

Una mirada a la violencia obstétrica: la relación individuo-cuerpo y sociedad-cuerpos

Aida Martínez Suárez. Universidad de Oviedo (Asturias)

Recibido 10/03/2023

aidasmelephant@gmail.com

Resumen

Este artículo tiene por objeto el analizar la violencia obstétrica en el contexto de nuestras sociedades modernas, tomando como punto de referencia las relaciones que los sujetos y esas sociedades establecen con los cuerpos humanos. Para esto, se emplearán las herramientas ofrecidas por la filosofía, la bioética y la antropología (tanto la positiva como la negativa), entendiendo que la violencia obstétrica ni comienza ni se agota en el ámbito médico, sino que ha de atenderse también a sus dimensiones histórico-culturales y de género.

Palabras clave: violencia obstétrica, autonomía, cuerpo, maternidad, bioética, antropología, dualismo.

Abstract

A look at obstetric violence: on the relationship subject-body and society-bodies

This article aims to analyse the phenomenon of obstetric violence from our modern societies' context, putting the spotlight on the relationships that individuals and the aforementioned societies establish with the human bodies. To accomplish this task, I'm going to use the tools offered by the philosophy, the bioethics and the anthropology (both positive and negative) for the genesis and the nowadays persistence of the obstetric violence cannot be reduced to the medial context: it is needed to take in account its historic-cultural dimensions as well as the gender inequalities dimensions.

Key words: Obstetric Violence, Autonomy, Body, Motherhood, Bioethics, Anthropology, Dualism.

Una mirada a la violencia obstétrica: la relación individuo-cuerpo y sociedad-cuerpos

Aida Martínez Suárez. Universidad de Oviedo (Asturias)

Recibido 10/03/2023

aidasmelephant@gmail.com

§ 1. Introducción

Hablar de las relaciones que los individuos y las sociedades mantienen con los cuerpos humanos no es una tarea sencilla. Se trata de un tema rico, complejo y frustrante en ocasiones. Es por eso por lo que en el presente artículo me limitaré a analizar una de sus múltiples facetas: la que tiene lugar en el ámbito médico y, más concretamente, en la atención a la gestación y al parto. Para esta tarea, comenzaré ofreciendo una explicación de por qué la medicina, de la que se esperaba un altísimo grado de sensibilización con respecto a la vulnerabilidad de los pacientes, ha recibido duras críticas por su naturaleza en ocasiones deshumanizada y deshumanizadora. No en vano fue necesario el desarrollo de una ética clínica, y todavía hoy en día disciplinas como la bioética llevan a cabo una intensa labor para alcanzar el ideal de una ciencia y praxis médicas humanizadas y humanizadoras. Uno de los motivos principales para esta problemática relación es el marcado dualismo a través del que, culturalmente, los seres humanos han buscado ordenar la realidad. Desde nada-todo, luz-oscuridad, bien-mal, masculino-femenino; hasta cuerpo-alma (o mente) que es lo que nos ocupará a lo largo de este artículo. En este dualismo el cuerpo tiende a ser visto como una entidad negativa: perecedero, corrupto, limitado, animal, incivilizado... son sólo algunas de las características que se le han atribuido. El alma o mente representa lo opuesto: inteligencia, pureza, trascendencia, identidad...¹ La primera parte de este artículo analizará tal dualismo sirviéndose para ello de la antropología positiva y de la antropología negativa.

¹ «El alma es lo más semejante a lo divino, inmortal, inteligible, uniforme, indisoluble y que está siempre idéntico consigo mismo, mientras que, a su vez, el cuerpo es lo más semejante a los humano, mortal, multiforme, irracional, soluble y que nunca está idéntico a sí mismo.», Morin (1974).

La segunda parte se centrará en las relaciones que toman como protagonistas a los cuerpos femeninos. Si bien la medicina ha tendido a deshumanizar los cuerpos, muchas veces difuminando la diferencia entre curación y control, ahora se hace necesario aplicar un enfoque de género a nuestro análisis. ¿Hay cuerpos que han sufrido una especial opresión por parte de la sociedad y de las instituciones médicas? La respuesta es sí: los cuerpos de las mujeres. Esta opresión se ha manifestado de diversas maneras, dar cuenta de las cuales excede con creces la capacidad de cualquier artículo. En esta segunda parte me centraré en una clase específica de violencia de género tristemente invisibilizada y que toma como terreno de juego el ámbito médico: la violencia obstétrica. Aportaré un somero resumen de qué se entiende por violencia obstétrica (a partir de ahora VO) y por qué esta debe ser considerada como un tipo de violencia de género. Para esto la perspectiva de la bioética será esencial.

Sin embargo, limitar el análisis de la VO a una perspectiva bioeticista resulta, a mi entender, insuficiente. La bioética explica qué está ocurriendo, por qué no debería ocurrir y qué acciones deben tomarse. En este sentido, la bioética persigue cambios que pueden llegar a ser de nivel legislativo. Por esto se trata de una disciplina centrada en el presente y en la aplicabilidad de sus propuestas. Pero a la hora de analizar la VO, considero que la bioética no cubre una pregunta de vital importancia: ¿cuál es la génesis de la VO? La tercera parte de este análisis busca proporcionar una posible respuesta.

Para concluir, se abogará por esa ya mencionada humanización de la medicina, resaltando que la misma no puede darse sin estrategias que incorporen una perspectiva de género, pues a la violencia que la medicina puede ejercer sobre los cuerpos en general, se suma la violencia específica hacia los cuerpos femeninos. Argumentaré que los individuos y las sociedades no sólo deberían esforzarse en erradicar la VO por mor del deber en un sentido kantiano, o como manera de respetar efectivamente los derechos humanos. Sino que un razonamiento utilitarista también conduciría a la conclusión de que la erradicación de la VO beneficiaría a un mayor número de individuos que su persistencia. Incluyendo entre los beneficiarios no sólo a las mujeres que dejarían de sufrirla, sino al conjunto de usuarios y contribuyentes de los sistemas de salud pues, como pronto veremos, la VO y sus consecuencias no

siempre se limitan a momentos puntuales en el tiempo, y los daños que causa tampoco se limitan a sufrimientos físicos.

§ 2. El problema del cuerpo: el problema del dualismo

Estaba sentada en la taza y el deseo de vaciar las tripas, que de repente la invadió, era un deseo de ir hasta el límite de la humillación, de ser cuerpo lo más plenamente posible, ese cuerpo del cual decía la madre que no sirve más que para comer y defecar. [...] No hay nada más mísero que su cuerpo sentado encima de la terminación ampliada de una tubería de desagüe.

Su alma había perdido la curiosidad del espectador, su malicia y su orgullo: volvía a estar en algún sitio de las profundidades del cuerpo, en su más lejana entraña y aguardaba desesperada por si alguien la llamaba para que saliera a la superficie.

Milan Kundera, *La insoportable levedad del ser*.

Así describe Milán Kundera el mundo íntimo de Teresa en su novela existencialista *La insoportable levedad del ser*, del año 1984.

Como se dijo en la introducción, abordar el «problema» del cuerpo requeriría no sólo una, sino decenas de extensas y variadas obras. Por eso me ceñiré a tratar de explicar, de manera sucinta, por qué en nuestra cultura occidental los individuos comenzamos a enemistarnos y a oponernos al cuerpo propio y al de los otros. Al hablar de esta enemistad y oposición también estoy teniendo en cuenta las relaciones modernas imperantes en los sistemas capitalistas, donde se sitúa al cuerpo en un pedestal. Pedestal del que hay que desconfiar: este no se ha erigido para los cuerpos diversos y valiosos en sí mismos de todos los individuos, sino que se trata de la plataforma desde la que brilla un cuerpo perfecto, objeto de deseo y, por lo tanto, eficaz para generar enormes beneficios económicos. De esta manera, toda la maquinaria propagandística que gira en torno al cuerpo, al llamado *self-care*, no significa que la sociedad occidental haya, al fin, aceptado su condición corporal, ya que esta economía de los cuerpos gira en torno a su no-aceptación disfrazada de cuidados.

Y bien, ¿por qué los individuos y las sociedades han llegado a establecer relaciones tan disfuncionales con los cuerpos? Una respuesta superficial sería: en los cuerpo se hayan la vida y la muerte. La vida que engendra y en la que nos mantiene. La muerte

hacia la que nos conduce ser un cuerpo vivo. Pero el problema realmente no se haya aquí. Al fin y al cabo, si no tuviésemos noción de nuestro destino, si no pudiésemos proyectar nuestra identidad en el futuro y sabernos condenados a desaparecer (o, dependiendo de las creencias de cada cual, a sufrir alguna clase de transmutación, como mínimo), probablemente no nos sintiésemos tan ansiosos. El problema no se basa tanto en la muerte, sino en el hecho de sabernos mortales nosotros mismos. Aquí entra en juego, por fin, el dualismo cuerpo-alma (mente) que se había anunciado en la introducción.

Con el salto de la no-conciencia a la autoconciencia, aparecen dos cosas: por un lado, el surgimiento de una nueva entidad, ese yo, asociado y a la vez separado del cuerpo, es decir, una dicotomía cuerpo-identidad. Por otro lado, aparece la idea de la carencia, idea que expondré mediante la antropología negativa. La antropología negativa ya hunde sus raíces en la antigua Grecia, donde podemos encontrarla en el mito de Prometeo y Epimeteo, que nos habla de aquello que al ser humano le falta en comparación con otros animales. En este mito, se presenta al ser humano como un animal desnudo, desvalido e indefenso frente a un mundo de animales con garras, con alas, con fuerza o con velocidad. Al ver a este hombre desvalido, el dios Prometeo decide robar el fuego y la «sabiduría profesional» para entregárselo, acción por la cual recibirá un monstruoso castigo. Pero más tarde Zeus, compadecido también por la condición del ser humano, les hará entrega del arte de la política. De esta manera el ser humano se emancipa de mero animal a *zoon politikon* gracias a elementos que en un principio no poseía, sino que eran algo propio de los dioses, por lo cual ascenderá a una posición superior a la del resto de animales. Supone la entrada del ser humano en la historia y la cultura, frente a la ahistoricidad del mundo animal.

La antropología positiva invierte la situación, pues en lugar de partir de una posición de carencia que deberá ser subsanada, parte de aquello que los seres humanos sí tienen en comparación con el resto de los seres: un alma, una esencia, un intelecto... No obstante, comparte con la antropología negativa un punto común, el que aquello que nos sitúa por encima de otros animales no se haya en nuestros atributos físicos, sino en atributos ya sea mentales, ya sea espirituales, y que son, de algún modo, de una naturaleza superior o más noble que la animal.

Estas dos posiciones tienen otro punto en común: las dos operan un reposicionamiento de la identidad de los individuos. La identidad no se halla en el cuerpo, sino en algún otro lugar intangible. Y aquí tenemos la siguiente paradoja: la dicotomía cuerpo-identidad pretende salvar al individuo de la muerte, reposicionarlo en el territorio de la inmortalidad, a la vez que lo enfrenta sádicamente a la conciencia permanente de la seguridad de la muerte². Esta manera de relacionarnos con nuestro cuerpo, que es visto como débil y deficiente, tendrá profundas consecuencias, y no sólo en lo tocante a la relación personal con nuestra corporeidad, sino también con la de los otros, pues relega a los cuerpos a la dimensión de la Naturaleza, ese elemento visto como pasivo y mecánico, un recurso que puede ser domesticado y dominado. Lo relega a lo no-humano, a lo animal, a lo no emancipado, a lo carente de historia e identidad. Esto también significará un desprecio general hacia todo lo entendido como animal, incluidas aquellas características que se den en grupos humanos y que los identifiquen como no plenamente emancipados.

¿Cómo aplicamos todo lo dicho hasta ahora al ámbito de la medicina? De manera general, diremos que en la medicina estará incrustada la idea de dominar, de amansar, de moldear al gusto humano. Se buscará comprender el cuerpo humano, sí, pero antes por voluntad de dominarlo que por amor al mismo. De este modo, los médicos no serán tanto curanderos, sino domadores de cuerpos, con la sumisión que esto implica por parte del paciente. Afortunadamente, con la humanización de la medicina y la laicización del Estado esta es una tendencia que, en la actualidad, va perdiendo fuerza, primando el respeto a los pacientes y su autonomía por encima de la potestad médica.

§ 3. Los cuerpos de las mujeres

¿Por qué las cosas parecen complicarse todavía más cuando aplicamos un enfoque que toma en cuenta el sexo y el género de los sujetos? Por un lado, porque la medicina moderna, aun a pesar de los grandes avances conseguidos por los movimientos feministas, sigue estando impregnada de una herencia claramente androcéntrica. Es decir, se toma como modelo el cuerpo masculino, hecho que relega al femenino a la

² «La inmortalidad no se funda en el desconocimiento de la realidad biológica, sino en su reconocimiento (funerales), no se basa en la ceguera, sino en la lucidez.», Morin (1974: 33).

posición de lo «otro», una entidad hasta cierto punto anormal, que nunca podrá encajar en el paradigma y por tanto en perpetua situación de imperfección. Considero que no hay ejemplo que pueda respaldar mejor esta afirmación que el diagnóstico de la enfermedad cardiovascular en mujeres: los síntomas «clásicos» de un ataque cardíaco son dolor torácico, hormigueo en el brazo izquierdo, sudoración y náuseas. ¡Ah, pero estos no deberían ser considerados síntomas «clásicos», pues se trata, en realidad, de los síntomas que experimentan los varones! Las mujeres, por su parte, tienden a sufrir notorias molestias estomacales con o sin otra sintomatología. Esto llevó a que, hasta hace tan sólo quince años, se pensase que las mujeres no podían sufrir enfermedades cardiovasculares. No existía base científica para esta creencia, sino una estandarización de los síntomas presentados por los varones como el paradigma, y una mayor tendencia a prescribir sedantes o antidepresivos a aquellas mujeres que se presentan en urgencias con dolor torácico acompañado de alguna otra sintomatología. Sin embargo, «la epidemiología y el estudio de la mortalidad diferenciada por sexos han evidenciado que la realidad contradice esa actitud. La primera causa de mortalidad en el sexo femenino es de origen cardiovascular [...]» (Valls-Llobet, 2020: 186).

174

El que nuestra medicina moderna se desarrollase en una sociedad patriarcal explica el porqué del cuerpo masculino como paradigmático. En su libro *La condición del hombre moderno*, de 1958, Hanna Arendt explica el cómo Aristóteles argumentaba la condición de inferioridad de las mujeres frente a los hombres, lo cual nos lleva de vuelta a lo expuesto anteriormente con respecto al dualismo y a aquellas características que posicionaban a los seres humanos por encima de los animales. El paso del hombre a la condición de *zoon politikon* supuso la emancipación de la animalidad, mientras que todo aquello que conservase características animales sería considerado como inferior. Pues bien, de acuerdo con Aristóteles, existen dos grupos humanos que todavía conservan características animales:

- a) Los esclavos, pues deben trabajar la tierra para obtener el sustento semejándose a los animales. Pero para ellos existen esperanzas de emancipación, pues si consiguiesen su liberación de la tierra, llegarían a adquirir esta condición de Hombre.
- b) Las mujeres, por desgracia, no son tan afortunadas.

¿Qué es aquello que hace que nunca vayan a ser capaces de emanciparse plenamente de la animalidad? El estar ligadas a nivel corporal a una función animal. En el caso de los esclavos, esta función era la de la producción de alimentos, pero en el de las mujeres, se trata de la reproducción, es decir, pasar por gestar y luego parir. De acuerdo con Aristóteles, esta función es absolutamente animal y, en tanto que las mujeres, por su propia biología, jamás podrán dejar de llevar a cabo esta función, ya sea potencialmente o *de facto*, siempre estarán ligadas a la animalidad.

Esta reflexión de Aristóteles se puede considerar bastante arbitraria, más bien como un argumento *a posteriori* para justificar la exclusión de los sujetos femeninos del mismo grado de dignidad que se permite ocupar a los masculinos. Pero no se puede negar que todavía hoy en día podemos ver esa clase de pensamiento, esa atribución de características tradicionalmente entendidas como animales a las mujeres. Una mayor tendencia a la irracionalidad, menor capacidad intelectual, dependencia de otros a la vez que ejercer una función de cuidadora y, como no, considerar que su realización plena pasa por llevar a cabo su función reproductora, esto es, meramente animal de acuerdo con Aristóteles. Y esto se observará en la propia medicina, que no es ni tan racional ni objetiva como muchas veces se predica. Al fin y al cabo, la racionalidad y el objetivismo a menudo están surcados de prejuicios previos difíciles de identificar por estar históricamente asentados desde hace muchos años a nivel social y personal. Es decir, el prejuicio se ha vuelto objetivo a fuerza de hábito. Si aceptamos que la ciencia y la medicina, en tanto que desarrolladas mayoritariamente por hombres, tienen una fuerte carga patriarcal y androcéntrica habrá que poner en tela de juicio su imparcialidad. Así es como llegamos a la idea de la patologización del cuerpo femenino, al ser este considerado como eso otro no perfecto.

Llegados a este punto, tenemos entre las manos dos fuentes de dominación sobre el cuerpo femenino por parte de la medicina:

- a) El cuerpo que no ha sido plenamente emancipado de la animalidad y que, por tanto, no ha alcanzado el mismo nivel de autonomía que el masculino.
- b) A través de esta patologización, acudimos a una merma en la autonomía femenina. Quien sufre una patología es el paciente, y la idea de paciente nos remite a la de pasividad, quien recibe la acción de otro sujeto. Por lo tanto, la

patologización del cuerpo femenino supone sumir a las mujeres bajo un estatus de paciente permanente, es decir, de eterna pasividad.

Ha llegado el momento de analizar una de las facetas de esta patologización de los cuerpos de las mujeres: la patologización de sus procesos reproductivos, desde los ciclos menstruales (aunque no será de estos de los que nos ocupemos en el presente artículo), pasando por la gestación, el parto y el post-parto. La VO no es sino la hija del ansia por controlar los cuerpos, en general, y la patologización de los cuerpos de las mujeres, en particular. Contextualizarla no es necesariamente una tarea sencilla. Es cierto que donde la vemos claramente materializada es en las clínicas y hospitales, pero no se trata más que del resultado final de un largo proceso. No obstante, a efectos prácticos, enunciaremos tres contextos:

- 1) El médico-hospitalario. La VO es un fenómeno global, siendo ya varios los países que han legislado efectivamente a su respecto. Como ejemplo, Venezuela en el 2007 con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (GORBV, 2017). También existe respuesta por parte de organismos internacionales como la ONU o la OMS. Aunque son muchas las definiciones para la violencia obstétrica, todas ellas coinciden en que es aquella ejercida por el personal de salud, al procurar este un trato deshumanizado, ya sea físicamente (abuso de medicalización, intervenciones innecesarias, patologización de procesos naturales...) o psicológicamente (infantilización, culpabilización, agresividad...).
- 2) El socio-económico. Aunque la violencia obstétrica sea un fenómeno global, no todas las mujeres la viven de la misma manera. Por ejemplo, no será lo mismo parir en un país con sanidad pública, donde las familias no tienen que preocuparse por los gastos derivados de la atención al parto, que parir en un país donde el Estado no ofrece esta garantía.
- 3) El histórico. Como especie mamífera, la historia del *Homo sapiens* es también la historia de su reproducción, del parto.

Para definirla más claramente, dejaré que sean dos textos los que hablen por mí: la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (GORBV,

2017) del Gobierno de Venezuela (primer país en reconocer la VO desde una perspectiva legal en su normativa jurídica), que dice así:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

La definición de Alejandra Oliden en su artículo «Violencia obstétrica: una epidemia global», pues considero que redondea la ya bastante completa definición de Venezuela:

Se ejerce sobre la mujer, por parte de profesionales e instituciones sanitarias, de manera voluntaria e involuntaria, consciente o inconscientemente. Es fruto de un modelo biomédico centrado en la patologización de los procesos fisiológicos y saludables de la mujer. Se generan situaciones en las que el derecho a recibir una atención respetuosa y el deber de ofrecer una atención de calidad, que garantice la seguridad en el nacimiento, se ven vulnerados y cuestionados.

Si bien en ambas se menciona la patologización de los procesos naturales del cuerpo femenino y se recalca que estas situaciones se dan en el contexto sanitario, me parece importante la ampliación que supone el texto de Alejandra Oliden, al poner el foco de atención no solamente sobre el personal de la salud, sino sobre las propias instituciones. También al matizar que en ciertos casos puede existir el conocimiento de que no se está respetando plenamente la autonomía de las pacientes y, por tanto, podemos hablar de intencionalidad; mientras que en otras tantas actuaciones puede no existir esta consciencia de maleficencia. Este fenómeno se explica precisamente al entender que no son sólo los individuos, sino las instituciones, las que permiten la aparición, desarrollo y perpetuación de toda violencia. Nos encontramos, pues, ante una violencia estructural, donde se da un juego de roles de poder y subordinación. Esta estructura, despojada de una perspectiva de género se entendería como personal sanitario-instituciones/usuarios del sistema de salud.

Por tanto, diremos que la violencia obstétrica es aquella que se ejerce dentro del ámbito sanitario, por profesionales e instituciones, amparada por una estructura de

poder que trasciende al personal médico y a las instituciones médicas, pues se asienta en un modelo de sociedad patriarcal en donde la subordinación y la violencia hacia las mujeres han seguido un largo camino de normalización e interiorización, lo cual supone que en una gran mayoría de los casos, tanto quienes la ejercen como quienes la sufren permanecen en la inconsciencia. Esta subordinación comienza por la apropiación de los cuerpos, aquello que supone nuestra relación más primaria y directa con el mundo. La apropiación, por cierto, puede realizarse de muchas maneras. En el caso de las mujeres, es mayoritariamente aquello que concierne a su sexualidad, y comienza desde mucho antes que estas ingresen a un centro hospitalario: los diferentes roles de género, la estigmatización de los procesos relacionados con su sexualidad (masturbación, deseo sexual, menstruación), su temprana sexualización, la creación de ese producto de marquesinas del El Corte Inglés llamado maternidad, la desconfianza en las capacidades del propio cuerpo... De manera que, en sentido estricto, para cuando las mujeres llegan al paritorio, en muchas ocasiones, y en mayor o menor medida, hace ya mucho tiempo que sus cuerpos no les pertenecen. La VO no es sino una parada más en la cadena de montaje que es la violencia de género.

§ 4. La génesis

En el año 1979, T. L. Beauchamp y J. F. Childress enunciaron los principios de la ética biomédica conocidos como de 1.^a generación, los cuales son cuatro: autonomía, justicia, beneficencia y no-maleficencia (Beauchamp y Childress, 1999). Si repasamos todo lo expuesto en el punto anterior, veremos que la VO es considerada como tal por no respetar ninguno de los cuatro principios. No respeta la autonomía de las mujeres, pues pasa por el control de sus cuerpos. No respeta el principio de justicia pues una de las manifestaciones de la VO es la conocida como «cascada de intervenciones»: un parto que de no haber sido intervenido podría haber transcurrido de manera natural pasa a ser un parto medicalizado, utilizando con ello recursos sanitarios. Esta misma «cascada de intervenciones» sirve como ejemplo de cómo tampoco se respetan los principios de beneficencia y de no-maleficencia.

Sin embargo, es necesario ir más allá del marco normativo de la bioética para encontrar la génesis y perpetuación de la VO en nuestras sociedades. Una parte de esta

tarea ya ha sido llevada a cabo a lo largo de la primera y segunda parte, al hablar de ese «problema del cuerpo», que no es sino el resultado de relaciones disfuncionales de los individuos y las sociedades con respecto a los cuerpos.

Pero nos falta un elemento más: el imaginario colectivo. Este concepto apareció en el año 1960, de la mano de Edgar Morin, y pertenece al campo de las ciencias sociales. Se basa en la idea de una especie de «mente» social colectiva, supraindividual, que es conformada mediante símbolos y alimentada por los *mass media*. Se desarrolla a través de temas universales, como son el del amor, el de la muerte o el de familia. Lo interesante del imaginario colectivo es la delgada línea que existe entre su construcción consciente (por parte de los citados *mass media*) y su perpetuación inconsciente (por ejemplo, la aceptación de un determinado modelo de relación amorosa sin cuestionarse por qué es así o si hay otras alternativas). Habría que hablar, más bien, de una constante retroalimentación, lo cual permite que el imaginario colectivo pueda mutar, cambiar, pero no desaparecer. Su influencia es enorme a la vez que soterrada. Precisamente porque los individuos conforman sus acciones en base a este sin darse cuenta es por lo que tiene tanto poder: supone insertar una idea o creencia en la mente de una sociedad y que los individuos la identifiquen como propia, con lo cual raramente la cuestionarán.

Las ideas del imaginario colectivo comienzan a implantarse en nosotros prácticamente desde primer momento en que llegamos al mundo y comenzamos a relacionarnos socialmente (la atribución de ciertas cualidades individuales en función del género de la persona, la función de cada miembro de la familia, la actitud a adoptar frente a la muerte...). Lo que es más, abrazar las ideas del imaginario colectivo supone la aceptación del *statu quo* y, por tanto, formar parte de la colectividad. Ponerlas en duda o rechazarlas abiertamente puede conducir al rechazo y el aislamiento. Sin embargo el imaginario colectivo se crea a través de la ficción, de imágenes, de símbolos. Es decir, de elementos que no tienen que tener, necesariamente, una correspondencia con la realidad.

¿Qué idea del parto impera en nuestro imaginario colectivo? Para responder a esta pregunta, me parece muy acertada la reflexión hecha por Jesusa Ricoy Olariaga en su obra *Mujeres de película, partos de ciencia ficción*, que critica que, aunque el imaginario colectivo tiende a implantar ideas de manera subrepticia en nuestra cabeza, al menos

respecto de la mayoría de ellas podríamos llegar a emitir un juicio crítico al contrastarlas con nuestras experiencias de la realidad. Pero ¿qué ocurre cuando carecemos de estas experiencias? Que la imagen dada por el imaginario colectivo se convierte en la única realidad posible. Esto es lo que ocurre con el parto. Pocos de nosotros asistiremos jamás a un parto. Y en caso de ser mujeres, puede que al primero al que asistamos sea al nuestro propio. Si la única imagen que tenemos consiste en una representación de la mujer parturienta como una persona que se deja ganar por el histerismo y la irracionalidad, y que jamás consideró otra opción para parir que la hospitalaria, esta será la idea que se irá asentando en nuestras mentes. La consideraremos verdadera, la consideraremos normal. Consideraremos normal sentir miedo hacia el parto, perder el control sobre una misma y delegar toda autonomía y confianza en el todopoderoso personal médico, sin ninguna clase de criterio.

Se nos muestra un parto «producido en serie», en el sentido de que, *grosso modo*, todos tienden a ser iguales: rotura de aguas, marido inútil e histérico que apenas si acierta a llamar a una ambulancia o arrancar el coche para el (obvio) traslado al hospital, llegada a este mismo, personal médico asumiendo el control completo de la situación, marido esperando ansiosamente al otro lado de una puerta tras de la que se oyen gritos aterradores hasta que, al fin, en el clímax, los gritos son sustituidos por llantos ¿cómo se ha operado este milagroso cambio? Difícil saberlo, ya que raramente se muestra lo que ocurre al otro lado de la puerta. Irónicamente, se nos representa un parto sin mostrarnos lo realmente importante de él, esto es: el cuerpo, los órganos genitales de la mujer no sexualizados, la sangre, los fluidos... lo animal. Incluso cuando se nos muestra el parto, la magia del cine continúa consiguiendo que sea una representación desnaturalizada, medicalizada e intervencionista, con una mujer en invariable posición de litotomía, vestida con ropas del hospital, sin ver sus propios genitales, sin saber lo que está pasando en esa parte de su cuerpo, ya que son otros, los profesionales, los que se asoman a esa parte de su anatomía y le indican cuándo debe empujar (porque, ¿cómo podría saberlo ella?). Como dice Jesusa Ricoy Olariaga en la ya mencionada obra: «Esta parte de la construcción del mito del parto en las películas contribuye a entender el parto como un proceso controlable y medible y que es idéntico en todas las mujeres.» (Olariaga Ricoy, 2018).

No es posible negar el impacto que tienen los *mass media* en la conformación de nuestras creencias, de normalizar lo que no debería ser normal, y en cómo estas creencias se materializan a la hora de actuar o juzgar. El imaginario colectivo ha mostrado el cuerpo que pare no como un objeto autónomo y capaz, sino como un territorio de intervención médica que no es capaz de llevar a cabo por sí mismo la «terrible» función que supone el parto.

§ 5. Conclusión: la eliminación de la VO es una tarea pendiente y una necesidad social

En el ámbito médico, marcado por la búsqueda de la mejor gestión de unos recursos que son limitados, el utilitarismo se convierte en una buena herramienta, ya que a pesar de sus defectos tiene una virtud bastante notable: es una ética que cuando habla de «la mayor felicidad», busca trascender límites territoriales, culturales o políticos. Esta mayor felicidad debe aspirar a todos los ámbitos que constituyen la vida humana, y tiene muy en cuenta las consecuencias de las acciones: la conveniencia o no de un acto llevado a cabo dentro de un hospital, por ejemplo, no se circunscribe simplemente a este, sino que se toman en cuenta las posibles consecuencias una vez que el o los pacientes salgan por la puerta y comiencen a interactuar de nuevo con su entorno.

¿Cómo se aplica al caso de la atención a mujeres en lo referente a su salud reproductiva? Hay que empezar por admitir la hipótesis de que una atención deshumanizada en un momento de especial vulnerabilidad como es el del parto tiene el potencial de dejar una profunda huella emocional en la vida de la mujer. Los resultados de esta situación son varios: para algunas mujeres, no es más que un simple recuerdo amargo, sin tener una especial incidencia en su vida diaria. Para otras, sin embargo, abarca espectros bastante preocupantes: malestar al acercarse al hospital donde ocurrió la experiencia, de manera que, aun en caso de necesidad, tratará de evitar acudir a él. Depresión pre-parto y post-parto, que entorpecerá el desarrollo de la relación madre-hijo (con consecuencias emocionales no sólo para la mujer, sino para el/la niño/a). Además, debido a la cultura que ensalza la maternidad, esta depresión suele ser incomprensida o incluso criticada, llegando a culpabilizar a la madre, impidiendo así que esta busque ayuda médica y pudiendo erosionar las relaciones con

la pareja y la familia. En términos de productividad, una mujer que sufre depresión post-parto podría no sentirse capaz de reincorporarse a su puesto de trabajo una vez concluido el permiso por maternidad o, en cualquier caso, no tener la misma eficiencia previa al parto. Y en lo que se refiere al gasto médico, habrá que pensar en la consulta al médico de cabecera de la mujer que decide buscar solución para esta patología, y en el coste del tratamiento que este médico le ofrezca y ella decida escoger.

Con respecto al intervencionismo que atañe al cuerpo de la mujer, cabría pensar que un parto que no requiera ni de cesárea, ni de uso de instrumental médico, ni de medicación aplicados de manera rutinaria y no expresamente necesaria, supondrá una menor carga para el sistema de salud que un parto que sí lo incluya. Pero esto no es todo: no podemos olvidar la estrecha relación entre cuerpo y mente, y que el bienestar (o no) de una repercutirá directamente en el otro.

Junto con denunciar las diferentes manifestaciones de la violencia obstétrica hay que tratar de encontrar un camino para que, a nivel social, el parto sea entendido como un proceso natural del cuerpo humano en tanto que cuerpo animal y mamífero. Tenemos que reconciliarnos con la idea de que somos animales, de que somos cuerpos llenos de vida, con todo lo que ello implica.

Bibliografía

- Arendt, Hanna (2004), *Condition de l'homme moderne*. Paris, Calmann-Lévy.
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela [GORBV] (2007), Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, en *Unesco.org*, <<https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/1121/ley-organica-derecho-mujeres-vida-libre-violencia>> [23/01/2023].
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (1999), *Principios de ética biomédica*. Barcelona, Masson.
- Benhabib, Seyla (2015), *El ser y el otro en la ética contemporánea*. Barcelona, Gedisa.
- CIMS. Coalición para mejorar los servicios de maternidad (s. f.), «Los riesgos del nacimiento por cesárea para la madre y el bebé», en <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/cesarea/3.-%20Los%20Riesgos%20del%20Nacimiento%20Por%20Cesárea%20Para%20La%20Madre%20y%20El%20Bebe_CIMS.pdf> [20/02/2023].
- Morin, Edgar (1974), *El hombre y la muerte*. Barcelona, Kairós.
- Nussbaum, Martha (2006), *El ocultamiento de lo humano: repugnancia, vergüenza y ley*. Buenos Aires, Katz.
- Olariaga Ricoy, Jesusa (2018), *Mujeres de película, partos de ciencia ficción*. Cáceres, Ediciones Liliputienses.

- Oliden, A. (2019), «Violencia obstétrica: una epidemia global», en Dona Llum, *Mirades a la violència obstètrica*. Barcelona, Dona Llum/Pollen, 2019, pp. 9-34.
- Valls-Llobet, Carme (2020), *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid, Capitán Swing.

