



AIBR. Revista de Antropología
Iberoamericana

ISSN: 1695-9752

informacion@aibr.org

Asociación de Antropólogos
Iberoamericanos en Red
Organismo Internacional

Hernández Garre, José Manuel; Echevarría Pérez, Paloma
El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad
AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 10, núm. 3, septiembre-diciembre,
2015, pp. 401-426
Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red
Madrid, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62343194006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



AIBR
**Revista de Antropología
Iberoamericana**
www.aibr.org
Volumen 10
Número 3
Septiembre - Diciembre 2015
Pp. 401 - 426

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad

José Manuel Hernández Garre y Paloma Echevarría Pérez
Universidad Católica de Murcia

Enviado: 25.02.2014
Aceptado: 10.11.2015

DOI: 10.11156/aibr.100306

RESUMEN:

El nacimiento no solo es un hecho biológico sino también cultural, y como tal es pensado y representado de diferentes maneras según las ideologías dominantes de cada contexto sociohistórico. Cosmovisiones que determinan la forma en que se estructuran los itinerarios asistenciales del mismo y de la que subyacen diferentes modelos de atención como el parto hospitalario e intervencionista, cultura del nacimiento característica de la biomedicina y ampliamente extendida en Occidente. Estamos ante un modelo asistencial medicalizado que, pese a haber sido cuestionado por la propia Organización Mundial de la Salud, sigue todavía hoy día en plena vigencia. En aras de una mayor caracterización del mismo, el presente artículo supone un análisis minucioso de sus praxis y rituales asociados, datos que han sido obtenidos a través de un trabajo de campo y análisis documental concienzudo, partiendo de su concepción como un rito de paso vertebrado por las tres etapas descritas por Van Gennep: separación, margen y agregación.

PALABRAS CLAVE:

Parto hospitalario, parto intervencionista, parto medicalizado, culturas del nacimiento, rito de paso.

HOSPITAL CHILDBIRTH: A RITE OF PASSAGE TO MOTHERHOOD**ABSTRACT:**

Childbirth is not only a biological event but also a cultural one, and as such is conceived and represented in different ways according to the dominant ideologies of each socio-historical context; world views that determine how healthcare pathways for childbirth are structured, with their different underlying models of care such as hospital and intervention-based birth — a culture of birth that is characteristic of biomedicine and widespread in the West. We are faced with a medicalized healthcare model that, despite having been put into question by the World Health Organization itself, still continues in full force today. In order to characterize it further, this article adopts a detailed analysis of its praxis and associated rituals; data that has been obtained from fieldwork and thorough document analysis, starting from its conception as a rite of passage structured by the three stages described by Van Gennep: separation, margin and aggregation.

KEY WORDS:

Hospital birth, interventionist birth, medicalized birth, birth cultures, rite of passage.

Introducción

El parto es el umbral que lleva a la maternidad y como tal puede ser entendido como un rito de paso, en el sentido clásico descrito por Van Gennep¹. Se trata, sobre todo en el caso de las mujeres primíparas, de una metamorfosis que lleva a las mujeres desde el antiguo estado de gestante hasta el nuevo estatus de madre, y que está mediada por el tránsito a través de las tres fases que configuran los ritos de paso²: la fase de separación, en la que la embarazada es apartada de la configuración social, la de margen, en la que se produce su transformación en madre, y la de agregación, en la que es reintegrada de nuevo en sociedad.

Estamos ante una perspectiva analítica, la concepción del parto hospitalario e intervencionista como un rito de paso, que tiene precedentes en trabajos como los de Pizzini (1981 y 1989) o Montes (2007), en los que se presentan las diferentes escenas de adaptación al proceso medicalizador en los servicios de paritorio³ en clave de representación simbólica (Arnau et al., 2012). No se trata, pues, de un tema baladí, sobre todo desde que la evidencia científica ha puesto en entredicho la supuesta practicidad clínica de este abordaje del parto⁴, y máxime cuando desde diferentes organismos oficiales y sociedades científicas se ha abogado por un enfoque del parto menos medicalizado⁵. Se trata de una auténtica cosmovisión del nacimiento que ha sido bautizada con el nombre de «paradigma tecnocrático», y que convive con otras perspectivas más «humanistas» u «holistas» (Davis-Floyd, 2001), como el parto hospitalario humanizado o el parto domiciliario (Blázquez, 2009) inspiradas en filosofías asistenciales naturistas y posmodernas (Tejero-Lainez, 2013). Estamos, en definitiva, ante una «cultura del nacimiento» medicalizada que en países con acceso a tecnología sanitaria es la modalidad de parto más común, mayo-

1. El término fue acuñado por el antropólogo francés Arnold Van Gennep (1873-1957), en su libro *Los ritos de Paso* (1986 [1909]), para hacer referencia a una serie de liturgias sociales destinadas a cambiar de estatus dentro de la estructura social.

2. Autoras como Imaz (2010) han apuntado que el parto es interpretado como un auténtico rito de paso a través del cual las mujeres dejan atrás su juventud y se integran en la vida adulta mediante la nueva categoría de madres.

3. En este sentido, cabe destacar la interesante revisión realizada por Blázquez (2005) sobre las diferentes etnografías del parto publicadas a partir de los años setenta, etnografías cuyo punto de origen podemos situar en los trabajos de Margaret Mead y Niles Newton de 1967.

4. Desde finales de los años ochenta diferentes estudios (Campbell y Macfarlane, 1987; Olsen, 1997; Tew, 1990) han demostrado que el parto hospitalario e intervencionista tiene una mayor morbilidad que el parto domiciliario, siendo las cifras de mortalidad similares.

5. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (1985, 1996 y 2014) o el Ministerio de Sanidad y Consumo español (2007 y 2010b), entre otras, han editado documentos a favor de la desmedicalización y humanización del parto.

ritaria y legitimada (Martin, 1987; Montes, 2007), de un abordaje clínico caracterizado por atributos como el intervencionismo, la institucionalización, la fragmentación del cuidado, la tecnologización o el monopolio médico (Hernández, 2011; Stoller, 1974). En este sentido, hay que hacer notar que los resultados que aquí se plasman se circunscriben exclusivamente a este patrón cultural de asistencia hospitalario y medicalizado, no haciéndose, pues, extensivos a otros abordajes todavía minoritarios, que según la evidencia gozan de una mayor aceptación materna como el citado parto domiciliario o el hospitalario humanizado (Martínez-Galiano y Delgado Rodríguez, 2013). Entendemos que la novedad del artículo se encuentra en la minuciosidad de detalles etnográficos que avalan la representación de este ritual intervencionista como un auténtico rito de paso, y en el hecho de que se rompe, en cierta medida, con la tradición por la que *«la mayoría de las etnografías en relación al proceso reproductivo han sido realizadas exclusivamente por mujeres»* (Blázquez, 2005: 3).

Metodología

Los datos del estudio han sido recabados a través de dos fuentes de información, el análisis documental de la prolífica literatura científica sobre el tema —fundamentalmente publicaciones y artículos de divulgación científica especializados en los campos de la antropología de la medicina y la obstetricia— y el trabajo de campo centrado en la observación participante. Observación que el investigador principal realizó en el período comprendido entre el 1 de Octubre del año 2008 y el 30 de Septiembre de 2009, acumulando un total de ochocientas sesenta y cuatro horas de observación. Esta fue encubierta, una vez conseguidas las autorizaciones pertinentes, integrándose el investigador como parte del equipo asistencial, a la vez que se buscaba la máxima implicación y la perspectiva crítica en los escenarios de análisis (Taylor y Bogdan, 1987). Los sujetos de estudio fueron las madres, los padres y los diferentes profesionales sanitarios —obstetras, matronas, auxiliares y celadores—, tomando como marco físico de referencia un hospital de corte intervencionista del sur de España⁶. El centro fue elegido por representar un ejemplo paradigmático de medicalización, realidad reflejada tanto por su itinerario asistencial, caracterizado por el férreo control e intervencionismo, como por sus altos estándares de cesáreas (31%), inducciones (25%) y episiotomías (50%)⁷. El foco de atención se centró en la descripción etnográfica de los

6. Por cuestiones de confidencialidad se prefiere mantener el anonimato de dicho centro.

7. Las estadísticas reflejan la media aritmética para cada uno de los parámetros en el pe-

diferentes rituales de corte medicalizado desplegados en sus plantas de paritorio y maternidad, tomando como base para el análisis la literatura científica y las propias reflexiones del observador. El estudio presenta ciertas limitaciones, y en este sentido los resultados no pretenden ser categóricos, ni extrapolables a todos los partos hospitalarios, sino exclusivamente a aquellos que acontecen bajo abordajes intervencionistas y medicalizados, perspectivas clínicas que, como se ha comentado, siguen siendo mayoritarias en contextos con acceso a la tecnología sanitaria. También cabe destacar que las relaciones durante la investigación nunca son totalmente neutras ni simétricas, sino que responden indefectiblemente a los posicionamientos de los implicados en la investigación, entre ellos los del propio investigador (Romaní, 1992). En este sentido, hay que apuntar que el análisis se hizo desde un posicionamiento teórico posmoderno-reflexivo⁸ que, desde la perspectiva de género⁹, pretendía debatir sobre los discursos hegemónicos biomédicos característicos de la modernidad y su implicación en las representaciones y vivencias maternas. Pese a las limitaciones, creemos que el estudio ha recogido con suficientes garantías los rituales clínicos más característicos de este patrón asistencial del parto hospitalario e intervencionista.

Descripción y análisis etnográfico

Hablar del parto hospitalario e intervencionista es hablar de una «ceremonia quirúrgica» (Menéndez, 1990), de un enfoque protocolizado en el seno del cual se justifican las variopintas praxis que conforman el patrón asistencial que a continuación se expone. Ser iniciada desde esta «cultura del nacimiento»¹⁰ intervencionista implica la aceptación y sumisión de

riodo comprendido entre 2008 y 2013. Hay que hacer también notar que estas cifras se encuentran muy por encima de los estándares recomendados por la OMS, que establece un máximo admisible de un 15% de cesáreas y un 10% de inducciones y episiotomías (OMS, 1985).

8. Posicionamiento representado por autores como Gilles Deleuze, Jean-François Lyotard, Michel Foucault o Jacques Derrida, desde el que se cuestionan las verdades absolutas defendidas desde las ideologías modernistas, y se piensa que la certeza no es más que una verdad relativamente interpretada. Perspectiva desde la que se cuestiona el quehacer de las diferentes instituciones sociales y políticas.

9. Movimiento ideológico iniciado por autores como Margaret Mead, Simone de Beauvoir o John Money, que reflexiona sobre todas las representaciones culturales y sociales que construyen la identidad masculina y femenina. Se trata de examinar el impacto del sexo en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones mutuas.

10. El término hace referencia a «los conocimientos, las costumbres, las creencias, los valores, a las prácticas y las experiencias que, [...] los actores [del proceso] manifiestan en la actualidad respecto al nacimiento» (Montes, 2007: 10).

una serie de rituales, que incluyen la presencia de sangre purificadora, el dolor, el sometimiento a estigmas, como la cicatriz de la episiotomía, (Montes, 1999), o la tolerancia a «*toda clase de restricciones y prohibiciones especiales referentes al alimento, la ropa y el movimiento en general*» (Leach, 1993: 108). Implica, en definitiva, la aceptación de una realidad que parece ir más allá de dar a luz para situarse en la esfera biopolítica, en la órbita de una especie de eugenesia que garantice la reproducción social (Foucault, 1990)¹¹, e incluso, en ocasiones, la construcción de la propia identidad nacional (Doberne, 2014). Se trata, pues, de una auténtica iniciación que en el caso de este texto se ha presentado en una estructura tripartita, desplegando un epígrafe por cada fase del ritual: separación, margen y agregación.

1.1. Fase de separación

La separación de la configuración social se vehiculiza a través de la despersonalización y purificación de las gestantes. El objetivo es su conversión paulatina en «pacientes», con el fin de incluirlas dentro de un circuito asistencial estándar en el que la aceptación y acatamiento a los procedimientos e intervenciones sea la actitud consustancial. Se consigue así una «uniformización» de la atención (Esteban, 2001), de manera que el conocimiento de los expertos se pueda aplicar a cada una como si del mismo cuerpo se tratara; estamos ante una pérdida de la individualidad de la asistencia (Fuentes, 2001), ante la presunción de que todas las mujeres son fisiológicamente iguales. La rueda del engranaje esconde una frívola pretensión, el hecho de que las mujeres ya «*no existan en su condición de sujeto*» (Goffman, 1992: 337), sino simplemente como objetos de la práctica sanitaria sobre los que los oficientes hacen su trabajo durante el parto (Montes y Bodoque, 2003).

La conversión comienza cuando la madre cruza el primer umbral, la puerta del servicio de urgencias; desde ese mismo momento empieza el proceso de despersonalización y purificación que la llevará a adquirir su nuevo estatus de «paciente-parturienta». La matriz inicial de este proceso es su separación de los familiares; así, mientras ella se adentra en el «espacio institucional de los otros», los familiares deben permanecer en el espacio de los profanos, la sala de espera de urgencias. Una vez en el servicio de urgencias, y tras un interrogatorio dirigido únicamente a la obtención del motivo de consulta, será acompañada por personal auxi-

11. En este sentido, es interesante leer las reflexiones de Hernández Garre y Echevarría (2014) sobre las bases antropológicas que están detrás de esta cultura del nacimiento medicalizada.

liar a un *box* donde tiene lugar su primera despersonalización litúrgica. Mientras tanto los familiares deberán suministrar los datos administrativos que permitan su identificación. En el *box* se le entrega un camisón blanco estándar, símbolo de uniformización, cuya apertura inferior tiene la misión de facilitar la injerencia de las exploraciones íntimas. El personal auxiliar le indica que debe despojarse de todas sus pertenencias, lo que incluye cualquier elemento identificador de su rol anterior: fuera pulseras, collares, anillos, pendientes, e incluso sostenes. Objetos que serán entregados a posteriori a los familiares, cuando se les autorice la entrada en los espacios hieráticos. Se trata de una alienación conceptual por la que *«el personal maneja mejor a la "paciente" cuando mayor es su grado de despojo»* (Goffman, 1992: 87), ya que ello asegura la desposesión de todo aquello que constituía su «yo» identitario. La iniciada solo portará dos objetos: la cartilla maternal, donde se recogen los datos biométricos correspondientes a su embarazo, y un documento de identidad, que acredita el derecho a la prestación sanitaria. Se prepara así el contexto adecuado para la instauración de un tipo de relación técnica, para el establecimiento de una «interacción rápida» centrada en la biología y esterilizada de los componentes emocionales (Blázquez, 2009: 221).

Cuando la mujer está preparada, se avisa a un celador que la trasporta en silla de ruedas hacia el servicio de paritorio, donde se producirá su etiquetado definitivo como «paciente». El proceso de despersonalización y purificación se completa tras el paso por el segundo umbral que da acceso al lugar más sagrado de la liturgia, el paritorio. Una vez allí, la gestante es llevada a la sala de dilatación, donde personal auxiliar verifica que ha experimentado el proceso de despersonalización que la capacita para formar parte del ritual. La transformación continúa, despojándole de su prenda más íntima, las braguitas, y antes de ocupar su lugar físico en la liturgia —la cama— deberá someterse a un proceso de purificación. Este se consuma pidiéndole que utilice el aseo, e incluso administrándole un enema de limpieza rectal, en cuyo caso no podrá ocupar su «sitio» hasta que haya utilizado varias veces el baño. Se observa en estos ceremoniales purificadores la persistencia de cierta ideología inconsciente, por la que la mujer ha sido considerada como impura en virtud de sus fluidos corporales propios de la menstruación y el parto (Bruit, 2000). Durante todo el proceso, la iniciada transitará únicamente con unas calzas y el camisón eslogan del hospital, mientras lucha por evitar la desnudez en un intento por mantener su dignidad.

Concluida esta primera fase ceremonial, la futura madre se dirige a la cama, escenario clínico del acatamiento, en la que personal auxiliar habrá colocado un salvacamás y unas compresas para poner en sus par-

tes íntimas, percibidas como fuente de suciedad. La madre se convierte así en un objeto sobre el que intervenir, sobre el que trabajar, quedando totalmente despersonalizada. En este momento ya ha abandonado la estructura social y forma parte de lo que Victor Turner (1988) denomina «communitas», es decir, de un grupo social al margen de la sociedad y en estado de liminaridad, del que solo forman parte las pacientes-parturientas que se encuentran en su mismo estado. El hecho se constata al observar los sentimientos de solidaridad espontánea que se dan entre las distintas parturientas que comparten el mismo espacio ritual. Llegados a este punto, la mujer ya ha asumido su nuevo rol, ello supone la separación de su existencia normal para volverse «*temporalmente una persona anormal, existente en un tiempo anormal*» (Leach, 1993: 107). Queda preparada, pues, para entrar en la siguiente fase del rito de paso: la fase de margen.

1.2. Fase de margen

Tras los procesos de despersonalización y purificación, propios de la separación litúrgica, y el etiquetado diagnóstico como paciente-parturienta, comienzan los rituales que concluirán con la transformación en madre. Una vez que la «paciente» ha sido ubicada en su lugar dentro del ritual, el lecho transmutador, se despliegan toda una serie de praxis cuyo objetivo va más allá de la reproducción, para situarse en la producción del objeto final: el bebé. La organización de la asistencia se asemeja a una «cadena de producción», en la que la iniciada es sometida a toda una serie de intervenciones mientras circula, llevada por el personal, por los diferentes espacios rituales. El trabajo es diseñado de forma taylorista, de manera que la organización científica de las tareas responde al cálculo y ajuste de los tiempos que permiten obtener el mejor producto, a los mejores costes y con los máximos beneficios de elaboración. Ello queda patente al observar el curso de la atención, en la que se asignan unos períodos estándar para cada una de las fases biomédicas del proceso. Toda variación respecto a estos tiempos es tomada como un indicador de riesgo, lo que justifica una mayor intervención sanitaria que ajuste el proceso a la duración «normal». Estamos ante la transformación del parto en un proceso productivo como cualquier otro, aunque en este caso se trabaje en el nacimiento de bebés.

El ritual transfigurador comienza con las tareas de registro y control, de manera que los expertos realizan la historia clínica de la madre y el niño, a la vez que abren el partograma. Se asegura así el registro del proceso y su adecuación a las perspectivas y plazos establecidos, convirtién-

dose las gestantes, desde ese momento, en objeto de estrecha vigilancia. Una vez concluidas las tareas administrativas, los profesionales se dirigen a la gestante para hacerle saber su nuevo rol de parturienta. La comunicación con ella siempre está marcada por su situación de «paciente», y es dirigida hacia las esferas de control de los especialistas: los datos biológicos. En función de estos códigos, se le comunica el grado de dilatación, poniéndola al corriente de las posibilidades e intervenciones a las que se la va a someter, eso sí, siempre convocándola, convenciéndola de que es lo mejor para ella, con el fin de que acepte su rol y cumpla las pautas establecidas. Las expresiones emotivas son reconducidas normalmente hacia los datos biométricos, estableciéndose una relación entre los sanitarios y los datos clínicos que invisibiliza a las protagonistas, y economiza el encuentro asistencial (Castel, 1986). Las madres solo son tocadas para la realización de técnicas, o para dirigir su movilidad, instaurándose un contacto físico, un tacto exclusivamente diagnóstico o manipulativo-restrictivo¹². Se produce así una relación con «*apariencia de comunicación*» (Uribe, 1996: 293) caracterizada por la «*pasividad, obediencia y sometimiento al sistema*» (Menéndez, 1990: 108). Desde la perspectiva del observador externo, da la impresión de que los expertos están más preocupados por cumplir los objetivos asistenciales que por el tipo de atención que prestan. En este momento, se indaga sobre la posibilidad del uso de la analgesia epidural, y, en el caso de que la mujer muestre su interés, se le entrega un consentimiento informado donde se exponen los posibles riesgos en un lenguaje técnico y difícil de entender. Se realiza también una punción, con el objetivo de extraer sangre para su estudio biométrico, dejando a su vez una vía de acceso a la circulación sanguínea que facilitará el proceso medicalizador típico de esta «etno-obstetricia». La paciente es sometida, de esta manera, a las primeras «*señales físicas que dejarán marcas*» (Montes, 1999: 856).

Tras este primer encuentro, comienzan las restricciones propias del rito de paso. Prohibiciones que afectan a aspectos como la movilidad, de manera que la madre rara vez abandonará la cama salvo para continuar, y con autorización, el rito purificador de visita al baño, o en cuanto al alimento, no permitiéndole ingerir ni sólidos ni líquidos; eso sí, siempre bajo el discurso del riesgo ante una posible cesárea. Llama la atención cómo, a pesar de que algunas mujeres equiparan este tipo de asistencia con la producción industrial alienada, la mayoría aceptan su nuevo rol de

12. La antropóloga británica Sheila Kitzinger (1997) realiza una clasificación de las diferentes formas de tacto que se pueden dar en la asistencia a los partos, estableciendo una escala táctil que va desde el tacto de bienestar y apoyo, pasando por el tacto diagnóstico o manipulativo, hasta llegar al tacto restrictivo o punitivo.

«paciente» como parte de las normas hospitalarias admitidas socialmente, y que han interiorizado desde la asunción de la definición médica del parto (Michaelson, 1988). Estamos ante una resignación al proceso medicalizador, que denota la construcción de esta «cultura del nacimiento» desde el saber de los expertos, por lo que no puede ser negada mientras estos la avalen (Taussing, 1995).

A partir de ahora, la gestante permanecerá en cama conectada a un monitor que registra las contracciones y la actividad cardíaca del feto. El registro cardiotocográfico, junto con las exploraciones vaginales, son el principal referente sobre la evolución del parto, por lo que en adelante no será imprescindible dirigirse a ella; la biometría ya dicta la realidad que se está produciendo. De esta manera, la atención se centra en el útero de la madre, contenedor del feto; el resultado es que la iniciada desaparece en cierta medida como persona (Martin, 1887). En su nuevo rol de «paciente» se ha convertido, *«en un útero-máquina que debe sacar su producto: la criatura, pero, la desconfianza en el cuerpo hace emerger la duda de si podrá realizar este trabajo, con lo que se conecta a otra máquina que controle el proceso»* (Montes, 2007: 233). Parece que estas praxis están impregnadas de una filosofía poshumanista que *«pretende desligarse de los cauces de realización que ofrece la propia naturaleza, [haciendo] tanteos sobre sus posibilidades de mejora»* (Ferrer, 2007: 156-157). Se persigue así una superación de la naturaleza humana a través de la exaltación de la tecnología (Ballesteros, 2007). El objetivo es *«eliminar la fragilidad física y hacer sustituible el cuerpo anticuado, ya que [las madres] han identificado su naturaleza humana con la inseguridad y la vulnerabilidad, por [lo que] la rechazan y no quieren identificarse con ella»* (Viola, 2007: 56). Desde esta ficción persiguen, a través del uso de la tecnología, la potenciación de su cuerpo para curarlo definitivamente de sus debilidades constitutivas (Saraceni, 2007). A partir de este momento, los expertos entrarán y saldrán de las dilataciones centrando su atención, casi exclusivamente, en el registro de los monitores, en la biometría, produciéndose así *«la seductora confusión, entre lo que es medido, [ciertos rasgos fisiológicos], y [las mismas madres]»* (Saraceni, 2005: 88). Se trata de un proceso propiciado por la concepción de las «pacientes» *«bajo el signo de la técnica»* (Fernández, 2007: 88) que corre el riesgo de considerarlas como un objeto que les niegue su dignidad de ser, que les niegue su dignidad humana (Habermas, 2002).

Una vez subyugados los territorios fisiológicos a los artefactos, comienzan los rituales de apremio que dictan la injerencia anatómica como cauce de realización. El objetivo es acortar los tiempos de producción, por lo que se procede a administrar uterotónicos, como la oxitocina, o

a romper artificialmente las membranas amnióticas, con el consiguiente aumento de las contracciones y el dolor (O'Dowd y Philipp, 1994). Se generan, así, nuevos riesgos que hay que vigilar, traducándose todo ello en una mayor inmovilidad de las madres y en la asunción de un «locus de control externo» que perturba el ritmo natural de las contracciones. En este escenario intervencionista, el dolor pierde rápidamente su sentido purificador para convertirse en sufrimiento, situación que lleva inexorablemente al uso de la analgesia epidural. El padecimiento inducido transfigura los sentidos maternos, que encuentran en la verbalización del malestar su vía de escape, situación mal llevada por los profesionales (Le Breton, 1999) que, en una huida hacia adelante, sugieren la epidural como bálsamo redentor. Pero la administración de la epidural lleva a nuevos riesgos, peligros que se intentan evitar, a su vez, aumentando el número de intervenciones. Se procede, de esta manera, a administrar líquidos intravenosos, para prevenir la posible hipotensión, a consumir la segunda marca del rito de paso, la punción del catéter epidural, o a realizar un control continuo de las constantes vitales, para garantizar la estabilidad hemodinámica. Se cae así en una «cascada de intervenciones» que eleva progresivamente los riesgos (García, Díaz y Acosta, 2013; Inch, 1982), y que encuentra su *modus vivendi* en la simbolización del parto en clave patológica (Juan, 1991); simbolismos que, como se ha dicho, comparten la mayoría de las gestantes al interiorizar las representaciones biomédicas del mismo. En definitiva, se convierte la normalidad en problema, se abre el camino a la actividad controladora de los sanitarios (Foucault, 1990; Menéndez, 1984) que convierte a las madres en dependientes del saber de los expertos (Esteban, 1992), en sujetos maleables que sacrifican sus decisiones y opiniones en favor de un supuesto beneficio del bebé (Murray, 2012).

Llegados a este punto, nos encontramos con una «paciente» que ha perdido las riendas de su propio trance, con una «doliente» cuya única salida es dejarse arrastrar por la corriente intervencionista en espera de la «tierra prometida». Así, los cuerpos se escenifican postrados en sus camas en decúbito supino, como medida preventiva para que los elixires analgésicos se administren de forma simétrica, mostrándose los atributos orgánicos insensibles y torpes tras los rituales de domesticación biológica. Los artilugios mecánicos invaden los espacios anatómicos, en aras de una mayor seguridad, estableciéndose una relación sincrética con toda clase de aparatos tecnológicos como el monitor de registro cardiotográfico, cuyo objetivo es certificar el bienestar fetal y la idoneidad de las contracciones, el esfigmomanómetro, que controla la tensión arterial, el pulsioxímetro, que mide la saturación de oxígeno, o las bombas de per-

fusión, que marcan el ritmo de las contracciones, administrando, a su vez, el analgésico a dosis regulares. Se han perdido los puntos de referencia de la propia biología materna, hasta el punto de que no obedecen ni los automatismos corporales más básicos, lo que lleva a nuevas injerencias como el sondado vesical intermitente. Poco a poco, casi sin darse cuenta, las iniciadas han sido sometidas a una tecnología que «*se interpone e interrumpe el flujo de las interacciones*» (Marchesini, 2002: 245) naturales. Se produce así una «encarnación tecnológica» por la que la sensibilidad deja «*de ser percepción sensible inmediata, para volverse en una abstracción solo legible instrumentalmente*» (Duden, 1996: 95). Los delirios de la modernidad muestran la importancia que ha cobrado el manejo de la tecnología (Oakley, 1984), al darse por sentado que la verdadera patología materna solo se revela a través de los hallazgos físicos dictados por la biometría (Good, 2003). Se trata del parto «biolítico»¹³, de la simbiosis entre las mujeres y las máquinas, asociación que en última instancia se decanta del lado de los artilugios, ya que son estos los que dictan la «realidad». Se corre así el riesgo de que las madres pierdan su estatus de «*fin objetivo, esto es, de seres cuya existencia es, en sí misma un fin, y un fin tal que en su lugar no puede ponerse ningún otro fin para el cual debieran servir como medio*» (Kant, 1992: 64), aunque el fin sea en este caso el nacimiento de sus hijos.

A partir de este momento el rol pasivo y sumiso, típico de las representaciones de esta «cultura del nacimiento», viene además determinado por las limitaciones físicas de los «cuerpos gestantes», que carecen ahora de la sensibilidad y fuerza necesaria. Se ha llegado a una calle sin salida, a un estatus de pasividad, impuesto por toda una serie de impedimentos orgánicos, que dirige, sin remisión, a los escenarios de la invalidez. Así, la madre, dependiente del registro del monitor para percibir la propia cadencia de las contracciones, y carente de la fuerza que le permita deambular o pujar con el ímpetu necesario, pierde definitivamente su condición de sujeto, y como tal es tratada. Su postración e insensibilidad corporal facilitará el intervencionismo y control del parto (Freidson, 1978), permaneciendo en la sala de dilatación mientras que no se determine lo contrario. En este espacio de tiempo, los expertos y el personal auxiliar, entran y salen del área ritual sin permiso ni identificación; el contexto en el que se hallan, y su vestimenta, es la única acreditación como sanitarios, y el garante de que se encuentran en su «espacio institucional». Todos tienen derecho a revisar su historia clínica, sin consultar ni dirigirse a ella, y

13. El término es acuñado por el periodista y escritor francés Hervé Kempf (1998) para referirse a la simbiosis entre el hombre y la máquina, a la equiparación entre lo vivo y lo mineral que genera una nueva forma de transhumanismo.

a explorar sus espacios íntimos para conocer la dilatación cervical, práctica que se lleva a cabo con frecuencia, y a veces en condiciones de nula intimidad y por distintos profesionales a la vez. Los técnicos hablan entre ellos, en su jerga jeroglífica, dirigiéndose a la madre únicamente para ponerla al corriente de su grado de dilatación, o para decirle que «todo va bien». Si da muestras de contrariedad o de dolor, como consecuencia de las contracciones o de las exploraciones, se le indica, unas veces con amabilidad y otras con autoridad, que se controle, no admitiéndose normalmente el dolor causado. Toda intervención es justificada bajo el discurso del riesgo, y se presenta como necesaria para su seguridad y la del feto, dependiendo a veces la mayor o menor aceleración del proceso de aspectos ajenos a la clínica como la carga de trabajo o el momento del día.

Estamos en el preámbulo del nacimiento, instante que es aprovechado para autorizar la presencia de un acompañante, normalmente el padre. Su tránsito desde los territorios profanos —la sala de familiares del servicio de urgencias o la planta de maternidad— hasta el lugar sagrado de la liturgia —el paritorio— se realiza acompañado por un celador, quedando así claro que se introduce en el espacio clínico de los profesionales, *Shangri-La* desde el que se dictan las normas. Una vez allí, el celador comunica su presencia al personal auxiliar, quien, tras recogerlo en el umbral de acceso, procede a ponerle una bata, un gorro y unas calzas de color verde acompañándolo a la sala de dilatación. En ese momento se le indica que debe permanecer junto a la cama del familiar, su rol se limitará al acompañamiento y apoyo emocional, dependiendo su grado de aceptación de que se porte «bien», es decir, de que asuma la definición del parto de los expertos, lo que implica acatar sin rechistar las intervenciones desde su «lugar». Cuando el acompañante demuestra demasiada autonomía, ya sea en sus manifestaciones verbales o en su movilidad, el personal auxiliar le recuerda su papel. Queda así sometido a una parálisis ritual justificada por los oficiantes por la necesidad de preservar la intimidad de otras pacientes, intimidad que, paradójicamente, no es respetada por ellos en lo que parece un claro signo de autoridad. A ello se suma que en el momento de las exploraciones se le invita a abandonar la sala de dilatación, para trasladarse a un pasillo cerca de la entrada del paritorio, praxis que lo sitúa como un elemento externo, discordante y fiscalizador. Se trata de una representación en clave de molesto observador que puede cuestionar el orden que mantiene la representación litúrgica como un trance de riesgo que debe ser controlado (Goffman, 1992). De una situación contradictoria en la que los oficiantes transitan libremente, entablando conversaciones banales, mientras las pacientes y sus acompañantes quedan restringidos a un habitáculo fiscalizado y carente de

intimidad. Se garantiza, de esta manera, la reproducción del modelo de asistencia de los profesionales, creándose una escenificación mística que es vivida como evidente (Bourdieu, 1988).

Si en algún momento el registro del monitor, o el *ph* fetal, determina que hay riesgo, la paciente será llevada sin el acompañamiento de los familiares al quirófano para realizarle una cesárea, quedando claro que la biometría es la que marca el devenir del asunto. Una vez allí, será tratada según el protocolo de una paciente quirúrgica más; ello implica el sometimiento a otra oleada de intervenciones que incluyen el sondaje vesical permanente, la sobrecarga de líquidos intravenosos, el bloqueo motor raquianestésico, y la postración en la mesa de operaciones. Creado el hábitat adecuado, se le extraerá quirúrgicamente el feto, para después ser trasladada a la sala de reanimación, antes de hacer, otra vez, acto de presencia en el paritorio.

Si por el contrario no se produce ninguna alteración biométrica, se continuará con el itinerario litúrgico normal. Así, cuando los profesionales determinen, tras exploraciones y pujos repetidos, que el feto puede nacer, será trasladada a la sala de partos. Es un momento de gran excitación en el que se intensifica la actividad intervencionista hasta su punto más álgido. El espacio ceremonial se inunda entonces de actividad, ruido, luces y oficiantes, que, independientemente de su función ritual, llenan el lugar donde transcurrirá el nacimiento. Mientras tanto, la «paciente» es colocada en el potro con la ayuda de un celador, ya que la incapacidad provocada por la epidural le impide hacerlo por sí misma. La posición elegida es la ginecológica o de litotomía, lo que implica su ubicación en una situación casi vertical con las piernas separadas y atadas a perneras. Mientras tanto el oficiante principal realiza todo un ritual de transformación, consistente en una especie de «ceremonia quirúrgica» que incluye: el lavado de manos, la puesta de gorro, de mascarilla, de calzas, de bata quirúrgica y de guantes, e incluso, a veces, la colocación de unas gafas para evitar salpicaduras. El hecho de que ni la sala de paritorio ni la vagina sean zonas estériles, nos habla del simbolismo de este ritual purificador, que parece estar más relacionado con las nociones históricas de impureza de los fluidos maternos, observadas en múltiples culturas¹⁴, que con una necesidad clínica real.

A partir de este momento, los oficiantes fijarán la atención en la zona de trabajo, los genitales de la paciente, dirigiéndose a ella únicamente

14. El mito de la impureza relacionado con los flujos menstruales y los fluidos del parto ha sido señalado en numerosas ocasiones desde las clásicas descripciones de James George Frazer en *La rama dorada: magia y religión* (2011 [1890]). En este sentido, en línea con los principios de la magia simpática por contaminación, en diferentes pueblos se han desarrollado rituales para atenuar el posible efecto contaminador de estos fluidos.

para incentivar el pujo, o a veces reprender su falta de colaboración. La madre ubicada en una posición contranatural, y con la incapacidad física propia de la analgesia epidural, que le resta fuerza impidiéndole identificar el pujo, asume fielmente su rol pasivo y sumiso, no estando presente en cuanto a sujeto social, «*sino solo como una posesión dejada por alguien*» (Goffman, 1992: 337). Los oficientes entran y salen libremente del espacio ritual, dejando a veces la puerta de acceso abierta, lo que expone a la parturienta a las miradas indiscretas. El asistente, camuflado tras un vestido ritual, incentiva el pujo, mientras abre camino en la vagina. Si la mujer se queja de dolor, es reconducida a que asuma su responsabilidad en el trance, compromiso que se ha visto seriamente afectado por los rituales analgésicos previos. Ineficacia inducida que lleva, a veces, al personal a culpabilizarla del retraso del nacimiento, convirtiéndose, asimismo, en la excusa perfecta que justifica un mayor intervencionismo. La consecuencia final es toda una cascada de injerencias que envisten a los expertos en una especie de héroes al acecho, invisibilizando así el protagonismo de las madres. De esta manera, muy pocas veces una mujer primípara, a la que se le ha administrado la epidural, terminará su parto sin la realización de una episiotomía o la intervención mecánica de los especialistas. Arbitraje ejercido a través de la presión sobre el fondo del útero —maniobra de Kristeller—, o mediante el uso de instrumentos como la ventosa, las espátulas o los fórceps, o lo que es más común, mediante la combinación de ambos. La decisión dependerá normalmente de los datos clínicos, pero también, a veces, de otros factores como la carga de trabajo o las necesidades docentes¹⁵.

El hormiguero asistencial denota que el nacimiento está cerca, contrastando la actitud emotiva de la «paciente», y en su caso la pareja, con la intensa actividad clínica del personal. Así, mientras la madre muestra su afectividad, que en ocasiones es reconducida, los expertos hablan en su jerga técnica de los aspectos clínicos del proceso, pose autoritaria que escenifica la diferencia entre el «saber» y el «no saber». Las nociones productivistas impregnan las praxis, de manera que en muchas ocasiones se lleva a cabo lo que los expertos denominan «abreviación del expulsivo», y que consiste en una disminución de los tiempos del nacimiento a través del pujo dirigido, o de la intervención mecánica. El objetivo es que el feto salga lo antes posible, de manera que cualquier desviación en los tiempos es percibida como anormal, realidad que lleva a la «*expropiación de los saberes y percepciones de las parturientas sobre sus propios ritmos y progresión durante el parto*» (Narotzky, 1995: 60). Estamos ante una actitud

15. De la observación se deduce que a veces se realizan instrumentaciones didácticas, es decir, sin indicación clínica clara, con el único fin de que los residentes las practiquen.

paternalista de los profesionales, que se presentan como salvadores del lance en el que la propia atención hospitalaria ha colocado previamente a las mujeres (Odent, 1999), proyectándose así una falsa imagen de las mujeres como víctimas en sí mismas de su naturaleza fisiológica (Burin, 1990). Todo ello perpetúa la noción del parto limitado en el tiempo, cuya ideología encierra una doble interpretación: la visión de «*los cuerpos máquinas que deben responder a unos tiempos estandarizados, dando uniformidad a las mujeres, y la del cuerpo caprichoso que puede prolongar inútilmente el parto, poniendo supuestamente en riesgo a la madre y la criatura*» (Montes, 2007: 247).

Una vez que el bebé nace, el asistente corta el cordón umbilical, llevándolo, a veces, a una torre de reanimación donde, por protocolo, algunos neonatos normales son sometidos a una reanimación estándar. Tras los rituales de chequeo, se enseña el bebé a la mujer, y en su caso al acompañante, dándoles las felicitaciones, para ser trasladado, a posteriori, a otro espacio litúrgico, donde se ubica en una cuna térmica en espera de la llegada de la madre. Separación ritual que denota la tendencia hacia un patrón cultural de crianza distante, consecuente con las nociones productivistas y capitalistas de Occidente, que persiguen ciudadanos independientes y productivos (Small, 1999). Se obvian así las teorías que hablan de los beneficios del «*vínculo madre-hijo*», «*responsable, en parte, del enamoramiento que garantiza el cuidado durante toda la externo-gestación*» (Odent, 1990: 60).

El ritual toca a su fin, pero aún quedan los últimos coletazos litúrgicos mediados por el alumbramiento y la reparación de la episiotomía. La expulsión placentaria se considera un trabajo médico y, como tal, está sometida a las nociones productivistas y al rigor de los tiempos. Así, cuando la salida se pospone más de treinta minutos (MSPS, 2010), se extrae manualmente, desechándose tras su revisión, praxis que revela un nihilismo simbólico, frente a los múltiples usos y beneficios que se le asignan en otras culturas¹⁶. Tras la expulsión, se procede en caso de haberse realizado a la sutura de la episiotomía, tercera y principal marca visible del rito de paso, cicatriz que tiene un sentido ritual especial, constituyendo «*una ceremonia de iniciación llevada a cabo sobre el órgano sexual femenino por personas con el mandato oficial de traer al mundo bebés*» (Pizzini,

16. El escritor italomexicano Gutierre Tibón (1905-1999) describió, en su libro *La tríade prenatal: Cordón, placenta, amnios. Supervivencia de la magia paleolítica* (1992), los múltiples usos, simbolismos y beneficios que, en diferentes culturas, han rodeado a la placenta, el cordón umbilical y la bolsa amniótica. A estos se les han atribuido diferentes propiedades, tanto fisiológicas como mágico-religiosas, formando parte de diferentes rituales, que siguen aún vigentes en algunos grupos mayas de México.

1989: 8). Durante la sutura, el especialista suele entablar conversaciones que cruzan el umbral de lo técnico, parlamentos que, observados desde la perspectiva «etic», parecen una maniobra de distracción mientras se cose la episiotomía. En este momento los oficientes se dispersan y el ambiente ritual se relaja; junto a la paciente solo queda el perito principal y un miembro del personal auxiliar. Terminada la sutura, se procede a la realización de un tacto rectal, para verificar la integridad de la mucosa digestiva. Únicamente queda el último rito purificador, consistente en el sondado de la paciente y en la limpieza de la zona púbica, al mismo tiempo que se retiran todos los paños colocados al comienzo de la liturgia. El ceremonial ha terminado, y la madre es devuelta a su cama con la ayuda de un celador, y trasladada a la sala de postparto del paritorio, donde se reencontrará con su bebé. Allí dan comienzo los rituales de agregación, cuyo objetivo es insertar de nuevo a la iniciada en el seno de la estructura social.

1.3. *Fase de agregación*

Igual que ocurría durante la separación litúrgica, en el momento de la agregación la gestante abandonará paulatinamente el rol de iniciada, que ocupaba en la «communitas», para reintegrarse en la estructura social, tránsito cimentado en la construcción de toda una serie de representaciones simbólicas.

Así, concluido el ritual en la sala de partos, y una vez trasladada a la sala de posparto, tendrá lugar una primera etapa de aditamento mediada por el reencuentro con los familiares y el establecimiento del vínculo madre-hijo. La reunión con sus seres queridos se producirá según las normas del «oráculo» de paritorio, es decir, de uno en uno y tras un ritual purificador que consiste en la colocación de una bata y unas calzas. Ello supone la recuperación parcial de sus roles preliminares, aunque se halle todavía en el «espacio institucional de los otros». Lugar trasfigurado, ahora, en «escenario de la reconciliación», en el que se produce el primer contacto duradero con el bebé, que le es entregado o, lo que es más común, depositado en una cuna adyacente. Se completa, de esta manera, la primera fase de agregación mediada por su rol de «paciente», aunque, eso sí, maquillada por la concesión de algunos «indultos» institucionales que la liberan en parte de su representación en clave de cuerpo sobre el que intervenir. Pese a ello, todavía continúan las restricciones de movilidad y alimentación que, bajo los discursos del riesgo, destierran a la madre a su lecho yacente, por lo menos mientras dure el puerperio precoz. Hábitat de la mansedumbre en el que la madre emprende su ofensiva personal por instaurar las primeras

rutinas de amamantamiento, a la vez que intenta reconquistar la antigua movilidad preanalgesia de sus territorios anatómicos inferiores. En esta fase ritual se aprecia una drástica disminución de la asistencia clínica: los profesionales parecen centrarse, desde una clara cosmovisión productivista, en las pacientes que aún no han parido, ya que desde interpretaciones de coste-eficacia se prefiere que sea la mujer la que se auto-gestione en el posparto, lo que implica que las demandas referidas a las dificultades en la lactancia son minimizadas, al no ser percibidas como acuciantes.

Una vez cumplidas dos horas, y tras reenviar al familiar a la sala de maternidad, los expertos realizan las últimas intervenciones cuyo fin es comprobar el sangrado vaginal, la involución uterina y el estado de las constantes vitales. Injerencias que conllevan, a su vez, nuevas molestias, mediadas, esta vez, por la compresión del útero y, a veces, por el sondaje vesical, rutinas justificadas, como no, por la necesidad de evitar riesgos. Una vez verificada la normalidad, le son retirados los catéteres, tanto venosos como extradurales, dejando al descubierto las tres señales físicas que dan cuenta de su participación en el rito de paso: la punción venosa —en el brazo—, la punción extradural —en la espalda—, y la cicatriz de la episiotomía —en el pubis—. Marcas rituales que tienen un valor simbólico para las madres, sirviéndoles de guía para valorar la dureza del trance iniciático al que acaban de ser sometidas. Llegados a este punto, se somete a la «paciente» al último ritual purificador, consistente en un nuevo lavado genital, devolviéndole al bebé, que durante la exploración había permanecido en una cuna térmica. La liturgia del paritorio ha terminado, por lo que se avisa al celador para que saque a la madre del espacio ritual camino de la planta de maternidad.

La llegada a la planta de maternidad supone el inicio de la segunda etapa de agregación, lapsus consagrado a tres quehaceres cardinales: la presentación del bebé al círculo social, la repersonalización parcial y la instauración de las labores de crianza. Se trata de un período de transición, en el que la madre, a pesar de hallarse en un área menos clínica e intervencionista, seguirá representando el rol de «paciente», por lo menos mientras esté en el hospital, tabernáculo de la tecnociencia. Ello supone el acatamiento de las normas de funcionamiento institucional, la asunción de las restricciones en cuanto al vestido y la movilidad, y la sumisión a las decisiones clínicas dictadas por los expertos.

A su llegada a la maternidad le espera el cortejo de familiares y amigos: es tiempo para lo emocional; por ello, los pasillos se inundan de expresivas felicitaciones, a la vez que la madre blande orgullosa su bebé e intenta ilustrar la experiencia. Situada ahora en un espacio menos restringido, aunque compartido y con poca intimidad, se le permite recibir los

primeros regalos que simbolizan su vuelta parcial al círculo social anterior. Se produce, así, la recuperación de parte de su identidad preliminar, permitiéndole portar objetos personales como relojes, anillos, collares, zapatillas, e incluso batas; a pesar de ello, deberá mantener el camisón estándar, símbolo de que todavía no ha abandonado el rol de «paciente». Le son levantadas, asimismo, las restricciones alimentarias, por lo que podrá ingerir otra vez alimentos y líquidos, salvo en el caso de los partos por cesárea, en el que las prohibiciones durarán veinticuatro horas más, y también parte de su movilidad, permitiéndole deambular por su habitación y por el pasillo de la planta, quedando vetado aún el abandono de la misma.

La dinámica asistencial sigue respondiendo a las nociones productivistas; por ello, las intervenciones se limitan a un chequeo materno-neonatal, y a las visitas médicas rutinarias. Pases que sirven para comprobar la «normalidad» y proseguir, en el caso de los partos por cesárea, con el ritual de desinserción litúrgica que incluye la retirada, pasadas veinticuatro horas, de los sueros, catéteres y sondas vesicales. La relación con los expertos sigue impregnada de autoridad y jerarquía, y, a pesar de hallarnos ahora en un espacio menos clínico, la interacción asimétrica se mantiene. De ello deviene, entre otras cosas, que los familiares sean expulsados durante los pases de visita, dejando así bien claro que, mientras permanezcan en el hospital, se encontrarán en el «espacio institucional de los expertos». Mientras tanto, las enfermeras dedican tanto tiempo a la realización de tareas administrativas, al mantenimiento de las injerencias medicalizadoras, o a otro tipo de actividades al margen de la institución, que sus cuidados sobre las púerperas normales serán escasos, no yendo más allá de la toma de constantes, la cura de los estigmas posrituales, o la retirada de los catéteres. Ello induce a un abandono litúrgico que condena a las madres a pasar la mayor parte del día solas, o en compañía de un familiar, mientras se afanan en las dos principales actividades de este período, su recuperación, a la que los profesionales no dan demasiada importancia, ya que no representa problemas médicos significativos, y la instauración de la lactancia materna. Así, el familiar, normalmente el padre, supone el principal apoyo ante una dinámica asistencial productivista que ha decidido no reinvertir tiempo y dinero en la fase posliminar.

Cuando el protocolo permite el encuentro asistencial, surgen las paradojas profesionales sobre la maternidad, contrasentidos que van desde la sacralización de la lactancia materna hasta su desaprensión más absoluta. A ello se une el hecho de que si aparecen problemas, como grietas, falta de leche, o ingurgitación mamaria, se suele responsabilizar a la madre por no poner al bebé en la posición correcta, o por no lactar

lo suficiente, dando, en todo caso, explicaciones teóricas sobre las praxis adecuadas. De esta manera, las madres, que «han interiorizado la imagen de la "buena madre" que amamanta a su criatura», se encuentran en una situación ambivalente, en la que por un lado son presionadas por la sociedad, que les dice que amamenten, y por otro sufren el abandono institucional en el momento que más asesoramiento y ayuda necesitan (Montes, 2007: 316). No es un tema baladí, sino una filosofía pro lactancia que se ha implantado con tanta fuerza, que lo que era una elección hace unos años, y hasta una reivindicación de algunas mujeres, se ha convertido ahora en una obligación por la que se mide la «calidad de la madre». Estamos ante una falsa analogía por la que el amamantamiento es la conducta *sui generis* de demostración de afecto y ternura hacia el bebé (Esteban, 2000).

A todo lo anterior se suman las dificultades propias de la crianza, que no se presenta como un «conocimiento innato» (Juan, 1991) sino como un tedioso proceso de aprendizaje que favorece el abandono de la lactancia. Decisión congruente con los conflictos del hábitat clínico, que, sin embargo, culpabiliza a las madres ante un grupo de profesionales que, desde filosofías naturistas, se han convertido en severos guardianes de la misma. La instauración de la lactancia artificial, junto con otras praxis, como la ausencia del colecho, o el miedo a atender todas las demandas del bebé, «no vaya ser que no se acostumbre», lleva a muchas mujeres a la adopción de un patrón de crianza distante¹⁷. Se van vertebrando, así, las líneas directrices del puerperio inmediato, trance mediado por los problemas de la «maternidad intensiva» (Hays, 1988) y las molestias propias del ritual intervencionista. Estamos, pues, en un terreno escabroso cuyo tránsito transfigura en las madres los tres roles puerperales típicos de este abordaje: el de «madre dolorosa», el de «madre aprendiz» y el de «madre nutricia», papeles que reflejan las dificultades por las que atraviesan las mujeres en el posparto¹⁸. Se trata de una especie de noviciado agotador que incluye la práctica intensiva con aciertos y errores, que involucra en una experiencia vital sazónada de alegrías, pero también de frustraciones

17. La antropóloga americana Meredith Small (1950-), en su libro *Nuestros hijos y nosotros* (1999), nos habla de la existencia de dos patrones culturales de crianza antagónicos, el *distante* y el *de apego*, marcados por la actitud de los padres en tres parámetros: el tipo de alimentación, la presencia o no de colecho y la respuesta de los padres ante los llantos del bebé. En las sociedades capitalistas, como las occidentales, se han implantado patrones distantes, caracterizados por el uso de la lactancia artificial, la no presencia de colecho y el no auxilio del bebé cada vez que lo solicita.

18. La antropóloga y comadrona María Jesús Montés (2007) nos habla de los tres roles clásicos de las puerperas asistidas desde la perspectiva medicalizada, y que incluyen los papeles de madre dolorosa, nutricia y aprendiz.

y sufrimientos emocionales que, desde la perspectiva biologicista de la atención hospitalaria (Menéndez, 2002), son minusvalorados y considerados como subalternos.

La devolución definitiva de la «paciente» al conglomerado social se produce tras el alta hospitalaria, acontecimiento que tendrá lugar transcurridos entre dos —en los partos vaginales— y cuatro —en las cesáreas— días. Antes del alta será sometida a una última exploración vaginal, cuya justificación clínica es la comprobación de la evolución de la cicatrización y de la ausencia de gases olvidadas. Praxis que, observada desde fuera, no parece tener una finalidad diagnóstica, sino más bien un carácter ritual por el que la mujer debe pasar antes de ser devuelta a la sociedad: *«Entrar en los espacios más privados del cuerpo, sin la necesidad del consentimiento expreso de su dueña, puede ser una prolongación de la concepción de la "mujer/objeto" que todavía perdura tras el parto, mientras permanezca en el hospital»* (Montes, 2007: 322). Las intrusiones clínicas han concluido, y, una vez asumidas las recomendaciones, la mujer puede vestirse con sus propias ropas y abandonar el hospital. Así, tras cruzar el último umbral que da acceso a la calle, recupera definitivamente su estatus preliminar, a la vez que su figura se desdibuja en las postrimerías hospitalarias.

Conclusiones

El parto hospitalario e intervencionista constituye un auténtico patrón cultural de asistencia, un rito de paso hacia la maternidad vertebrado por las tres fases rituales clásicas: separación, margen y agregación. Así, en primer lugar, se produce una separación litúrgica mediada por los rituales de purificación y despersonalización materna; el objetivo es la conversión de la madre en un objeto estándar de intervención donde se pueda aplicar sin cortapisas la cascada de intervenciones protocolizada. Las madres entran en el engranaje de ser madres y ello implica su metamorfosis en pacientes-parturientas sobre las que se aplicarán las actividades de rutina que dicta la cadena asistencial de bebés.

Tras la separación litúrgica llega el momento de la conversión en madres, proceso en el que los cuerpos gestantes serán sometidos a la medicalización sistemática mientras deambulan por los diferentes espacios rituales. La injerencia anatómica se convierte en norma, mientras los úteros grávidos son expuestos a toda una serie de intervenciones medicalizadoras en aras de obtener el producto —el bebé— en los mejores tiempos según parámetros de coste-eficacia. Las madres yacen en cama mientras toda una serie de aparatos tecnológicos dicta la realidad que está suce-

diendo, desaparecen, en cierta medida, tras los *bits* de silicona mientras esperan que nazcan sus bebés. Se trata de una verdadera eugenesis doctrinal en la que la biometría dicta la realidad, mientras las experiencias subjetivas de las madres pasan al plano de lo anecdótico, de lo metafísico, por lo que deberán ser reconducidas a la realidad dictada desde la tecnociencia.

Una vez que ha nacido el bebé, comienzan los ritos de agregación, en los que continúan las restricciones, por lo menos mientras permanezcan en el hospital; eso sí, ahora se permitirá cierta repersonalización con el objetivo de recuperar los roles previos en la estructura social. Tras el parto disminuyen las intervenciones drásticamente, ya que desde las nociones productivistas no resulta rentable reinvertir tiempo en problemas que desde las ciencias clínicas se consideran como menores. A las madres les queda el duro trance de su recuperación física, a la vez que presionadas por las filosofías naturalizadoras de la lactancia luchan por dar pecho a sus bebés.

Parece que estamos ante una liturgia medicalizada en la que las definiciones biomédicas de los procesos han calado tan hondo que naturalizan las lagunas asistenciales del proceso ritual, siempre que consiga el objetivo final: una madre y un bebé sin más lesiones que las ya previstas. Se trata de un patrón cultural de asistencia en el que la humanización se diluye como un eco del pasado, cayendo en el olvido de una «hipocresía consensuada», que parece dispuesta a sacrificar la dignidad de las pacientes y sus bebés, en favor de la búsqueda de un dorado utópico y ficticio, la anulación total del riesgo. En este sentido, sería razonable que en un futuro se introdujeran elementos de reflexión que apostaran por una mayor humanización de los partos institucionalizados, de manera que esta formara parte cardinal de los itinerarios clínicos. Sería razonable aunar las necesidades maternas con los intereses institucionales y burocráticos, que apuestan por el intervencionismo biomédico como medio de control de riesgos, vertebrando, así, nuevos marcos conceptuales desde los que interpretar el nacimiento. Parece conveniente generar posibilidades donde no las hay, articular nuevas inquietudes y representaciones que hagan a los sistemas sanitarios más permeables a las necesidades y conflictos de las madres, sin abandonar por ello los beneficios y la seguridad del control biomédico. Para ello parece preciso introducir interacciones clínicas simétricas que contemplen otras necesidades al margen de las biológicas, como las psíquicas o emocionales, introducir relaciones que superen el umbral de lo meramente técnico, implantándose experiencias significativas para las madres que restauren su identidad pretérita perdida durante los rituales medicalizados. Perspectivas que aunque todavía sean minori-

tarias se empiezan ya a atisbar en los ambientes clínicos, bajo el paraguas de lo que se ha dado en llamar con el sobrenombre de «estrategias de humanización» del parto institucional.

Referencias bibliográficas

- Arnau, J; Martínez, M.E; Nicolás, M.D; Bas, E; Morales, R. y Álvarez, L. (2012). Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de Salud de la Región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2): 225-247.
- Ballesteros, J. (2007). Biotecnología, Biolítica y Posthumanismo. En *Biotecnología y Posthumanismo*. J. Ballesteros y E. Fernández, Coords. Navarra: Aranzadi.
- Blázquez, M.I (2005). Aproximación a la Antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42.
- Blázquez, M.I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bruit, L. (2000). Las hijas de Pandora. Mujeres y rituales en las ciudades. En *Historia de las mujeres. La antigüedad (394-444)*. Duby y Perrot. Madrid: Taurus.
- Burin, M.; Moncar, E. y Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, R. y Macfarlane, A. (1987). *Where to be born?* Oxford: Nacional Perinatology Epidemiology Unit.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de sociología crítica*. V. Álvarez-Uría, Ed. Madrid: La Piqueta.
- Doberne, J. (2014). A Critical Age: Single Motherhood, Male Continuity, and the Making of Family and Nation in Israel. Tesis Doctoral. Virginia: University of Virginia.
- Duden, B. (1996). El concepto de vida: un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas. *Douda*, 11: 79-96.
- Esteban, M.L. (1992). Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y repuestas del sistema sanitario. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Esteban, M.L. (2000). La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna. En *Medicina y cultura. Estudios entre antropología y medicina*. Perdiguer y Comelles. Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, M.L. (2001). *Reproducción del cuerpo femenino*. Donostia: Tercera Prensa.
- Fernández, E. (2007). Crítica filosófica del posthumanismo: Gabriel Marcel. En *Biotecnología y Posthumanismo*. J. Ballesteros y E. Fernández, Coords. Navarra: Aranzadi.
- Ferrer, U. (2007). Posthumanismo y dignidad de la especie humana. En *Biotecnología y Posthumanismo*. J. Ballesteros y E. Fernández, Coords. Navarra: Aranzadi.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Frazer, J.G. (2011). *La rama dorada. Magia y Religión*. México: Fondo de Cultura Económico.

- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Fuentes Caballero, M. (2001). *Mujeres y salud desde el sur. Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género*. Barcelona: Icària.
- García, D.; Díaz, Z. y Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado. *Revista de Salud Pública*, 39(4): 718-732.
- Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B.J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Habermas, J. (2002). *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesis liberal?* Barcelona: Paidós.
- Hays, S. (1988). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Garre, J.M. (2011). El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad. Tesis Doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- Hernández Garre, J.M. y Echevarría, P. (2014). La parte no contada del parto institucionalizado. Explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69(2): 327-348.
- Inch, S. (1982). *Birthrights*. London: Green Print.
- Imaz, E. (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de la gestación*. Madrid: Cátedra.
- Kempf, H. (1998). *La revolution bolitique: Humains Artificiels et machies Animées*. París: Albin Michel.
- Juan, M. (1991). Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. *REIS*, 53: 29-51.
- Kant, I. (1992). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. París: Real Sociedad Económica Matritense de amigos de París.
- Kitzinger, S. (1997). Authoritative touch in childbirth: A cross-cultural approach. En *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Davis-Floyd, Ed. Los Angeles: California Press.
- Leach, E. (1993). *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Marchesini, R. (2002). *Post-human. Verso nuovi modelli di esistenza*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- Martínez-Galiano, J.M. y Delgado-Rodríguez, M. (2013). Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol. Obstet. Mex.*, 81(12): 706-710.
- Menéndez, E.L. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata (86).
- Menéndez, E.L. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata (179).
- Menéndez, E.L. (2002). *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

- Michelson, K. (1988). *Childbirth in America: Anthropology perspectives*. South Hadley (Mass): Bergin and Garvey.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia para la atención al parto normal*. Madrid: Ministerio.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Ministerio.
- Montes, M.J. (1999). Rituales femeninos. Hacia la maternidad. *Rol de Enfermería*, 22(12), 836-869.
- Montes, M.J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral. Univesitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Montes, M.J. y Bodoque, Y. (2003). Cuerpo y nacimiento: Análisis antropológico del poder en la reproducción de los cuerpos. En *Actas del IX Congreso de Antropología FAAEE*. Simposio 6: Cultura, poder y salud. Barcelona.
- Murray, M. (2012). Childbirth in Santiago de Chile: Stratification, Intervention, and Child Centeredness. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(3), 319-337.
- Narotzky, S. (1995). Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales. *Monografías*, 14.
- Oakley, A. (1984). *The captured Womb: a history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Bernstein.
- Odent, M. (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala.
- Odent, M. (1999). *La cientificación del amor*. Argentina: Crea Vida.
- O'Downd, M. y Philipp, E. (1994). *Historia de la ginecología y la obstetricia*. Barcelona: Edika Med.
- Olsen, O. (1985). *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva.
- Olsen, O. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva.
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the safety of Home Birth. *BIRTH; Issues in perinatal care*, 24(1), 4-13.
- Olsen, O. (2014). Declaración Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Septiembre. En http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/.
- Pizzini, F. (1981). Il parto in ospedale: tragitto della donna e rituali dell'istituciones. En *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*. Pizzini, Coord. Milano: Franco Angeli Editore.
- Pizzini, F. (1989). The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. *Health Promotion*, 4(1): 1-10.
- Romani, O. (1992). Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación. *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Álvarez Uría, Comp. Madrid: Eudymión.
- Saraceni, G. (2005). Cyborg, postumanesimo e biometría. *L' Arco di Giano*, 45: 75-92.

- Saraceni, G. (2007). El cuerpo del delito. Reflexiones jurídico-filosóficas sobre el posthumanismo. *Biotecnología y Posthumanismo*. J. Ballesteros y E. Fernández, Coords. Navarra: Aranzadi.
- Small, M.F. (1999). *Nuestros hijos y nosotros*. Buenos Aires: Vergara Vital.
- Stoller, N. (1974). *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon studies in critical sociology.
- Taussing, M. (1995). *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- Taylor y Bogdan, (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tejero-Lainez, C. (2013). Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional en España. *Medicina Naturista*, 7(1): 7-12.
- Tew, M. (1990). *Safer childbirth: a Critical History of Maternity Care*. New York: Oxford University Press.
- Tibón, G. (1992). *La tríade prenatal. Cordón, placenta y amnios. Supervivencia de la magia paleolítica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus.
- Uribe, J.M. (1996). *Educación y curar. El dialogo cultural en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Van Gennep, A. (1986). *Los ritos de paso. Estudio sistemático de las ceremonias de puerta y del umbral*. Madrid: Taurus.
- Viola, F. (2007). La defensa e la persona humana en la era tecnológica. *Biotecnología y Posthumanismo*. J. Ballesteros y E. Fernández, Coords. Navarra: Aranzadi.