcionado por el hecho de aferrarse a la oración. Las opiniones en este sentido fueron:

“Estuve muy relajada, no me estresé, y como ya había vivido la primera experiencia, ya la segunda era más llevadera y más relajada (...) a tomar aire para pujar” (fuente: M7).

“No sentí nada malo porque estaba orando” (fuente: M8).

SENSACIONES EN EL ESCENARIO DE PARTO

En el escenario de parto, la mayor parte de las madres expresaron sentir –en especial– dolor intenso, así como miedo por no saber qué hacer en esa nueva situación que tenían ante ellas, así lo deja entrever una de las entrevistadas, cuando expresó que sintió:

“Dolor y un poco de miedo porque era la primera vez que vivía esta experiencia y no sabía qué hacer” (fuente: M12).

Algunas otras mujeres reportaron en el diálogo sostenido para esta investigación, que experimentaron tranquilidad (por haber tenido previamente una experiencia de parto) y claros signos de emoción; el siguiente par de declaraciones ilustran lo anterior:

“Estaba emocionada porque la quería cargar y la quería conocer” (fuente: M9).

“Pues la verdad mi bebé se salió, no esperó a que yo pujara, cuando vimos fue su cabeza afuera” (fuente: M15).

SENSACIONES POSTERIORES AL PARTO

Luego del parto las madres experimentaron diversas sensaciones. Entre aquellas que proporcionaron en las entrevistas se destacaron la sensación de alivio, descanso, felicidad y alegría. Pero también se encontraron mujeres que reportaron sentir algo de dolencias, consecuencias del proceso de parto, así como calambres.

EL PARTO COMO EVENTO TRAUMÁTICO

Respecto a si la madre consideró al parto como algo traumático, la mayor parte de las respuestas tendieron a ser negativas, es decir, este evento no representó un trauma para la mujer, que afectara su mente y/o cuerpo, sin embargo, hubo algunas pocas que expresaron lo contrario; para ellas el parto constituyó algo traumático, las explicaciones que proporcionaron se relacionaron con el intenso dolor que experimentaron, así como por el miedo que sintieron en aquel momento.

INFLUENCIA DE SENSACIONES Y SENTIMIENTOS A LA HORA DE ESCOGER EL PARTO

Las opiniones de las madres dan a entender que, en su mayoría, están de acuerdo con que las sensaciones influyen en cierta medida o decisivamente en la escogencia del modo en que el parto se efectúa. En cambio, las que indicaron que no existe tal influencia, fueron relativamente pocas, y expresaron –entre otras cosas–, que luego de que ha comenzado el trabajo de parto, debe continuar por medios naturales la salida de su hijo al exterior, a pesar del dolor que eso pueda representar (esta madre no escogió cesárea).

En lo que respecta a los sentimientos y su influencia en la escogencia del modo de parir, las respuestas obtenidas en las entrevistas estuvieron igualmente divididas entre las madres que consideran que existe tal influencia, y las que no.

VÍNCULO CON EL HIJO

AFECTO O VÍNCULO MADRE-HIJO DESPUÉS DEL PARTO

Todas las madres incluidas en el estudio expresaron respuestas positivas frente al vínculo que establecieron con su hijo luego del parto. Las sensaciones expresadas incluyen la felicidad, alegría, o que el vínculo fue muy bueno o excelente, e incluso le agradecían a Dios por la dicha de engendrar otra vida, y al personal médico por la atención. Algunas opiniones relevantes fueron las siguientes:

“Pues me sentí muy alegre, feliz de saber que mi hijo había nacido y que ya estaba bien” (fuente: M12).

“Sí, pues sentí una alegría grande porque ya la tenía en mis brazos y después cuando le di el seno parecía como si ya tuviera rato de hacerlo” (fuente: M9).

“Fue muy buena porque la abracé bastante y la besaba, todo fue muy bonito gracias a Dios y a los médicos de la Maternidad” (fuente: M18).

RELACIÓN CON EL HIJO AL MOMENTO DE NACER

Solamente se encontraron calificativos positivos en las entrevistas a la hora de que la madre describía su relación con el bebé al momento de nacer. Expresaron que fue algo hermoso, caracterizado por el predominio de felicidad y de mucha emoción. Cabe mencionar que en lo anterior estuvieron presentes los nervios, que constituyen algo normal durante y

después del parto, sobre todo cuando es una experiencia nueva. A continuación se presentan un par de opiniones obtenidas, que ilustran lo descrito en este párrafo:

“En la sala de cirugía solo me mostraron al bebé, no me lo dieron para que lo intentara cargar, fue emocionante” (fuente: M13).

“En ese momento pues que lo vi fue una alegría para mí, es mi primer bebé divinamente hermoso, es algo que no se puede explicar, llena los vacíos del corazón” (fuente: M3).

ACUERDO CON LA FORMA DE PARTO DESDE LA PRIMERA VISITA AL GINECÓLOGO

Las madres expresaron, en su gran mayoría, estar de acuerdo con la forma escogida de parto desde la primera visita al ginecólogo; algunas mujeres, por experiencia previa, supieron cómo asumir esa situación, y otras reconocieron la opinión médica, en tanto que les resultó más favorable de acuerdo a su estado de salud y posibilidades fisiológico-anatómicas. En las opiniones recibidas al respecto durante las entrevistas, se ilustra la posición de estas mujeres, así:

“Como ya había tenido la experiencia, empecé pariendo normal” (fuente: M8).

“Porque el doctor me dijo que yo tenía una vagina buena para tener mi parto normal y no iba a tener complicaciones” (fuente: M9).

“Sí, estuve de acuerdo. Bueno desde el primer momento el médico me dijo que no podía parir de forma natural ya que era de pelvis cerrada y el bebé estaba desarrollado. La cesárea fue justificada” (fuente: M13).

Contrariamente algunas pocas mujeres no estuvieron conformes con la

decisión, una de las madres, en su opinión indicaba que:

“Yo quería parir normal pero la condición que tenía pues no se podía y entonces en la última cita me dijeron que no” (fuente: M10).

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN

ATENCIÓN DEL MÉDICO

Las madres entrevistadas en este estudio dejaron claro que la atención que le proporcionaron los médicos fue entre buena y excelente, la explicación de tal calificativo se encontró en tanto que este personal trajo “sano y salvo” al bebé, sus acciones fueron inmediatas y porque estuvieron pendientes de la madre en cada momento. Estas apreciaciones se ilustran en las siguientes opiniones:

“La atención fue buena, porque me decían, relájate, me explicaban el procedimiento que me iban a hacer, trataron de entablar conversación para que estuviera más tranquila” (fuente: M11).

“La atención fue excelente, porque hasta el momento me han atendido súper bien y han estado atentos” (fuente: M13).

“La atención fue buena, porque hubo un trato especial con las pacientes, pues en mi caso estuvieron pendientes a mi cirugía y como me vieron asustada me trataron de calmar” (fuente: M16).

Otras, en cambio, expresaron que la atención fue regular, calificación que se explica principalmente por el trato inadecuado que la madre percibió; estas madres manifestaron que:

“La atención fue regular, porque la verdad ante los dolores les decía que me dolía mucho y me regañaban, y me decían que

me aguantara y en ese momento ahí fue que no me gustó esa atención. Pero después ahora ya en recuperación pues bien” (fuente: M15).

“La atención fue regular, porque solo me hizo tacto dos veces y enseguida decidió hacerme cesárea y cuando la doctora pasó por ahí al verme con más contracciones me hizo un tacto y me rompió la fuente” (fuente: M19).

ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

En lo concerniente al personal de salud, las apreciaciones de las madres tendieron a consistir en calificativos de buenos o excelentes, dado que este personal siempre estuvo atento ante las necesidades de la parturienta, la intentaron tranquilizar en los momentos más críticos del parto, o porque hubo un trato muy amable. Solamente una madre reportó que la atención fue regular en la medida en que –en su opinión–, la atención no fue oportuna, y hubo ciertos conflictos con este personal.

RAZONES POR LAS CUALES LAS MUJERES CAMBIAN SU PENSAR EN CUANTO A PARIR NATURALMENTE O POR CESÁREA

TEMORES

POR LA VIDA PROPIA

En las entrevistas las mujeres reconocieron una serie de miedos y temores que posiblemente guardan relación con su cambio en la forma en que tendrían el parto. La información analizada da a entender que uno de los mayores temores es no saber a qué se enfrentan las nuevas madres; ese desconocimiento de una experiencia que nunca han vivido las llena de angustia, algunas veces desembocando en algo traumático, como previamente se analizó.

Tales temores se encuentran enraizados en la cultura, en la tradición, sin embargo, para ellas fue algo importante conocer todos estos miedos y trabajarlos antes del parto y de que pudieran controlarlos, como sucedió con algunas otras madres.

Los temores de algunas mujeres –en relación con la vida propia–, debido a lo traumático de la situación del parto, se vincularon con la muerte, tal como lo dan a entender las siguientes opiniones:

“Sí, tuve miedo por mi vida, porque pude morirme cuando estuve en el parto y el bebé también” (fuente: M4).

“Tuve miedo por mi vida porque pensé que me iba a morir y dejar a mi hijo solo” (fuente: M14).

En otras madres fue clara la influencia de la religión como algo útil a la hora de intentar calmar sus inquietudes, miedos y temores, particularmente a través de la oración.

En algunas más, quienes influyen en el surgimiento de los temores fueron otras personas, por medio de sus comentarios y apreciaciones sobre la forma en que se experimenta el parto y el proceso para llevarlo a cabo, tal como lo dio a entender una de las madres que parió por medio de cesárea:

“Tuve un poco de miedo. A veces no se puede dormir y a veces la gente hace muchos comentarios que lo pueden poner un poco nerviosa; que la subida de la presión y otras complicaciones que se dan en una cesárea” (fuente: M16).

POR LA VIDA DEL HIJO

Otro tipo de temores considerados fueron aquellos referidos a la vida del hijo. En este caso las madres entrevistadas tuvieron una postura dual,

en el sentido de que algunas estuvieron temerosas, mientras que otras permanecieron más confiadas y tranquilas.

Las que dijeron haber temido en algún momento por la vida de su hijo, indicaron que tal temor se fundamentó en la creencia de que le pudo haber pasado algo al bebé debido a alguna eventual complicación del parto, otras madres no proporcionaron una explicación al respecto.

Aquellas que reportaron no temer por la vida del niño expresaron que esta actitud la asumieron al tener fuertes creencias religiosas, por tanto confiaron en que Dios, mediante su actuar, traería al mundo a sus hijos sanos y salvos. Por su parte, otras madres señalaron confiar más bien en los procedimientos médicos y científicos.

CAMBIO DE DECISIÓN EN LA FORMA DE PARTO

PARTO NATURAL EN VEZ DE CESÁREA

Algunas madres expresaron en las entrevistas que durante el proceso de parto desearon cambiar su decisión sobre la forma en que querían tener a su hijo. Las que tuvieron parto natural en algún momento desearon haberse practicado una cesárea, siendo la principal razón de ello los intensos dolores que sintieron. A pesar de lo grave que estos pudieran parecer, otras madres dijeron que estuvieron de acuerdo con que fuera natural, pues querían vivenciar por vez primera la experiencia del parir, además de que confiaron en el criterio de los médicos y el personal de salud en la escogencia de esta forma de parto.

CESÁREA EN VEZ DE PARTO NATURAL

Entre las mujeres en que fue practicada una cesárea se evidenció que todas estuvieron de acuerdo con este procedimiento de parto. Sus opi-

niones coinciden en el sentido de que si el médico indicó la cesárea, fue porque realmente era lo necesario y conveniente para su salud, evidenciándose la influencia de la medicalización en este sentido.

CONSIDERACIÓN SOBRE SI EL CAMBIO FUE PARA EL BIENESTAR DEL NIÑO

Las madres que cambiaron su decisión de parir mediante cesárea en vez de parto natural indicaron que esto obedeció a preservar el bienestar de su hijo. Las opiniones más dicientes de las madres en este sentido fueron las siguientes:

“La verdad pongo mi vida por la vida de mi bebé” (fuente: M13).

“Sí, estuve de acuerdo con el cambio, porque necesitaba salvar a mi hijo, si no me hacían la cesárea pues pienso que lo podía perder por parto vaginal” (fuente: M12).

“Sí, estuve de acuerdo con el cambio, porque estaban dos bebés y al principio de mi embarazo tuve amenaza de aborto y además era un embarazo de alto riesgo y era pues cesárea” (fuente: M10).

CONSIDERACIÓN SOBRE SI LA VIDA DE LA MADRE O DEL HIJO ESTUVO EN RIESGO POR CAMBIO DE DECISIÓN

Luego de analizar las conversaciones sostenidas con las madres entrevistadas, se encontró que estas no consideraron que la vida de ellas o de su hijo estuvo en riesgo por el cambio de decisión en la forma de parir, cuando se pasó de parto natural a cesárea. Esta consideración sobre el riesgo de la vida se debió a que siempre se pensó en el bienestar del niño, a lo cual debe sumársele la firme convicción religiosa de que Dios intervendría para que todo resultara como se había planeado.

CUMPLIMIENTO DEL DESEO EN TORNO A LA FORMA DE PARIR

Entre la mayor parte de las entrevistadas se cumplió el deseo de parir, lo cual se traduce en sentimientos de alegría, y tranquilidad al poder estar cerca de su hijo. En contraste, otras madres no estuvieron contentas en este sentido, pero lo que primaba era la vida del niño, y si fue lo que el médico consideraba mejor.

DISCUSIÓN

En la investigación se exploraron las vivencias de las madres en cuanto a su experiencia en torno al parto desde un punto de vista personal e íntimo. Sus opiniones ayudaron a reconstruir dicho momento y determinar los elementos que llevaron a decidir la forma de parir (parto natural o cesárea).

El 35 % de las madres se encontraban con una edad menor a los 20 años donde cualquier tipo de violencia durante el parto se ha asociado a que las mujeres desarrollen sentimiento de estigmatización y a su vez una baja autoestima con una mayor prevalencia de sintomatología depresiva, sin mencionar los perjuicios al feto como por ejemplo el rechazo por parte de la madre por todo lo que la hizo sufrir (136). Al igual que en otros estudios el estado civil que prevaleció fue el la unión libre con un nivel educativo de bachillerato en un 90 % (137).

En el marco de la humanización del parto, las prácticas que involucran a la madre y a su bebé como protagonistas deben propender por ayudar al desarrollo de su capacidad para decidir qué personas la acompañan, qué tipo de parto desea, entre otras acciones.

Se encontraron diferentes formas de dominación como por ejemplo el

aislamiento de la mujer por fuera de la vista de sus familiares o pareja lo cual se puede interpretar como una forma de violencia de género, ya que no se le ofrecen todas las medidas que pueden ayudar a mejorar su bienestar y su comodidad por medio del apoyo emocional que le puede brindar su familia o pareja, además que no se le permite expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás (138). Otros estudios indican que tener presente estos elementos aumenta en la madre su autoestima y confianza en sí misma, así como en su habilidad para dar a luz, cuidar y lactar a su bebé, es decir, su habilidad para desarrollarse emocionalmente, además de mejorar su psicomotricidad y capacidad para crear vínculos con su familia y de valorar aún más a su pareja (139).

La mujer es la que debe tomar las decisiones de lo que va ocurrir al momento del parto, donde los profesionales de salud propenden por la disminución de su dolor y ansiedad (140), lo cual fue poco notorio en las mujeres entrevistadas.

En lo expresado por las mujeres, se notó que aquellas que cambiaron la forma de parir, generalmente lo hicieron por los fuertes dolores que declararon haber experimentado, además de la falta de comprensión de las propias vivencias y decisiones (141). En esta elección cabe mencionar que la percepción de dicho dolor puede tener una procedencia de tipo cultural, en donde influirían factores tales como la información previa al parto (142), así como las condiciones psicosociales que las mujeres experimentan, por ejemplo, la soledad y la ausencia de apoyo emocional, las predispone a presentar una tolerancia más baja al dolor donde la literatura indica que esta situación no siempre es comprendida por el personal de salud (143).

Los resultados obtenidos dieron cuenta de que luego del alumbramiento, y cuando se dio el primer contacto con el niño, predominaron sentimientos de enorme felicidad y emoción entre las madres, dado que fue

un evento emotivo, y para muchas la primera experiencia de este tipo. Esto es consistente por lo encontrado por Moore (144), donde refiere que el primer encuentro con el hijo fue un momento de gran significación en el relato de la mayoría de las mujeres donde retoma la importancia del contacto como terapia para el trastorno de depresión postparto (145).

Otros estudios demuestran que el primer encuentro con el bebé, emana como la pérdida de una vivencia en la medida en que el proceso de medicalización retrasa este encuentro, ya que los recién nacidos en primer lugar son sometidos a una rutina asistencial distante de su progenitora, además esta actuación no depende de la necesidad o deseo de las madres sino de lo normado en cada hospital (biopolítica) (146). A pesar del hecho negativo que puede representar lo anterior, en el discurso de las madres entrevistadas no se evidenció ninguno de estos elementos, por el contrario, ellas reconocieron que predominó la felicidad y la alegría, y que además el vínculo fue muy bueno al momento de tener contacto con el niño, e incluso le agradecían a Dios por la dicha de engendrar otra vida, y al personal médico por la atención. En consecuencia, se podría inferir que estas mujeres esperaban tales retrasos, percibiéndolos como algo natural, necesario y beneficioso para la salud del recién nacido.

En lo que respecta a los temores, fue claro que cuando las madres eran primerizas, los miedos predominaron en relación a la vida de ellas como por la del bebé. Una forma en que esto pudo haberse minimizado corresponde a tener en cuenta las sugerencias de la OMS según las cuales un miembro elegido de la familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal (147,148).

Se ha documentado que este acompañamiento y apoyo reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de que sea vaginal espontáneo, reduce la necesidad de analgesia y por lo general las mujeres manifiestan menor insatisfacción con sus experiencias, así como

menores miedos y temores (149,150). A pesar de estos beneficios fue claro que dicho acompañamiento no se dio en el presente estudio, lo cual sería una crítica al poder de la medicalización durante el proceso de parto (148).

La evidencia científica ha demostrado que únicamente aquellos partos de alto riesgo requieren una mayor medicalización, pudiendo el resto ser adecuadamente controlados mediante una serie de medidas mínimas que permiten anticipar cualquier problema durante el parto de forma precoz y así actuar solo cuando sea necesario (151,152).

Se concluye que la mujer está en plena capacidad de elegir sobre la forma de parto que más le conviene y no ser juzgada por otros por escoger acciones que pudiesen ser consideradas como sádicas o maliciosas para ella o su bebé ya que están determinadas por la percepción de aquel que ejerce sometimiento.

Durante el parto natural la madre vivencia una experiencia más agradable, elimina elementos que recuerdan a un quirófano, se les provee libertad de movimientos, posturas y tipos de analgesia, creando un entorno íntimo que permite una vivencia lo más plena posible, pero a la vez situando esta experiencia dentro de un hospital, donde si se produce alguna complicación o hay riesgo real, la intervención médica puede ser rápida y segura (153,154).



CONCLUSIONES

Los resultados y contrastación con la teoría permitió llevar a cabo un análisis de la influencia del poder de la medicalización como una herramienta del biopoder a la biopolítica en la injerencia en la toma de decisiones de las gestantes al momento de decidir la forma de parto.

Con relación a la indagación de los elementos afines a la escogencia del parto, se llegó a concluir que existió una fuerte influencia de las madres de las mujeres gestantes y de otras mujeres de la familia a la hora de escoger por el parto natural o la cesárea.

Por otra parte, la experiencia del parto la consideraron como compleja tanto durante como después del mismo en relación al manejo del dolor, haciendo más vulnerable su condición de gestante y naturaleza como mujer al momento de tomar una decisión importante con respecto a su salud o la del bebé y más cuando podrían coexistir fuerzas entre la idea desasociada en lo que respecta a la dignidad humana y lo lejos que puede estar de un trato y cuidado digno por parte de los profesionales de la salud.

Se observó que durante el parto predominó el dolor que en muchos ca-

so fue intenso, el nerviosismo sobre todo ante la nueva experiencia de parir, y el miedo ante lo desconocido.

A su vez, las sensaciones en el escenario de parto estuvieron marcadas y definidas en relación con el dolor y la emoción del proceso, incluso mujeres que con experiencias previas de parto se encontraban tranquilas pero también emocionadas.

En lo que respecta a los momentos posteriores al parto, las sensaciones se decantaron en una serie de aspectos positivos, concluyéndose que el alivio, el descanso, la felicidad y la alegría fueron los predominantes.

Las opiniones de las madres dieron a entender que la proyección de estas sensaciones por parte de los profesionales de la salud influyó de cierta forma en la escogencia del modo en que el parto se efectuó.

La relación madre-hijo estuvo marcada por la presencia de sentimientos tales como felicidad y alegría, calificados como muy buenos. En este ámbito se evidenció la existencia de un claro agradecimiento, tanto al personal de salud que atendió el parto, como a Dios.

Los resultados evidenciaron que la mayor parte de las madres estuvieron de acuerdo con el ginecólogo en cuanto a la forma en que debía darse el parto desde la primera visita o control prenatal. Sin embargo, otras mujeres manifestaron inconformidad con esta decisión ya que consideraron que era muy pronto para pronosticar una cesárea.

La identificación de las razones y los factores relacionados con el hecho de que las mujeres cambien su pensar en cuanto a parir naturalmente o por cesárea, se estableció que los temores tanto por la vida de ellas, como por la de su hijo, influyen de manera importante en el cambio de decisión sobre cómo parir. Se llegó a concluir que estos temores encuen-

tran origen en la cultura y en la tradición; sin embargo, para las madres fue algo importante conocer todos estos miedos y trabajarlos antes del parto para poder según ellas controlarlos, siendo el temor más común la posibilidad de que le llegara a ocurrir algo al bebé, principalmente originado por alguna complicación durante el proceso de parto.

Las madres que tuvieron parto natural en algún momento desearon haberse practicado la cesárea, obedeciendo tal cambio a los intensos dolores que sintieron. Si bien en la mayoría de estos casos fue así, se estableció que algunas dijeron estar conformes con tener un parto natural, pues querían vivenciar por vez primera la experiencia de parir. Dentro de las mujeres que dieron a luz mediante cesárea, pudo determinarse que el poder de la medicalización tuvo una gran influencia, dado que sus opiniones coincidieron en el sentido de que si el médico indicó la cesárea, fue porque realmente era necesario y conveniente para su salud ya sea de manera sugerente y no basados en la certeza clínica.

Con relación a las influencias se encontró que la familia sobre todo la madre de la mujer embarazada ejerce un poder sobre la autonomía de esta, ya que no le ayuda a escoger la mejor la forma del parto, sino que la convence, debido a la experiencia previa que ha tenido. Al igual se observa que los profesionales de la salud, tratan de convencerla de lo que es mejor para la salud de la madre y del feto. Los medios de comunicación influyen, positivamente, ya que las madres manifiestan que estos promulgan el parto natural como medio ideal para parir, por sus beneficios tanto para la madre como para el bebé.

Las experiencias de la madre con respecto al manejo de dolor durante el parto influyó en las decisiones tanto para sus próximos bebés como para mujeres que están embarazadas o piensan estarlo, lo cual llevaría a tener un gran ascendiente sobre su autonomía, sin embargo al existir tantas técnicas y medicamentos para el manejo del dolor durante el parto, se

deja ver una influencia o injerencia directa por parte de los profesionales de la salud específicamente el médico al propiciar este fenómeno que puede considerarse exagerado y violento, lo que llevaría que durante el parto la mujer solicite la cesárea como medio para evitar el dolor, donde este es más fuerte que el temor a enfrentar un procedimiento quirúrgico.

Paradójico a lo que se piensa es que las mujeres que habían tenido una experiencia previa de parto natural, decidieron tener el bebé nuevamente por este mismo medio, ya que esta es positiva con relación al sentir su bebé, con las emociones y sentimientos al verlo, es algo considerado por ellas como sublime y natural que se puede llevar de manera tranquila. De estas descripciones puede considerarse que el factor del temor al dolor es también un elemento cultural como biológico, incluso de cooperación en la búsqueda de mejores experiencias para las futuras madres.

Para las madres el llegar a un acuerdo en la forma de parto, podría considerarse desde el poder de la medicalización como un ejercicio económico de poderes paciente-profesional e institución con relación a los recursos y calidad del servicio prestado.

Para la gestante desde su velo de ignorancia, es creer que el intento por llevar una vida justa de iguales dentro de su estado de vulnerabilidad es casi una ficción, por considerar que sus intereses como paciente están por encima de los ingresos y la riqueza de un colectivo o un particular.

Es claro que la dualidad de la gestante se da por el proceso doloroso al cual se ve sometida, llevando a que sea fácilmente influenciable por parte de los profesionales de la salud para agilizar el proceso, evitar perder el tiempo, optimizar el recurso humano, aumentar los ingresos de la institución o del profesional, entre otros. Por otro lado la familia que no quiere verla en un estado de dolor, y las mujeres que han tenido una experiencia previa que le mencionan que aguante hasta el final porque

será beneficioso para ella y el bebé, envuelven a la gestante en un dilema moral cuando considera que lo mejor para ella no es lo mejor para el bebé o viceversa.

La mujer se ve envuelta en una tormenta de poderes sutilmente diferentes que convergen en el bienestar tanto de ella como para la del bebé, pero que injuriosamente transgreden su autonomía, como una forma de violencia consciente o inconsciente por parte de los involucrados aludiendo al bienestar del bebé como primera instancia, desarrollando en la madre aparte del dolor, sentimientos de culpa y remordimiento si al bebé le llegase a pasar algo por la falta de valentía a no enfrentar un procedimiento quirúrgico como lo es la cesárea y sin ningún tipo de indicación verdadera.

Es claro que la mujer debe de estar informada y los profesionales de la salud totalmente comprometidos ética y moralmente con el bienestar tanto de ella como por el del bebé, sin la utilización de ningún tipo de fuerza o agresión, ya que por encima de los intereses económicos y políticos se encuentra el deber de proteger a la mujer por su estado de embarazo que la convierte en un ser humano vulnerable como sujeto de cuidado digno, pero también dentro de lo que es razonablemente justo por su naturaleza de mujer como persona con capacidad de tomar decisiones morales para su salud.



Glosario

Autonomía: Se llama el hecho de que una realidad esté regida por una ley propia, distinta de otras leyes, pero no forzosamente incompatible con ellas. Kant indica que la autonomía de la voluntad es la propiedad mediante la cual la voluntad constituye una ley por sí misma (independientemente de cualquier propiedad de los objetos del querer). El principio de autonomía reza, pues: “Elegir siempre de tal modo, que la misma volición abarque las máximas de nuestra elección como ley universal”. Si un acto es determinado por algo ajeno a la voluntad, es atribuido, consiguientemente, a una coacción externa y no es concebido como moral (155).

Biopoder: Es un término originalmente acuñado por el filósofo francés Michel Foucault para referirse a la práctica de los Estados modernos de “explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población” (156). Para el caso del discurso biológico-médico, la implantación de leyes bioéticas, referidas a la donación y utilización de productos del cuerpo humano, así como la regulación de las decisiones médicas en caso de muerte cerebral, organizan el uso de biotecnologías, como lo describe Marcela Lacub: “En esta nueva economía política de la vida, el cuerpo, el ser humano e incluso la especie humana no serán ya datos *a priori* sino horizontes a construir” (157).

Biopolítica: Los Gobiernos necesitan controlar a la gente sin necesidad de utilizar fuerza aparente, es por ello que las instituciones trabajan di-

rectamente con los seres humanos haciendo que se comporten y quieran lo que el Gobierno provee, entonces esta gente se autodisciplina (158). Es por ello, que Foucault ha denominado biopolítica, a la incardinación del poder en la vida cotidiana de los hombres.

Incardinación: Incorporar a alguien a algo, como una colectividad o una institución. U. m. en sent. fig. Para referirse a cosas o a conceptos abstractos (159).

Dualidad: Existencia de dos caracteres o fenómenos distintos en una misma persona o en un mismo estado de cosas (160).

Poder de la medicalización: El control de la sociedad sobre los individuos el cual no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante es lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (161).

Poder: Foucault define el poder “como una relación de fuerzas”, o más bien toda relación de fuerzas es una relación de poder (162). Por lo anterior, se comprende que el poder no es una forma (por ejemplo, un Estado); no es un objeto que se tenga, o pertenezca a nadie. Para Foucault, el poder ahora funciona en términos de relación entre diferentes campos, instituciones, burocracias u otros grupos dentro del Estado (163,158,164). La relación de fuerzas o de poder se constituye con base a las acciones sobre acciones: incitar, inducir, desviar, facilitar o dificultar, ampliar o limitar. Estas acciones nos demuestran que “el poder es esencialmente represivo, que se ejerce más de lo que se posee, y que pasa tanto a los dominados como a los dominantes” (164).

Vulnerabilidad: adj. Que puede ser herido o dañado física o moralmente (165).



Bibliografía

1. Facio A. Viena 1993. Cuando las mujeres nos hicimos humanas. Pensam. Iberoam. 2011;(9):3-20.
2. UNICEF, others. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). Compil Obs Final com los derechos niño sobre países América Lat el Caribe 1993-2006. Citado por Nicklett EJ, Perron BE. Laws and policies to support the wellbeing of children: an international comparative analysis. Int J Soc Welf. 2010;19(1):3-7.
3. De los Derechos Humanos, D. U. 1948; Asamblea General de las Naciones Unidas. París: ONU; <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.
4. De Colombia CP. Asamblea Nacional Constituyente. Santafé Bogotá DC; 1991.
5. Ferrajoli L. Igualdad y diferencia. Derechos Garantías Ley Más Débil; 1999. p.73-96.
6. El Segundo Sexo - El segundo sexo.pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://users.dsic.upv.es/~pperis/El%20segundo%20sexo.pdf>
7. Informe sobre Desarrollo Humano 1995 | Human Development Reports [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/content/informe-sobre-desarrollo-humano-1995>
8. Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relato->

- ria/2002/T-881-02.htm
9. Parcerero JAC, Vázquez R. Derechos de las mujeres en el Derecho Internacional [Internet]. Suprema Corte de Justicia de la Nación; 2010 [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/29312.pdf>
 10. Nussbaum MC. Crear capacidades: Propuesta para el desarrollo humano. España: Planeta; 2012. p.272.
 11. Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://historico.equidadmujer.gov.co/Documents/Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf>
 12. Recomendación general No. 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: la Mujer y la Salud, 1999-1280. pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf?view=1>
 13. Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/SU070-13.htm>
 14. Organización de las Naciones Unidas: Key conference outcomes in human rights [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>
 15. Organización de las Naciones Unidas: Resultados sobre la población [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>
 16. De Beijing D. Plataforma para la Acción. En: IV Conferencia Mundial sobre las mujeres; 1995.
 17. BDPfA.S.pdf [Internet]. [citado 20 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
 18. Facio A. Derecho a una vida libre de violencia de género. Derechos reproductivos y la responsabilidad estatal. Ponencia Presentada

- El; 2009; p.5.
19. Rico MN. Violencia de género: un problema de derechos humanos. 1996 [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/5855>
 20. General OA. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. En: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993 [Internet]. ONU; 1994 [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=94244&indexSearch=ID>
 21. Contra la Mujer E. la V. Convención de Belém do Pará. Organ De [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/genero/legislacion-vigente-sobre-genero/convencion-de-belem-do-para.pdf>
 22. Ley 1257 de 2008 [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: http://www.mincultura.gov.co/SiteAssets/Ley_1257%20de%202008.pdf
 23. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Obstetric violence: another form of Human Rights violation. Rev Redbioética UNESCO. 2013; 25.
 24. Camacaro Cuevas M. La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Rev Venez Estud Mujer. 2013; 18(40).
 25. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia - 3dbeb57d7.pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.refworld.org/pdfid/3dbeb57d7.pdf>
 26. Consciente P. por C. Gestar y criar conscientemente: Ley nacional No. 25.929 - Parto Humanizado [Internet]. [citado 20 jul

- 2016]. Disponible en: <http://gestarycriarconsciente.blogspot.com/2013/12/ley-nacional-n-25929-parto-humanizado.html>
27. Microsoft Word - 2009212_a1cb0085-2dad-454b-9a38-739df9e-3f5d4.doc - ley_de_parto_humanizado.pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf
28. De diputados C. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en Argentina. En Congreso Argentino; 2009 [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/339>
29. Acceso Información Mujeres.pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>
30. 1605356 - G1608932.pdf [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/089/32/PDF/G1608932.pdf?OpenElement>
31. Committee on Economic, Social and Cultural Rights [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>
32. ESC General Comment 14 in Spanish [Internet]. [citado 20 jul 2016]. Disponible en: <http://hrlibrary.umn.edu/gencomm/ep-comm14s.htm>
33. OEA. OEA - Organización de los Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo [Internet]; 2009. [citado 21 jul 2016]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2011/131.asp>
34. De la UNESCO AG. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. París; 2005 [citado 21 jul 2016]. Disponible en: <http://www.bioeticas.org/index.php/ricp/article/view/bio.php?articulo65>
35. Resolución N. 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas

- para la investigación en salud. República Colomb Minist Salud; 2011.
36. Marín GM, Gómez AR, Gutiérrez AMR. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"; 2013.
 37. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educ Médica Salud OPAS*. 1976;10(2):152-70.
 38. Baeza H. El poder del médico. *Rev De [Internet]*. 2004. [citado 28 jul 2016]. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_60/pdf/original.pdf
 39. Valentinuzzi ME. Del hechicero-médico al ingeniero biomédico (From the witch doctor to the biomedical engineer). *Rev Fed Argent Cardiol*. 1997;26(4):423-7.
 40. Bascuñán R, Luz M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Médica Chile*. 2005;133(1):11-6.
 41. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioét Para Clínicos Madr Triacastela [Internet]*. 1999 [citado 28 jul 2016];13. Disponible en: http://rillo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf
 42. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. *Princ Secul Probl Actuales Ciudad Habana Científico-Téc*; 2001.
 43. Rose N, Odriozola EL. Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. *UNIFE*; 2012.
 44. Canguilhem G. On the normal and the pathological [Internet]. Vol. 3. Springer Science & Business Media; 2012. [citado 28 jul 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TJFfBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=on+the+normal+an>

- d+the+pathological&ots=G6vAuoJwIX&sig=aSWn81z47cO-b6K2NELUBgmToN8U
45. Gervas J, Fernández MP. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20:66-71.
 46. Cesárea MdIp. Conducta durante el trabajo de parto de la mujer con cesárea previa. *Ginecol Obstet Mex.* 2008;76(10):621-8.
 47. Talaulikar VS, Arulkumaran S. Vaginal birth after caesarean section. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2015;25(7):195-202.
 48. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016. [citado 28 jul 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300040>
 49. Chadwick RJ. Obstetric violence in South Africa. *S Afr Med J.* 2016;106(5):423-4.
 50. Dixon LZ. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q* [Internet]. 2014 [citado 28 jul 2016]. Disponible en: http://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds%-5B%5D=citjournalarticle_466530_20
 51. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016. [citado 28 jul 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096880801630009X>
 52. Silva MG da, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Obstetric violence according to obstetric nurses. *Northeast Netw Nurs J* [Internet]. 2014 [citado 28 jul 2016];15(4). Disponible en: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514>
 53. Sadler M, Santos MJDS, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P.

- et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters* [Internet]. [citado 28 jul 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300027>
54. Catling C, Petrovska K, Watts NP, Bisits A, Homer CSE. Care during the decision-making phase for women who want a vaginal breech birth: Experiences from the field. *Midwifery*. 2016 Mar;34:111-6.
 55. Rizo Gil A. Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005. *Rev EAN*. 2009;(67):59-73.
 56. ES_WHS2012_Full.pdf [Internet]. [citado 18 jun 2016]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
 57. Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina S, Buitrago-Leal M, Zuleta JJ, Ángel-Müller E. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2014;65(2):139-51.
 58. Alemán NM, Cherro MV. Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco. *Fronteras*. 2015;(8):133-44.
 59. Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. 2015;(18):93-111.
 60. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. [citado 18 jun 2016]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/5414-nac-2014>
 61. Colombia [Internet]. [citado 18 jun 2016]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/colombia>
 62. Indicadores del desarrollo mundial| Banco de datos mundial [In-

- ternet]. [citado 18 jun 2016]. Disponible en: <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&country=COL&series=&period=#>
63. Roura LC, Rodríguez DS. *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Ed. Médica Panamericana; 2007. 1422p.
 64. León Rodríguez A. *Costos de la atención en salud de mujeres durante el embarazo y parto en una entidad promotora de salud del régimen subsidiado*; 2013 [citado 19 de junio de 2016]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16727>
 65. Sara Fortich P, Valcárcel Maquilon E, Quintana JCA. *Determinación de la favorabilidad financiera en la atención de partos vs cesáreas en la Clínica Universitaria San Juan de Dios Cartagena en el año 2010* [Internet]. Universidad de Cartagena; 2013. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/284>
 66. Hernández LM. *La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a)*. *Av En Enferm*. 2008;26(1):97-102.
 67. Flores Silva N, González Vivanco G, Echeverría Gálvez G. *otros. Representaciones sociales del parto* [Internet]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2014. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/3219>
 68. Harper B. *Opciones para un parto suave: Guía para tomar decisiones informadas acerca de centros de alumbramiento, asistentes al parto, parto en el agua, parto en casa, y parto en el hospital* [Internet]. Inner Traditions/Bear & Co; 1996. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=y3NnAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=La+intervenci%C3%B3n+de+los+obstetras+es,+sin+duda,+importante+a+la+hora+de+complicaciones+en+el+emba>

- razo+o+parto,+en+los+pa%C3%ADses+desarrollados,++se+evidencia+que+los+obstetras+tratan+de+evitar++que+las+mujeres+puedan,++participar+en+las+decisiones+acerca+de+s&ots=iss5-OfE9P&sig=r-QGYkvRe4AWcc02606PLOf5T9U
69. En Sociología T. de la M. Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización; 2010. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: http://www.mujerahora.org.uy/sites/default/files/derechos_y_poderes_en_el_parto__magnone.pdf
 70. Palacio FJ, Morillas F, Ortiz-Gómez JR, Fonet I, Bermejo L, Cantalejo F. et al. Eficacia de la oxitocina a dosis bajas en cesáreas electivas. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2011;58(1):6-10.
 71. Yamamoto C, Carrillo T, Erazo C, Cárcamo R, Novoa P, Insunza F, et al. Rotura prematura de membranas al término: manejo expectante por 24 horas e inducción con oxitocina. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(5):349-53.
 72. Foucault M. El sujeto y el poder. *Rev Mex Sociol*. 1988;50(3):3-20.
 73. Díaz SR. El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios Rev Sociológica Pensam Crít* [Internet]. 2008. [citado 19 jun 2016]; 2(2). Disponible en: <http://www.scholarlyexchange.org/ojs/index.php/InterSoc/article/view/2714>
 74. Egan LAV. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra. *Rev Conamed* [Internet]. 2016. [citado 19 jun 2016];15(3). Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/282>
 75. Guerra GB. Violencia obstétrica. *Rev Fac Med*. 2008;31(1):5-6.
 76. Pozzio MR. La ginecoobstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estud Fem*. 2016;24(1):101-17.
 77. Cohen B, Atkins M. Breve historia del parto vaginal después de cesárea. *Clin Obstet Gynecol*. 2001;44:563-6.
 78. Vela Coral G. del P. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del

- Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015; 2015 [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/4278>
79. iCucurella MB. Bioética del cuidar, ¿qué significa humanizar la asistencia? [Internet]; 2015. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=651898>
 80. Lázare-Boix S. Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona. *MUSAS Rev Investig En Mujer Salud Soc.* 2016;1(1):3-15.
 81. Vivar W, Victoria M. El parto, un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica; 2015. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/4240>
 82. Lugones Botell M. La cesárea en la historia. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2001;27(1):53-6.
 83. Huamán Berríos JE. Historia de la obstetricia. Ensayo sobre algunas ideas de la obstetricia. Perú Huancayo. 2004;23-8.
 84. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2012;38(1):134-45.
 85. Engelmann GJ. *Labor Among Primitive Peoples: Showing the Development of the Obstetric Science of To-day, from the Natural and Instinctive Customs of All Races, Civilized and Savage, Past and Present.* JH Chambers & Company; 1883.
 86. González MEB, Ortiz MR. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. *Biociencias.* 2005;(3):203.
 87. Sedano LM, Sedano MC, Sedano MR, Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(6):866-73.
 88. Tricas JG. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE Rev Enferm [Internet].* 2012. [citado 19 jun 2016];6(1). Disponible en: <https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/12>

89. Mamede FV, de Almeida AM, de Souza L, Mamede MV. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(6):1157-62.
90. Ortega F. El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea. Editorial CSIC - CSIC Press; 2010. 272p.
91. Feher M, Naddaff R, Tazi N. Fragments for a History of the Human Body. 1991. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://philpapers.org/rec/FEHFFA>
92. Fernández I. Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata Rev Filos*. 2004;(33):191-200.
93. Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. 2015;(18):93-111.
94. Harding S. *Feminismo y ciencia*. Barcelona: Morata; 1995.
95. Urrea Mora FC. El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la Bioética y el género. *Rev Colomb Bioét*. 2015;7(1):97-110.
96. Mill JS. El sometimiento de las mujeres [Internet]. Edaf; 2005. [citado 8 ene 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=259445>
97. Beauvoir S. de P, otros. *El segundo sexo: Los hechos y los mitos*. 1972. [citado 8 ene 2017]. Disponible en: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=025975>
98. Stoller RJ. *Sex and gender: The development of masculinity and femininity* [Internet]. Karnac Books; 1994. [citado 22 ago 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ILJWx8eadH8C&oi=fnd&pg=PR16&dq=Sex+and+Gender.+Robert+Stoller+&ots=UJ4hqIv8W5&sig=WDJ7eS6j-hOzhpY50TvOdrqA37I>
99. Portolés AO. Debates sobre el género. En: *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización* [Internet]. Editorial Minerva; 2005. [citado 22 ago 2016]. p.13-60. Disponible en: <https://dialnet.uni->

- rioja.es/servlet/articulo?codigo=1309241
100. Sosa Sánchez IA. Feminismo y Ciencias Sociales. *Rev Antropol Sociol*; 2008.
 101. Millett K, García AMB, Gimeno CM, Política sexual [Internet]. Cátedra Madrid; 1995. [citado 22 ago 2016]. Disponible en: https://mujeresenred.net/IMG/article_PDF/article_a1882.pdf
 102. Stolcke V. La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Quad Inst Catalá Antropol*. 2003;(19):69-95.
 103. Rubin G. El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropol Rev Cienc Soc*. 1986;(30):95-145.
 104. Montecino S. Palabra dicha: escritos sobre género, identidades, mestizajes. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; 1997.
 105. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Hist Rev*. 1986;91:1053-75.
 106. De Beijing D. Plataforma para la Acción. En: IV Conferencia Mundial sobre las mujeres; 1995.
 107. Abreu MLM. La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Rev Electrónica Cienc Penal Criminol*. 2006;(8):2.
 108. Gómez Cantarino S. otros. La expresión de la sexualidad en la mujer gestante y púérpera [Internet]. [Sl]:[sn], 2012; [citado 22 ago 2016]. Disponible en: <http://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/1317>
 109. Foucault M. Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. Buenos Aires; 2009.
 110. Boyer A. Biopolítica y filosofía feminista. *Rev Estud Soc*. 2012;(43):131-8.
 111. Varela J. De la histerización, del cuerpo de la mujer. *El Viejo Topo*. 1980;(42):8-14.
 112. Castro R, Erviti J. La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio.

2003. [citado 8 ene 2017]. Disponible en: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/1977>.
113. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Edición Anagrama; 1998.
114. Cevallos Ramos DG. Destete temprano y su relación con las infecciones respiratorias y digestivas de los niños menores de dos años hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital José María Velasco. 2012. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/78>
115. Aguayo Maldonado J, Romero Escós D, Hernández Aguilar MT. Evidencias en Pediatría. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_fB13q15STudZFLTvS-Dcj-QBs6jkuHUTbHNgwW5XaRHmtW1wyS767w9eT-UXwKSfF-1D43kr3oS-JgFCH-7RBh1GHfVp0-_R8O
116. De la Torre Palomo MT, Flamarique BA. Recomendaciones de autocuidados para el parto y la cesárea basadas en el mejor conocimiento disponible. Evidentia Rev Enferm Basada En Evid. 2008;5(24):12.
117. Aristóteles PB, Julio T, otros. Ética nicomaquea [Internet]. Planeta De Agostini; 1997. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IscScript=UCC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mf=071573>
118. Besio M. Cesárea versus parto vaginal: Una perspectiva ética. Rev Médica Chile. 1999;127(9):1121-5.
119. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir Cir. 2006;74(6):495-503.
120. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. Rev Clínica Esp. 2012;212(4):198-205.
121. Cáceres Zapatero MD, Díaz Soloaga P. La representación del cuer-

- po de la mujer en la publicidad de revistas femeninas. *Estud Mensaje Periodís.* 2008;(14):309-27.
122. Salamovich S. *Identidad femenina y mitología.* 2000.
123. Molina ME. *Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer.* *Psykhe Santiago.* 2006;15(2):93-103.
124. Stolke V. *La mujer es puro cuento: the culture of gender.* *Rev Estud Fem.* 2004;12(2):77-105.
125. De Barbieri T. *otros. Movimientos feministas.* 1986.
126. Parpart JL. *¿Quién es la “otra”? : una crítica feminista postmoderna de la teoría y la práctica de mujer y desarrollo.* *Debate Fem.* 1996;13:327-56.
127. Urrea Mora FC. *El cuerpo de las mujeres gestantes: un diálogo entre la Bioética y el género.* *Rev Colomb Bioét.* 2015;7(1):97-110.
128. Purdy LM. *Reproducing persons: Issues in feminist bioethics* [Internet]. Cornell University Press; 1996. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&i-d=xIX7cnk4hjwC&oi=fnd&pg=PR7&dq=++Reproducing+persons+issues+in+feminist+bioethics&ots=ITahCTY6X5&sig=fM57s7axhCY7KIVWUVIELF8YQV8>
129. Boetzkes E. *Equality, autonomy, and feminist bioethics.* *Embodying Bioeth Recent Fem Adv.* 1999;121-37.
130. Calderón J. *Medical autonomy and statutory health law.* *Acta Medica Colomb.* 2015;40(1):51-3.
131. Pereira R. da R, Franco SC, Baldin N. *Pain and the protagonism of women in parturition.* *Rev Bras Anesthesiol.* 2011;61(3):382-8.
132. Heidegger M, Rivera JE. *Ser y Tiempo (rústica)* [Internet]. Editorial Universitaria; 2005. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=AaXiLJMbTGkC&oi=fnd&pg=PA17&dq=La+femenolog%C3%ADa+intenta+establecer+y+reunir,+de+modo+comprensible+y+riguro-

- so,+las+actitudes+o+los+rasgos+humanos,+pero+es+solo+por+medio+de+la+experiencia+que+la+realidad+puede+ser+conocida.+&ots=3LX020pEl2&sig=kHzl2nSRFZzkdAo-Qdglm23UQMo
133. Packer MJ. La ciencia de la investigación cualitativa. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología; 2013.
 134. Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):409-22.
 135. Farías C. Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. 2014. [citado 19 jun de 2016]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4473>
 136. Lam-Figueroa N. Estudio del sentimiento de estigmatización en madres adolescentes de Lima Metropolitana. *Anastomosis Cuad Investig*. 2009;3:64.
 137. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinostroza-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(3):379-85.
 138. Peláez HR, Gallego IR. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. *Revisión bibliográfica. Matronas Profesión*. 2014;15(4):e1-e6.
 139. Alonso C, Gerard T. El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil. *Muerte materna*. 2009;95.
 140. Zeferino EG, Cadena DMG, Peña MA. Humanismo durante la atención del trabajo de parto. *Rev Conamed [Internet]*. 2016. [citado 25 jul de 2016];15(3). Disponible en: <http://www.dgdi-cona->

- med.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/283
141. Núñez P. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Profesión*. 2014;(2):43-9.
 142. Moya Nicolás M. Estudio de la divergencia cultural sobre la percepción del dolor de parto en mujeres nicaragüenses y ecuatorianas. *Proy Investig [Internet]*. 2016. [citado 25 jul 2016]. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/50088>
 143. Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas. *Index Enferm*. 2005;14(48-49):9-13.
 144. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. En: *The Cochrane Collaboration*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub2>
 145. Dois C, Lucchini R, Villarroel D, Uribe T. otros. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Rev Soc Boliv Pediatría*. 2015;54(2):102-9.
 146. Roncallo CP, de Miguel MS, Freijo EA. Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escr Psicol-Psychol Writ*. 8(2):14-23.
 147. Salud OM de la. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Declaración de Fortaleza. *Tecnología apropiada para el parto*. *Lancet*. 1985;2.
 148. Wallace L, Lara L. El derecho de acompañamiento durante el parto. *Rev Horiz Enferm Univ Católica Chile [Internet]*. 2009. [citado 19 jun 2016];20(2-2009). Disponible en: http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/20-2/el_derecho.pdf

149. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS [actualizado 8 sep 2007. citado 28 dic. 2009].
150. Rosés ERV, García ID. Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. Medisan [Internet]. 2005. [citado 19 de junio de 2016];9(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.pdf
151. Tipiani O, Tomatis C. El control prenatal y el desenlace materno perinatal. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;52(4):247-52.
152. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. Med Natur. 2006;(10):120-32.
153. Sánchez JA, Roche MEM, Viguera MDN, Peña EB, López RM, Muñárriz LÁ. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR Rev Antropol Iberoam. 2012;7(2):225-47.
154. Camacaro Cuevas M. Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico [Internet]. Universidad de Carabobo; 2000. [citado 19 jun 2016]. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2116>
155. Diccionario de Filosofía Ferrater Mora - Buscar con Google [Internet]. [citado 26 jul 2016]. Disponible en: <https://www.google.com/search?tbm=bks&q=autonomie#q=diccionario+de+filosofia+ferrater+mora>
156. Biopoder. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2013 [citado 26 jul 2016]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Biopoder&oldid=70767916>
157. Eribon D. El infrecuente Michel Foucault. Letra Viva; 2004.
158. Danaher G, Schirato T, Webb J. Understanding Foucault [Internet]. Sage; 2000. [citado 26 jul 2016]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=SLEHyss3M20C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Geoff++Dahaner,++Tony++Schirato++y++Jen++We>

- bb.++Understanding++Foucault.++&ots=DCHRgiXTDy&sig=6U-zjIHuWlGalfE38yAjKdBmh39c
159. Asale R. Diccionario de la Lengua Española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la Lengua Española. [citado 26 jul 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LD3cKyl>
 160. Asale R-. Diccionario de la Lengua Española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la Lengua Española. [citado 26 de julio de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EDX0pOo>
 161. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Med Salud. 1977;11(1):3-25.
 162. Foucault M, Deleuze G. *Theatrum philosophicum* [Internet]. Anagrama; 1995. [citado 26 jul de 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=174460>
 163. Deleuze G. Foucault. U of Minnesota Press; 1988.
 164. Foucault M, Deleuze G. Intellectuals and power. Lang Count-Mem Pract. 1977;205-17.
 165. Vulnerabilidad - Definición - WordReference.com [Internet]. [citado 26 jul de 2016]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/vulnerabilidad>

Los autores

ANDERSON DÍAZ PÉREZ

Instrumentador Quirúrgico. Ph.D. en Salud Pública. Magíster en Ciencias Básicas Biomédicas. Cand. Ph.D. en Bioética.

DHAYANA CAROLINA FERNÁNDEZ MATOS

Abogada. Licenciada en Ciencias Políticas. Magíster en Ciencias Políticas. Magíster Derechos Humanos. Magíster Género, Identidad y Ciudadanía. Cand. Ph.D. Derechos Humanos. Est. Ph.D. Ciencias Jurídicas y Políticas.

ZULEIMA ISABEL YÁÑEZ TORREGROSA

Médico. Especialista en Pedagogía Experimental. Magíster en Ciencias Básicas Biomédicas. Cand. Ph.D. en Medicina Genómica.

ELVIS ELIANA PINTO ARAGÓN

Trabajo Social. Magíster en Recursos Humanos.

CARMENZA LEONOR MENDOZA CATAÑO

Psicóloga. Ph.D. Ciencias Gerenciales. Postdoctorado en Gerencia en Educación Superior.

ANGÉLICA ROCA PÉREZ

Instrumentador Quirúrgico. Est. MSc. en Educación.

JULIANA ANDREA DUQUE BRAVO

Enfermera.

RAYDAN SERRANO LIZARAZU

Enfermera.

PACÍFICO CASTRO GIL

Bacteriólogo. Magíster en Microbiología.

El poder de la medicalización ejerce sobre la mujer un dominio sobre su autonomía en relación a la toma de decisión al momento de escoger la forma de parto (natural o cesárea). El biopoder ejercido por los profesionales de la salud, es considerado como una forma de violencia obstétrica, la cual incluso, no se identifica como un parámetro a corregir en los modelos de atención humanizada; ya que las futuras madres inmersas en el autoritarismo no reconocen la relación de tipo paternalismo extremo. El consentimiento informado es adherido pero no es reconocido en los elementos de atención y cuidado en un modelo biomédico con dominancia masculina, es tomado como elemento instrumental y no como un proceso de comunicación efectivo, legible y dinámico de comprensión y aprendizaje para el desarrollo de decisiones autónomas.

La formación del doctor Anderson Díaz Pérez, Instrumentador Quirúrgico; Ph.D en Salud Pública. Candidato a Ph.D. en Bioética. Es Magister en Ciencias Básicas Biomédicas y Maestrante en Bioinformática y Bioestadística, lo cual le ha permitido desempeñarse como investigador en varias áreas y disciplinas, incluso con el diseño de sus propias metodologías como la Regresión Perceptiva y el Modelo de Estructura Funcional en la Comunicación en Salud. Los autores del presente libro, escudriñan en la problemática de la salud y esclarecen desde elementos bioéticos y políticos, la trasgresión de los principios y valores mínimos de respeto en las mujeres embarazadas, reflejadas en unas prácticas consientes o inconscientes de los profesionales de la salud que tienen escrito en sus cuerpos un modelo de reconocimiento y poder económico bien llamado Biopoder.