

**La construcción discursiva médico-obstétrica
en el proceso reproductivo de las mujeres**
*The Doctor-obstetric discursive construction
of the women's reproductive process*

Marbella Camacaro Cuevas*

bellacarla@cantv.ne

El horizonte de la mirada

*Nunca imaginé que lo natural de mi diferencia biológica
pudiese atentar contra mi autonomía y contra mi propia vida.*

Testimonio de vida de mujer latinoamericana

(INÉDITO)

Resumen

Es relevante denotar que el 19 de marzo 2007, fue publicada en *Gaceta Oficial* N° 38.647 la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, cuyo capítulo III contempla, en el artículo 15, la Violencia Obstétrica.

* Profesora Titular e Investigadora de la Universidad de Carabobo. Coordinadora General de la Unidad de Investigación y Estudios de Género «Bellacarla Jirón Camacaro», Departamento de Salud Pública (FCS-UC).

Rastreadremos la construcción histórica del discurso médico-obstétrico para entender el trato que reciben las mujeres en los centros públicos. Los procesos reproductivos femeninos no son sólo naturales, están indefectiblemente atravesados por la socio-cultura. Por ello, la experiencia reproductiva femenina pasa a ser un acto sanitario-hospitalario, aislado, homogéneo para todas las mujeres; el personal de salud controla y decide, quedando privilegiada la tecnología y medicalización.

Palabras clave: Violencia obstétrica; maltrato en el parto; violencia médica; medicalización.

Abstract

Doctor-obstetric discursive construction of the women's reproductive process. It is important to denote that the March 19 2007, it was published in the Government Gazette N° 38,647 the constitutional Law of Women's Right to a Free Life out of Violence, which in its Third Chapter, considers in the 15th Article: the «Obstetric violence». We will track the historic reasons of the doctor-obstetric discursive construction, to understand the treatment that women receive in those public centers. The female reproductive processes, they are not only natural, are unfailingly crossed by social culture. For that reason, the female reproductive experience, becoming a homogeneous, remote, sanitary-medical act for all women, where the health personnel are the one who control and decide, remaining the privileged use of technology and medicalization.

Key words: Obstetric Violence; Abuse during Childbirth; Medical Violence; medicalization.

Acercarnos a la discusión del discurso y la praxis de la atención obstétrica pone en el tapete las más recias contradicciones entre lo natural y lo cultural; maternidad como destino o decisión de vida; producción y reproducción; salud y enfermedad; saber de las mujeres y saber científico; maternidad biológica y maternidad social; en fin, es una discusión que entraña las más controversiales posturas sociales.

Aun cuando los procesos reproductivos pueden y han sido considerados naturales desde la perspectiva fisiológica y anatómica del cuerpo femenino, los

mismos están indefectiblemente atravesados por la cultura, vivenciándose de manera diferente en las diversas sociedades, donde son pautados por los intereses políticos, ideológicos, económicos y, en última instancia, históricos.

Podríamos decir entonces que el modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana se sustenta en una lógica ideológica que impregna de significados los distintos sucesos como el embarazo, parto y puerperio, conteniendo y reproduciendo, a su vez, una concepción social de la reproducción y de la maternidad. Todo este andamiaje es soportado y soporta, sin ningún resquicio para la duda, una manera de pensar, mirar, concebir a la mujer en ese espacio social que anida la hegemonía del discurso médico occidental.

Al respecto señala Michelle Sadler que:

La constitución del conocimiento autorizado es un proceso social continuo que construye y refleja las relaciones de poder al interior de una comunidad. Y llega a ocurrir que los participantes ven el orden social así construido como el orden natural de las cosas. De este modo, se puede decir que el conocimiento autorizado es persuasivo porque parece natural, razonable y construido consensualmente, por tanto, su poder radica no en que sea el conocimiento correcto, sino el que cuenta¹.

En las sociedades occidentales el poder se apropia del control de la reproducción, por ello la atención medico-obstétrica trastoca los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud y cambiando el escenario y la escena, pues se traslada del hogar a los hospitales, concebidos éstos como el espacio que garantiza seguridad para las madres y los/as recién nacidos/as, gracias a la *indiscutible verdad* de la ciencia y el saber médico.

Si queremos hacer visibles los rincones ocultos del proceso microsociedad de la atención obstétrica, hemos de remitirnos al entretejido de postulados y

¹ Michelle Sadler. *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para un análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Santiago. Departamento de Antropología. Tesis publicada para optar al título de antropóloga. Universidad de Chile, 2003, p. 6.

enunciados que soportan una organización social; más que eso, hemos de dar cuenta de la deuda histórica que tiene, sin pagar, el patriarcado con las mujeres, quienes han sido el objeto de sus desmanes. Por ello, no deja de tener razón Michelle Crampe-Casnabet cuando teoriza sobre los discursos masculinos que han dado cimiento a la cultura occidental, aproximaciones teóricas en las que queda endeudado el discurso médico obstétrico, señalando que:

...se establece, para ambas mitades desiguales del género humano, una doble manera de decir, de escribir, de definir. Los discursos masculinos que tienen por objeto la mujer emplean siempre la primera persona del plural: nosotros. «Nosotros» es el conjunto de hombres que se proponen instaurar una teoría de la otra mitad. Hay todo un enjambre de ejemplos que ilustran este centro no neutro de la palabra viril. Al «nosotros» que designa la comunidad masculina se opone el «la suya» que designa la femenina. Nuestro sexo, nuestras virtudes, nuestras costumbres, nuestro papel, no son los suyos².

El discurso médico hegemónico nace, crece y se perpetúa nutrido por la episteme patriarcal, de modo que si dirigimos la mirada hacia el discurso que habla de la sexualidad y reproducción del cuerpo femenino, constataremos que los índices de supervivencia del patriarcado son óptimos. La medicina fue construyendo una apreciación de la anatomía y la fisiología de la mujer, tomando como patrón de referencia al hombre. Los sujetos masculinos se adueñaron de la tarea de hablar del cuerpo femenino, de sus procesos; centraron la atención en aquello que les era ajeno a su cuerpo, como el útero, las menstruaciones, el embarazo.

Silvia Tubert, teórica crítica del psicoanálisis desde el feminismo, es una referencia obligada en éste planteo teórico, parafraseándola; sustentamos que los médicos retoman, durante la época de Las Luces, en lo que respecta a la mujer, un determinismo biológico que no deja de remitir al finalismo, principio fundado en siglos anteriores, pero revivido para pensar sobre las mujeres en el iluminismo. Así nos dice:

² Michelle Crampe-Casnabet. «Las mujeres en las obras Filosóficas del Siglo XVIII», en: *Historias de las mujeres. Del Renacimiento a la Edad Moderna*. Madrid: Ed. Taurus, 2000, p 348.

La enciclopedia Diderot y D'Alembert destaca los signos anatómicos, como la pelvis ancha, revelan la predisposición a la maternidad, y concluyen: todos estos hechos prueban que el destino de la mujer es tener hijos y alimentarlos. Todos los futuros descubrimientos se interpretarán de manera que confirmen esta conclusión. Del hecho de que la mujer tiene la capacidad de ser madre, el finalismo de la época deduce que *debe* serlo, e incluso que no debe *ser más que madre*³.

Siendo los varones el modelo, el paradigma que pautaba la construcción socio-cultural de las mujeres, lo que no se parecía a ellos, es decir, lo diferente, siempre fue considerado inferior. Allí se encuentra uno de los nudos históricos que explican por qué la diferencia entre hombres y mujeres se expresa como desigualdad en el mundo de la sociedad y la cultura.

Hilvanando ideas con párrafos anteriores, retomaremos las acotaciones sobre el cambio de protagonistas y de escenarios que impuso la lógica médica en la atención obstétrica. Podemos decir que estos cambios vienen a marcar con tinta indeleble la vida reproductiva y la sexualidad de las mujeres, quienes además de responder a lo que la sociedad espera de ellas, deben dar cuenta en sus cuerpos sexuados de las exigencias de profesionales e instituciones de la salud. Robbie Davis-Floy (1996), citada por María Isabel Blázquez, nos dice:

...la historia de la obstetricia es la de la separación entre la procreación y la sexualidad, la mujer y la madre, el feto y la madre. Esta fragmentación se visibiliza en la alineación de la mujer, que sólo es considerada desde una visión reduccionista, que prima al feto/embrión, a lo que sucede en sus órganos reproductores, con un enfoque organicista y científico sin tener en cuenta otras dimensiones que definen las formas de enfermar o de vivenciar estos procesos por las mujeres⁴.

La visión organicista y científica deja por fuera la relación protagónica de y entre las mujeres durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio.

³ Silvia Tubert. *Mujeres sin sombras: Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI, Editores, 1991, p. 36.

⁴ María Isabel Blázquez R. «Aproximación a la antropología de la reproducción». *Revista Iberoamericana*, Nº 42. Julio-Agosto. Madrid, Ed. Electrónica, 2005, p. 9.

El saber de las mujeres es descalificado por la autoridad del saber médico, sólo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y fundamentalmente controlar a la parturienta: el tacto realizado por médicos/as y estudiantes constituye un evento significativo en la interacción mujer-autoridad médica. A través del tacto técnico el poder del saber médico dirige y controla el trabajo del parto, calificado como trabajo en la axiología obstétrica... «Señora está lista»; «...te faltan tantos centímetros», «...espera hasta que te diga que pujes»... A diferencia de esto, y en palabras de Blanca Pelcastre, la relación de la parturienta con la partera connota significados muy importantes en la subjetividad que entrañan los momentos vividos durante el parto:

Uno de ellos está basada en la relación afectiva que la partera establece con las mujeres embarazadas, lo que genera confianza en estas últimas ya que la perciben cercana y familiar, esto hace que se reduzca la ansiedad en la parturienta, a diferencia de la que se provoca cuando es atendida en los servicios médicos institucionalizados⁵.

El trato que reciben las mujeres en los espacios destinados para la atención obstétrica en los centros públicos ha sido preocupación de algunas investigadoras en el país, entre ellas es meritorio mencionar a Gloria Comesaña Santalices, quien acota que

Especial mención merece el trato que se da a las mujeres marginales en los hospitales y centros públicos de maternidad. Recibidas y atendidas en una infraestructura material subdotada, por un personal escaso, y en general poco calificado, compuesto por personas irritadas y deshumanizadas por el ambiente y la fatiga, pagan con el dolor de sus cuerpos el pertenecer a las clases desposeídas de un país subdesarrollado⁶.

La permanencia en el hogar, la presencia familiar, incluida la del padre, la cual es negada en el parto institucional, frente a la primacía del hospital como

⁵ Blanca Pelcastre. «Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luís Potosí», *Rev. Esc. Enferm. USP*; 39(4):375-82. México, 2005.

⁶ Gloria Comesaña S. *Mujer, poder y violencia*. Maracaibo, Escuela de Filosofía. Facultad de Humanidades, Universidad del Zulia, 1991, p. 123.

lugar idóneo para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva conlleva a una encrucijada dramática frente a esta mentira que se empodera como verdad social; no podemos conformarnos con conocer la mentira, nos es preciso escudriñar su posibilidad de consolidación como realidad.

Esta última acotación nos remite a Michel Foucault, quien dedica muchas líneas de disertación sobre el significado-significante de esa institución, al decir que:

«el hospital, creador de la enfermedad por el dominio cerrado y pestilente que diseña, lo es en segunda vez en el espacio social donde está colocado. Esta división, destinada a proteger la enfermedad, comunica la enfermedad y la multiplica hasta el infinito»⁷.

¿Cómo han podido consolidarse y circular, entre lo individual y lo colectivo, las representaciones sobre el hospital como el espacio posible para la atención obstétrica? Allí se dan, sin ninguna contestación social, partos normales junto a emergencias obstétricas sépticas, clasificados así por la propia academia obstétrica, nacimientos de niños/as sanos/as a corta distancia de heridos por violencia callejera, mujeres desnudas con las piernas abiertas expuestas a quienes se desplazan por sus alrededores, por mencionar sólo algunas escenas que se viven en salas de parto hospitalarias.

Otras aristas de un mismo horizonte

En el contexto de esta disertación, precisamos pincelar otras aristas imbricadas en la constitución supuestamente científica del discurso médico. Nos referimos a la lógica formal positivista, desde donde esta ciencia nutre su

⁷ Michel Foucault. *El nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI, 1978, p. 39.

concepción de salud y enfermedad. Como ciencia postulada en la modernidad, se inscribe en el paradigma de la *objetividad, neutralidad, verdad*, lo que conlleva a su legitimación en la organización social como lo bueno, lo adecuado, debiendo exorcizarse a quienes lo adversan. Dice Rigoberto Lanz:

La «neutralidad» (en la vida cotidiana, en la política, en la ciencia, etc.) es un prototipo de «cosa justa» alimentada por todos los medios de que dispone la hegemonía ideológica. Esta «objetividad» como estado terminal o como declaración de fe; las opiniones, hechos, relaciones o personas que son percibidas como «imparciales», reciben automáticamente una valoración positiva. Como contrapartida las personas, relaciones, hechos u opiniones que son captadas como «comprometidas» entran inmediatamente en una región sospechosa⁸.

La ciencia médica, acota María González:

es un conocimiento cerrado, eminentemente biologicista, individualista y ahistórico. Un modelo patriarcal de poder, con categoría de dogma ya que el médico es el único que sabe y la intervención tecnológica es lo único que puede curar⁹.

La concepción biologicista del discurso privilegia la biología del cuerpo, además de una visión mecanicista de la relación de éste con el entorno, disimulando los acontecimientos sociales como determinantes de la salud y la enfermedad. Reconoce como determinantes de la enfermedad lo que ocurre en los organismos individuales, el cuerpo humano se coloca como objeto de esos males. La dimensión social de la vida, para el discurso médico hegemónico, carece de primacía como proceso que gesta determinantes en la salud y la enfermedad.

Dentro de la rigurosidad del método científico sobrevive la exigencia de aportar datos, especialmente estadísticos, los cuales deben expresar la magni-

⁸ Rigoberto Lanz. *Razón y dominación. Contribución a la Crítica de la Ideología*. Caracas. Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela, 1988, p. 81.

⁹ María Cristina González. *El discurso médico. Representaciones sociales*. Carabobo. Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo, 2005, p. 27.

tud del problema a investigar, o expresan la «verdad» obtenida a través del método; por ejemplo, en el caso de la salud, en los datos se soportan los levantamientos de los perfiles epidemiológicos.

Los datos epidemiológicos, que circulan sobre la salud reproductiva de las mujeres, nos permitirán evidenciar cómo obvian, entre algunos aspectos, la referencia de la atención médica como posible gestor de morbi-mortalidad, centran los datos de enfermedad como problemas que ocurren en el cuerpo de las mujeres, quedando oculta la responsabilidad del tipo de organización social, la institución hospitalaria, la práctica médica, entre algunas.

Quiere decir entonces que lo que la ciencia médica enuncie como salud y enfermedad queda como un dato incuestionable, inobjetable, porque aquélla dota a éste de pretensiones de cientificidad, dada su objetividad, neutralidad, veracidad. Rigoberto Lanz, señala:

La cientificidad constituye una determinada reglamentación gnoseológica que se corresponde con la propia esencia del modo de producción del conocimiento dominante. Esta legalidad científica se expresa en un discurso específico, un modo de recortar los procesos reales, un particular régimen de verdad; un Método, unos conceptos y categorías, una singular clasificatoria¹⁰.

Un fenómeno desbordado de dramatismo que expresa fehacientemente lo tratado anteriormente, vienen a ser los índices de las causas de muertes maternas. Antes señalaremos que desde lo epidemiológico, dichas causas se clasifican en causas obstétricas directas e indirectas. En este contexto nos referiremos específicamente a las causas directas, porque son aquellas asociadas a complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio, que se producen por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o por eventos por éstos ocasionados, por lo que se estima que en su mayoría podrían ser controladas, y constituyen una proporción mayor a 90% del total de las defunciones maternas en la región de América Latina.

¹⁰ Rigoberto Lanz. *Ob. cit.*

El aborto, por ejemplo, se encuentra entre una de las primeras causas directas de muertes maternas en mujeres jóvenes, lo que significa que pudieron ser prevenibles. Sin embargo, las cifras que indican dicha mortalidad se han paseado frente al colectivo social sin que haya ninguna contestación. Nos referimos específicamente al aborto porque hoy es la discusión que ocupa prioridad en la agenda de los asuntos relacionados con la salud sexual y los derechos reproductivos de las mujeres, especialmente en Venezuela, pues en agenda pendiente están las propuestas de reformas del Código Penal Venezolano en relación al aborto.

Los determinantes de la salud y la enfermedad materna son expresados a través de las ocurrencias orgánicas, por ejemplo: porcentaje de hemorragias, toxemias, infecciones, abortos, entre algunos. En los mejores casos refieren, como problemas que inciden en la salud y la enfermedad: la cobertura de la atención, la calidad de los servicios, costo de los servicios, por nombrar los más tomados en cuenta. Ahora bien, la relación medica-parturienta, las normas de las salas de parto, así como la rutina médico-obstétrica, no son variables tomadas en cuenta en el diseño de los perfiles epidemiológicos oficiales.

Sin embargo, en investigaciones cualitativas que han rastreado las voces de las mujeres, quienes han vivido el sufrimiento de la atención obstétrica en las salas de parto hospitalarias, refieren dramáticos eventos vinculados con la rutina médica pautada en dichas salas, las cuales, sin ningún lugar a dudas, determinan la vida, la psiquis y la salud sexual y reproductiva de las mismas. Expondremos sólo dos fragmentos discursivos para develar el impacto que tiene en la salud de las parturientas la dinámica obstétrica¹¹:

... Se me dilataron los vasitos de la cara por el esfuerzo que hice, el médico me apuraba y decía: «puja, pues, que tengo un montón de mujeres esperando ¿no vas a pujar? ¡apurate!», prácticamente el esfuerzo lo hice en contra de mí misma.

¹¹ Marbella Camacaro C. *La experiencia del parto: proceso de la mujer o acto médico*. Valencia, Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo, 2000, p. 109.

Me dejaron más de una hora en los ganchos, él se fue y me dejó ahí, nadie me dijo bájese, no me atrevía a bajarme porque tenía la placenta guindando, a la hora o más vino y me dijo: «Vueno, ¿qué haces tú ahí». Esperando que me extraigan la placenta, «¡Ay!, verdad», me contestó el médico, me presionó el vientre y me sacó la placenta y me hizo la limpieza, como la niña me desgarró, cosió ahí sin anestesia....

... Parí a las 10 p.m. De los ganchos me bajaron a la una de la madrugada, porque la placenta la tenía pegada, no salía, la doctora me dijo: «te voy a dejar porque tengo otro parto, puja varias veces y si sientes que sale algo, me llamas». No salía nada, ella venía y me metía la mano y me daba para que saliera la placenta; a la 1 a.m., cuando me pasaron a la camilla, me desmayé, no sentía las piernas, me desperté con un suero en la vena, con la niña entre las piernas en la camilla...

Los propios riesgos que señalan los datos oficiales como causas de morbi-mortalidad materna, tales como las hemorragias, septicemias, toxemias, complicaciones del puerperio, son consecuencia en muchos casos del tipo de intervención y práctica médica, además que de las condiciones de vida y del estado de salud de la madre, o del acceso a los centros de salud y a las nuevas tecnologías, disponibilidad de tratamiento, etcétera. Tanto es así, que el agotamiento materno, que es un indicador señalado como determinante de salud-enfermedad, lo relacionan con estrés físico y psicológico por condiciones de vida de la mujer, pero no se habla del agotamiento materno que causan las largas horas que las dejan en las mesas ginecológicas; las horas y días que se quedan sin comer y sin beber agua en la sala de parto del hospital, las largas horas que pasan acostadas con un suero en la vena sin poder caminar; ni moverse las horas que pasan; antes de que las suban a las habitaciones, con sus recién nacidos/as entre las piernas en camillas sin sábanas.

Esta realidad nos obliga a buscar otros caminos de abordaje, más allá del número –sin menospreciar la importancia de sus aportes–, para aproximarnos al compromiso de develar que la enfermedad y/o muerte de una mujer por motivos asociados a la maternidad debe ser entendida como expresión de la relativa desventaja que experimentan éstas en el logro de sus derechos fundamentales y en el ejercicio de su sexualidad y de la maternidad deseada.

Otras precisiones. Otras categorías obligatorias

La sexualidad de la mujer ha sido escindida entre el saber del hombre –en función del deseo de su propia sexualidad– y la ignorancia de ese hombre –en función de lo que escapa a su representación de las posibilidades sexuales–; entre el poder del hombre que ordena la sexualidad y la posibilidad de desorden de un deseo diferencial.

JOSÉ LORITE¹²

En la disertación sobre la construcción discursiva y la praxis de la atención médico-obstétrica, la cuestión de la diferencia sexual, o la diversidad sexual de la mujer respecto al hombre, es una de las obligatorias encrucijadas teóricas donde debemos detener la mirada y escudriñar lo oculto de los discursos dominantes sobre el cuerpo de la mujer. Y es así, porque la disertación entraña precisamente la discusión del cuerpo, la sexualidad, la maternidad, contracepción, aborto, es decir, eventos de vida-muerte que sólo las mujeres experimentan en sus cuerpos, psiquis y vida cotidiana. Experiencias que son vividas con el peso de la impronta de un sistema socio-simbólico que hace del cuerpo de la mujer su propia cárcel. Un cuerpo sexuado con una sexualidad significada por OTROS; un cuerpo sobre el que deciden las leyes, la religión, la ciencia, discursos dominantes pensados y hablados por los ilustres hombres *sobre* las mujeres, a *propósito* de las mujeres, en *relación* a las mujeres; constructos de significados donde la mujer se ignora, donde su realidad es la propia penumbra de su irrealidad.

La diferencia sexual es expresión ineludible de la naturaleza, viene a ser la más indiscutible, inequívoca e inexorable realidad de la diferencia entre las/os

¹² José Lorite. *El orden femenino. Origen de un simulacro cultural*. Barcelona, España: Anthropos, 1987.

humanas/os. Pero es a la vez una construcción innegable de la historia de la cultura, en tanto interpretación arbitraria de esa diferencia. Ahora bien, esa diferencia sexual, en nuestros planteamientos, no constituye el *alter ego* que une a las mujeres en un clan para la construcción de la sujeta femenina y del nuevo orden histórico.

Sostenemos que la diferencia sexual, la diversidad del cuerpo de la mujer respecto al hombre, ha sido un dato natural que ha tenido una lectura social masculina, con la consecuente opresión histórica de la mujer, y que es la realidad histórica que une a todas las mujeres del mundo. El control sobre el cuerpo de la mujer puede variar en grados de expresión y dramatismo, pero todas lo hemos sufrido como colectivo y como individuos.

Justo en este aparte del texto y contexto del ensayo, con la intención de enfatizar este punto clave de la discusión, vamos a traer, con inmenso placer y respeto intelectual, las disertaciones de Franca Basaglia, quien con suprema claridad teórica sostiene que el punto central de la cuestión femenina es el cuerpo, con el cual la mujer –en su diversidad natural respecto al hombre y en su estrecha ligazón con la naturaleza– ha sido identificada, disertaciones que dan cuenta del andamiaje sustentador desde donde miramos el referente diferencia sexual.

Franca Basaglia aporta que:

Es natural la diversidad del cuerpo de la mujer en relación con el hombre; es natural que esta diversidad exista en función de la procreación; es fisiológica la necesidad sexual de ambos sexos (...) si la mujer es una persona –el ser humano hembra y no la hembra del hombre como más fácilmente se la ha definido–, estos elementos naturales deberían comportar siempre una reciprocidad. La diversidad de su cuerpo respecto al hombre vale tanto como la diversidad del cuerpo del hombre respecto a la mujer (pero Aristóteles dice: «la mujer es como un hombre estéril. La hembra es de hecho específicamente una impotencia»), la procreación es una función específica de la mujer que, sin embargo, en el momento en que se realiza, sigue siendo una persona con exigencias y necesidades, deseos y aspiraciones que van más allá de la procreación (pero Nietzsche sostiene: «todo en la mujer es un enigma, y todo en la mujer tiene una solución: ésta se llama gravidez. (...) el fin es siempre un hijo); si la mujer es una persona, el placer sexual

que el hombre extrae de su cuerpo es el mismo placer que la mujer extrae del cuerpo del hombre» (pero Rousseau agrega: «...la mujer está hecha especialmente para el placer del hombre; si el hombre debe, a su vez, placerle, la necesidad es menos fundamental...»). (...) la diversidad natural del cuerpo de la mujer ha sido traducida –culturalmente– en desigualdad histórica; identificándola con aquel cuerpo distinto, para más fácilmente poder privarla de las necesidades subjetivas que hubieran impuesto un mínimo de reciprocidad¹³.

La discusión sobre el cuerpo de la mujer y su condición reproductiva es la punta del enmarañado ovillo de la cuestión de la opresión y control social de la mujer; su diversidad natural en relación al cuerpo del hombre fue interpretada por él como lo opuesto, desigual, inferior, expresándose en la vida social con el control y la opresión sobre el cuerpo y la vida de la mujer. Y léase bien que en este momento decimos mujer y no mujeres, porque es vital acotar que, desde nuestro enfoque, y en sintonía teórica con Franca Basaglia, este enunciado de que es el cuerpo femenino y su condición reproductora lo que da cuenta de la razón de su opresión en la construcción patriarcal de la sociedad, va a ser lo que reúne a todas las mujeres en una única categoría, cualquiera que sea la clase, porque el control sobre ella está imbricado al ser mujer y a su naturaleza, sin dejar de reconocer que ese control que se ejerza sobre la mujer puede variar, en mayor o menor grado, según la clase a la que pertenezca.

Para cerrar: *y... ¿quiénes son las mujeres?*

Bueno, en un ejercicio intelectual aséptico culturalmente, desde lo genético, desde lo biológico, podríamos decir que el sexo hembra es el sexo de base en todos los mamíferos. La programación embrionaria de base está dirigida a producir hembras (XX). La función de la Y es desviar la programación espontánea de la gónada embrionaria indiferenciada a formar un ovario, para producir un testículo, cuyas células producirán la testosterona, hormona que dirigirá la diferenciación sexual masculina.

¹³ Franca Basaglia. *Mujer: el cuerpo como prisión*. Montevideo, Uruguay, 1978.

Elizabeth Badinter, filósofa e historiadora, ha dedicado un buen tiempo a esta discusión, y junto a otras/os investigadoras/es refiere los trabajos del científico Alfred Jost, quien demostró eventos importantes sobre la diferenciación sexual embrionaria, los cuales hasta ahora no han sido rebatidos:

...castrando quirúrgicamente fetos de conejo antes de iniciarse la diferenciación sexual: todos los fetos castrados se desarrollaron como hembras, cualquiera que fuera su sexo genético. (...) El macho se forma contra la feminidad primaria del embrión. (...) Durante las primeras semanas, los embriones XX y XY son anatómicamente idénticos, y están dotados de conductos masculinos y femeninos. Son sexualmente bipotenciales. En el feto masculino la diferenciación empieza hacia el cuadragésimo día, mientras que en el feto femenino no se inicia sino hasta después del segundo mes, como si la programación femenina básica tuviera que ser contrarrestada en un estadio precoz en el caso de los machos: la presencia del cromosoma Y impone una masculinización rápida del esbozo, sin la cual éste evolucionaría hacia el tipo ovarial¹⁴.

Las investigaciones han demostrado que podemos vivir con un solo cromosoma X, o con tres X. De la misma manera, que existen seres humanos masculinos con XYY o XXY. Lo que no se ha dado nunca, es un ser humano dotado de uno o varios cromosomas Y, que no estén acompañados de un X. La X pareciera representar el elemento humano básico, sin la X no hay ser humano posible. Así mismo, es innegable que la formación del individuo del sexo masculino está dirigida por un hecho natural, universal, por ahora insustituible: el origen materno.

Ahora bien, como al referirnos a la evolución de la especie humana no podemos ser asépticas/os, ni escépticas/os, a la socialización ni a la cultura, precisamente por ser humanas/os, cabe la siguiente aseveración: esta inmanente realidad del origen de los sexos de la especie humana, tal vez sea la razón por la cual el sistema patriarcal se ha fundado precisamente en la diferencia de roles e identidades sexuales.

¹⁴ Elisabeth Badinter. *XY, la identidad masculina*. Colombia: Editorial Norma, 1994, pp. 73-74.

Así pues, la diferencia sexual es un dato que trasciende lo natural-biológico; parafraseando a Gloria Comesaña, es el producto de la construcción histórica, social, política y cultural que ha tenido una repercusión radical en la historia de la humanidad, en detrimento, obviamente, de las mujeres.

La mujer reproduce la especie, pero contradictoriamente en nuestras sociedades, y en casi todas las culturas, ocupa un lugar no privilegiado. Antes de continuar con el tópico debemos aclarar que tomamos distancia de las posiciones que utilizan la innegable y comprobada realidad biológica de la diferenciación de los sexos, acotada en líneas anteriores, como dato que deba colocar, en el espacio social, en primacía a la mujer sobre el hombre; lo referimos precisamente para develar que el lugar invisible que ha ocupado la mujer en la sociedad responde a una construcción socio-cultural y no natural. También, entre otras, unas de las intenciones de este desmontaje es dejar nuevamente visible la falacia de la neutralidad de la ciencia, ya que es a través de sus propios métodos «científicos» que se comprueba la «ley biológica» del primer lugar de la mujer en la especie, y sin embargo, ha sido un dato soslayado por la academia oficial.

Producir conocimiento desde estos fundamentos ignorados en los discursos dominantes es una búsqueda subversiva de la mujer, quien se escindió de la cultura patriarcal y desea reconocerse a sí misma, encontrarse que su deseo de *ser* deje de ser el deseo que el hombre inventó sobre *su ser*, para ser un deseo de *ser* con otras posibilidades. Dentro de esos posibles está que lo femenino y masculino, siendo indefectiblemente diferentes, encuentren un espacio social posible para la equidad entre mujeres y hombres.

Entonces, ¿quiénes somos las mujeres? En la realidad histórico-social hemos sido la mitad invisible de la humanidad, seres a los que han designado un lugar social, el cual no ha sido diseñado ni escogido por nosotras; un lugar donde nuestros cuerpos sexuados, cuyo sexo biológico nos potencializa a engendrar, parir, lactar, fueron convertidos en prisión, y esa potencialidad-posibilidad natural ha tenido una interpretación social tan arcaicamente operativa que se permea por todos los intersticios, llegando a formar parte de comportamientos inconscientes; una trampa epistemológica que socializa lo natural y

naturaliza lo social, con la concomitante construcción de una feminidad social, una maternidad social, una sexualidad social, en fin, una mujer que no es sujeto, porque no se ha definido a sí misma, sino que ha sido designada por otros: los varones.

Alda Facio protesta porque quienes trabajamos sobre la condición femenina siempre tenemos que justificar hasta el cansancio la discriminación. Referiremos textualmente su reflexión por parecernos pertinente:

...no quiero caer en la trampa patriarcal de que cada vez que las mujeres tratamos de profundizar y teorizar sobre nuestra condición y posición en esta sociedad, se nos pide que empecemos con la demostración de que realmente existe esta discriminación, opresión y subordinación de TODAS las mujeres, de la clase, etnia, preferencia sexual, edad, nacionalidad que sea –exigencia con la cual muchas tratamos de cumplir constantemente– para luego acusarnos de no «entender» o no «teorizar» sobre las causas de esta opresión¹⁵.

A pesar de la protesta de Facio, la experiencia como investigadoras en un medio académico misógino ha marcado profundos surcos en el camino de producción de conocimiento, y tal vez por ello nos cuesta infinitos esfuerzos deslastrarnos de esa trampa patriarcal, así que, asumiendo la no superación del trauma, necesitamos ilustrar con hechos la interrogante; ¿y quiénes somos las mujeres? Se nos vienen a la mente innumerables sucesos, pero para no dejarnos poseer por la pasión que entraña la interrogante y la neurosis de la justificación, sólo traeremos dos hechos, uno cercano a nuestros pueblos y otro perteneciente a otra cultura, pero ambos vinculados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, dado el interés del tema para este ensayo.

Durante muchos períodos históricos la vida, la salud sexual y reproductiva de las mujeres ha estado sometida, entre algunos controles sociales, a las directrices e intereses de los estados; por ejemplo, a través de las políticas de población, expresadas en el control de la natalidad. Obviamente, la mayoría de estas

¹⁵ Alda Facio. *Cuando el género suena, cambios trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal*. Mediateca de las mujeres. Universidad de Los Andes. Fondo editorial La Escarcha Azul, 1995, p. 23.

directrices enfocan su mirada en los pueblos pobres del mundo. Un inciso: es meritorio mencionar que en estas últimas décadas, especialmente en América Latina, se deslizan otros mecanismos, no tan explícitos como las políticas de poblaciones, pero igualmente soportados en la apropiación del cuerpo de la mujer, los cuales facilitan el tráfico de niñas y jóvenes nacidas en esos mismos pueblos pobres para que paran hijas/os en los países más ricos, donde la pirámide de población está invertida, y en el peor de los casos para que trabajen en la prostitución.

El caso más evidente de lo que veníamos tratando antes del inciso, fue cuando en la década de los 70 se implementó el control de la natalidad, lo que trajo un aumento en el uso, por parte de la población femenina, de métodos anticonceptivos, pero aunado a esto también aumentaron las tasas de mortalidad materna en América Latina, ocasionando un problema de salud pública que todavía hoy ocupa uno de los primeros lugares de causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva.

Muchas de estas mujeres, en la vida concreta y cotidiana, son quienes cargan con el peso de la crianza de sus hijos/as, que sostienen su familia con trabajos inseguros, informales, mal pagados y siguen teniendo sobre sus espaldas la responsabilidad de toda la familia, los problemas cotidianos de la comunidad. Miles de ellas sobreviven a la violencia doméstica. Esas mujeres cargan agua, hacen la comida, cuidan la salud de las/os hijas/os, ancianas/os, y todo aquel que se anexe al núcleo familiar; en ellas recae el mayor porcentaje de atención primaria en salud, sin que el Estado lo retribuya y sin que el colectivo social lo valore. Y cuando llegan a un centro de salud a buscar atención obstétrica, por mencionar un dato que interesa a este trabajo, son aisladas, sometidas a una norma coercitiva sobre sus cuerpos –no camine, no coma, acuéstese, abra las piernas para hacerle tacto–, los centímetros de la dilatación de sus úteros será la medida de aprendizaje de los/as aprendices. En el caso de que busquen atención por aborto son humilladas, sometidas a comentarios irónicos e enjuiciadores, y lo más patético es que la norma de rutina obliga a que sean atendidas de último en la jornada diaria obstétrica. En una investigación realizada en algunas salas de parto públicas del país, se obtuvieron, entre algunos testimonios, el siguiente:

...el trato con las mujeres que llegan por aborto es el peor, siempre existe la sospecha de que es provocado, eso hace que la mayoría del personal tenga una actitud inquisidora, (...), ellas se sienten acusadas, tensas, son las últimas en ser atendidas, muchas veces llegan al mediodía y son las 2 de la madrugada y no han sido atendidas, la prioridad son las que llegan por parto...¹⁶.

Las mujeres han sido, según el período histórico, la mercancía de los hombres, bien sea para obtener usufructos en tierras, dotes, honor, placer han cambiado las formas de obtención de esos usufructos, pero la mujer ha sido el principal objeto de intercambio. Hoy la empresa médica, cosmetológica y estética sustenta su emporio en el cuerpo femenino: sin tetas no hay paraíso.

También, es a las mujeres a quienes, en otras latitudes, apenas despuntan a la infancia se les practica la clitoridectomía (eliminación del clítoris); infibulación (cosido y cerramiento casi total de los labios mayor y menor con diversos materiales, fibras vegetales, alambre, hilo de pescar...); o circuncisión faraónica (extirpación del clítoris, labios, parte del útero y cosido de parte de la vagina), prácticas cruentas donde se utilizan aparatos corto-punzantes, como cuchillas y pedazos de vidrio, y sin anestesia. Todas estas prácticas han sido creación e inventiva de los hombres, en su persecución histórica por controlar la sexualidad femenina, la eliminación de su sensación de placer y la vigilancia de su virginidad. A pesar de que sus efectos pueden ser mortales y quienes las han sufrido arrastran toda la vida secuelas físicas que van desde hemorragias e infecciones a infertilidad o quistes, y su vida sexual y vivencia del parto se convierten en actos terrible, sin contar con las huellas psíquicas de un maltrato y una humillación sin precedentes, todavía en el siglo XXI, sigue siendo tema de conferencias, convenios, tratados, y de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

¡Ah!, pero también en esa trama de poder opresivo, valga la redundancia, se cuele la contestación más radical de la historia contemporánea, para expresarlo en pocas palabras: la mujer sospecha que su identidad es prestada,

¹⁶ Marbella Camacaro C. «Voces sobre la violencia en la atención del aborto». *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Enero-junio. Vol. 11, N° 26. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad Central de Venezuela, 2006, 55-69.

e intenta construir un *ethos*, donde se dé la posibilidad de constituirse como sujeto. Así pues, *las mujeres somos* un grupo humano que decidió interpelar todas las formas de relación en las sociedades y luchar por obtener lo que nos ha sido negado.

Bibliografía

- BADINTE, Elisabeth (1994). *XY, la identidad masculina*. Colombia: Editorial Norma.
- BASAGLIA, Franca (1978). «Mujer: el cuerpo como prisión». Montevideo, Uruguay. *Cuadernos en Marcha*, nº 8.
- BLÁZQUEZ R., María Isabel (2005). «Aproximación a la antropología de la reproducción». *Revista Iberoamericana*, Nº 42. Julio-Agosto. Madrid, Ed. Electrónica.
- CAMACARO C., Marbella (2000). *La experiencia del parto: proceso de la mujer o acto médico*. Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo.
- CAMACARO C., Marbella (2006). «Voces sobre la violencia en la atención del aborto». *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. Enero-junio. Vol. 11, Nº 26. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad Central de Venezuela, pp. 55-69.
- COMESAÑA S., Gloria (1991). *Mujer, poder y violencia*. Maracaibo: Escuela de Filosofía. Facultad de Humanidades. Universidad del Zulia.
- CRAMPE-CASNABET, Michelle (2000). «Las mujeres en las obras Filosóficas del Siglo XVIII». En: *Historias de las mujeres. Del Renacimiento a la Edad Moderna*. Madrid: Ed. Taurus.
- FACIO, Alda (1995). *Cuando el género suena, cambios trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal. Mediateca de las mujeres*. Universidad de Los Andes. Fondo editorial «La Escarcha Azul».
- FOUCAULT, Michel (1978). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

- GONZÁLEZ, María Cristina (2005). *El discurso médico. Representaciones sociales*. Carabobo. Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo.
- LANZ, Rigoberto (1988). *Razón y dominación. Contribución a la crítica de la ideología*, Caracas, Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela.
- LORITE, José (1987). *El orden femenino. Origen de un simulacro cultural*. Barcelona, España: Anthropos. Editorial del hombre.
- PELCASTRE, Blanca (2005). «Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí». *Rev. Esc. Enferm. USP*; 39(4):375-82. México.
- SADLER, Michelle (2003). *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para un análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Santiago: Departamento de Antropología. Tesis publicada para optar al título de Antropóloga. Universidad de Chile.
- TUBERT, Silvia (1991). *Mujeres sin sombras: maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI Editores.