

LA MEDICALIZACION DEL EMBARAZO Y EL PARTO

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 3, 1994/ 59-64

*Sergio Cecchetto N.**

Hasta bien entrado el siglo XIX los embarazos y los partos eran un territorio poco explorado por la medicina oficial. Prueba de ello es que tanto la anatomía como la fisiología de los genitales femeninos comienza a esclarecerse recién en el período que va desde 1851 a 1908 o, lo que es lo mismo, en la secuencia investigativa que involucra a la doctrina de F.A. Kiwisch sobre la génesis neural de la menstruación con los estudios histológicos de F. Hismann y L. Adler. Promediando el siglo el mecanismo de la fecundación continuaba siendo motivo de controversia y los procesos de intercambio materno-fetales apenas un prometedor campo de trabajo, especialmente para los anatomopatólogos y los microbiólogos. El parto y el alumbramiento, por el contrario, eran realidades por lo general bien conocidas (posiciones fetales, planos pelvianos, factores intervinientes, etc), aunque las anomalías fetales, placentarias y pélvicas arrojaban muchas sombras sobre la benéfica intervención médica en estas cuestiones (1).

Las obras de divulgación que versaban sobre la mujer embarazada, el parto y el posterior cuidado del recién nacido denuncian una marcada transformación estilística alrededor de los años 1875-1885. Los manuales escritos con anterioridad a esa fecha no poseen un carácter orgánico, están ordenados de manera confusa, es decir, no se ajustan a un plan de conjunto. Su tono es frecuentemente amistoso y adoptan un aire paternal para deslizar sus consejos, transidos por recuerdos, citas latinas, anécdotas y

divagaciones. No existe prácticamente autor de este período que se resista a discutir sesudamente sobre la influencia de los antojos (la mica) en la constitución del feto (2) o la formación del carácter infantil en razón de la calidad de leche que se le suministró al pequeño durante sus primeros meses de vida. Unas pocas décadas después, establecido el campo de acción legítimo de la medicina, estas cuestiones se dejarían a un lado como no fuera para referirse a los prejuicios y al folklore popular.

La gran transformación producida con posterioridad en las investigaciones obstétricas y de puericultura está ligada a los conocimientos sobre la génesis de la infección puerperal establecidos por Semmelweis y, más concretamente, a los trabajos de Pasteur y Lister (3). Aparece aquí por primera vez la oportunidad de reunir en un solo haz una multitud de reglas prácticas, recomendaciones dispersas y consejos mal ensamblados para someterlos a un criterio único de reglamentación.

J.J. Bischoff será quien aplique a la obstetricia los progresos técnicos alcanzados por la cirugía: desinfectará el material, sus propias manos y también a la parturienta (1875), sometiendo toda conducta materna a un estricto control médico. Esta iniciativa iluminista y civilizadora se reflejará con intensidad creciente en los textos de divulgación escritos a partir de 1875. Si la maternidad, el parto y el cuidado de los neonatos se habían ejercido hasta entonces con "naturalidad", esto es, de manera "salvaje", era necesario de una vez y para siempre someterlos a

* Licenciado en Filosofía, Universidad Nacional de Mar del Plata. Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

reglas estrictas, demostrables y transmisibles, fundadas racionalmente en principios claros. Estas obras, de presentación sobria y plan bien trazado, prefieren la orden al consejo amistoso. Cada aspecto particular que acometen está elegido con criterio y suelen apelar a los grabados para hacer más comprensible el conjunto. Pero, por sobre todo, enseñan de qué cosas habrá de ocuparse una medicina científica y qué tópicos habrán de soslayarse para no caer en el ridículo.

De lo antedicho podemos inferir entonces que la gravidez y el parto eran acontecimientos poco medicalizados y poco tecnificados dentro de la cultura occidental decimonónica. Sin embargo ya en sus rituales puede anticiparse una tendencia creciente al aislamiento social de la parturienta que convierte al acto de parir en un problema médico-sanitario, una inclinación a la asepsia que derivará en la separación madre/recién nacido/familia y una estrategia política con miras a enrolar a todas las comadronas bajo las órdenes de un médico jefe.

Las tendencias antes señaladas se plasmarán enteramente una vez concluida la Segunda Guerra Mundial, no sin antes vencer las resistencias presentadas por algunos pueblos que se aferraron a sus modos tradicionales de procrear y parir, en franca oposición al dirigismo médico. Un cambio en las mentalidades, al que no fue ajeno el desarrollo de las comunicaciones y la conversión de las prácticas médicas en un instrumento de control social (4), les permitió a los profesionales imponer sus métodos frente a un cuerpo femenino ya rendido. Así entonces se sustituyó la formación clásica dispensada a la parturienta por familiares y prácticos por una enseñanza de corte racional basada en un saber positivo; los nacimientos perdieron su carácter profano y popular para transformarse en procedimientos manipulables técnicamente; las grávidas abandonaron sus inhóspitos y poco higiénicos hogares para encaminarse a los hospitales y ceder su activo papel reproductor a una cohorte de científicos, que convertirán a los embarazos y alumbramientos en una nueva especie patológica a ser dominada.

Hasta poco tiempo antes la obstetricia era considerada el arte sutil de acompañar el embarazo y asistir el parto, pues reunía conocimientos, observaciones y experiencias que permitían valorar en qué momento tambaleaba el equilibrio fisiológico normal y se imponía actuar en salvaguarda de la madre y el niño. De alguna manera se comprendía que tanto la gravidez como el parto eran acontecimientos normales en la vida de las mujeres y las comunidades, capaces de llevarse a cabo por sí mismos. El auxilio técnico quedaba por tanto reservado para

aquellos procesos que no cumplieran con la regla de viabilidad, por diversas circunstancias. Inclusive entonces la mayoría de las prácticas implementadas guardaban cierto aire respetuoso. Prueba de ello es, por ejemplo, que los desarrollos más exitosos en el campo obstétrico durante el último veinteño del siglo pasado y primeros años del nuestro refieren a la dilatación manual o instrumental del cuello uterino, al estudio de las tracciones y a las maniobras destinadas a la extracción de nalgas, tan sólo ocasionalmente realizadas por ganchos o asas. Los procedimientos cruentos (incisiones profundas del cuello uterino, cesáreas vaginales, histerectomías, etc), por el contrario, tuvieron escaso rendimiento y se implementaron casi a título experimental o desesperado.

Hoy en día, por contraposición, la invasión médico-tecnológica se presenta ya desde el momento en que se confirma un embarazo: con el objeto de detectar anomalías fetales se ponen en marcha estudios de las vellosidades coriónicas, amniocentesis, cordonocentesis, ecografías, y más tarde monitoreos a discreción. Actualmente todo embarazo es considerado, en principio, un embarazo de riesgo (5), y da pie para iniciar una preparación dirigista en base a una moral y unos esquemas ajenos a la grávida, pero que la modelan y preforman para el futuro parto que habrá de desarrollarse.

Esta reducción de la autonomía de la paciente va acompañada por el deseo médico de cubrir todos los riesgos presumibles —aún los más remotos— durante el embarazo y el parto, pero la intromisión de procedimientos técnicos crea a su vez una serie de severos riesgos, por momentos mayores. Si la intención de los científicos es acompañar el desarrollo del embrión hasta su madurez plena para certificar la obtención de un niño sano, la iatrogenesis y las muertes derivadas por sus propios métodos de espionaje a la semilla no pueden desecharse. Y más aún, puede asegurarse que al condicionar el amor materno por la criatura en gestación hasta obtener esa certificación definitiva respecto de su buen estado de salud no sólo se fomenta una "maternidad selectiva", sino que además se incorpora la posibilidad del aborto en la ruta de la procreación. En cualquier caso una novedad asoma: la futura madre y su feto ya no constituyen una unidad indisociable, como antaño se pregonaba. Una década conflictiva cuyos intereses se contraponen ha ocupado plenamente su lugar, estableciendo un duelo entre la vida y la muerte, una crisis clínica que legitima la intervención médica.

A medida que se aproxima el momento del parto crece el número de prácticas médicas invasivas y

muchas veces innecesarias (6), incorporadas en función de un imperativo tecnológico que dista de ser inocuo y de aportar beneficios netos a la salud de la gestante y su hijo en todos los casos.

Un rápido repaso de situaciones frecuentes nos muestra que al rasurado del vello púbico y las enemas le continúa la ruptura artificial de las membranas durante el período de dilatación cervical (7). Cuando la dinámica de las contracciones uterinas no responde a lo esperado por el obstetra se echa mano a los goteos con oxitocina o prostaglandinas, aunque, llegado este punto, ya se han abolido todas las reglas usuales del pudor para ofrecerle lugar a una vigilancia técnica insomne e inflexible. Así los contactos superficiales e impositivos con el equipo tratante reemplazan a los vínculos afectivos que la parturienta pudiera recibir como apoyo y colaboración de sus allegados, pues la participación de personas ajenas a la institución excepcionalmente es tolerada. Hasta las posiciones que se les permite adoptar luego a las mujeres para llevar a cabo el nacimiento marcarán esa dependencia física que las liga con el personal sanitario, se trate de posiciones de lado o de litotomía (acostada sobre la espalda, con los muslos flexionados hacia arriba y en abducción). Los cortes perineales practicados en serie con las primíparas y, de igual manera, los actos quirúrgicos programados y el suministro de medicación ansiolítica, analgésica y anestésica (total, local y peridural), irán tomando características de abuso. Una paciente anestesiada está imposibilitada para experimentar dolor, ciertamente, pero también cualquier sensación placentera derivada del alumbramiento. Ni dolor ni placer, mecanismo puro, robotización farmacológica de la función reproductiva. Por momentos incluso pareciera que las técnicas empleadas son capaces de llevar adelante por sí solas y de manera perfecta el trabajo que la naturaleza encomendó a las mujeres; y que ellas están allí de más, interfiriendo, llamando la atención sobre sus sufrimientos, obsesionadas tan sólo por controlar su cuerpo.

¿Cuáles han sido las consecuencias de este asalto tecnológico a los estadios iniciales de la vida humana?

Es innegable que como resultado positivo de los desarrollos técnicos se pueden destacar adelantos en el terreno de la diagnosis y las terapias, un aumento en la sobrevida y un mejoramiento en la salud general de las embarazadas y sus niños, así como también un cierto confort para los internados. Desde un punto de vista administrativo la introducción de nuevos procedimientos ha permitido además racionalizar la carga de trabajo que soporta cualquier servicio maternal hospitalario.

Pero si, por el contrario, prestamos oídos a los detractores del milagro técnico no tendremos más remedio que matizar las afirmaciones precedentes, pues el avance tecnológico acelerado generó a su vez cuatro núcleos insoslayables de conflicto. Por un lado, el crecimiento científico les impuso sus propios valores a las presuntas beneficiarias de sus acciones, es decir la docencia y la investigación médicas predominaron por sobre los derechos o deseos de las pacientes, deshumanizando así el cuidado ofrecido. En segundo lugar las demostraciones simbólicas del poder humano sobre los mecanismos de la reproducción, el embarazo y el parto se han vuelto irresistibles, hasta el punto de convertir a ciertas prácticas específicas y de validez limitada en procedimientos rutinarios e indiscriminados, aplicables a toda paciente y en cualquier circunstancia. De estas intervenciones desenfrenadas, que poco a poco causan un aumento significativo en los costos, se derivan efectos perjudiciales y una complejización innecesaria de la atención. Es así como la utilización de los recursos disponibles ha devenido un problema. En estrecha conexión con ello aparece nuestra tercera dificultad, que adopta rápidamente el ropaje de la crítica: si la utilización apropiada de los recursos disponibles se ha convertido en un problema, también la tarea de distribuir con justicia estos recursos queda en entredicho, pues no puede pretenderse que la proliferación de estudios diagnósticos y "preventivos" aplicados en forma rutinaria y mecánica a poblaciones de mujeres sanas sea una empresa distributivamente racional y éticamente deseable. En último lugar se cuestiona la vocación obstétrica de amoldar el cuerpo femenino y reducirlo a su expresión mecánica, en detrimento de otros factores psicológicos, sociales, culturales, etc. Las ciencias biomédicas se apropiaron de la capacidad reproductiva femenina para llevarse el papel protagónico en el momento del parto. El equipo sanitario lleva adelante el acontecimiento mientras que el cuerpo de la mujer colabora apenas un tanto, hasta que el niño finalmente es parido. Obviamente en esta escena caricaturesca la actividad materna se reduce a un voyerismo extraño (propio de quien es sede de la procreación y no sujeto de la maternidad), y el recién nacido se conforma con ser tan sólo un recién parido.

Con este breve recorrido a través de las prácticas que envuelven y aún hoy recubren al fenómeno de la maternidad en nuestra sociedad occidental hemos pretendido señalar los efectos derivados de una medicalización (8) progresiva. Es sabido que no todo embarazo es una colección de problemas ni todo parto resulta difícil, ya que el índice de patolo-

gías registrado no supera el 15% del total de los nacimientos. A pesar de ello la rutina médica ha optado por generalizar medidas que debieran ser de excepción (9) y proponer soluciones médicas para fenómenos que rebasan su órbita de injerencia. Como resultado final de este proceso de medicalización se desprende al menos su carácter ideológico, que tiñe a las distintas prácticas médicas que rodean al embarazo, al parto y al puerperio. Su reformulación entonces ha de llevarse a cabo en varias dimensiones, si se pretende superar los entredichos: se ha de volver a humanizar lo humano, a naturalizar lo natural y a desmedicalizar la normalidad.

Por un lado las ciencias médicas tendrán que dar cuenta del descontento ocasionado con sus intervenciones en las presuntas beneficiarias, pues algunas encuestas de satisfacción nos señalan que 2/3 de las grávidas evalúan desfavorablemente la atención recibida, y recuerdan al parto como una experiencia desagradable, dolorosa y peligrosa (10). Pareciera que entonces la preocupación de los expertos se centró en la defensa de sus privilegios de clase más que en buscar mejores niveles de atención para las embarazadas (11).

En segundo término se impone reconocer los efectos iatrogénicos derivados de la medicalización del parto y del embarazo. La asistencia institucional y profesional de estas cuestiones ha generado una dependencia inhabilitante en las mujeres, promovido necesidades ficticias, disminuido los niveles de tolerancia al sufrimiento y al malestar, desintegrando toda posibilidad de ejercer un cuidado de sí. La salud es hoy un ideal cada vez más lejano, toda vez que se desnaturalizan de antemano situaciones clínicas de absoluta normalidad (12).

Otra área de cuestionamiento se perfila todavía, pues distintas prácticas médicas han conseguido extender sus márgenes de aplicación y someter bajo su órbita a una serie de fenómenos que no se hallaban inicialmente adscritos a la enfermedad (13). Este incremento de la actividad médica permite definir a un gran número de situaciones como enfermedad y a un gran número de personas como pacientes potenciales en razón de su edad o sus costumbres. De la misma manera en que muchas culturas han ritualizado el pasaje de los individuos por distintas etapas vitales, nuestro occidente se ha sentido inclinado a intervenir médicamente sobre cada una de ellas. Y así, entonces, las embarazadas y las parturientas, las púerperas y los neonatos, por el solo hecho de estar atravesando una etapa especial de sus vidas y en atención a unos riesgos presumibles que se les han pronosticado, se encuentran sometidos de manera permanente a un tutelaje

científico particular. Ya nadie se conforma con reparar lo dañado y reforzar los procesos naturales, con prevenir degeneramientos y evitar secuelas: ha sonado la hora de modelar y transformar la naturaleza humana, dándole crédito a los sueños de la razón.

Cuando el equipo médico hace prevalecer sus intereses en desmedro de los intereses de sus pacientes deshumaniza lo humano, cuando con su accionar sin límite provoca efectos indeseados desnaturaliza lo natural, cuando somete cualquier tipo de conducta a la vigilancia de los expertos medicaliza la normalidad. No han de pensarse estas paradojas en base a disyunciones exclusivas entre lo natural y lo artificial, lo humano y lo animal, lo normal y lo patológico, sino, más profundamente, con miras a distinguir conductas que favorezcan el desenvolvimiento de la vida.

REFERENCIAS

1. Cfr. Usandizaga Soraluze M. La obstetricia y la ginecología en: Historia Universal de la Medicina, Salvat, 1974, pp. 353-358.
2. Ver Canguilhem G. El conocimiento de la vida, Anagrama, 1976.
3. Cfr. Boltanski L. Puericultura y moral de clase, Laia, 1974, pp. 31 y ss.
4. Brown RE. The Rockefeller Medicine: Medicine and Capitalism in the Progressive Era, California University Press, 1977. También Zola I.K. Medicine as an Institution of Social Control. Sociol Rev 1972. 20:4. Más directamente Barret M., Roberts H. Doctors and Their Patients: The Social Control of Women in General Practice en: Women Sexuality and Social Control, Routledge & Kegan Paul, 1978.
5. Gellis J. Toma de poder, Sex-Pol 1981, 37-38. También Katz Rothman B. The Tentative Pregnancy: Prenatal diagnosis and the Future Motherhood, Penguin Books, 1986.
6. Caldeyro-Barcia R., Giussi G., Storch E., Poseiro J., y cols. Tecnología apropiada para la atención del parto. Bol Of Sanit Panam 1981, 90 (1), 69-79. Stoller Shaw N. Forced Labour: Maternity Care in the United States, Pergamon Press, 1974. Sargent C., Stark N. Childbirth Education and Childbirth Models: Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process. Medical Anthropological Quarterly 1990, 1, 36-51.
7. Richards M.P.M. The Hazards of the New Obstetrics, Pitman Medical, 1978.
8. Cfr. p.e. Illich I. Némesis médica, Mortiz-Planeta, 1978; y Mainetti JA. Bioética fundamental. La crisis bioética, Quirón, 1990.
9. Caldeyro-Barcia R., Giussi G., Storch E., Poseiro J. y cols. op. cit. Bianco M. Algunas consideraciones sobre el uso de tecnología en la atención del embara-

zo y el parto. Cuadernos Médico Sociales de Rosario 1987, 40, 49-52; y Climent G, Mendes Diz AM. Tecnología apropiada en el sector salud. Medicina y Sociedad 1980, 2(3), 73-81.

10. Climent G., Modalidades de atención y tecnologías apropiadas en salud: el caso de la atención obstétrica. Cuadernos Médico Sociales de Rosario 1987, 39, 49-69; Ruiz Dura Jr. Martínez Aguilar R. Necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso embarazo y parto. Perinatol Reprod Hum (1988), 2 (3), 141-148.

11. Spieler E. Division of Laborers. Health-Pac Bulletin, 1972, 11: Brown CA. The Division of Laborers: Allied Health Professions. Int J Health Serv 1973, 3 (3); Ehrenreich B. Ehrenreich J. Hospital Workers: Class Conflicts in the Making. Int J Health Serv 1975, 5 (1).
12. Taylor R. Medicine out of Control, The Anatomy of a Malignant Tecnology, San Books, 1979.
13. Foucault M. Microfísica del poder. La piqueta, 1979; y también História da sexualidade, Graal, 1983-4.

Dr. E. Alberto Batista de Vitis
Zamora, 10 de agosto de 1984